

Sozialversicherungsgericht

[IMAGE]

des Kantons Zürich  
UV.2017.00226

I. Kammer

Sozialversicherungsrichterin Fehr, Vorsitzende Sozialversicherungsrichter Bachofner Ersatzrichter  
Wilhelm Gerichtsschreiberin Kobel

Urteil vom 31. Januar 2020

in Sachen

X.\_\_\_\_

Beschwerdeführer

vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt

Schweizerhofstrasse 14, Postfach 568, 8750 Glarus

gegen

Suva

Rechtsabteilung

Postfach 4358, 6002 Luzern

Beschwerdegegnerin

vertreten durch Rechtsanwalt Reto Bachmann

Lischer Zemp & Partner, Rechtsanwälte und Notare

Schwanenplatz 4, 6004 Luzern

weitere Verfahrensbeteiligte:

1. Gemeinde Y.\_\_\_\_

Beigeladene

2. INTRAS Kranken-Versicherung AG

Avenue de Valmont 41, 1010 Lausanne

Beigeladene

Beigeladene 2 Zustelladresse:

INTRAS Kranken-Versicherung AG

Unternehmen der CSS Gruppe, Abteilung Recht & Compliance

Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern

Sachverhalt:

1.

1.1 X.\_\_\_\_, geboren 1948, war ab April 2001 teilzeitlich - zu einem Pensum von 12,6 Wochenstunden - als Zeitungsverträger bei der Z.\_\_\_\_ AG tätig und war im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses bei der Suva für die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch versichert (Schadenmeldung UVG vom 26. September 2011, Urk. 13/I/1; Protokoll über die Besprechung mit X.\_\_\_\_ vom 16. November 2011, Urk. 13/I/22 S. 1). Daneben hatte er das Amt eines Gemeinderates der Gemeinde Y.\_\_\_\_ inne und wandte dafür durchschnittlich drei bis vier Stunden in der Woche auf. Im Rahmen dieser Tätigkeit war er bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG («Zürich») unfallversichert (Urk. 13/I/22 S. 1; Versicherungspolice in Urk. 13/I/190 S. 1).

Am Morgen des 12. September 2011, einem Montag, wurde X.\_\_\_\_ auf der Böschung einer Durchgangsstrasse seiner Wohngemeinde neben beziehungsweise unter seinem Fahrrad liegend aufgefunden (vgl. die Akten der Kantonspolizei Zürich in Urk. 13/I/20), und die Befragungen ergaben, dass er in der Nacht von Sonntag auf Montag ohne Beteiligung von Dritten gestürzt sein musste (vgl. Urk. 13/I/20 S. 9). X.\_\_\_\_ wurde ins Universitätsspital A.\_\_\_\_ verbracht, wo eine Tetraplegie festgestellt wurde (Austrittsbericht der Klinik für Unfallchirurgie vom 14. Oktober 2011 Urk. 13/I/12). Die Rehabilitationsbehandlung fand vom 22. September 2011 bis zum 28. März 2012 im Paraplegikerzentrum der Universitätsklinik B.\_\_\_\_ statt (Austrittsbericht vom 12. April 2012, Urk. 13/I/86). Von dort aus trat X.\_\_\_\_ ins Pflegezentrum C.\_\_\_\_ des Kompetenzzentrums D.\_\_\_\_ über (vgl. die E-Mail-Korrespondenz und das Besprechungsprotokoll je vom 15. März 2012, Urk. 13/I/50 und Urk. 13/I/59). Dorthin kehrte er nach einem erneuten Aufenthalt in der Universitätsklinik B.\_\_\_\_ von Ende April bis Ende August 2012 wieder zurück (vgl. den Austrittsbericht der Universitätsklinik B.\_\_\_\_ vom 30. August 2012, Urk. 13/I/184, sowie die Unterlagen in Urk. 13/I/95-183).

1.2 Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht für die Folgen des Sturzes vom September 2011 (vgl. Urk. 13/I/59).

Nachdem sie die Kosten der Spitalbehandlungen übernommen hatte und für verschiedene Hilfsmittel aufgekommen war (vgl. den Antrag der Universitätsklinik B.\_\_\_\_ vom 13. März 2012, Urk. 13/I/61 S. 2-3), sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 11. September 2012 ab dem 1. September 2012 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % und eine Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit schweren Grades zu und gewährte ihm ausserdem eine Integritätsentschädigung aufgrund einer 100%igen Integritätseinbusse (Urk. 13/I/200). Desgleichen sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IVStelle, dem Versicherten ab den

1. September 2012 eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zu (Verfügungen vom 30. Oktober und vom 13. November 2012, Urk. 13/I/217+218 und Urk. 13/I/230; vgl. die Komplementärrentenberechnung der Suva vom 9. November 2012, Urk. 13/I/226). Eine anteilmässige Leistungspflicht der «Zürich» entfiel, da der Unfall vom September 2011 als Nichtberufsunfall qualifiziert wurde (vgl. Urk. 13/I/24 S. 9) und der Versicherte bei der «Zürich» nur für Berufsunfälle versichert war (vgl. die Korrespondenz zwischen den beiden Versicherern von Mai/Juni 2014, Urk. 13/II/299+300).

### 1.3

1.3.1 Am 19. März 2012 hatte die Suva ausserdem im Rahmen ihrer anerkannten Leistungspflicht vorerst für die Dauer von vier Monaten Kostengutsprache für die Pflege des Versicherten im Pflegezentrum C.\_\_\_\_ geleistet (Urk. 13/I/60). In der Folge führte sie am 7. November 2012 im Pflegezentrum eine Abklärung zum Pflegebedarf des Versicherten durch (Tätigkeitsbeschreibung und Zeitaufwand; Urk. 13/I/229) und sprach ihm gestützt auf die Abklärungsergebnisse mit Verfügung vom 21. Dezember 2012 ab September 2012 einen monatlichen Beitrag an die Pflegekosten in der Höhe von Fr. 3'844.-- zu (Urk. 13/II/236-238). Diese Verfügung blieb unangefochten.

1.3.2 Knapp drei Jahre später holte die Abteilung Berufsbeistandschaften der Stadt E.\_\_\_\_, welche für den Versicherten eine Vertretungsbeistandschaft mit Vermögensverwaltung führte (Ernennung von F.\_\_\_\_ vom 17. März 2015, Urk. 13/II/325 S. 4), bei Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt die Stellungnahme vom 27. August 2015 zum Umfang der Leistungspflicht der Suva für die Pflegekosten ein (Urk. 13/II/325 S. 5-12). Dieser hatte durch die diplomierte Pflegefachfrau G.\_\_\_\_, eine Angestellte seines Kompetenzzentrums für Pflegerecht, an Ort und Stelle den aktuellen Pflegebedarf von X.\_\_\_\_ erheben lassen und legte den entsprechenden Bericht vom 13. August 2015 seiner Stellungnahme bei (Urk. 13/II/325 S. 14-20). Mit Schreiben vom 5. November 2015 liess X.\_\_\_\_, vertreten durch Prof. Dr. Hardy Landolt, die Suva sodann darum ersuchen, die Entschädigung für die Pflegekosten zum einen rückwirkend per Heimeintritt wiedererwägungsweise zu erhöhen und zum andern für die Zukunft in Anpassung an veränderte Verhältnisse revisionsweise heraufzusetzen (Urk. 13/II/325 S. 1-2).

