

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00279

vom 24. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00279

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00279 du 24 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00279 del 24 agosto 2020

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten. Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass 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 (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen). Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 11. Januar 2006 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Gemäss Art. 10 Abs. 3 UVG kann der Bundesrat die Leistungspflicht der Versicherung näher umschreiben und die Kostenvergütung für Behandlungen im Ausland begrenzen (Satz 1). Er kann festlegen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang der Versicherte Anspruch auf Hauspflege hat (Satz 2).

E. 1.3

In Bezug auf die Hauspflege hat der Bundesrat seine Verordnungskompetenz durch den Erlass von Art. 18 UVV wahrgenommen. Gemäss Abs. 1 dieser Bestimmung hat die versicherte Person Anspruch auf eine ärztlich angeordnete Hauspflege, sofern diese durch eine nach den Artikeln 49 und 51 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird. Gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV kann der Versicherer ausnahmsweise auch Beiträge an eine Hauspflege durch eine nicht zugelassene Person gewähren.

E. 1.4

Art.

53 UVG regelt unter dem Titel «Eignung» die Frage, wer für die Unfallversicherung tätig sein darf. Geeignet und damit zugelassen ist, wer die Befugnis besitzt, für die

Unfallversicherung im Rahmen der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen selbstständig tätig zu sein. Nach Art.

53 Abs.

E. 1.5

Art. 49 KVV nennt die beruflichen Anforderungen an Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Art. 51 KVV enthält die Kriterien, nach welchen Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause zugelassen werden. Die Zulassung ist eine Voraussetzung des Leistungsanspruchs der versicherten Person. Ein Leistungserbringer ohne krankenversicherungsrechtliche Zulassung kann grundsätzlich keine Leistungen der Krankenversicherung auslösen und ist auch nicht tarifvertragsfähig (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [Hrsg.], 2. Auflage, Basel 2007, Rz. 707 mit Hinweis; BGE 126 V 330 E. 1c). Damit ein Leistungserbringer die Tätigkeit für die Krankenversicherung aufnehmen kann, ist zusätzlich zur Zulassung erforderlich, dass er mit den Versicherern einen Tarifvertrag abgeschlossen hat, einem solchen beigetreten oder einem behördlichen Ersatztarif unterstellt ist (BGE 132 V 303 E. 4.4.3).

E. 1.6

Für die Unfallversicherung bestimmt Art. 56 Abs. 1 UVG unter dem Titel «Zusammenarbeit und Tarife», dass die Versicherer mit den Medizinischen Personen sowie den Heil- und Kuranstalten vertraglich die Zusammenarbeit regeln und die Tarife festlegen können. Sie können die Behandlung der Versicherten ausschliesslich den am Vertrag Beteiligten anvertrauen. Wer die Bedingungen erfüllt, kann dem Vertrag beitreten. Gemäss Art. 56 Abs. 2 UVG sorgt der Bundesrat für die Koordination mit den Tarifordnungen anderer Sozialversicherungszweige und kann diese anwendbar erklären. Besteht kein Vertrag, so erlässt der Bundesrat nach Anhören der Parteien die erforderlichen Vorschriften (Art. 56 Abs. 3 UVG). Für alle Versicherten der Unfallversicherung sind die gleichen Taxen zu berechnen (Art. 56 Abs. 4 UVG).

E. 1.7

Im UV/MV/IV-Tarifwesen gilt der Grundsatz, dass die Leistungserbringer mit den Versicherern Tarifverträge abschliessen, wobei weitgehend Tarifautonomie herrscht. Die drei eidgenössischen Sozialversicherer schliessen in der Regel gemeinsam die Verträge mit den Spitälern ab (vgl. www.zmt.ch). Die Tarifautonomie gilt als Leitmotiv, und im Gegensatz zur Krankenversicherung unterliegen die von den Parteien ausgehandelten Tarife nicht der Genehmigung durch eine Behörde (BVGE 2014/51 E.8.1).

