



Fall-Nr.: UV 2011/80
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 06.08.2019
Entscheiddatum: 05.07.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 05.07.2012

Art. 10 Abs. 3 Satz 2 UVG i.V.m. Art. 18 UVV. Art. 27 ATSG. Art. 43 ATSG. Für den vorliegend streitigen Zeitraum bestand kein Rechtsanspruch auf Beiträge an die Pflegeleistungen im Sinn des Art. 18 Abs. 1 UVV, weshalb sich die Prüfung einer allfälligen Verletzung der Informationspflicht durch die Beschwerdegegnerin erübrigt. Die akzessorische Grundpflege ist weder als medizinische Pflege, noch zusätzlich zu dieser zu entschädigen. In Anbetracht der Tatsache, dass kein Anspruch auf Beiträge bestand und der Beschwerdeführer mit dem Ergebnis der Ermittlung des Pflegebedarfs einverstanden war, waren weitere Abklärungen - insbesondere die Verwendung des Abklärungsinstruments RAI-HC - durch die Beschwerdegegnerin nicht notwendig (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Juli 2012, UV 2011/80).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Entscheid vom 5. Juli 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt,
Schweizerhofstrasse 14, Postfach 568, 8750 Glarus,

gegen



Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Der am 20. September 1964 geborene A.____ (nachfolgend Versicherter) war seit dem 2. Januar 1989 als Geschäftsführer bei der B.____, angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 25. August 2001 beim Mountain-Biken in ein Bachbett stürzte und sich eine HWK5/6-Fraktur mit einer Tetraplegie zuzog (Suva-act. 1, 4). Nach der Erstbehandlung im Inselehospital Bern wurde der Versicherte am 27. August 2001 zur Erstrehabilitation in das Schweizer Paraplegiker Zentrum, Nottwil, verlegt und trat dort am 19. Juni 2002 aus (Suva-act. 4, 9, 11, 18, 34, 36). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Suva-act. 5, 6).

A.b Mit Verfügung vom 19. November 2002 wurde dem Versicherten mit Wirkung ab 1. November 2002 aufgrund einer Hilflosigkeit schweren Grades eine Hilflosenentschädigung gemäss UVG von monatlich Fr. 1'758.-- ausgerichtet (Suva-act. 64, 65). Zudem richtete die Suva auf Grundlage eines Aufwands von monatlich 62 Stunden und einem Stundenlohn von Fr. 30.-- einen Beitrag an die Hauspflege im Sinn von Art. 18 Abs. 2 UVV in Höhe einer Monatspauschale von Fr. 1'900.-- aus (Suva-act. 65).

A.c Am 28. September 2009 wurde der Pflegeaufwand durch einen Suva-Aussendienst-Mitarbeiter neu erhoben (Suva-act. 171 ff.). Mit Schreiben vom 21. Dezember 2009 teilte die Suva daraufhin dem Versicherten mit, dass sie nebst der vollen Hilflosenentschädigung (Fr. 2'076.--/Monat) und der Pauschale für die



St.Galler Gerichte

medizinische Pflege (Fr. 1'900.--/Monat) auch Rechnungen der Spitex beglichen habe und daher ihre Leistungen überprüfe (Suva-act. 180). Mit Schreiben vom 15. März 2010 orientierte die Suva den Versicherten dann dahingehend, dass eine Rückforderung grundsätzlich rückwirkend für die letzten fünf Jahre möglich sei, dass aber zuerst versucht werden sollte, die irrtümlich ausgerichteten Spitex-Leistungen bei der Krankenkasse geltend zu machen (Suva-act. 194). Mit Schreiben vom 2. August 2010 teilte die CSS Versicherung, als Krankenversicherer des Versicherten, mit, dass sie keine Vergütung von Spitex-Leistungen übernehmen könne (Suva-act. 215).

A.d Mit Verfügung vom 13. Januar 2011 forderte die Suva vom Versicherten zu Unrecht bezahlte Leistungen der Spitex – nach Verrechnung mit Ansprüchen aus Art. 18 Abs. 1 und 2 UVV vom 1. August 2004 bis 31. Dezember 2010 – in Höhe von Fr. 59'915.51 zurück (Suva-act. 253).

B.