Die Suva hatte im Oktober 2015 auch von sich aus eine Überprüfung ihrer Leistungspflicht für die Pflegekosten in Aussicht genommen (Urk. 13/II/323) und liess in deren Rahmen durch die diplomierte Pflegefachfrau H.\_\_\_\_ der Hilfsmittelberatung I.\_\_\_\_ im Februar 2016 den Tagesablauf des Versicherten ermitteln und den Zeitaufwand für die einzelnen Pflegeverrichtungen erheben (Bericht vom 11. Februar 2016, Urk. 13/II/337). In die Abklärung zur Leistungspflicht für die Pflegekosten schaltete sich sodann zum einen die INTRAS Kranken-Versicherung AG (INTRAS; Unternehmen der CSS Gruppe) ein, die in ihrer Eigenschaft als obligatorische Krankenpflegeversicherer von X.\_\_\_\_ Beiträge an dessen Pflege im Heim leistete (Schreiben der INTRAS an die Suva vom 14. März 2016, Urk. 13/II/338), und zum andern bezog die Suva die Gemeinde Y.\_\_\_\_ ein, die als ehemalige Wohnsitzgemeinde von X.\_\_\_\_ ebenfalls Beiträge an die Pflege erbrachte (vgl. die Korrespondenz von März bis Mai 2016 in Urk. 13/II/339-350).

Aufgrund der Ergebnisse der Abklärungen durch die Hilfsmittelberatung I.\_\_\_\_ gelangte die Suva neu zu einem monatlichen Beitrag an die Pflegekosten von Fr. 4'432.-- (Berechnungstabelle in Urk. 13/II/362). Mit Verfügung vom 19. August 2016 erhöhte sie daher für die Zeit ab dem 1. Dezember 2015 den bisherigen Beitrag von Fr. 3'844.-- auf Fr. 4'432.-- (Urk. 13/II/371). Die Nachzahlungen entrichtete sie der INTRAS (vgl. Urk. 13/II/368+369 und Urk. 13/II/371 S. 2), die ihre Beiträge an die Pflege des Versicherten auf den 1. März 2016 eingestellt und gegenüber der

Suva verrechnungsweise Rückforderungsansprüche geltend gemacht hatte (vgl. die Korrespondenz in Urk. 13/II/355-367).

1.3.3 Der Versicherte liess durch Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt mit Eingabe vom 19. September 2016 Einsprache erheben (Urk. 13/II/372) und beantragen, die Verfügung vom 19. August 2016 sei aufzuheben und ihm seien rückwirkend seit dem Heimeintritt vom 29. März 2012 die tatsächlichen Kosten des Heims für die unfallbedingten Pflegemassnahmen zu vergüten (Urk. 13/II/372 S. 1). Mit Entscheid vom 29. August 2017 wies die Suva die Einsprache ab (Urk. 2 = Urk. 13/II/395).

2. Gegen den Einspracheentscheid vom 29. August 2017 liess der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt (vgl. die Verfügung vom 27. September 2017 die Eingabe der Beiständin F.\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2017 und deren vom Versicherten mitunterzeichnetes Schreiben an Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt vom 6./7. Oktober 2017; Urk. 5, Urk. 7, Urk. 8), mit Eingabe vom 21. September 2017 Beschwerde erheben (Urk. 1) mit den Anträgen, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass die Suva verpflichtet sei, die tatsächlichen Kosten für die unfallbedingten Pflegemassnahmen und die nichtmedizinische Hilfe gemäss der Kostenstellenrechnung des Pflegeheimes D.\_\_\_\_ seit dem Heimeintritt vom 29. März 2012 zu vergüten, eventualiter sei die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). In prozessualer Hinsicht liess er um die Beiladung der Gemeinde Y.\_\_\_\_ zum Prozess ersuchen (Urk. 1 S. 3). Die Suva, vertreten durch Rechtsanwalt Reto Bachmann, liess in der Beschwerdeantwort vom 30. November 2017 (Urk. 12) auf Abweisung der Beschwerde schliessen, soweit darauf einzutreten sei (Urk. 12 S. 2).

Mit Verfügung vom 7. Dezember 2017 wurde die Gemeinde Y.\_\_\_\_ zum Prozess beigegeben (Urk. 15). Sie nahm mit Eingabe vom 1. März 2018 Stellung (Urk. 18) und schloss sich den Anträgen des Beschwerdeführers an. Ausserdem stellte sie den Antrag, es sei festzustellen, dass die von der Beschwerdegegnerin rückwirkend geschuldeten Pflegeentschädigungen an sie zu vergüten seien, eventuell sei eine anteilmässige Aufteilung der rückwirkend geschuldeten Pflegeentschädigungen zwischen ihr und dem obligatorischen Krankenversicherer vorzunehmen (Urk. 18 S. 3). Zusätzlich wurde mit Verfügung vom 16. März 2018 die INTRAS zum Prozess beigegeben (Urk. 20). Sie retournierte am 14. Mai 2018 die Akten, ohne sich vernehmen zu lassen (Urk. 22). Mit Verfügung vom 15. Mai 2018 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 23). Der Beschwerdeführer liess in der Replik vom 11. Juni 2018 an seinen Anträgen festhalten (Urk. 24); die Beschwerdegegnerin liess mit Eingabe vom 26. Juni 2018 auf die Erstattung einer Duplik verzichten (Urk. 27). Mit Verfügung vom 2. Juli 2018 wurde die Eingabe vom 26. Juni 2018 dem Beschwerdeführer und den Beigeladenen zur Kenntnis gebracht (Urk. 28).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Strittig und zu prüfen ist der Umfang, in dem die Beschwerdegegnerin die Kosten der Pflege des Beschwerdeführers im Pflegezentrum C.\_\_\_\_ zu übernehmen hat.

2.

2.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die

versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, erleidet sie also nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit, so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 19 Abs. 1 UVG, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind, wobei mit dem Rentenbeginn die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahinfallen.

In Art. 21 UVG sind die Voraussetzungen aufgeführt, unter denen auch nach der Festsetzung der Rente Anspruch auf die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen nach Art. 10-13 UVG und damit namentlich auf die Gewährung der Heilbehandlung (Art. 10 UVG) besteht. Nach Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG ist dieser Anspruch unter anderem dann gegeben, wenn der Bezüger erwerbsunfähig ist und sein Gesundheitszustand durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann.

## 2.2

2.2.1 Zur Heilbehandlung nach Art. 10 UVG gehören unter anderem die ambulante Behandlung durch den Arzt oder auf dessen Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson (Abs. 1 lit. a) und die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Abs. 1 lit. b). Ferner wird dem Bundesrat in Art. 10 Abs. 3 Satz 2 UVG die Kompetenz zur Festlegung übertragen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang der Versicherte Anspruch auf Hauspflege (bis Ende 2016 gültig gewesene Fassung) beziehungsweise auf Hilfe und Pflege zu Hause hat (revidierte, per Anfang 2017 in Kraft gesetzte Fassung).

