

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00105 vom 28. Juli 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-07-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00105](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00105)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00105 du 28 juillet 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00105 del 28 luglio 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körpererschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

1.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche, geistige oder psychische Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

### E. 1.3

1.3.1. Nach Art. 10 Abs. 1 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. Ausserdem hat die versicherte Person nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Schliesslich hat die versicherte Person gemäss Art. 26 Abs. 1 UVG bei Hilflosigkeit Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung.

1.3.2 Die Heilbehandlung nach Art. 10 Abs. 1 UVG umfasst unter anderem die ambulante Behandlung durch den Arzt oder auf dessen Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson (lit. a), die vom Arzt verordneten Arzneimittel (lit. b) und die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. c). Art. 10 Abs. 3 UVG verleiht dem Bundesrat die Kompetenz, die Leistungspflicht der Versicherung für Heilbehandlungen näher zu umschreiben und dabei auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang die versicherte Person Anspruch auf Hauspflege hat. Der Bundesrat hat von dieser letzteren Kompetenzdelegation mit der Regelung in Art. 18 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Nach Abs. 1 dieser Bestimmung hat die versicherte Person Anspruch auf eine ärztlich angeordnete Hauspflege, sofern diese durch eine Person oder Organisation durchgeführt wird, die nach Art. 49 und Art. 51 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zugelassen ist. Ferner kann der Versicherer nach Art. 18 Abs. 2 UVV ausnahmsweise auch Beiträge an eine Hauspflege durch eine nicht zugelassene Person gewähren.

1.3.3 Die Voraussetzungen für eine Hilflosenentschädigung nach Art. 26 Abs. 1 UVG sind seit Anfang 2003 in Art. 9 ATSG geregelt. Nach dieser Bestimmung gilt in Übereinstimmung mit der vorherigen Rechtslage diejenige Person als hilflos, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Nach der Gerichtspraxis (BGE 127 V 97 Erw. 3c, 125 V 303 Erw. 4a, 121 V 90 Erw. 3a mit Hinweisen), an der sich seit dem Inkrafttreten des ATSG nichts geändert hat und die sowohl für die Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung als auch für diejenige der Unfallversicherung gilt (vgl. Urteil des Bundesgerichts, I. sozialrechtliche Abteilung, in Sachen T. vom 19. Juni 2007, U 595/06, Erw. 2.2), sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend:

- Ankleiden, Auskleiden;
- Aufstehen, Absitzen, Abliegen;
- Essen;
- Körperpflege;
- Verrichtung der Notdurft;
- Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme.

Art. 38 UVV sieht wie die Regelung im Invalidenversicherungsrecht drei Hilflosigkeitsgrade vor und definiert sie näher. Nach Art. 38 Abs. 2 UVV gilt die Hilflosigkeit als schwer, wenn die versicherte Person vollständig hilflos ist, was dann der Fall ist, wenn sie in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf.

1.4. Nach Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG entsteht der Rentenanspruch dann, 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. Mit dem Rentenbeginn fallen nach Art. 19 Abs. 1 Satz 2 UVG die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin.

Art. 21 UVG regelt die Voraussetzungen, unter denen in Abweichung von Art. 19 Abs. 1 Satz 2 UVG die Heilbehandlungskosten auch nach der Festsetzung der Rente gewährt werden. Dies ist dann der Fall, wenn die versicherte Person an einer Berufkrankheit leidet (lit. a), wenn sie unter einem Rückfall oder an Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann (lit. b), wenn sie zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf (lit. c) oder wenn sie erwerbsunfähig ist und ihr Gesundheitszustand durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann.

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der Verfügung vom 14. Februar 2007 (Urk. 13/II/5/79) auf den Standpunkt, dass sie die Heilungskosten, insbesondere die physiotherapeutischen Behandlungen, aber auch die anfallenden Kosten der ärztlichen Behandlung, im Rahmen der Voraussetzungen in Art. 21 UVG zu übernehmen habe, dass hingegen die Kosten für die Pflege des Beschwerdeführers 1, sei es zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung, bereits vollumfänglich durch die zugesprochene Hilflosenentschädigung auf der Basis einer schweren Hilflosigkeit abgedeckt seien und sie dafür keine weiteren Leistungen zu erbringen habe.