Dagegen erhob der Rechtsvertreter des Versicherten am 26. Januar 2011 Einsprache (Suva-act. 256), worauf die Suva mit Verfügung vom 12. Juli 2011 auf eine Rückforderung der zu Unrecht übernommenen Spitex-Leistungen im Betrag von Fr. 59'915.51 verzichtete (Suva-act. 261).

C.

Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache vom 22. August 2011 (Suva-act. 262) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 15. September 2011 (act. G 1.1/2) ab.

D.

D.a Gegen diesen Entscheid liess der Beschwerdeführer am 4. Oktober 2011 durch Rechtsanwalt Prof. Dr. iur., Hardy Landolt, LL.M., Glarus, Beschwerde erheben mit dem Antrag, der Einspracheentscheid vom 15. September 2011 sei aufzuheben und die Sache sei an die Vorinstanz zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1). Zur Begründung führte er im Wesentlichen an, die akzessorische Grundpflegeleistung sei generell auch zur medizinischen Pflege zu zählen oder zusätzlich zu entschädigen. Die Ehefrau des



Beschwerdeführers sei bereits vor dem Unfall Pflegefachfrau gewesen und von der Beschwerdegegnerin entgegen der Informationspflicht gemäss Art. 27 ATSG nicht darüber informiert worden, dass sie sich eine ZSR-Abrechnungsnummer ausstellen lassen könne, um unter Art. 18 Abs. 1 UVV zu fallen, weshalb nicht erst seit dem 1. Januar 2011, sondern rückwirkend eine höhere Pflegeentschädigung nach Art. 18 Abs. 1 UVV zu erbringen sei. Eventuell sei für die Angehörigenpflege im Sinn von Art. 18 Abs. 2 UVV ein einheitlicher und höherer Stundensatz anzuwenden. Im Weiteren sei die Bedarfsabklärung durch die Beschwerdegegnerin nicht vor Ort durchgeführt, sondern anhand der Akten geschätzt und mit telefonischer und persönlicher Befragung konkretisiert worden. Entsprechend sei auf den durch eine dipl. Pflegefachfrau unter Zuhilfenahme des RAI-Home-Care-Instruments ermittelten höheren Pflegebedarf abzustellen. Schliesslich rügte der Rechtsvertreter als Gehörsverletzung, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid nicht auf den Einwand eingegangen sei, dass die im Zeitraum von August 2009 bis Dezember 2010 von der Spitex erbrachten Leistungen nicht mehr bezahlt und nicht anteilmässig im Umfang der medizinischen Pflegekosten von einem allfälligen Guthaben in Abzug gebracht worden seien.

D.b Mit Beschwerdeantwort vom 8. November 2011 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde soweit darauf einzutreten sei (act. G 3). Zur Begründung brachte sie unter anderem vor, dass bezüglich des Zeitraums vom 1. August 2004 bis 31. Dezember 2010 nicht Leistungsansprüche des Beschwerdeführers, sondern der Verzicht auf den Rückforderungsanspruch der Beschwerdegegnerin im Betrag von Fr. 59'915.51 Gegenstand der Verfügung vom 12. Juli 2011 gewesen seien. Soweit der Beschwerdeführer zusätzliche Leistungen für diesen Zeitraum beanspruche, könne auf die Beschwerde nicht eingetreten werden. Bei einer materiellen Prüfung der wiedererwägungsweise vorgenommenen Neuberechnung der Pflegekosten komme dem angerufenen Gericht lediglich eine eingeschränkte Kognition zu. Eine rückwirkende Geltendmachung von Leistungsansprüchen sei nicht möglich, soweit sie im Sinn von Art. 24 ATSG erloschen oder verwirkt seien. Die Ehefrau des Beschwerdeführers sei vom 1. August 2004 bis 31. Dezember 2010 lediglich im Rahmen von Art. 18 Abs. 2 UVV tätig gewesen, wonach ohnehin kein Rechtsanspruch auf Beiträge bestehe, insbesondere auch nicht für "akzessorische" Grundpflege. Mangels einer gesetzlichen oder