2.2.2 Gestützt auf die Kompetenzübertragung in Art. 10 Abs. 3 Satz 2 UVG hat der Bundesrat die Regelung in Art. 18 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) getroffen. Art. 18 UVV in der bis Ende 2016 gültig gewesenen Version steht unter dem Titel «Hauspflege»; gemäss Abs. 1 hat die versicherte Person Anspruch auf eine ärztlich angeordnete Hauspflege, sofern diese durch eine nach Art. 49 und 51 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird, und gemäss Abs. 2 kann der Versicherer ausnahmsweise auch Beiträge an eine Hauspflege durch eine nicht zugelassene Person gewähren. Art. 18 UVV in der ab Anfang 2017 in Kraft stehenden Fassung trägt den neuen Titel «Hilfe und Pflege zu Hause», und dementsprechend ist in Abs. 1 dieser revidierten Fassung der Begriff der ärztlich angeordneten Hauspflege durch den Begriff der ärztlich angeordneten Pflege zu Hause ersetzt worden, wobei die Pflege neu explizit als medizinische Pflege bezeichnet ist. Des Weiteren ist in Abs. 2 neu festgelegt, dass der Versicherer einen Beitrag leistet an (lit. a) ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause durch eine nicht zugelassene Person, sofern diese Pflege fachgerecht ausgeführt wird, und an (lit. b) nichtmedizinische Hilfe zu Hause, soweit diese nicht durch die Hilfloosenentschädigung nach Art. 26 UVG abgegolten ist.

## 2.2.3

2.2.3.1 Unter die ärztlich angeordnete Hauspflege nach Art. 18 Abs. 1 UVV in der bis Ende 2016 in Kraft gestandenen Fassung fällt die Krankenpflege nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung insoweit, als sie entweder in eigentlichen Heilanwendungen mit therapeutischer Zielrichtung oder

aber in krankenpflegerischen Leistungen mit medizinischem Charakter besteht, dies in Abgrenzung zu den pflegerischen Leistungen nichtmedizinischer Art, die deshalb nicht unter Art. 18 UVV fallen, weil diese Bestimmung nur die «ärztlich angeordnete» Hauspflege nennt (BGE 124 V 52 E. 4, 116 V 41 E. 5a-c; Urteil des Bundesgerichts 8C\_1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 3).

Als krankenpflegerische Leistungen mit medizinischem Charakter gelten zunächst diejenigen Leistungen, die in Art. 7 Abs. 2 lit. b der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) als Massnahmen der Untersuchung und Behandlung aufgelistet sind. Krankenpflegerische Leistungen mit medizinischem Charakter sind aber auch gewisse Leistungen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV, nämlich diejenigen Leistungen, die als Bestandteil eines medizinischen Pflegekomplexes zu verstehen sind; es wird in diesem Zusammenhang von akzessorischer Grundpflege gesprochen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 7.2).

2.2.3.2 Art. 18 Abs. 1 UVV in der ab Anfang 2017 stehenden Fassung umfasst das gleiche Leistungsspektrum; die Anspruchsvoraussetzung des medizinischen Charakters der krankenpflegerischen Leistungen ergibt sich nunmehr unmittelbar aus dem Wortlaut der Verordnung

## 2.3

2.3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich so wird die Rente nach Art. 17 Abs. 1 ATSG von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Nach Art. 17 Abs. 2 ATSG wird auch jede andere formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung von Amtes wegen oder auf Gesuch hin erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zugrunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat. Als Dauerleistungen in diesem Sinne gelten rechtsprechungsgemäss auch die Leistungen nach Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG (Urteil des Bundesgerichts 8C\_457/2014 vom 5. September 2014 E. 2.2).

Erheblich ist im Falle einer Rentenrevision rechtsprechungsgemäss jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten unerheblich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Diese rechtlichen Grundsätze gelten im Falle der Revision einer anderen Dauerleistung sinngemäss.

Bei Vorliegen eines Revisionsgrundes im dargelegten Sinne besteht nach der höchstrichterlichen, zu den Rentenrevisionen entwickelten Rechtsprechung keine Bindung mehr an das Mass der übrigen, unverändert gebliebenen Parameter, die dem vorangegangenen rechtskräftigen Entscheid zugrunde gelegt worden sind. Vielmehr ist der Rentenanspruch diesfalls für die Zukunft in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht frei und umfassend zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3, 117 V 198 E. 4b, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_878/2018 vom 21. August 2019 E. 4.5.2). Auch diese Rechtsprechung ist im Falle der Revision einer anderen Dauerleistung sinngemäss anwendbar.

2.3.2 Der Grundsatz, wonach eine Sachverhaltsänderung nachgewiesen sein muss, damit eine formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben werden kann, gilt dann nicht, wenn die Voraussetzungen für eine prozessuale Revision oder für eine Wiedererwägung erfüllt sind.

Nach Art. 53 Abs. 1 ATSG müssen formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war (sogenannte prozessuale Revision im Gegensatz zur Revision aufgrund veränderter Verhältnisse). Ferner bestimmt Art. 53 Abs. 2 ATSG, dass der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide zurückkommen kann, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (sogenannte Wiedererwägung). Die Wiedererwägung liegt entsprechend der Formulierung als «Kann-Vorschrift» im Ermessen des Versicherungsträgers, und es besteht demgemäss kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch darauf (BGE 133 V 50 E. 4.2.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_210/2017 vom 22. August 2017 E. 8.2 mit Hinweisen).

3.

3.1 Im Gerichtsverfahren ist anerkannt, dass die Pflege, die dem Beschwerdeführer im Pflegezentrum C.\_\_\_\_ erbracht wird, als Hauspflege beziehungsweise Hilfe und Pflege zu Hause einzustufen ist (vgl. demgegenüber die Argumentation in der Eingabe des Beschwerdeführers vom 27. August 2015, Urk. 13/II/325 S. 8), für welche die Beschwerdegegnerin unter den Voraussetzungen, die der Bundesrat gestützt auf Art. 10 Abs. 3 Satz 2 UVG in Art. 18 UVV definiert hat, leistungspflichtig ist. Dass Art. 18 UVV nicht nur die Pflege zu Hause, sondern auch die Pflege in einem Heim erfasst, ergibt sich aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung, die im Falle eines stationären Langzeitaufenthaltes zwar nicht die gesamten Pflegekosten, aber immerhin noch die Kosten der medizinischen Pflege als Pflichtleistungen nach Art. 21 Abs. 1 lit. d in Verbindung mit Art. 10 UVG bezeichnet (BGE 124 V 52 E. 4; vgl. auch die Urteile des Bundesgerichts 8C\_1037/2012 vom 12. Juli 2013, U 449/05 vom 10. Juli 2006 und U 233/98 vom 19. April 2000). Die Rechtsprechung setzt damit leistungsmässig die stationäre Langzeitpflege der ambulanten Behandlung nach Art. 10 Abs. 1 lit. a UVG gleich, wie dies im Krankenversicherungsrecht aufgrund von Art. 50 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) ebenfalls der Fall ist.

Sodann ist der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom September 2011 erwerbsunfähig und auf dauernde Pflege angewiesen. Ohne diese Pflege würde sich sein Gesundheitszustand ohne Zweifel sofort verschlechtern, sodass zu Recht unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin ihm gestützt auf Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG über die Rentenfestsetzung hinaus die Leistungen nach Art. 18 UVV in Verbindung mit Art. 10 Abs. 3 Satz 2 UVG zu erbringen hat.