Die Beschwerdegegnerin ist zu Recht nicht nur auf die Einsprache des Beschwerdeführers 1 gegen diese Leistungsablehnung eingetreten, sondern auch auf diejenige der Beschwerdeführerin 2. Denn diese hat für die Krankenpflege durch nichtärztliche Fachpersonen die Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 lit. a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und Art. 7 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) zu erbringen. Diese Leistungspflicht des Krankenversicherers besteht gestützt auf Art. 1a Abs. 2 lit. b KVG auch bei Unfällen, soweit keine Unfallversicherung vorhanden ist oder soweit der zuständige Unfallversicherer die entsprechenden Schadenspositionen nicht übernehmen muss (vgl. Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2. Auflage, N 459). Damit hat die Beschwerdeführerin 2 ein schutzwürdiges Interesse an der Beurteilung, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Pflege des Beschwerdeführers 1 - ganz oder teilweise - zu übernehmen hat. Sie war daher zur Einsprache legitimiert (zur Einsprachelegitimation vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Art. 52 Rz 45) und ist gestützt auf Art. 59 ATSG auch beschwerdelegitimiert.

Soweit die Beschwerdegegnerin die Beschwerdelegitimation im vorliegenden Verfahren in Frage stellen lässt (Urk. 17/9 S. 3 ff.), kann ihr nicht zugestimmt werden. Es trifft zwar zu, dass der Betrag von Fr. 90'808.30, den die Beschwerdeführerin 2 gemäss ihren Ausführungen in der Einspracheschrift vom 17. Oktober 2007 unter Berufung auf die erbrachten Vorleistungen von der Beschwerdegegnerin zurückverlangte (Urk. 13/II/5/87 S. 2; vgl. auch die Unterlagen in Urk. 17/12/1-41), als solcher nicht Gegenstand der Verfügung vom 14. Februar 2007 und

auch nicht des angefochtenen Einspracheentscheids ist. Die Beschwerdeführerin 2 beschränkte sich in der Einspracheschrift und in der Beschwerde vom 28. März 2008 (Urk. 17/1) aber auch nicht auf die entsprechende Rückforderung, sondern ihre Vorbringen betreffen unmittelbar die strittige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Pflegekosten. Dabei spricht der Umstand, dass der Umfang dieser Leistungspflicht die Höhe des Betrags beeinflusst, den die vorleistungspflichtige Beschwerdeführerin 2 (vgl. Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG) von der Beschwerdegegnerin zurückfordern kann, gerade für ihre Beschwerdelegitimation. Damit ist auf beide Beschwerden einzutreten.

### E. 3

3.1 In der Verfügung vom 14. Februar 2007 und im angefochtenen Einspracheentscheid begründete die Beschwerdegegnerin die Ablehnung von (weiteren) Leistungen für die Pflege des Beschwerdeführers 1 in erster Linie damit, dass dabei keine Kosten anfielen, die nicht bereits durch die Hilflosenentschädigung abgegolten seien (Urk. 13/II/5/79, Urk. 2 S. 6). Erst im vorliegenden Verfahren führt sie als zusätzliche Argumente für die Leistungsablehnung an, die Pflegebedürftigkeit des Beschwerdeführers 1 sei nicht durch den versicherten Unfall bedingt (Urk. 10 S. 14, Urk. 29 S. 8) und die zur Diskussion stehenden Kosten für die Haus- und Heimpflege des Beschwerdeführers 1 gehörten nicht zu den Heilbehandlungskosten, die gestützt auf Art. 21 UVG nach der Festsetzung der Rente weiterzugewähren seien (Urk. 10 S. 4 ff., Urk. 17/9 S. 6 ff., Urk. 29 S. 3 ff., Urk. 30 S. 4 ff.).