verordnungsmässigen Normierung sei die Beschwerdegegnerin nach der Rechtsprechung bei der Hauspflege für die nichtmedizinische Grundpflege nicht leistungspflichtig. Da die akzessorische Grundpflege nicht ärztlich angeordnet und nichtmedizinischer Natur sei, bestehe diesbezüglich ebenfalls keine Leistungspflicht. Der Beschwerdeführer könne aus der (früheren) Verordnungsgebung und Praxis im IV-Bereich nichts zu seinen Gunsten ableiten. Dasselbe gelte auch in Bezug auf den Tarifvertrag mit dem Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer (SBK), aus dem keine grundsätzliche Leistungspflicht abgeleitet werden könne. Zudem decke die Hilflosenentschädigung unter anderem auch die nichtmedizinische Grundpflege ab, wie das vom Beschwerdeführer erwähnte Beispiel (der grundpflegerischen Körperpflege bzw. -reinigung nach behandlungspflegerischer Darmentleerung) zeige. Der Beschwerdeführer sei für Ansprüche seiner Ehefrau aus dem Tarifvertrag gar nicht beschwerdelegitimiert. Dasselbe gelte auch in Bezug auf die Rüge der Verletzung des Art. 27 ATSG. Die Rechte und Pflichten der Ehefrau als Leistungserbringerin seien nicht im ATSG geregelt, weshalb sie sich ebenfalls nicht auf dieses Gesetz berufen könne. Ohnehin gehöre das Tarifwesen zu den Grundkenntnissen einer Pflegefachfrau. Art. 18 Abs. 2 UVV begründe keinen Rechtsanspruch auf Beiträge, weshalb auch die Höhe des Stundenansatzes von Fr. 32.-- nicht beanstandet werden könne. Des Weiteren dürfe das Gericht sein Ermessen nicht an die Stelle der Beschwerdegegnerin setzen. Die Beschwerdegegnerin habe die gesetzlichen Vorgaben von Art. 43 ATSG erfüllt, indem sie die erforderlichen Bedarfsabklärungen in Zusammenarbeit mit dem Beschwerdeführer, seiner Ehefrau und seinem Rechtsvertreter durchgeführt habe. Dem RAI-Home-Care-Abklärungsinstrument gehe jeglicher normative Charakter und jegliche Verbindlichkeit ab. Die Beschwerdegegnerin habe die geschuldeten Beiträge im Zeitraum vom August 2009 bis Dezember 2010 sehr wohl in Anschlag gebracht.

D.c Mit Replik vom 29. November 2011 (act. G 5) beantragte der Beschwerdeführer vorsorglich die Beiladung seiner Krankenkasse und hielt im Übrigen an seinem Standpunkt fest. Die Beschwerdegegnerin habe eine Wiedererwägung mit Wirkung ab 1. August 2004 vorgenommen, weshalb dem Beschwerdeführer sämtliche materiellen Einwendungen zuständen. Im Tarifvertrag sei explizit festgehalten, dass die akzessorischen Grundpflegeleistungen entschädigt würden. Eine Überschneidung



zwischen Hilflösenentschädigung und Grundpflegeentschädigung rechtfertigte allenfalls eine Kürzung der Grundpflegeentschädigung.

D.d Mit Duplik vom 11. Januar 2012 (act. G 7) hielt die Beschwerdegegnerin an ihren bisherigen Ausführungen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Vorab ist zu klären, ob auf die vorliegende Beschwerde einzutreten ist.

1.2 Streitgegenstand des Einspracheentscheids vom 15. September 2011 bildet neben der Entschädigung der akzessorischen Grundpflege und der Ermittlung des Pflegebedarfs auch die Neuberechnung der Pflegeleistungen vom 1. August 2004 bis 31. Dezember 2010, wobei es die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid ablehnte, die Leistungen der Ehefrau des Versicherten rückwirkend nach Verbandstarif abzurechnen (vgl. E. 3). Die vom 1. August 2004 bis 31. Dezember 2010 bereits bezahlten und ab 1. Januar 2011 zu entrichtenden Pflegeleistungen betreffen den Versicherungsanspruch des Beschwerdeführers gemäss Art. 10 Abs. 3 Satz 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art. 18 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202), womit er grundsätzlich auch anspruchsberechtigt ist. Richtigerweise hat die Beschwerdegegnerin diese Leistungen denn auch gegenüber dem Beschwerdeführer verfügt (Suva-act. 64, 65, 253, 261). An dieser Gegebenheit ändert nichts, dass die Pflegeleistungen auf das Konto der Ehefrau des Beschwerdeführers überwiesen wurden, zumal es sich dabei lediglich um eine Durchführungsmodalität handelte (vgl. Suva-act. 49). Als Anspruchsberechtigter und Verfügungsadressat ist der Beschwerdeführer beschwerdelegitimiert. Es erscheint ohnehin fragwürdig, wenn die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren in Bezug auf die Frage der Anwendung des Tarifvertrags zur Berechnung der Pflegeleistungen die Beschwerdelegitimation abspricht, während sie selbst bei der Ermittlung des Rückforderungsbetrags von Fr. 59'915.51 die Pflegepauschale der Ehefrau vom 1. August 2004 bis 31. Dezember 2010 neu berechnet und mit dem im selben Zeitraum