Die Beschwerdegegnerin hatte dem Beschwerdeführer mit der ursprünglichen Verfügung vom 21. Dezember 2012 (Urk. 13/II/236-238) denn auch Leistungen für die Pflege im Pflegezentrum C.\_\_\_\_ zugesprochen und hatte diese Leistungen mit der Verfügung vom 19. August 2016 (Urk. 13/II/371) und dem angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) erhöht. Der Beschwerdeführer ist indessen der Auffassung, Anspruch auf noch höhere Leistungen zu haben.

3.2

3.2.1 Vorab ist auf den Dauerleistungscharakter der zugesprochenen Hauspflege hinzuweisen, wie er sich aus den vorstehenden rechtlichen Erwägungen (E. 2.3.1) ergibt. Der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Erhöhung der Leistungen, die ihm mit der Verfügung vom 21. Dezember 2012 gewährt worden waren, hängt somit davon ab, dass sich der Sachverhalt seither in einem leistungsrelevanten Mass verändert hat.

3.2.2 Die Beschwerdegegnerin hatte anlässlich der Abklärung vom November 2012 einen Bedarf an (medizinischer) Pflege von 305,5 Minuten im Tag ermittelt (Urk. 13/I/229 S. 2) und war davon ausgehend zu einem entschädigungspflichtigen Pflegebedarf von insgesamt 131 Minuten im Tag (56 Minuten für Behandlungspflege und 75 Minuten für Grundpflege) gelangt (Urk. 13/II/237). Demgegenüber gelangte sie anlässlich der Abklärung durch die I. \_\_\_-Mitarbeiterin H. \_\_\_ vom Februar 2016 (Urk. 13/II/337) zu einem höheren Bedarf an entschädigungspflichtiger Pflege, nämlich einem solchen von insgesamt 150,68 Minuten im Tag (47,68 Minuten für Behandlungspflege und 103 Minuten für Grundpflege; Urk. 13/II/362 S. 2 und S. 3).

Soweit die Beschwerdegegnerin die relevante Sachverhaltsänderung in dieser unterschiedlichen Höhe des entschädigungspflichtigen Bedarfs erblickte, so sind die Erhebungen vom November 2012 und vom Februar 2016 nicht unmittelbar miteinander vergleichbar. Daher lässt sich aus ihnen nicht ohne Weiteres ersehen, ob der unterschiedlich bezifferte Pflegebedarf tatsächlich auf eine Sachverhaltsänderung zurückzuführen ist oder ob er lediglich auf einer unterschiedlichen Bemessung des grundsätzlich gleich gebliebenen Aufwands beruht. Hingegen geht aus einer Aufstellung des Pflegezentrums hervor, dass der Beschwerdeführer im März 2015 von der Pflegestufe RMC in die Pflegestufe SSC des vom Zentrum angewendeten Bedarfserfassungssystems RAI/RUG («Resident Assessment Instrument/Ressource Utilization Groups»; vgl. Urteil des Bundesgerichts 2C\_333/2012 vom 5. November 2012 E. 4.1) zurückgestuft wurde, was eine Versetzung von der Tarifstufe 12 in die Tarifstufe 11 zur Folge hatte (vgl. Urk. 13/II/351). Aus dieser neuen Einstufung kann mit Zuverlässigkeit eine Sachverhaltsänderung abgeleitet werden, da sie auf demselben System wie die alte basiert. Dass der ermittelte Pflegebedarf ab März 2015 geringer ist, als er bis anhin war, steht einer Erhöhung der von der Beschwerdegegnerin geschuldeten Entschädigung nicht entgegen, da der Sachverhalt im Falle einer relevanten Änderung für die Zukunft umfassend und ohne Bindung an die bisher angewendeten Parameter zu prüfen ist (vorstehend E. 2.3.1).

3.2.3 Es stellt sich die weitere Frage nach dem Zeitpunkt, zu dem die Sachverhaltsänderung und ein gegebenenfalls daraus resultierender veränderter Entschädigungsanspruch zu berücksichtigen ist

Im Falle eines Gesuchs um eine Rentenerhöhung, einer neuen Anmeldung zum Rentenbezug oder einer Anmeldung zum Wiederbezug einer eingestellten Rente ist der neue Anspruch nach der Rechtsprechung, die das Bundesgericht in einem aktuellen Entscheid mit grundsätzlichen Erwägungen dargetan und präzisiert hat, frühestens ab dem Zeitpunkt der Gesuchseinreichung zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_878/2018 vom 21. August 2019 E. 4.5.3). Diese Rechtsprechung gilt bei der Anpassung anderer Dauerleistungen analog (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Art. 17 ATSG Rz 68). Da der Beschwerdeführer seinen Erhöhungsantrag in November 2015 stellen liess (Urk. 13/II/325 S. 1-2), kommt somit eine Erhöhung ab diesem Monat und nicht bereits ab März 2015 in Betracht. Andererseits ist entgegen der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 10 f.) auch nicht erst der Dezember 2015 oder sogar erst der Februar 2016 massgebend.

3.2.4 Was den Standpunkt des Beschwerdeführers betrifft, bereits vor dem Eintritt der Sachverhaltsänderung vom März 2015 Anspruch auf eine höhere Entschädigung für die Pflege im Pflegezentrum C. \_\_\_ zu haben (Urk. 1 S. 2), so besteht nach der dargelegten Rechtsprechung (E. 2.3.2) kein Anspruch auf eine wiedererwägungsweise Änderung rechtskräftig zugesprochener Leistungen. Und soweit sich der Beschwerdeführer auf den Umstand berufen sollte, dass er im Januar 2013, also nach Erlass der leistungszusprechenden Verfügung vom 21. Dezember 2012 (Urk. 13/II/236238), von der Tarifstufe 10 in die Tarifstufe 12 versetzt worden war (vgl.

Urk. 13/II/351), so ist auf die vorstehenden Erwägungen zum Revisionszeitpunkt zu verweisen, gemäss denen eine vor das Erhöhungsgesuch zurückreichende Leistungsanpassung ausser Betracht fällt.

### 3.3

3.3.1 Bei der Prüfung des Anspruchs des Beschwerdeführers auf Leistungen für die Pflege im Pflegezentrum C. \_\_\_ ab November 2015 ist zunächst die Frage nach der anwendbaren Fassung von Art. 18 UVV zu klären. Der Beschwerdeführer will ab dem 1. Januar 2017 die dannzumal in Kraft getretene revidierte Fassung dieser Verordnungsbestimmung angewendet sehen (Urk. 1 S. 5 ff.), wogegen die Beschwerdegegnerin die vorangegangene Fassung von Art. 18 UVV für weiterhin anwendbar hält und sich hierfür darauf beruft, dass sich der massgebliche Unfall vor dem 1. Januar 2017 ereignet hatte (Urk. 2 S. 4).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind ursprünglich fehlerfreie Verfügungen über Dauerleistungen grundsätzlich an Änderungen des Gesetzes anzupassen, dies im Gegensatz zu Anpassungen an eine geänderte Gerichts- oder Verwaltungspraxis, die nur ausnahmsweise in Frage kommen. Allerdings gehen anderslautende Übergangsbestimmungen der Anpassung an Gesetzesänderungen vor (BGE 135 V 201 E. 6.1.1). Solche Übergangsbestimmungen existieren im Fall der Teilrevision des UVG und der UVV per 1. Januar 2017, in deren Rahmen die Änderung von Art. 18 UVV erfolgt ist, und sie sehen in Abs. 1 vor, dass die Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden. Gestützt darauf ist für den Anspruch des Beschwerdeführers auf die Entschädigung für die Pflege im Heim auch für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 nach wie vor die bis Ende 2016 in Kraft gewesene Fassung von Art. 18 UVV massgebend (vgl. auch die Urteile des Sozialversicherungsgerichts UV.2018.00025 vom 13. September 2019 und UV.2018.00233 vom 20. Dezember 2019). Der Auffassung der Beschwerdegegnerin ist demnach zuzustimmen.

