

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00070

vom 20. August 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-08-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00070

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00070 du 20 août 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00070 del 20 agosto 2013

Erwägungen

E. 1

7. Mai 2009 beim Start eines Gleit schirmfluges stürzte (Urk. 8/9, Urk 8/29 S. 4) und sich dabei Frakturen der Wir bel körper HWK 3-5, BWK

E. 1.1

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teil weise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf

eine Invaliden rente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn vo n der Fortsetzung der ärztlichen Be handlung keine namhafte Besserung des Ge sundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmass nah men der Invalidenversicherung ab geschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizini sche Hilfsperson sowie im weiter e n durch den Chiropraktor (lit . a), die vom Arzt oder Zahnarzt verordneten Arzneimittel und Analysen (lit . b), die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit . c), die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren (lit . d) und die der Heilung dien lichen Mittel und Gegenstände (lit . e).

I n Art. 10 Abs. 3 UVG wird bestimmt, dass Bundesrat die Leistungspflicht der Ver sicherung näher umschreiben und die Kostenvergütung für Behandlung im Ausland begrenzen kann, und dass er insbesondere festlegen kann, unter wel chen Voraussetzungen und in welchem Umfang die versicherte Person An spruch auf Hauspflege hat.

E. 1.3

Von der ihm in Art. 10 Abs. 3 eingeräumten Kompetenz hat der Bundesrat mit Erlass von Art.

18 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Gemäss Abs. 1 dieser Bestimmung hat die versicherte Person An spruch auf eine ärztlich angeordnete Hauspflege, sofern diese durch eine nach den Artikeln 49 und 51 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zu gelassene Person oder Organisation durchgeführt wird. Gemäss Abs. 2 der Be stimmung kann der Versicherer ausnahmsweise auch Beiträge an

eine Hauspflege durch eine nicht zugelassene Person gewähren.

E. 1.4

Gemäss Art. 21 Abs. 1 UVG werden einem Rentenbezüger nach der Festsetzung der Rente die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen gewährt, wenn er: - an einer Berufskrankheit leidet (lit . a); - unter einem Rückfall oder an Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesent li cher Beein trächtigung bewahrt werden kann (lit . b); - zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Be handlung und Pflege bedarf (lit . c); - erwerbsunfähig ist und sein Gesundheitszustand durch medizinische Vor kehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann (lit . d).

Nach Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_191/2011 vom 1 6. Septem ber 2011 E. 5.2) bezieht sich die Bestimmung von Art. 21 Abs. 1 UVG aus schliess lich auf Personen, die bereits eine Rente beziehen. 1. 5

Nach der Rechtsprechung (BGE 116 V 41 E. 5a) ist der Begriff der Hauspflege im

Sinne von Art. 10 Abs. 3 UVG und Art. 18 UVV vielschichtig : Er umfasst in erster Hinsicht die - weder ambulant noch in einem Spital, sondern eben zu Hause applizierten - Heilanwendungen mit therapeutischer Zielrichtung, die von einem Arzt vollzogen oder angeordnet werden.

Hauspflege ist in zweiter Hinsicht auch die zu Hause stattfindende medizinische Pflege im Sinne der Krankenpflege, der zwar das therapeutische (heilende) Agens fehlt, die aber für die Aufrechterhaltung des Gesundheitszustandes doch uner lässig ist. Das trifft insbesondere auf medizinische Vorkehren im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit . d UVG zu, welche lebensnotwendige organische Funktio nen ermöglichen, unterstützen, sichern oder gleichsam ersetzen.

Eine dritte Form von Hauspflege ist die nichtmedizinische Pflege, sei es an der b e troffenen Person selber in Form von Hilfeleistungen bei den alltäglichen Lebens ver richtungen , sei es als Hilfestellungen in ihr er Umgebung durch Füh rung des Haushaltes oder Besorgung der alltäglichen Angelegenheiten.