E. 1.8

Das Bundesverwaltungsgericht hat im zuvor zitierten BVGE 2014/51 erwogen (E. 9.2), dass das UVG (wie auch das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG, und das Bundesgesetz über die Militärversicherung, MVG) keine inhaltlichen Vorgaben zur Bemessung der entsprechenden Tarife enthalte. Es fehlten - anders als im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) - generell-abstrakte Grundsätze zur Tarifordnung und zur Kostenermittlung für die Leistungsabgeltung, und zwar sowohl auf Gesetzes- wie auch auf Verordnungsebene. Bei einem vertragslosen Zustand liege es daher am Bundesrat, in generell-abstrakter Weise die Grundsätze der Tarifbestimmung und dabei insbesondere die Tarifordnung zu regeln. Sollte dabei die Tarifordnung des KVG zur Anwendung gelangen,

sei dafür zumindest auf Verordnungsstufe ein derartiger Vermerk anzubringen (vgl. etwa Art. 26 Abs. 2 MVG). Gestützt auf die entsprechenden generell-abstrakten Grundsätze habe hernach das EDI mittels - gegebenenfalls beim Bundesverwaltungsgericht anfechtbarer - Verfügung einen konkreten Tarif im engeren Sinne, das heisst die Höhe des Taxpunktwertes oder des Basisfallwertes im konkreten Einzelfall, festzulegen, wobei das EDI gestützt auf Art. 47 Abs. 6 des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz (RVOG) lediglich für die verfügungsweise Festlegung der Höhe des Tarifs im engeren Sinne, bei bereits vorhandener diesbezüglicher generell-abstrakter Regelung, zuständig sei. Die Festlegung der Eckwerte für die Tarifgestaltung habe aber in generell-abstrakter Form in dem dafür vorgesehenen Verfahren und unter Einbezug der Tarifpartner zu geschehen und sei Aufgabe des Bundesrats, welche r diesbezüglich eine Verordnung zu erlassen habe. Das Bundesgericht hat in BGE 145 V 333 E.

7.2.2 keine Veranlassung gesehen, von diesen in Rechtskraft erwachsenen Schlussfolgerungen des Bundesverwaltungsgerichts abzuweichen.

E. 1.9

Gemäss der Rechtsprechung steht den in Art. 53 UVG erwähnten Leistungserbringern steht (bei Beitritt zu einem Tarifvertrag oder bei einem behördlichen Ersatzvertrag) nach dem System des Tiers payant (vgl. dazu BGE 132 V 18 E. 5.2) ein direkter Anspruch auf Honorierung gegen den Versicherer zu (Art. 54a UVG; Urteil des Bundesgerichts U 404/06 vom 23. März 2007 E. 3.3). Denn das Medizinernrecht der Unfallversicherung beruht auf dem Naturalleistungsprinzip, was bedeutet, dass der Versicherer die Heilbehandlung selbst erbringt. Daraus folgt, dass die behandelnde Medizinalperson ihre Rechnung dem zuständigen Versicherer stellt und nicht – wie im Kostenvergütungsprinzip beziehungsweise im System Tiers garant

– der behandelten Person selbst (Thomas Gächter und Sarah Hack-Leoni in: Marc Hürzeler, Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar UVG, Zürich 2018, Art.

54a UVG N. 2 und N. 13).

E. 2

UVG legt der Bundesrat die Voraussetzungen fest, unter denen die Heil-

und Kuranstalten sowie die medizinischen Hilfspersonen und Laboratorien zur selbstständigen Tätigkeit für die Unfallversicherung zugelassen werden. Der Bundesrat ist diesem Auftrag unter anderem mit dem Erlass von Art. 69 UVV nachgekommen. Gemäss dieser Bestimmung gelten Art. 44 und 46–54 KVV auch für die Zulassung der Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen und der Organisationen, die solche Personen beschäftigen (medizinische Hilfspersonen). Zudem kann das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) weitere medizinische Hilfspersonen bezeichnen, die innerhalb der kantonalen Bewilligung für die Unfallversicherung tätig sein können.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid vom 17.

Oktober 2019 (Urk. 2) davon aus, dass der Versicherte seit 1. Juli 2009 pauschalisierte Hauspflegebeiträge gemäss Art. 18 UVV bezogen habe, weshalb die zusätzliche Ausrichtung von Spitexleistungen beziehungsweise Bezahlung von Spitexrechnungen in der Zeit vom Mai 2017 bis Mai 2018 zu Unrecht erfolgt sei (S.