3.3.2 Von der übergangsrechtlichen Frage nach der anwendbaren Fassung von Art. 18 UVV zu unterscheiden ist die Frage, ob die vorliegend massgebende altrechtliche Version deshalb nicht anzuwenden beziehungsweise modifiziert anzuwenden ist, weil sie, wie der Beschwerdeführer vorbringen liess (Urk. 1 S. 6 f.), gegen übergeordnetes Recht verstösst.

Der Beschwerdeführer liess hierzu unter Berufung auf die Botschaft zur Änderung des UVG vom 30. Mai 2008 (BB1 2008 5412) geltend machen, die staatsvertraglichen Regelungen im Übereinkommen Nr. 102 über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit (Mindestnormen) und in der - in ihren Garantien weitergehenden - Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit (EOSS) sähen eine uneingeschränkte Leistungspflicht des Unfallversicherers für die unfallbedingte Pflege vor, welche eine Beteiligung der versicherten Person an den Kosten ausschliesse (Urk. 1 S. 6). Es gilt jedoch zu beachten, dass der Anspruch auf Betreuung durch Pflegepersonal zu Hause, in einem Krankenhaus oder in einer anderen Pflegestätte beziehungsweise einer anderen medizinischen Einrichtung gemäss Art. 34 Abs. 2 lit. c der Mindestnormen und der EOSS in diesen Bestimmungen als Anwendungsfall der ärztlichen Betreuung figuriert (Art. 34 Abs. 1 und Abs. 2 Ingress der Mindestnormen und der EOSS). Dies legt den Schluss nahe, dass die Staatsverträge - ungeachtet dessen, dass sie autonom und ohne Rücksicht auf die Begriffe des nationalen Rechts auszulegen sind (vgl. BGE 119 V 375 E. 4b/aa) - entsprechend der bundesgerichtlichen Auslegung des Begriffs der ärztlich angeordneten Hauspflege in der altrechtlichen Fassung von Art. 18 Abs. 1 UVV ebenfalls nur Leistungen für pflegerische Vorkehren mit medizinischem Charakter garantieren wollen. Des

Weiteren besagen die beiden Staatsverträge nicht, dass die garantierten Leistungen zwingend von einem einzigen Versicherungsträger, nämlich dem Unfallversicherer, zu erbringen sind. Auch aus diesem Grund lässt sich aus ihnen keine vollumfängliche Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ableiten. Ohnehin aber gelten die Garantien in Art. 34 der Mindestnormen und der EOSS nur für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (Überschrift Teil VI und Art. 31); die Leistungspflicht aufgrund des vorliegend zur Diskussion stehenden Nichtberufsunfalls ist demgegenüber von ihnen nicht erfasst.

3.3.3 Damit ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auf die medizinische Pflege im Sinne der Rechtsprechung zu Art. 18 Abs. 1 UVV der altrechtlichen Fassung beschränkt.

Am Umfang dieser Leistungen hat sich denn mit der neuen Fassung von Art. 18 Abs. 1 UVV auch gar nichts geändert. Geändert hat lediglich die Leistungspflicht nach Art. 18 Abs. 2 UVV, indem neu Ansprüche auf Beiträge an die medizinische Pflege durch eine nicht nach KVV zugelassene Person (eine solche Pflege steht bei einem Heimaufenthalt nach den richtigen Darlegungen in der Beschwerdeschrift nicht zur Diskussion; vgl. Urk. 1 S. 9) und an die nichtmedizinische Hilfe statuiert worden sind, nach wie vor jedoch keine Ansprüche auf die gesamte Übernahme der entsprechenden Kosten. Soweit der Beschwerdeführer hierzu vorbringen liess, die Ad-hoc-Kommission Schaden UVG habe schon vor dem Inkrafttreten der revidierten Fassung Art. 18 Abs. 2 UVV die Leistung eines Beitrags an die nichtmedizinische Pflege beziehungsweise Hilfe empfohlen (Urk. 1 S. 5), so trifft zu, dass nach der Empfehlung Nr. 7/90 vom 27. November 1990/17. März 2008 angemessene Beiträge dafür gewährt werden konnten, dies allerdings nur, soweit über einen Anspruch auf eine Hilfenentschädigung noch nicht entschieden war. Es bestehen im Übrigen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdegegnerin entsprechend der Befürchtung in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 5 f.) beabsichtigt, diese - an sich unverbindliche, jedoch eine rechtsgleiche Praxis gewährleistende (vgl. BGE 140 V 41 E. 6.4.2.1) - Empfehlung ab Anfang 2017 in altrechtlichen Fällen anders anzuwenden als bisher.

Des Weiteren ist ein Anspruch auf Leistungen der Grundpflege nach dem bereits Ausgeführten (E 2.2.3.1) schon nach der Rechtsprechung zum alten Recht insoweit anerkannt, als es sich um die sogenannte akzessorische Grundpflege handelt und diese nicht bereits durch die Hilfenentschädigung abgedeckt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 7.2).

### 3.4

3.4.1 Damit gilt es, das Vorgehen zur Festlegung des konkreten Entschädigungsanspruchs ab November 2015 festzulegen.

3.4.2 Bei den Leistungen nach Art. 10 und Art. 21 UVG, zu denen nach den vorstehenden Erwägungen auch die Pflegeleistungen nach Art. 18 UVV gehören, handelt es sich um Sachleistungen (Art. 14 ATSG; vgl. Kieser, a.a.O., Art. 14 ATSG Rz 19 ff.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_457/2014 vom 5. September 2014 E. 1.2), dies im Gegensatz zur Rente und zur Hilfenentschädigung, die als Geldleistungen zu qualifizieren sind (Art. 15 ff. ATSG). Sachleistungen werden entweder nach dem Naturalleistungsprinzip oder nach dem Kostenvergütungsprinzip gewährt; für Sachleistungen nach UVG gilt das Naturalleistungsprinzip, wie der Beschwerdeführer zutreffend dartun liess (Urk. 1 S. 18; vgl. Kieser, a.a.O., Art. 14 ATSG Rz 13). Innerhalb des Naturalleistungsprinzips erbringt der Versicherer die Leistungen entweder in natura, nämlich durch eine von ihm betriebene Institution, oder er überträgt die Leistungserbringung

einem Dritten (vgl. Kieser, a.a.O., Art. 14 ATSG Rz 14). Das Pflegezentrum C.\_\_\_\_ ist keine Institution der Beschwerdegegnerin; sie erbringt dem Beschwerdeführer die geschuldeten Leistungen also durch die Übertragung der entsprechenden Aufgaben an das Pflegezentrum. Im Rahmen dieser Aufgabenübertragung hat sie das Pflegezentrum für die Pflege des Beschwerdeführers zu entschädigen, soweit die pflegerischen Vorkehren unter Art. 18 UVV fallen.