bezahlten Spitexrechnungen in Verrechnung gebracht hat, was nebst anderen Voraussetzungen auch die Gegenseitigkeit der Forderungen bedingt und die Höhe des allfälligen Rückforderungsbetrags von der Höhe der Pflegepauschale abhängig macht. Die Beschwerdegegnerin hat durch die Wiedererwägung eine neue materielle Verfügung erlassen, gegen welche dem Beschwerdeführer sämtliche Rügen offenstehen. Auf die Beschwerde ist daher in allen Punkten einzutreten.

1.3 Zur Kognition des Versicherungsgerichts ist zu erwähnen, dass nur der Entscheid, auf ein Wiedererwägungsgesuch nicht einzutreten bzw. der Entscheid, kein Wiedererwägungsverfahren zu eröffnen, gerichtlich nicht überprüfbar ist. Im Übrigen steht dem Gericht eine uneingeschränkte Kognition zu (vgl. Ralph Jöhl, Zur Praxis der substituierten Begründung der Wiedererwägung bei zu Unrecht ergangenen Anpassungsverfügungen, in: AJP 8/2004, S. 1003).

2.

2.1 Nach Art. 10 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Gemäss Art. 10 Abs. 3 UVG kann der Bundesrat die Leistungspflicht der Versicherung näher umschreiben und die Kostenvergütung für Behandlungen im Ausland begrenzen (Satz 1). Er kann festlegen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang der Versicherte Anspruch auf Hauspflege hat (Satz 2). In Bezug auf die Hauspflege hat der Bundesrat seine Verordnungskompetenz in Art. 18 UVV wahrgenommen. Gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV hat die versicherte Person Anspruch auf eine ärztlich angeordnete Hauspflege, sofern diese durch eine nach den Artikeln 49 und 51 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; 832.102) zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird. Art. 49 KVV nennt die beruflichen Anforderungen an Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Art. 51 KVV enthält die Kriterien, nach welchen Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause zugelassen werden. Gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV kann der Versicherer ausnahmsweise auch Beiträge an eine Hauspflege durch eine nicht zugelassene Person gewähren.

2.2 Die Zulassung ist eine Voraussetzung des Leistungsanspruchs der versicherten Person (Gebhard Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], in:



Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Erwin Murer und Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Zürich/Basel/Genf 2010, Rz 4 zu Art. 35 mit Hinweisen). Grundsätzlich bedürfen alle Leistungserbringer einer Zulassung und haben sich einem mehr oder weniger förmlichen Zulassungs- oder Bestätigungsverfahren zu unterziehen, wenn sie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) tätig sein wollen. Ein Leistungserbringer ohne krankenversicherungsrechtliche Zulassung kann grundsätzlich keine Leistungen der OKP auslösen und ist auch nicht tarifvertragsfähig (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer (Hrsg.), 2. Auflage Basel 2007, Rz 707 mit Hinweis; BGE 126 V 330 E. 1c). Das heisst, damit ein Leistungserbringer die Tätigkeit für die OKP aufnehmen kann, ist – allerdings nicht als Zulassungserfordernis, sondern um abrechnungsfähig fakturieren zu können – zusätzlich erforderlich, dass er mit den Versicherern einen Tarifvertrag abgeschlossen hat, einem solchen beigetreten oder einem behördlichen Ersatztarif unterstellt ist (BGE 132 V 303, E. 4.4.3).