6). Vielmehr hätte die A.____ ihre erbrachten medizinischen Pfl e geleistungen direkt dem Versicherten in Rechnung stellen müssen. Sie habe erst m it Erhalt des Schreibens der A.____ vom 13. August 2018 im Grundsatz Kenntnis des Rückerforderungsanspruchs erhalten. Da sie jedoch erst mit Erhalt der Spitexverordnungen am 30. August 2018 Kenntnis sämtlicher Um stände der Rückerstattung erhalten habe, sei von einem Beginn der einjährigen Verwirkungsfrist zu diesem Zeitpunkt auszugehen. Demnach sei der Rückforde rungsanspruch zum Zeitpunkt bei Erlass der Verfügung betreffend Rückerstatt ung vom 7. März 2019 noch nicht verwirkt gewesen (S. 8).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin bringt hiegegen vor, dass die Beschwerdegegnerin im Mai 2017 die Kostenträgerschaft telefonisch gegenüber der A.____

bestätigt habe, und dass die Beschwerdegegnerin von dieser am 20. Juni und am 11. Dezember 2017 je eine Verordnung für Leistung en der Hauspflege erhalten habe. Sie hätte daher spätestens am 11. Dezember 2017 bei Beachtung der ihr zumutbaren Aufmerksamkeit den geltend gemachten Irrtum hinsichtlich der Doppelzahlung erkennen müssen. Es sei daher von einem Beginn der Ver wirkungsfrist spätestens am 11. Dezember 2017 auszugehen, weshalb die Rück forderung zum Zeitpunkt bei Erlass der Verfügung vom 7. März 2019 bereits verwirkt gewesen sei (Urk. 1 S. 5 f.). Zudem stehe die von der Beschwerdegegnerin geltend gemachte Rückerstattung im Widerspruch zum Übereinkommens Nr. 102 der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) und zur Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit (EOSS), wonach eine Beteiligung der v ersicherten Personen an den Kosten Leistungen der Hauspflege nicht vorgesehen beziehungsweise nicht zulässig sei. Ein Rückerstattungsanspruch der Beschwerdegegnerin, falls ein solcher überhaupt bestehen sollte, sei daher jedenfalls auf den Umfang der dem Versicherten für den streitigen Zeitraum ausgerichteten Pfl egeleistungen im B etrag von insgesamt Fr. 13'764.-- zu beschränke n, da ansonsten die erwähnten internationalen Abkommen, welche eine Beteiligung an den Kosten der Haus pflege durch versicherte Personen ausschliessen würden, verletzt würden (Urk. 1 S. 7).

E. 3.1

Nach Art. 57 UVG entscheiden über Streitigkeiten zwischen der Versicherung und Leistungserbringern die von den Kantonen bezeichneten Schiedsgerichte (Abs. 1). Zuständig ist das Schiedsgericht am Ort der ständigen Einrichtung oder der Be rufsausübung des Leistungserbringers (Abs. 2). Das Schiedsgericht in Tarifstreitig keiten nach Art. 57 UVG, bei welchem es sich im Kanton Zürich um das dem hiesigen Gericht angegliederte Schiedsgericht in Sozialversicherungs streitigkei ten des Kantons Zürich handelt (vgl. § 36 Abs. 1 Gesetzes über das Sozial versicherungsgericht, GSVGer), urteil t auf Klage hin im Sinne der ursprünglichen Gerichtsbarkeit (vgl. BGE

114 V 319 E. 4a). Im System des Tiers payant

ist der Versicherer rückforderungsberechtigt, wobei sich die Rückerstattungspflicht in erster Linie gegen den Leistungserbringer richtet .

E. 3.2

Diese Ordnung wird durch Art. 25 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ergänzt. Gemäss Abs. 1 dieser Bestimmung sind unrechtmässig bezogene Leistungen zurückzuerstatten (Satz 1); wer Leis tungen in gutem

Glauben empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse Härte vorliegt (Satz 2 in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSV). Demnach haben unfallversicherte Personen zu Unrecht bezogene Leistungen unter den in Art. 25 ATSG genannten und von der Rechtsprechung ergänzten (vgl. nachstehend E.