3.4.3 Die Gemeinde Y.\_\_\_\_ reichte mit ihrer Stellungnahme vom 1. März 2018 (Urk. 18) im Sinne von Beispielen die Rechnungen des Pflegezentrums für die Monate August und September 2016 ein (Urk. 19/6 und Urk. 19/5). Die in Rechnung gestellten Pflegekosten belaufen sich für die Pflege in der Pflegestufe SSC beziehungsweise in der Tarifstufe 11 auf einen Gesamtbetrag von täglich Fr. 334.60 und setzen sich zusammen aus einem Anteil des Krankenversicherers von Fr. 99.-- pro Tag, einem Gemeindeanteil von Fr. 214.-- pro Tag und einem Eigenanteil des Beschwerdeführers von Fr. 21.60 pro Tag.

Die Rechnungstellung basiert auf den Vorgaben im KVG: Der Anteil des Krankenversicherers ist nach Art. 7a Abs. 3 KLV bemessen, wonach für die Pflege in einem Heim (Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV) nach einem zwölfstufigen System je nach Zeitbedarf ein täglicher Beitrag in der Höhe zwischen Fr. 9.-- und Fr. 108.-- zu vergüten ist und für die Pflegestufe 11 (Pflegebedarf von 201-220 Minuten) laut Art. 7a Abs. 3 lit. k KLV (in der im Jahr 2016 in Kraft stehenden Fassung) ein Beitrag von Fr. 99.-- festgelegt ist. Der Eigenanteil des Beschwerdeführers von Fr. 21.60 sodann resultiert aus der Vorgabe in Art. 25a Abs. 5 Satz 1 KVG, wonach der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden dürfen (Fr. 108.-- dividiert durch 5 = Fr. 21.60), und aus § 9 Abs. 2 Satz 1 des Pflegegesetzes des Kantons Zürich, wonach den Leistungsbezüglern im Pflegeheim dieser höchstzulässige Betrag überbunden wird. Der Anteil der Gemeinde schliesslich stützt sich auf §§ 9 ff. des Pflegegesetzes, worin der Kantonsrat von der Kompetenzübertragung in Art. 25a Abs. 5 Satz 2 KVG Gebrauch gemacht hat, die Restfinanzierung zu regeln. Beim D.\_\_\_\_, dem das Pflegezentrum C.\_\_\_\_ angehört, handelt es sich um eine interkommunale Anstalt, die von 20 Gemeinden einschliesslich der für die Restfinanzierung zuständigen früheren Wohnsitzgemeinde Y.\_\_\_\_ des Beschwerdeführers (vgl. § 9 Abs. 5 des Pflegegesetzes; ab 1. Januar 2019 bundesrechtlich geregelt in Art. 25a Abs. 5 Sätze 3 und 5 KVG) betrieben wird (vgl. Website des D.\_\_\_\_). Die Gemeinde Y.\_\_\_\_ hat daher nach § 9 Abs. 4 in Verbindung mit § 5 Abs. 1 des Pflegegesetzes die gesamten Restkosten zu übernehmen und nicht nur das Normdefizit (§ 15 Abs. 3 in Verbindung mit §§ 16 und 17 des Pflegegesetzes; vgl. Curaviva, Grundlagen Umsetzung Pflegefinanzierung im Jahr 2017 in Zürcher Alters- und Pflegeheimen), was im Übrigen nach einem neulich ergangenen Entscheid des Bundesgerichts auch in Fällen von Aufenthalten in Anstalten gilt, die nicht von der öffentlichen Hand betrieben werden (BGE 144 V 280 E. 7.4).

Es ist daher davon auszugehen, dass der Gesamtbetrag von Fr. 334.60 im Tag, den das Pflegezentrum C.\_\_\_\_ in Rechnung stellt, die Kosten für die Pflege des Beschwerdeführers deckt. Unter diesen Umständen hat sich die Entschädigung, welche die Beschwerdegegnerin dem Pflegezentrum zu leisten hat, an diesem Betrag und an den pflegerischen Aufwendungen, für die er erhoben wird, zu orientieren. Das Pflegezentrum selber hatte denn auch bereits im Jahr 2012 darauf hingewiesen, dass sie der Suva ebenfalls den Pflegebeitrag gemäss RAI/RUG in Rechnung stellen würde (Urk. 13/I/56 S. 2). Es bleibt demnach kein Raum dafür, den Pflegebedarf unabhängig von den tatsächlich vom Heim verrechneten Leistungen zu ermitteln, wie dies der Beschwerdeführer mit seinen Ausführungen in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 9 ff.) zu vertreten scheint. Und es bleibt weiter auch kein Raum für die Wahl eines Entschädigungsansatzes, der abweicht von demjenigen,

den das Pflegezentrum verrechnet. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, die Entschädigung nach denjenigen Stundensätzen festzulegen, die in Art. 7 Abs. 1 KLV für die ausserhalb einer Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen (Spitex; Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV) vorgesehen sind (Urk. 2 S. 6 und S. 8, Urk. 13/II/362), ist deshalb nicht rechtskonform. Vielmehr ist dem Beschwerdeführer darin zuzustimmen (vgl. Urk. 1 S. 17 ff.), dass der vom Pflegezentrum konkret erhobene Ansatz massgebend ist, also der genannte Betrag von Fr. 334.60 pro Tag.

3.4.4 Die Beschwerdegegnerin wies allerdings zutreffend darauf hin (Urk. 2 S. 6), dass die Kategorie der verrechneten Pflegeleistungen für die Rechnungstellung des Pflegezentrums nicht von Belang ist. Denn krankenversicherungsrechtlich ist im Falle der Pflege in einem Heim (Art. 7 Abs. 1 lit. c KLV) für die Entschädigung lediglich die Anzahl geleisteter Pflegestunden massgebend ohne dass wie im Falle der Pflege durch eine Spitex-Organisation (Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV) zwischen Grund- und Behandlungspflege oder wie für die Entschädigung nach Art. 18 UVV zwischen medizinischer Pflege und anderer Pflege unterschieden werden müsste. Auch der Betrag, den die Gemeinde im Rahmen der Restfinanzierung leistet, ist daher nicht von der Einordnung der Pflegeleistungen in eine bestimmte Kategorie abhängig. Demzufolge ist nicht zu erwarten, dass sich die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin abschliessend anhand der Bedarfsabklärung, die das Pflegezentrum für die tarifliche Einstufung des Beschwerdeführers vorgenommen hat, ermitteln lässt. Hinzu kommt, dass mit dem Bedarfserfassungssystem RAI/RUG als einem der im Kanton Zürich anerkannten Systeme (vgl. den Beschluss des Regierungsrates des Kantons Zürich RRB 800/2012 vom 15. August 2012 sowie Curaviva, Grundlagen Umsetzung Pflegefinanzierung im Jahr 2017 in Zürcher Alters- und Pflegeheimen) der Zeitaufwand nicht direkt, sondern über die Zuweisung zu einer Pflegeaufwandgruppe erhoben wird, der ein durchschnittlicher Pflegeaufwand hinterlegt ist (vgl. das zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 9C\_221/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 4.1 mit Hinweis auf einen Schlussbericht des Forschungs- und Beratungsunternehmens INFRAS zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit BAG vom 10. März 2017).