3.2 Was die Zweifel an der Unfallkausalität der Pflegebedürftigkeit betrifft, so trifft zwar zu, dass der Beschwerdeführer 1 gemäss den Akten der Invalidenversicherung und einem Gutachten der Klinik A. zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 10. April 2000 schon vor dem Ereignis vom 12. Juni 1997 an gesundheitlichen Problemen gelitten hatte, zum einen in Form eines Geburtsgebrechens und zum andern in Form von epileptischen Anfällen, die bereits in den vorangegangenen zwei bis drei Jahren zu Ärzten geführt hatten (Urk. 13/II/7/1-82, Urk. 13/II/4/2 S. 1 f.). Die Klinik A. hatte jedoch schon im damaligen Gutachten festgehalten, dass die nunmehr vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit schwerer Pflegebedürftigkeit praktisch mit Sicherheit Folgen des Unfalles vom 12. Juni 1997 und der dabei erlittenen Hirnverletzung seien (Urk. 13/II/4/2 S. 5 und S. 6). In gleicher Weise äusserte sich später der behandelnde Neurologe Dr. G. in einem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 28. September 2007 (Urk. 13/II/3/43 S. 2). Damit ist der Sturz vom 12. Juni 1997 mindestens eine Teilursache für die seither bestehende Pflegebedürftigkeit, was nach den vorstehenden rechtlichen Erwägungen für die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin genügt. Dass der Sturz allenfalls durch die vorbestandene Krankheit verursacht oder begünstigt wurde (vgl. Urk. 13/II/4/2 S. 4 und Urk. 13/II/3/43 S. 1), ändert daran nichts, da der Unfallversicherer auch für krankheitsbedingte Unfälle leistungspflichtig ist (vg. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Auflage, S. 464 ff. und S. 471). Die Beschwerdegegnerin hat denn ihre Leistungspflicht für die seit dem besagten Sturz bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen bis anhin auch nicht bestritten, sondern dem Beschwerdeführer 1 insbesondere eine Rente, eine Integritätsentschädigung und eine Hilflosenentschädigung zugesprochen und ist zudem seit jeher für die Kosten der ärztlichen und der physiotherapeutischen Behandlung aufgekommen.

### E. 3.3

3.3.1.1. Zur Übernahme der letztgenannten Behandlungskosten hat sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid und in der ihm zugrunde liegenden Verfügung zu Recht auch für die Zeit nach der Festsetzung der Rente verpflichtet. Soweit sie sich daher auf den Standpunkt stellen sollte, beim Beschwerdeführer 1 seien die Voraussetzungen in Art. 21 UVG, unter denen Pflegeleistungen und Kostenvergütung über die Rentenfestsetzung hinaus zu gewähren sind, generell nicht erfüllt, so könnte ihr nicht zugestimmt werden. Vielmehr ist der Beschwerdeführer 1, wie der gesundheitliche Verlauf zeigt, zweifellos als Person zu qualifizieren, die im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG erwerbsunfähig ist und medizinischer Vorkehrungen bedarf, die der Bewahrung vor weiterer wesentlicher Beeinträchtigung dienen.

3.3.2. Wenn die Beschwerdegegnerin ferner der Auffassung ist, die Hauspflege nach Art. 18 UVV im Speziellen zähle nicht zu den medizinischen Vorkehrungen im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG und auf jeden Fall nicht zu denjenigen, mit denen der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers 1 vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden könne (vgl. Urk. 10 S. 5 ff., Urk. 17/9 S. 6 ff., Urk. 29 S. 3 ff., Urk. 30 S. 4 ff.), so bedarf dies ebenfalls der Richtigstellung.