2.3 Der Beschwerdegegnerin war unbestrittenermassen die Tatsache bekannt, dass die Ehefrau des Beschwerdeführers bereits zum Zeitpunkt des Unfalls vom 25. August 2001 ausgebildete Pflegefachfrau war (Suva-act. 34, 39, 65). Bis zum 31. Dezember 2010 wurde die durch die Ehefrau des Beschwerdeführers geleistete Hauspflege nach Art. 18 Abs. 2 UVV pauschal mit Fr. 1'900.-- entschädigt (Suva-act. 65). Dies mit der (lediglich intern kommunizierten) Begründung, dass die Ehefrau ihre Tätigkeit nicht aufgrund des Unfalls aufgegeben habe und ihr aus rechtsgleichen Gründen kein höherer Stundenansatz ausgerichtet werden könne als anderen Familienmitgliedern, welche ihre Angehörigen pflegen (Suva-act. 44). Ein Beitritt zum Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) erfolgte auf den 1. Januar 2011 (Suva-act. 247). Die Beschwerdegegnerin gewährt der Ehefrau des Beschwerdeführers ab diesem Zeitpunkt eine Abrechnung der Leistungen nach dem für den Berufsverband geltenden (höheren) Tarif anstatt wie bisher nach Stundenansatz von Fr. 32.--, der dem laut Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2004 im Gesundheits- und Sozialwesen durchschnittlich erzielbaren Verdienst entspricht (TA 3, Position 85, Anforderungsniveau 3). Der Beschwerdeführer sieht darin, dass nicht bereits zu einem früheren Zeitpunkt über einen möglichen Beitritt seiner Ehefrau zum SBK zwecks Anwendung des für den Berufsverband geltenden (höheren) Tarifs informiert wurde, eine Verletzung der Aufklärungspflicht im Sinn des Art. 27 des



Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1), zumal seine Ehefrau bereits zuvor die materiellen Voraussetzungen für eine Abrechnung nach Art. 18 Abs. 1 UVV erfüllt und es lediglich an der formellen Voraussetzung der Zulassung gefehlt habe, welche mangels Information nicht beantragt worden sei.

2.4 Gemäss Art. 27 Abs. 1 ATSG sind die Versicherungsträger und Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen verpflichtet, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereichs die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären. Jede Person hat Anspruch auf grundsätzlich unentgeltliche Beratung über ihre Rechte und Pflichten (Art. 27 Abs. 2 Satz 1 ATSG). Dafür zuständig sind die Versicherungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind (Art. 27 Abs. 2 Satz 2 ATSG). Stellt ein Versicherungsträger fest, dass eine versicherte Person oder ihre Angehörigen Leistungen anderer Sozialversicherungen beanspruchen können, so gibt er ihnen unverzüglich davon Kenntnis (Art. 27 Abs. 3 ATSG). Mit dem Begriff "interessierte Personen" ist der Kreis weiter gefasst als derjenige der versicherten Person. Insbesondere können auch Angehörige darunter fallen. Zu beachten ist jedoch, dass als interessierte Personen nur solche infrage kommen, deren Rechte und Pflichten durch das ATSG geordnet werden. Ausser Betracht fällt somit eine Berufung eines Leistungserbringers auf die in Art. 27 ATSG statuierte Informationspflicht des Versicherungsträgers (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, Rz 15 zu Art. 27). Ob eine Informationspflicht gegenüber der Ehefrau des Versicherten besteht, kann mangels ihrer Parteistellung offen bleiben. Vorliegend ist lediglich abzuklären, ob die Beschwerdegegnerin ihre Aufklärungs- und Beratungspflicht gegenüber dem Beschwerdeführer verletzt hat. Dies setzt voraus, dass überhaupt ein Rechtsanspruch auf die (höheren) Leistungen bestand. Unbestrittenermassen wurden die Beiträge an die Hauspflege bis zum 31. Dezember 2010 unter dem Titel des Art. 18 Abs. 2 UVV geleistet, wobei es sich um eine Kann-Vorschrift handelt und auf dessen Grundlage entsprechend kein Rechtsanspruch auf die besagten Beiträge besteht (BGE 116 V 41 E. 7c). Ab 1. Januar 2011 gewährt die Beschwerdegegnerin zwar aufgrund des Beitritts der Ehefrau des Beschwerdeführers zur SBK eine Abrechnung nach Verbandstarif. Nach wie vor werden jedoch die Beiträge an die Pflegeleistungen der Ehefrau auf Grundlage des Art. 18 Abs. 2 UVV entrichtet, was ebenfalls aus der Verfügung vom