E. 1.6

Die einzelnen Sozialversicherer haben, sofern in ihren Bereichen überhaupt eine entsprechende gesetzliche Grundlage besteht, unter dem Titel der Hauspflege nicht für die Gesamtheit dieser Massnahmen aufzukommen, sondern nur so weit,

als für die verschiedenen Formen der Hauspflege eine Leistungspflicht gesetz lich oder verordnungsmässig normiert ist (BGE 116 V 41 E. 5b).

Im Bereich der Unfallversicherung hat der Bundesrat die Leistungspflicht der Ver sicherer für Hauspflege in Art. 18 UVV ausdrücklich geregelt. Diese Bestim mung verpflichtet zu Beiträgen an eine vom Arzt angeordnete Hauspflege (Abs.

1). Da raus ist zu schliessen, dass die Leistungspflicht auf Heilbehandlung und medi zi nische Pflege beschränkt sein soll. Denn von ärztlicher Anordnung kann sinn vollerweise nur bei Vorkehren medizinischen Charakters gesprochen wer den; nichtmedizinische Betreuung bedarf ihrer Natur nach keiner ärztlichen An ordnung. Diese Einschränkung ist nach der Rechtsprechung (BGE 116 V 41 E. 5c)

nicht zu beanstanden. Andererseits ist das Erfordernis der ärztlichen Anordnung nicht in einem streng formellen Sinne zu verstehen. Es genügt viel mehr, dass die fraglichen medizinischen Vorkehren, die zu Hause durchgeführt werden, nach der Aktenlage medizinisch indiziert sind (BGE 116 V 41 E. 5c) .

E. 1.7

Gemäss der Empfehlung Nr. 7/90 (Hauspflege) der Ad-Hoc-Kommission Schaden

UVG, in der Fassung nach der Revision vom 17. März 2008 (www.svv.ch) , ist der Begriff der Hauspflege folgendermassen zu kategorisieren: - Heilbehandlung zu Hause mit therapeutischer Zielrichtung, vom Arzt vollzogen oder angeordnet; - medizinische Pflege im Sinne von Krankenpflege wie beispielsweise Katheterisieren, Wundversorgung oder Infusion; - nichtmedizinische Pflege. Dabei handelt es sich um Hilfeleistungen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen , zum Beispiel Körperpflege, Ankleiden, Auskleiden, Hilfe bei der Ernährung ; - nichtmedizinische Hilfe . Dabei handelt es sich um eine Hilfestellung in der Umgebung des Betroffenen im Sinne von reiner Haushaltshilfe, wie beispielsweise die allgemeine Haushaltsführung, Waschen, Bügeln, Reinigungsarbeiten und die Besorgung anderer alltäglicher Angelegenheiten.

Bei der nichtmedizinischen Pflege und der nichtmedizinischen Hilfe handelt es sich gemäss der Empfehlung 7/90 grundsätzlich nicht um Hauspflege massnahmen im Sinn von Art. 18 Abs. 1 UVV , auf welche ein Anspruch auf Beitragsgewährung durch die obligatorische Unfallversicherung besteht , wobei für nichtmedizinische Pflege vor dem Entscheid über den Anspruch auf Hilflosenentschädigung unter dem Vorbehalt der späteren Anrechnung an die Hilflosenentschädigung angemessene Beiträge gewährt werden können.

E. 1.8

Gemäss der Rechtsprechung (BGE 138 V 140 E. 5.3.6 mit Hinweisen auf die Urteile des Bundesgerichts 8C_503/2011 vom 8. November 2011 E. 3.2 und 8C_758/2010 vom 24. März 2011 E. 4.2.2; BGE 120 V 224 E. 4c) stellen Empfehlungen der Ad-Hoc-Kommission Schaden UVG keine Weisungen an die Durchführungsorgane der obligatorischen Unfallversicherung dar und sind insbesondere für die Gerichte nicht verbindlich. Sie sind jedoch geeignet, eine rechts gleiche Praxis sicherzustellen.