Wie die Beschwerdegegnerin selber zitieren lässt (vgl. Urk. 10 S. 9 f.), gehört zur Hauspflege, für die nach Art. 18 UVV der Unfallversicherer leistungspflichtig ist, rechtsprechungsgemäss auch die Krankenpflege, soweit sie entweder in eigentlichen Heilmaßnahmen mit therapeutischer Zielrichtung oder aber in krankenschwägerischen 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 116 V 47 f. Erw. 5a-c). Diese Abgrenzung zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Verrichtungen der Krankenpflege entspricht etwa derjenigen, die in Art. 7 Abs. 2 KLV zwischen Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (lit. b) und Massnahmen der Grundpflege (lit. c) getroffen wird (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen S. vom 18. August 2003, U 213/02, Erw. 4). Massnahmen, die der Krankenversicherer gestützt auf Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV übernehmen müsste, fallen somit bei Unfall grundsätzlich unter die Leistungen, die vom Unfallversicherer gestützt auf Art. 18 UVV zu übernehmen sind.

Soweit der Beschwerdeführer 1 aber pflegerische Vorkehrungen medizinischer Art benötigt, die im Sinne der vorstehenden Erwägungen als Hauspflege im Sinne von Art. 18 UVV einzustufen sind, liegt in Anbetracht seines Gesundheitszustandes auf der Hand, dass diese Vorkehrungen ihn vor wesentlicher Beeinträchtigung im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG bewahren. Sowohl er als auch die Beschwerdegegnerin 2 liessen zu Recht auf die Lebensnotwendigkeit der Pflege durch Drittpersonen hinweisen (Urk. 21 S. 3 f., Urk. 24 S. 4).

3.3.3. Entgegen der Betrachtungsweise der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 10 S. 7, Urk. 17/9 S. 9 f. und S. 12, Urk. 30 S. 4) kommt es sodann für ihre Leistungspflicht nicht darauf an, ob die pflegerischen Vorkehrungen medizinischer Art zu Hause - als Hauspflege im eigentlichen Sinn von Art. 18 UVV -, in einer Tagesstätte oder im Rahmen eines stationären Heimaufenthaltes erbracht werden. Dies ergibt sich aus der

höchstrichterlichen Rechtsprechung, die im Falle eines stationären Langzeitaufenthaltes zwar nicht mehr die Beherbergungs- und auch 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 58 Erw. 4; vgl. auch die Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen M. vom 10. Juli 2006, U 449/05, und in Sachen T. vom 19. April 2000, U 233/98). 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 KVG ebenfalls der Fall ist.

3.4     Mit den erst im laufenden Verfahren vorgebrachten, vorstehend erörterten Argumenten kann die Beschwerdegegnerin somit ihre Leistungspflicht für diejenigen pflegerischen Vorkehren, die als medizinischer Natur einzustufen sind, nicht ablehnen. Damit fragt sich weiter, ob ihrem Hauptstandpunkt, dass diese pflegerischen Vorkehren durch die Entschädigung für die schwere Hilflosigkeit abgegolten seien, gefolgt werden kann.

         Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat das Verhältnis zwischen Hilflosenentschädigung und Leistungen für Pflegekosten im bereits erwähnten Urteil geklärt, mit der es die Leistungspflicht des Unfallversicherers für krankenpflegerische Leistungen mit medizinischem Charakter in Abgrenzung zu den pflegerischen Leistungen nichtmedizinischer Art festgelegt hat. Es hat dort auf die Rechtsprechung hingewiesen, wonach bei schwerer Hilflosigkeit, welche die Hilfsbedürftigkeit in allen sechs massgebenden alltäglichen Lebensverrichtungen voraussetzt, dem Zusatzkriterium der dauernden Pflege (oder der dauernden Überwachung) nur noch eine untergeordnete Bedeutung zukommt (BGE 116 V 49 Erw. 6b). Daraus hat das höchste Gericht abgeleitet, dass effektiv vollzogene umfangreiche Pflegeleistungen nicht als pauschal durch die Hilflosenentschädigung abgegolten betrachtet werden können (BGE 116 V 49 Erw. 6c). Dass dieser Grundsatz - entsprechend dem Verständnis der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 6, Urk. 10 S. 12) - nur in Ausnahmefällen zu einer zusätzlichen Abgeltung von Pflegekosten führt, kann nicht gesagt werden. Denn in einem späteren Entscheid, der das Zusammentreffen einer Hilflosenentschädigung mit den Leistungen der Krankenkasse nach Art. 7 Abs. 2 KLV zum Gegenstand hatte, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht festgehalten, die Hilflosenentschädigung und die Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV können, als Ganzes einander gegenübergestellt, nicht als gleichartig qualifiziert werden und eine generelle Kürzung der Pflegeleistungen um den jeweiligen vollen Betrag der Hilflosenentschädigung lasse sich daher nicht rechtfertigen. Vielmehr falle lediglich eine Kürzung wegen  berentsch digung im Einzelfall in Betracht, wobei der konkrete Nachweis einer  berentsch digung mit praktischen Schwierigkeiten verbunden sei, weil er eine Aufschlüsselung der Leistungen voraussetze, die sich angesichts der grundsätzlichen Unterschiede in den Leistungsarten kaum sachgerecht und rechtsgleich vornehmen lasse (BGE 125 V 305 Erw. 5b). Dies muss erst recht für die Pflegeleistungen des Unfallversicherers gelten, welche im Gegensatz zu den Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV die Grundpflege nicht umfassen und somit denjenigen Bereich, der die grössten Überschneidungen mit dem Deckungsbereich der Hilflosenentschädigung aufweist (vgl. BGE 125 V 305 Erw. 5b), nicht massgeblich tangieren (vgl. hierzu auch Landolt, Pfliegerrecht, Bd II, N 1445 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit kann die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für pflegerische Vorkehren medizinischer Natur auch nicht mit dem Argument der Abgeltung durch die Hilflosenentschädigung von vornherein ablehnen.