Dennoch hat die Bedarfsermittlung des Pflegezentrums Ausgangspunkt für die Ermittlung des Entschädigungsumfangs der Beschwerdegegnerin zu bilden, da deren Ergebnis nach dem Gesagten die Grundlage für die Rechnungstellung ist. Die Unterlagen zu dieser Bedarfsermittlung finden sich bis anhin nicht im Dossier der Beschwerdegegnerin, sondern die Pflegefachfrau G. \_\_\_ erklärte in ihrem Bericht vom 13. August 2015 lediglich, im Rahmen ihrer Erhebungen Einsicht in die Pflegedokumentation gehabt zu haben (Urk. 13/II/325 S. 15), und im Rahmen der Abklärungen durch die Pflegefachfrau H. \_\_\_ war wohl eine Pflegefachfrau des Pflegezentrums anwesend (Urk. 13/II/337 S. 7), es ist jedoch nicht bekannt, wieweit die Ergebnisse der heiminternen Bedarfsermittlung beigezogen worden waren.

3.4.5 Unter diesen Umständen ist es angezeigt, dass die Beschwerdegegnerin neue Abklärungen zur Festsetzung des nach Art. 18 Abs. 1 UVV zu entschädigenden Pflegebedarfs durchführt. Im Rahmen dieser Abklärungen werden zunächst die Unterlagen über die heiminterne, für die Rechnungstellung relevante Bedarfsermittlung beizuziehen sein. Sollten diese Unterlagen nicht genügend aufschlussreich sein in Bezug auf die einzelnen Pflegeleistungen und den dafür erforderlichen Zeitbedarf und somit keine Unterscheidung zwischen Leistungen der entschädigungspflichtigen medizinischen Pflege und der übrigen Pflege erlauben, so wäre eine gesonderte, von der Beschwerdegegnerin zu veranlassende Erhebung erforderlich.

Im Rahmen der zu treffenden Abklärungen müssen die einzelnen pflegerischen Leistungen in

der Weise qualitativ beschrieben werden, dass für jede der Verrichtungen festgelegt werden kann, ob sie als krankenflegerische Leistung mit medizinischem Charakter zu qualifizieren ist und ob sie bejahendenfalls der Behandlungspflege oder der akzessorischen Grundpflege zuzuordnen ist. Soweit der Beschwerdeführer überdies im Bereich der Grundpflege neben der akzessorischen Grundpflege die sogenannte Präventionspflege als entschädigungspflichtig nach Art. 18 Abs. 1 UVV einstuft und sich dabei auf Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG beruft (Urk. 1 S. 8), so kennt die Rechtsprechung unter diesem Begriff keine nach Art. 18 Abs. 1 UVV entschädigungspflichtige Unterkategorie der Grundpflege. Das Erfordernis, dass der Gesundheitszustand - präventiv - vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann, figuriert in Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG vielmehr als Voraussetzung für den generellen Anspruch von Rentenbezüglern auf die Gewährung der Heilbehandlung nach Art. 10 UVG und damit auch auf Pflege nach Art. 18 Abs. 1 UVV, was jedoch nicht bedeutet, dass alle präventiven pflegerischen Vorkehren übernahmepflichtige medizinische Pflegeleistungen sind. Was die Koordination mit der Hilflosenentschädigung betrifft, so bestehen im Bereich der Behandlungspflege rechtsprechungsgemäss keine Überschneidungen mit dem Deckungsbereich der Hilflosenentschädigung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_43/2012 vom 12. Juli 2012 E. 2). Soweit hingegen akzessorische Grundpflege vorliegt, ist für die Leistungspflicht nach Art. 18 Abs. 1 UVV rechtsprechungsgemäss für jede Verrichtung danach zu fragen, ob sie durch die Hilflosenentschädigung abgedeckt ist, was eine Entschädigung durch den Unfallversicherer ausschliesst (Urteil des Bundesgerichts 8C\_1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 7.2). Entgegen dem Dafürhalten des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 13 f. und S. 19 f.) ist also die Frage der Abdeckung durch die Hilflosenentschädigung nicht erst im Rahmen einer globalen Überentschädigungsberechnung relevant.

Des Weiteren muss im Rahmen der Abklärungen quantitativ der Zeitaufwand eruiert werden, der für die einzelnen pflegerischen Verrichtungen benötigt wird. Dabei reicht es nicht aus, dass der Aufwand für die entschädigungspflichtigen Verrichtungen erhoben wird, sondern es ist auch der pflegerische Gesamtaufwand festzustellen. Denn für die Festlegung der Entschädigungspflicht der Beschwerdegegnerin ist nach dem bereits Ausgeführten vom Betrag von Fr. 334.60 auszugehen, der das Pflegezentrum für diesen Gesamtaufwand in Rechnung stellt. Es ist dieser Betrag, den die Beschwerdegegnerin anteilmässig zu übernehmen hat, nämlich zu demjenigen Prozentsatz, der den Anteil des zeitlichen Aufwandes für die medizinische Pflege im Sinne von Art. 18 Abs. 1 UVV am pflegerischen Gesamtaufwand entspricht. Sollte demnach aus einer von der Beschwerdegegnerin veranlassten Bedarfsabklärung ein höherer oder niedrigerer Zeitaufwand insgesamt resultieren, als ihn das Pflegezentrum mit der heiminternen Bedarfsabklärung ermittelt hat (Tarifstufe 11 mit 201-220 Minuten nach Art. 7a Abs. 3 lit. k KLV), so führt dies nicht zu einer höheren oder niedrigeren von der Beschwerdegegnerin zu leistenden Entschädigung, wenn das Verhältnis zwischen dem Zeitaufwand für die entschädigungspflichtige medizinische Pflege und dem Zeitaufwand für die Gesamtheit der pflegerischen Verrichtungen das gleiche bleibt.

3.4.6 Die erneuten Abklärungen sind nach dem vorstehend Ausgeführten erforderlich, weil die Beschwerdegegnerin bislang den Umstand ausser Acht gelassen hat, dass sie nicht eine absolute, vom verrechneten Bedarf des Pflegezentrums losgelöste Anzahl Stunden zu vergüten hat, sondern dass sie die konkret in Rechnung gestellten Pflegekosten von Fr. 334.60 pro Tag nach Massgabe des Anteils an medizinischer Pflege zu übernehmen hat.