12. Juli 2011 hervorgeht (Suva-act. 261, vgl. S. 7, Ziff. 3). Die Pflege einer einzelnen Person entspricht nicht einer selbständigen Tätigkeit im Sinn der AHV Gesetzgebung. Deshalb kann dafür auch keine ZSR-Nummer beantragt werden (so auch Wegleitung zur freiberuflichen Tätigkeit als Pflegefachfrau/Pflegefachmann, Juli 2011, <http://www.asi-sbk-fr.ch/dt/media/Wegleitung_Freiberuf.pdf>, abgerufen am 6. Juli 2012). Entsprechend bedarf die Pflege von Familienangehörigen auch keiner kantonalen Bewilligung (Art. 33 lit. b der Verordnung über die Ausübung von Berufen der Gesundheitspflege, sGS 312.1), diese wird lediglich zur Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit erteilt. Dass die Ehefrau des Beschwerdeführers im strittigen Zeitraum einer selbständigen Erwerbstätigkeit nachging und nicht nur eine einzelne Person pflegte, ist weder aus den Akten ersichtlich noch wird dies im vorliegenden Verfahren geltend gemacht. Im Gegensatz zur Spitex trat die Ehefrau daher bis zum 31. Dezember 2010 nicht als selbständig erwerbstätige Leistungserbringerin, sondern als pflegende Angehörige auf. Mit Blick auf die Rechtsprechung im Urteil des Bundesgerichts vom 10. Mai 2007 (K 141/06, E. 5.2) kann auch für den vorliegenden Fall gesagt werden, dass es weder gegen das Rechtsgleichheitsgebot (Art. 8 Abs. 1 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101]) noch gegen das Willkürverbot (Art. 9 BV) verstösst, wenn die fehlende Leistungsberechtigung der Ehefrau als Pflegefachfrau nicht durch eine fingierte Zulassung als Leistungserbringerin ersetzt wird. Dies gilt erst recht für den vorliegenden Fall, wo die (rückwirkend fingierte) Zulassung keine freiberufliche Erwerbstätigkeit der Ehefrau des Beschwerdeführers abgibt, sondern einzig die Abrechnung nach Verbandstarif für die Pflege einer einzelnen Person bezwecken soll. Somit besteht für den vorliegend streitigen Zeitraum bis 31. Dezember 2010 kein Rechtsanspruch auf Beiträge an die Pflegeleistungen im Sinn des Art. 18 Abs. 1 UVV, weshalb sich die Prüfung einer allfälligen Verletzung der Informationspflicht durch die Beschwerdegegnerin erübrigt.

2.5 Die ermessensweise Festsetzung des Stundenansatzes von Fr. 32.-- für die Hauspflege gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV ist nicht zu beanstanden. Eine pflichtwidrige Ausübung des der Beschwerdegegnerin zustehenden Ermessens ist nicht erkennbar und wurde im vorliegenden Verfahren auch nicht explizit geltend gemacht, weshalb das urteilende Gericht sein Ermessen nicht an die Stelle der Beschwerdegegnerin zu setzen hat (BGE 116 V 41 E. 7c).

3.



3.1 Der vielschichtige Begriff der Hauspflege umfasst nach der Rechtsprechung zunächst die zu Hause applizierten Heilanwendungen mit therapeutischer Zielrichtung, die von einem Arzt vollzogen oder angeordnet werden, aber auch die zu Hause stattfindende medizinische Pflege im Sinn der Krankenpflege und als drittes die nichtmedizinische Pflege, sei es am Betroffenen selber in Form von Hilfeleistungen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen, sei es als Hilfeleistung in seiner Umgebung durch Führung des Haushalts oder Besorgung der alltäglichen Angelegenheiten (BGE 116 V 41 E. 5a). Art. 18 UVV verpflichtet zu Beiträgen an eine "vom Arzt angeordnete Hauspflege" (Abs. 1). In BGE 116 V 41 wurde daraus der Schluss gezogen, dass die Leistungspflicht auf Heilbehandlung und medizinische Pflege beschränkt sein soll, da von ärztlicher Anordnung sinnvollerweise nur bei Vorkehren medizinischen Charakters gesprochen werden könne und nichtmedizinische Betreuung ihrer Natur nach keiner ärztlichen Anordnung bedürfe (E. 5c).