3.5 Ä Ä Ä Ä Es bleibt die Frage, welche konkreten Leistungen die Beschwerdegegnerin zu übernehmen hat. Dabei kann es nicht darum gehen, diese Leistungen - die sich aufgrund der dargelegten Krankengeschichte über einen langen Behandlungs- beziehungsweise Pflegezeitraum erstrecken - im vorliegenden Verfahren bereits im Einzelnen festzulegen. Vielmehr wird dies Aufgabe der Beschwerdegegnerin sein, allenfalls auch im Rahmen einer einvernehmlichen, zusammen mit dem Beschwerdeführer 1 und der Beschwerdeführerin 2 getroffenen Regelung (vgl. Art. 50 ATSG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf jeden Fall aber kann entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 5, Urk. 30 S. 5) nicht von vornherein gesagt werden, es seien keine solchen medizinischen Pflegeleistungen ausgewiesen. Hinzuweisen ist namentlich darauf, dass die Beschwerdeführerin 2 mit ihrer Beschwerdeschrift Rechnungen eingereicht hat, welche neben Leistungen der Grundpflege auch Leistungen der Behandlungspflege enthalten (Urk. 17/3/5-7). Zu beachten ist auch, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers 1 im Herbst 2007 verschlechtert hat und sich seine Pflegebedürftigkeit - mindestens vorübergehend - intensiviert (vgl. neben dem Bericht von Dr. G. \_\_\_ vom 28. September 2007 und dem Bericht der Klinik H. \_\_\_ vom 30. Oktober 2007, Urk. 13/II/4/43 und Urk. 13/II/4/44, auch die Sachverhaltsdarstellung in der Beschwerdeschrift des Beschwerdeführers 1, Urk. 1 S. 6 und S. 10 ff., und die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte des Spitals J. \_\_\_ vom 8. und vom 14. Januar 2008, Urk. 3/8 und Urk. 3/9; vgl. auch das Urteil von heute im Prozess Nr. KV.2008.00073 in Sachen des Beschwerdeführers 1 gegen die Beschwerdeführerin 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zuzustimmen ist der Beschwerdegegnerin darin (vgl. Urk. 2 S. 4, Urk. 10 S. 11, S. 13 und S. 16 f., Urk. 29 S. 4 ff.), dass der Lebenspartner des Beschwerdeführers 1 und möglicherweise auch der im Haushalt angestellt gewesene private Pfleger über keine Qualifikation nach Art. 49 und Art. 51 UVV verfügen. Die zur Diskussion stehende Pflege umfasst jedoch gemäss der vorstehenden Sachverhaltsdarstellung und gemäss den von der Beschwerdeführerin 2 eingereichten Rechnungen (Urk. 17/12/1-41) nicht nur Leistungen durch diese beiden Personen, sondern auch die Pflege durch eine Spitex-Einrichtung und die Pflege im Rahmen verschiedener Aufenthalte in Tagesheimen und verschiedener stationärer Aufenthalte. Hier fällt eine Leistungspflicht aufgrund von Art. 18 Abs. 1 UVV beziehungsweise von Art. 21 Abs. 1 lit. d in Verbindung mit Art. 10 UVG in Betracht. Festzuhalten ist, wie dies die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid selber bemerkte (vgl. Urk. 2 S. 4), dass es für eine Leistungsübernahme nach Art. 18 Abs. 1 UVV keiner expliziten ärztlichen Anordnung bedarf. Vielmehr lässt die Rechtsprechung es genügen, dass die medizinischen Vorkehren, die zu Hause durchgeführt werden, nach der Aktenlage medizinisch indiziert sind (BGE 116 V 48 Erw. 5c). Im Leistungsbereich von Art. 7 Abs. 2 KLV dürfte aber aufgrund der höheren Anforderungen in Art. 8 KLV eine solche explizite ärztliche Anordnung ohnehin vorliegen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zutreffend ist auch (vgl. Urk. 2 S. 5 f., Urk. 29 S. 4 und S. 9), dass kein eigentlicher Rechtsanspruch auf Leistungen an die Pflege durch eine nicht im Sinne von Art. 49 und Art. 51 UVV zugelassene Person nach Art. 18 Abs. 2 UVV besteht, sondern dass der Gewährer im pflichtgemäss ausübenden Ermessen des

Unfallversicherers liegt (vgl. Landolt, a.a.O., N 1276). Immerhin ist darauf hinzuweisen, dass bei der Ausübung dieses Ermessens eine Rolle spielen könnte, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer 1 in der geführten Mail-Korrespondenz die Absicht mitgeteilt hatte, sich "sicher mit einem Beitrag an den Spitexkosten" zu beteiligen (vgl. Urk. 12/I/2/153). Sie scheint demnach ursprünglich nicht abgeneigt gewesen zu sein, einen Kostenbeitrag auch freiwilliger Art zu leisten.

3.6. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. Februar 2008 aufzuheben, und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die Leistungen für die Kosten der Pflege des Beschwerdeführers 1 im Sinne der Erwägungen festlege. In diesem Sinne sind die Beschwerden gutzuheissen.

4. Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten, 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.

In Anwendung dieser Kriterien rechtfertigt es sich, dem Beschwerdeführer 1 eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Demgegenüber steht der Beschwerdegegnerin 2 als Versicherungsträgerin keine Prozessentschädigung zu (BGE 128 V 133 Erw. 5b; Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Art. 61 Rz 114), und sie hat zu Recht auch keine solche beantragt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerden werden in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. Februar 2008 aufgehoben und die Sache an die Basler Versicherungs-Gesellschaft zurückgewiesen wird, damit sie die Leistungen für die Kosten der Pflege des Beschwerdeführers 1 im Sinne der Erwägungen festlege.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer 1 eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Bettina Umhang
- Helsana Versicherungen AG
- Rechtsanwalt Oskar Müller
- 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.