Deshalb ist an dieser Stelle nicht im Detail auf die bereits vorhandenen Erhebungen der Pflegefachfrauen H.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ einzugehen, sondern es ist nur festzuhalten, dass die im Zentrum stehenden heiminternen Erhebungen, die zur Einreihung des Pflegebedarfs in die

krankenversicherungsrechtliche Tarifstufe 11 geführt hatten, nicht in transparenter Weise in die Berichte dieser Fachpersonen eingeflossen sind und der Bericht der Pflegefachfrau H.\_\_\_\_ ausserdem - anders als der Bericht der Pflegefachfrau G.\_\_\_\_ - den pflegerischen Gesamtaufwand nicht klar erkennbar ausweist. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass die Ergebnisse dieser beiden Erhebungen zur Ermittlung des Entschädigungsanteils der Beschwerdegegnerin herangezogen werden können. Namentlich ist auch denkbar, dass sich die Beschwerdegegnerin mit den Betroffenen - dem Beschwerdeführer, der Gemeinde Y.\_\_\_\_ und der INTRAS - vergleichsweise einigt (Art. 50 ATSG).

Soweit der Beschwerdeführer rügen liess, die Beschwerdegegnerin habe bei der Ermittlung des entschädigungspflichtigen Pflegebedarfs kein anerkanntes Bedarfsabklärungsinstrument angewendet (Urk. 1 S. 9 ff., Urk. 24 S. 2), so ist darauf hinzuweisen, dass der pflegerische Gesamtbedarf vom Pflegezentrum mit dem anerkannten Erfassungssystem RAI/RUG bereits ermittelt worden ist und es vorliegend nicht darum geht, den Bedarf als solchen nochmals zu erheben, sondern lediglich darum, den Kostenanteil festzulegen, der auf die Beschwerdegegnerin fällt. Daher kann den Erhebungen hierzu entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 11 ff., Urk. 24 S. 2) auch nicht die Qualität eines Gutachtens nach Art. 44 ATSG zukommen. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, für die Erhebungen eine Angestellte der Hilfsmittelberatung I.\_\_\_\_ beizuziehen, ist deshalb dem Grundsatz nach nicht zu beanstanden, zumal diese entgegen der Bemerkung in der Replik (Urk. 24 S. 2), nicht dazu befugt ist, den Pflegebedarf autoritativ festzulegen, sondern der Beschwerdegegnerin Rechenschaft schuldig ist.

3.5 Die Beschwerdegegnerin entrichtete ihre Entschädigungszahlungen zunächst dem Beschwerdeführer persönlich beziehungsweise zu dessen Händen der Vormundschaftsbehörde (vgl. Urk. 13/II/236-238), und den Nachzahlungsbetrag, der anlässlich der Revision des Jahres 2015 anfiel, entrichtete sie vollumfänglich der INTRAS (vgl. Urk. 13/II/368+369 und Urk. 13/II/371 S. 2).

Dieses Vorgehen ist nicht korrekt. Aufgrund des Naturalleistungsprinzips, nach dem die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die medizinische Pflege zu gewähren hat (vorstehend E. 3.4.2), hat sie ihren Entschädigungsanteil vielmehr dem Pflegezentrum auszurichten, welches dann seinerseits der Krankenkasse und der Gemeinde (§ 21 des Pflegegesetzes) entsprechend reduzierte Kosten (so zutreffend die Gemeinde Y.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 1. März 2018, Urk. 18 S. 2) in Rechnung zu stellen hat. Die involvierten Akteure werden in geeigneter Form für die korrekte Abwicklung der Zahlungen besorgt sein, wenn der Entschädigungsbetrag der Beschwerdegegnerin feststeht. Dabei gilt im Verhältnis zwischen der Beschwerdegegnerin und der INTRAS die Rückerstattungspflicht nach Art. 71 Satz 2 ATSG.

Die Frage sodann, ob sich auch der Eigenanteil des Beschwerdeführers von Fr. 21.60 nach Massgabe des Entschädigungsanteils der Beschwerdegegnerin reduziert, ist nicht im vorliegenden Verfahren zu beantworten. Denn auf dem vorliegend zur Diskussion stehenden Kostenübernahmebetrag der Beschwerdegegnerin fällt kein Eigenanteil des Beschwerdeführers an. Der Eigenanteil ist vielmehr ein krankensicherungsrechtliches Institut, das in Art. 25a Abs. 5 Satz 1 KVG geregelt ist. Die Frage nach einer Reduktion dieses Anteils wäre daher in einem Verfahren zu prüfen, das die Leistungspflicht der Krankenkasse und der Gemeinde betrifft und in welchem auszulegen wäre, wie der Begriff der nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten im Sinne von Art. 25a Abs. 5 Satz 1 KVG zu verstehen ist.

3.6 Theoretisch ist möglich, dass das skizzierte Vorgehen zu einem niedrigeren Entschädigungsanteil führt, als ihn die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen

Einspracheentscheid und der ihm zugrundeliegenden Verfügung vom 19. August 2016 zugesprochen hat. Dennoch war davon abzusehen, den Beschwerdeführer im Vorfeld dieses Urteils von dieser Möglichkeit in Kenntnis zu setzen, da die Höhe des Entschädigungsanteils der Beschwerdegegnerin primär die Krankenkasse und die Gemeinde Y.\_\_\_\_ tangiert. Soweit die Krankenkasse und die Gemeinde die Pflegekosten bis anhin vollumfänglich übernommen haben sollten und der Beschwerdeführer mit dem ihm persönlich ausgerichteten Entschädigungsbetrag der Beschwerdegegnerin die nichtpflegerischen Leistungen des Pflegezentrums, also Hotellerie und Betreuung, bezahlt haben sollte, so wäre dies unabhängig von der Höhe des Entschädigungsanteils der Beschwerdegegnerin nicht korrekt. Vielmehr steht dieser Anteil nach den vorstehenden Ausführungen der Krankenkasse und der Gemeinde zu, und im Gegenzug wäre es inskünftig die Gemeinde, welche für die Kosten der Hotellerie und der Betreuung im Rahmen von Ergänzungsleistungen aufzukommen hätte (vgl. das Schreiben der Beiständin F.\_\_\_\_ an die Suva vom 22. März 2016, gemäss dem der Beschwerdeführer bis dahin keine Ergänzungsleistungen bezogen hat; Urk. 13/II/342).

3.7 Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben, und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die Abklärungen im Sinne der Erwägungen treffe und hernach über den von ihr zu übernehmenden Anteil an den Kosten der Pflege des Beschwerdeführers für die Zeit ab November 2015 neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen.

4. Soweit die Sache zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, liegt ein Obsiegen vor (vgl. BGE 137 V 57 E. 2.2). Art. 61 lit. g ATSG bestimmt, dass die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten hat, die ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen sind; als weitere Bemessungskriterien nennen die ergänzenden kantonalen Vorschriften (§34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Nachdem der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auf den entsprechenden gerichtlichen Hinweis hin (Telefonnotiz vom 12. Dezember 2019, Urk. 29) keine Honorarnote eingereicht hat, ist ihm unter Berücksichtigung der massgebenden Kriterien ermessensweise für sein teilweises Obsiegen eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. August 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie die Abklärungen im Sinne der Erwägungen treffe und hernach über den von ihr zu übernehmenden Anteil an den Kosten der Pflege des Beschwerdeführers für die Zeit ab November 2015 neu verfüge. Soweit sich die Beschwerde auf Leistungen vor November 2015 bezieht, wird sie abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

#### 4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt
- Rechtsanwalt Reto Bachmann
- Gemeinde Y.\_\_\_\_
- INTRAS Kranken-Versicherung AG
- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin

FehrKobel