E. 1.9

Praxisgemäss

werden mit der Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit schweren Grades (Art. 38 Abs. 2 UVV)

nicht sämtliche tatsächlich in Anspruch genommenen Pflegeleistungen pauschal abgegolten. Denn unter dem Begriff der dauernden Pflege, welche zusätzlich zur Hilfsbedürftigkeit in allen sechs massgeblichen Lebensverrichtungen verlangt wird, ist eine Art medizinische oder pflegerische Hilfeleistung zu verstehen, welche infolge des physischen oder psychischen Zustandes notwendig ist. Darunter fällt beispielsweise die Notwendigkeit, täglich Medikamente zu verabreichen oder eine Bandage anzulegen. Ist die (direkte oder indirekte) Dritthilfe bei Vornahme der einzelnen Lebensverrichtungen bereits derart umfassend, dass der weiteren Voraussetzung der dauernden Pflege oder der dauernden persönlichen Überwachung (Art. 38 Abs. 2 UVV) nur noch eine untergeordnete Bedeutung zukommt, genügt im Rahmen der genannten Vorschrift daher schon eine

minimale Erfüllung eines dieser zusätzlichen Erfordernisse (BGE 116 V 41 E. 6b). Wenn es aber nach der Rechtsprechung bei manifester Hilfsbedürftigkeit in allen sechs massgeblichen alltäglichen Lebensverrichtungen zur Annahme schwerer Hilflosigkeit nur noch einer minimalen Erfüllung des zusätzlichen Erfordernisses der dauernden Pflege (oder der dauernden Überwachung) bedarf, bleibt Raum für eine zusätzliche Vergütung im Rahmen von Art. 18 Abs. 1 UVV, welche ihrerseits nicht in einer vollen Übernahme der Pflege, sondern lediglich in einer Beitragsgewährung daran besteht (BGE 116 V 41 E. 6c).

E. 1.10

Gemäss der Rechtsprechung ist die Frage, ob eine akzessorische Grundpflege nach Art. 18 Abs. 1 UVV zu entschädigen oder bereits durch die Hilflosenentschädigung abgedeckt ist, nicht generell zu beantworten. Vielmehr muss in jedem Einzelfall mit Blick auf die konkret zur Diskussion stehende pflegerische Handlung geprüft werden, ob es sich um eine entschädigungswürdige medizinische Pflegeleistung oder um eine nichtmedizinische Betreuung handelt, für welche kein Leistungsanspruch besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C_1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 7.2).

E. 1.11

Um medizinische Vorkehren beziehungsweise Pflegemassnahmen handelt es sich praxismässig beim Katheterisieren, Klopfen und Pressen der Blase, beim Anlegen eines Kondoms mit Urinal und beim digitalen Stuhlausräumen durch Drittpersonen (BGE 116 V 41 E. 4b). Denn die richtige Wahl dieser Massnahmen, ihre Abstimmung mit den anderen Vorkehren und ihre fachlich einwandfreie Durchführung sind für die Erhaltung des prekären Gesundheitszustandes der betroffenen versicherten Personen (Tetraplegiker) von entscheidender Bedeutung. Würden diese Massnahmen nicht in der ärztlich empfohlenen Weise fachgerecht durchgeführt, so würde mit Sicherheit das Risiko von Harnwegsinfekten und anderen gesundheitlichen Störungen beträchtlich erhöht. Daraus ergibt sich, dass es sich bei diesen pflegerischen Massnahmen um medizinische Vorkehren im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG handelt, welche geeignet sind, den Gesundheitszustand der betroffenen Personen vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren.

Des Weiteren wurde von der Rechtsprechung die Überwachung der versicherten Person beim Stehbretttraining, der Transfer der versicherten Person vom Bett zum Stehbrett sowie zurück und das Festbinden der versicherten Person am Therapiegerät als Leistungen im Sinne von Art. 18 Abs. 1 UVV anerkannt, da es sich hierbei um medizinische Vorkehren handelte, welche nicht unter die alltäglichen Lebensverrichtungen „Aufstehen, Absitzen, Abliegen“ und „Fortbewegung (im oder ausser Haus)“ subsumiert werden können, welche durch die Hilflosenentschädigung abgedeckt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_1037/2012 E. 7.3.2 mit Hinweisen).