3.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, die akzessorische Grundpflege sei ebenfalls zur medizinischen Pflege zu zählen oder zusätzlich zu entschädigen.

3.3 Soweit der Beschwerdeführer mit Hinweis auf den Anwendungsbereich der medizinischen Massnahmen im Bereich des IV geltend macht, das EVG habe vor Einführung des Intensivpflegezuschlags mehrfach festgestellt, dass auch die akzessorische Grundpflege zur medizinischen Pflege zähle, ist zu erwähnen, dass Invalidenversicherung (IV) und Unfallversicherung (UV) bezüglich der Frage, was im Einzelnen Inhalt des Anspruchs auf Hauspflege ist, keine identische Auslegung vorsehen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 16. April 2003, I 274/01, E. 4.1; BGE 136 V 209 E. 9). Während der Gesetzgeber im Bereich der IV als Betreuung im Rahmen des Intensivpflegezuschlags die Behandlungs- und Grundpflege anrechnen lässt (vgl. Art. 39 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) und eine der mit dem damals geltenden Art. 4 IVV in der jüngsten Fassung verfolgten Regelungsabsichten gerade darin lag, nicht nur die Behandlungs- sondern auch die bei Durchführung einer medizinischen Massnahme erforderliche Grundpflege entschädigen zu können (BGE 120 V 280 E. 3b mit Hinweis), hat der Verordnungsgeber in Art. 18 UVV keine entsprechende Anpassung vorgenommen. Akzessorische Grundpflegeleistungen können nicht zur medizinischen Pflege gehören,



da sie keiner ärztlichen Anordnung bedürfen. Sie können nur dann als zusätzlich entschädigungspflichtig qualifiziert werden, wenn dafür eine Grundlage in Gesetz oder Verordnung vorhanden ist. Gegenwärtig wird in der UVV lediglich zwischen ärztlich angeordneter und nicht angeordneter Hauspflege unterschieden (Art. 18 UVV). Gemäss Rechtsprechung wird nur die medizinische Pflege unter Ausschluss der grundpflegerischen Verrichtungen entschädigt (Urteil des EVG vom 18. August 2003, U 213/02, E. 4: "[...] seuls les soins proprement médicaux et infirmiers à l'exclusion des autres soins comme l'aide pour les actes ordinaires de la vie et les soins corporels peuvent être pris en charge par l'assureur-accidents, aux conditions des art. 21 al. 1 LAA et 18 OLAA."; Urteil des Bundesgerichts vom 23. Juli 2010, 8C_896/2009, E. 2.2). Dieser Ausschluss gilt auch in den Fällen, wo die Grundpflege im Anschluss an die Behandlungspflege geleistet wird. Mit der Hilflosenentschädigung werden Leistungen, die nicht über Art. 18 UVV finanziert werden, pauschal abgegolten. Zudem wird in Art. 7 Abs. 2 lit. b der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung; KLV; SR 832.112.31) abschliessend definiert, was zur Behandlungspflege gehört, während sich der Verordnungsgeber in Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV der beispielsweise Aufzählung der Grundpflegeleistungen bediente, was den Schluss nahelegt, dass alle Leistungen, die nicht als Behandlungspflege aufgezählt werden, der Grundpflege zuzuordnen sind. Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, der Tarifvertrag mit der SBK führe die akzessorischen Grundpflegeleistungen explizit unter der Tarifziffer 004 auf. Dieser Einwand ist unbehelflich. In Anbetracht der Tatsache, dass der Tarifvertrag zwischen der SBK und der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK), der Invalidenversicherung (IV; vertreten durch das Bundesamt für Sozialversicherung [BSV]) und dem Bundesamt für Militärversicherung abgeschlossen wurde, mussten die Tarifregelungen möglichst alle von den einzelnen Versicherern gewährten Leistungen aufführen, um den verschiedenen Interessen Rechnung zu tragen. Der Tarifvertrag vom 25. Oktober 1999 trat am 1. Januar 2000 in Kraft (vgl. act. G 1.1/3 Ziff. 8.1) und es wurde vereinbart, dass Vergütungen nur dann erbracht werden, wenn unter anderem die Leistungspflicht des Versicherers gegeben ist (vgl. act. G 1.1/3 Ziff. 3.1). Da Art. 4 IVV, der ja gemäss Rechtsprechung eine Entschädigung der akzessorischen Grundpflege – nicht aber der Grundpflege – vorsah (BGE 120 V 280 E. 3b), erst mit Wirkung ab 1. Januar 2004 aufgehoben wurde (AS 2003 3859), ist nachvollziehbar, weshalb dieser Tarifpunkt 004