Demgegenüber stellt die Reinigung nach Stuhlentleerung in die Windel keine Leistungspflicht nach Art. 18 Abs. 1 UVV dar, da diese pflegerische Handlung unter die durch die Hilflosenentschädigung abgegoltene alltägliche Lebensverrichtung „Notdurft“ fällt (Urteil des Bundesgerichts 8C_1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 7.3.1 mit Hinweis); hieran ändert nichts, wenn die Stuhlentleerung nach erfolgreicher Gabe eines Suppositoriums erfolgt.

E. 1.12

Analog der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosenentschädigung ist auch bei der Ermittlung der Pflegedürftigkeit eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit

zwischen Arzt und Verwaltung erforderlich. Ersterer hat anzugeben, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen beziehungsweise geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist. Der Versicherungsträger kann an Ort und Stelle weitere Abklärungen vornehmen, wobei bei Unklarheiten über physische und psychische Störungen und/oder deren Auswirkungen in der Alltagspraxis Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen

nicht nur zulässig, sondern notwendig sind. Genügt der Bericht über die Abklärung vor Ort den einzelnen rechtsprechungsgemässen Beweisanforderungen

(vgl.

BGE 130 V 61 E. 6.1.2), greift das Gericht in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen (BGE 133 V 450 E. 11.1.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 6.1).

E. 1.13

Nach der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 5.2) kann bei der Abklärung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Art. 18 UVV das Bedarfsabklärungs-Instrumentarium der Spitex, RAI-HC (Resident Assessment Instrument - Homecare, einsehbar unter www.qsys.ch oder www.rai.ch)

herangezogen werden, wenn es eine dem Einzelfall angepasste und diesem gerecht werdende Lösung ermöglicht. Denn auch wenn der im Einzelfall individuell ausgewiesene Pflegebedarf massgebend ist, bezieht sich dies gerade im Sinne des Wirtschaftlichkeitsprinzips (Art. 54 UVG) nicht ohne Weiteres auf das Mass der effektiv erbrachten Leistungen, sondern auf eine normative Bewertung dieses Ausmasses (vgl. Urteil 2C_333/2012 vom 5. November 2012 E. 5.6). Eine Pflegeperson, die geschickt und routiniert arbeitet, kann diesen Standard zeiten unterbieten, während eine etwas langsamer arbeitende oder lernende Pflegeperson für die gleiche Verrichtung länger braucht. Aus diesem Grunde stellt das RAI-HC-Bedarfsabklärungs-Instrumentarium eine geeignete Methode für eine normative Bewertung des notwendigen Pflegebedarfs dar. 2.

E. 2

4. April 2012 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 28. November 2011 (Urk. 8/198) und in dem die sie, insoweit sie einspracheweise angefochten wurde, bestätigenden Einspracheentscheid vom 17. Februar 2012 (Urk. 2) davon aus, dass nach der Festsetzung der Rente die Kosten der Grundpflege grundsätzlich mit der Hilflosenentschädigung (für eine Hilflosigkeit schweren Grades)

abgegolten würden (Urk. 2 S. 3), und dass lediglich ein Anspruch auf Beitragsgewährung an die Kosten der medizinischen Grundpflege im Umfang von Fr. 300.-- im Monat bestehe (Urk. 8/198 S. 2, Urk.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin bringt hiergegen vor, dass sie für die Erhaltung ihres Gesundheitszustandes auf Grundpflegeleistungen (Urk. 1 S. 4) und insbesondere auf

solche bei der Darmentleerung, bei der Mundpflege und zur Dekubitusprophylaxe angewiesen sei, um schwere gesundheitliche Komplikationen zu vermeiden (Urk. 1 S. 5), und dass diese Leistungen nicht durch Ausrichtung der Hilflosenentschädigung schweren Grades abgegolten würden, weshalb ein Anspruch auf Übernahme dieser Kosten ausgewiesen sei (Urk. 1 S. 6).

E. 2.3

Im Streit steht vorliegend daher der Umfang des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf Beiträge an die Kosten der von ihr nach dem 1. Oktober 2011 an ihrem Wohnort in Anspruch genommenen Leistungen der Grundpflege. Nicht zum Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens gehört indes die Frage nach dem Anspruch der Beschwerdeführerin auf Beiträge an die Kosten der

medizinischen Behandlungspflege, da die Beschwerdeführerin die Verfügung vom 28. November 2011 (Urk. 8/198) diesbezüglich einspracheweise nicht angefochten hatte (vgl. 8/203 S. 1), weshalb ihr Anspruch auf Beiträge an die Kosten der medizinischen Behandlungspflege vom Gegenstand des angefochtenen Einspruchsentscheidens vom 17. Februar 2012 (Urk. 2) nicht umfasst wird. 3. 3.1

Von den Parteien (Urk. 2, Urk. 1) wird nicht bestritten, dass die Beschwerdeführerin im Sinne von Art. 21 Abs. 2 lit. d UVG erwerbsunfähig ist, und dass sie zur Bewahrung ihres Gesundheitszustandes

vor wesentlicher Beeinträchtigung grundsätzlich auf gewisse Hauspflegeleistungen im Sinne von Art. 18 Abs. 1 UVV

angewiesen ist.

Streitig und zu prüfen ist indes die Frage, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin für die von ihr in Anspruch genommenen Leistungen der Grundpflege einen Anspruch auf Beiträge der Beschwerdeführerin hat. 3.2

Den ärztlichen Spitex-Verordnungen vom 1. April 2011 (Urk. 8/150) und vom 1. Oktober 2011 (Urk. 8/189/2-3) ist zu entnehmen, dass die „A.“, B.“, mit der Durchführung von Hauspflegeleistungen für die Beschwerdeführerin im Sinne von Abklärungs- und Beratungsmassnahmen, von Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen, von Grundpflegemassnahmen und

von hauswirtschaftlichen Massnahmen beauftragt wurde (Urk. 8/150, Urk. 8/189/2). 3.2

Unbestritten ist, dass es sich bei der „A.“

um eine im Sinne von

Art. 18 Abs. 1 UVV nach Art. 51 KVV zugelassene Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause handelt, und dass es sich bei deren Mitarbeitenden um nach Art. 49 KVV zugelassene Pflegefachpersonen handelt. 3.3

Gemäss der detaillierten Beschreibung der Pflegemassnahmen zu den Spitex-Verordnungen vom 1. April und 1. Oktober 2011 (Urk. 8/150, Urk. 8/189/3) bestand die bei der Beschwerdeführerin durchgeführte Grundpflege aus folgenden Leistungen: - die Körper- und Intimpflege der Beschwerdeführerin - die Mobilisation der Beschwerdeführerin in den Rollstuhl und aus dem Rollstuhl - die Mobilisation der Beschwerdeführerin auf den Duschstuhl, zweimal wöchentlich - das Bekleiden und das Entkleiden der

Beschwerdeführerin - die Katheterisierung (Harndrainage; Cystofix) der
Beschwerdeführerin, täglich - das Einbinden des rechten Beines der Beschwerdeführerin -
die Applikation eines Suppositoriums und die digitale Stuhlausräumung, täglich - die
Abgabe von Medikamenten, täglich - das Richten und die Bestellung von Medikamenten,
wöchentlich 3.4

Bei den obenstehend erwähnten, bei der Beschwerdeführerin tatsächlich durch geführten
Massnahmen der Grundpflege handelt es sich bei der täglichen Katheterisierung, beim
Einbinden des rechten Beines, bei der täglichen digitalen Stuhlausräumung mit Applikation
eines Suppositoriums, bei der täglichen Abgabe von Medikamenten und dem
wöchentlichen Richten und Bestellen von Medikamenten um Leistungen der medizinischen
Grundpflege beziehungsweise um medizinische Vorkehren im Sinne von Hauspflege
gemäss Art. 21 Abs. 1 lit . d und Art. 10 Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art. 18 Abs. 1
UVV, welche zur Bewahrung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin
erforderlich waren .