betreffend die akzessorische Grundpflege im Anhang 1 des Tarifvertrags vom 25. Oktober 1999 noch separat aufgeführt wurde. Dass es sich dabei nicht um eine medizinische Massnahme handelt, ist im übrigen auch daraus ersichtlich, dass die Leistung nicht nur von diplomierten Krankenschwestern und Krankenpflegern (gemäss Art. 49 KVV) ausgeführt werden darf (solche Leistungen wurden mit einem Stern [*] gekennzeichnet).

3.4 Somit ist die akzessorische Grundpflege weder als medizinische Pflege, noch zusätzlich zu dieser zu entschädigen.

4.

4.1 Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Mündlich erteilte Auskünfte sind schriftlich festzuhalten.

4.2 Der Beschwerdeführer möchte bei der Ermittlung des Pflegebedarfs analog zur Vorgehensweise in der Krankenversicherung das Abklärungsinstrument Resident Assessment Instrument – Homecare (RAI-HC) angewendet wissen.

4.3 Im Bereich des Krankenversicherungsrechts werden die Anforderungen an die Bedarfsabklärung in Art. 8 Abs. 1 - 3 KLV geregelt, wonach sie unter anderem nach einheitlichen Kriterien zu erfolgen hat (Abs. 3). Gemäss Art. 69 Abs. 2 IVV kann die IV-Stelle Abklärungen an Ort und Stelle vornehmen. Das Unfallversicherungsrecht enthält bezüglich Abklärungen weder konkretisierende Bestimmungen, noch verweist es diesbezüglich direkt auf die KLV (oder die IVV). Soweit das UVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vorsieht, ist das ATSG anwendbar (Art. 1 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG sind die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Der Gesetzgeber schreibt nicht vor, in welcher Form dies zu erfolgen hat. Vorliegend wurde anlässlich einer Besprechung vom 9. November 2010 zwischen der Beschwerdegegnerin, dem Beschwerdeführer, seiner Ehefrau und seinem Rechtsvertreter als weiteres Vorgehen vereinbart, dass der zeitliche Aufwand der Pflegeleistungen aufgelistet und dem Rechtsvertreter zur Vernehmlassung unterbreitet werde (Suva-act. 238). Mit Schreiben vom 12. November 2010 stellte die



Beschwerdegegnerin eine Liste mit den zeitlichen Aufwendungen der Pflegeleistungen zusammen und bat um Rückmeldung bis 29. November 2010 (Suva-act. 242). Mit Schreiben vom 27. November 2010 teilte der Beschwerdeführer mit, dass einige Punkte angepasst werden müssten (Suva-act. 243). Mit Schreiben vom 29. November 2010 ersuchte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers um Beizug einer externen Begutachtungsstelle, da eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Zusammenstellung der Beschwerdegegnerin und der Bedarfsabklärung nach dem RAI-HC-Abklärungsinstrument festzustellen sei (Suva-act. 241). Aus den Aktennotizen vom 29. November 2010 und 21. Dezember 2010 (Suva-act. 245, 249) geht hervor, dass der Beschwerdeführer die zeitlichen Aufwendungen nach Durchsicht mit seinem Rechtsvertreter als bereinigt betrachtete. Damit kam die Beschwerdegegnerin ihrer Pflicht zur Ermittlung des Pflegebedarfs hinreichend nach und eine willkürliche Festlegung ist dabei nicht zu erkennen. Auch der Beschwerdeführer bezeichnet die gewählte Abklärungsmethode nicht als unseriös (act. G 5 S. 8). In Anbetracht der Tatsache, dass kein Anspruch auf Beiträge bestand und der Beschwerdeführer mit dem Ergebnis der Ermittlung des Pflegebedarfs einverstanden war, waren weitere Abklärungen der Beschwerdegegnerin auch nicht notwendig.

4.4 Insofern war die Beschwerdegegnerin nicht dazu verpflichtet, bei der Ermittlung des Pflegebedarfs das Abklärungsinstrument RAI-HC zu verwenden.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.