Für deren Kosten hatte die Beschwerdeführerin nach der Rentenfestsetzung per 1. Oktober
2011 weiterhin Anspruch auf Beiträge. 3.5

Nicht um Massnahmen der medizinischen Hauspflege im Sinne von Art.

E. 7

S. 4 ; vgl. auch Urk.

8/130 und Urk. 8/127).

E. 7.2

mit Hinweisen) zu subsumieren sind und durch die Hilflosenentschädigung für eine
Hilflosigkeit schweren Grades abgegolten wurden. 4. 4.1

Aus den Akten und insbesondere den sich bei den Akten befindenden Spitex-Verordnungen
vom 1. April 2011 (Urk. 8/150) und vom 1. Oktober 2011 (Urk. 8/189/2-3) lässt
sich der genaue zeitliche Aufwand, welche für die verschiedenen, unter dem Titel
Grundpflege zu subsumierenden pflegerischen Massnahmen durch die „A.____“
aufgewendet wurde, nicht entnehmen.

Den Akten ist sodann zu entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin keine Bedarfs-
abklärung des bei der Beschwerdeführerin erforderlichen Pflegeaufwandes

vor Ort durchgeführt hat. Die Beschwerdegegnerin hat vielmehr lediglich anhand der
Pflegedokumentation und der Spitex-Verordnungen eine Quantifizierung erstellt (vgl. Urk.
8/152, Urk. 8/130, Urk. 8/127) , ohne den konkreten Bedarf der Beschwerdeführerin an
medizinischer Hauspflege vor Ort abzuklären .

4.2

Die Beschwerdegegnerin an welche die Sache zu ergänzender Abklärung des Sachverhalts
in quantitativer Hinsicht zurückzuweisen ist, wird daher im Sinne einer normativen
Bewertung des tatsächlich erbrachten Pflegeaufwandes den aus gewissen Bedarf der
Beschwerdeführerin an medizinischen Hauspflegeleistungen im Sinne von Art. 21 Abs. 1
lit . d und Art. 10 Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art. 18 Abs. 1 UVV vor Ort abklären
und anschliessend über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Beiträge an die Kosten
der von der Beschwerdeführerin in Anspruch genommenen Hauspflegeleistungen neu

verfü gen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 5.

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Partei kos ten . Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens be messen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Ausgangsgemäss hat die nur teilweise obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf eine um die Hälfte reduzierte Prozessentschädigung, welche in Berücksichti gung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses mit Fr. 1'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der SWICA Ver sicherungen AG vom 17. Februar 2012 aufgehoben mit der Feststellung , dass die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf Beiträge an die Kosten der in Anspruch ge nommenen medizinischen Hauspflegeleistungen für die Kathet er isierung, für das Ein binden des rechten Beines, für die digitale Stuhlausräumung mit Ap plikation eines Suppositoriums sowie für die Abgabe , das Richten und das Bestellen von Medika men ten hat, und es wird die Sache in quantitativer Hinsicht an die SWICA Versiche rungen AG zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwä gungen, über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Beiträge an die Kosten der medizini schen Hauspflegeleistungen neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde ab ge wiesen . 2.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'100 .-- (inklusive Barauslagen und M ehrwertsteuer) zu bezahlen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt David Husmann - SWICA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

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 Bundes gesetzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber MosimannVolz MO/VM/ESversandt

E. 10

Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art.

18 Abs.

1 UVV handelt es sich indes bei denjenigen Massnahmen der Grundpflege, welche die Körper- und die Intimpflege der Beschwerdeführerin, die Mobilisation in den Rollstuhl und aus dem Rollstuhl, die Mobilisation auf den Duschstuhl und das Bekleiden und das Entkleiden zum Inhalt hatten. Bei diesen Massnahmen der Grundpflege handelt es sich um Massnahmen, welche unter die für die Bemessung der Hilflosigkeit massgebenden alltäglichen Lebensverrichtungen des Ankleidens /Auskleidens, des Aufstehens /Absitzens /Abliedens

und der Körperpflege (vgl. BGE 133 V 450 E).

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