E. 3.3

Die Rückerstattungspflicht besteht gemäss der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts K 25/02 vom 23. September 2002 E. 2.2.2) unabhängig davon, ob die Leistungserbringer nach dem System des Tiers garant oder des Tiers payant entschädigt werden. Denn es muss möglich sein, dass der Versicherer gegen die versicherte Person vorgeht, wenn diese im System des Tiers garant den Vergütungsanspruch geltend macht und befriedigt wird, ohne die vom Arzt erbrachte Leistung zu bezahlen. Daran ändert nichts, dass der Versicherer gegenüber dem Leistungserbringer einen eigenen Rückerstattungsanspruch hat. Dem Versicherer steht es demnach frei, seinen Leistungsanspruch gemäss Art. 57 UVG gegenüber dem Leistungserbringer oder gemäss Art.

25 ATSG gegenüber der versicherten Person geltend zu machen.

E. 3.4

Art. 25 Abs. 1 ATSG knüpft die Rückerstattungspflicht an einen unrechtmässigen Leistungsbezug an, wobei sich die Unrechtmässigkeit einer bereits bezogenen Leistung insbesondere aus einer prozessualen Revision oder aus einer Wiedererwägung der leistungszusprechenden Verfügung ergeben kann. Für eine Rückerstattung nach Art. 25 Abs. 1 ATSG gelten daher die gleichen Voraussetzungen wie für eine Wiedererwägung oder eine prozessuale Revision (Urteil des Bundesgerichts 8C_207/2010 vom 31. Mai 2010 E. 2). Im Rahmen einer Wiedererwägung kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Von der Wiedererwägung ist die so genannte prozessuale Revision von Verwaltungsverfügungen zu unterscheiden. Danach ist die Verwaltung verpflichtet, auf eine formell rechtskräftige Verfügung zurückzukommen, wenn neue Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer anderen rechtlichen Beurteilung zu führen (BGE 126 V 24 E. 4b).

E. 3.5

), nicht das erstmalige unrichtige Handeln massgebend ist, sondern jener Tag, an dem die Amtsstelle später unter Anwendung der ihr zumutbaren Aufmerksamkeit den Fehler und die Voraussetzungen für eine Rückerstattung hätte erkennen müssen.

E. 4

.4

Gemäss den Angaben der Beschwerdegegnerin in ihrer Eingabe vom 2. April 2020 (Urk. 18) hat sie bis zum Inkrafttreten des erwähnten Tarifvertrags zwischen dem Verband Spitex Schweiz, dem ASPS und der MTK, der MV und der IV am 1.

Januar 2019 praxisgemäss denn auch grundsätzlich keine Rechnungen von Spitexorganisationen für erbrachte Hauspflegeleistungen beglichen, sondern den versicherten Personen - nach Abklärung des konkret erforderlichen Pflegebedarfs -

monatliche Pauschalen für Hauspflegeleistungen zugesprochen (S. 2). Dieses Vorgehen wurde von der Rechtsprechung bis anhin nicht in Frage gestellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1037/2012 vom 12. Juli 2013) und ist daher auch vorliegend nicht zu beanstanden.

E. 4.1

Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin dem Versicherten mit Verfügung vom 18. August 2009 (Urk. 8/118) Hauspflegeleistungen im Umfang einer monatlichen Pauschale von Fr. 811.30 zusprach. Nach einer erneuten Abklärung des Pflegebedarfs am Wohnort des Versicherten bemass die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des Versicherten neu und sprach ihm mit Verfügung vom 24. Mai 2018 (Urk. 8/293) für die Zeit vom 1. November 2017 bis 28. Februar 2018 monatliche Pflegeleistungen im Betrag von Fr. 1'083.-- und für die Zeit ab 1. März 2018 solche im Betrag von Fr. 978.-- zu. Gleichzeitig hat die Beschwerdegegnerin der A.____ für im Zeitraum vom Mai 2017 bis Mai 2018 dem Versicherten erbrachte Pflegeleistungen einen Betrag von insgesamt Fr. 31'118.05 bezahlt (Urk. 12/2).

E. 4.2

Im streitigen Zeitraum vom Mai 2017 bis Mai 2018 war der im Bereich der Unfallversicherung geltende, am 1. Juli 2018 vom Verband Spitex Schweiz und vom Verband Association Spitex privée Suisse (ASPS) auf der einen Seite und der (MTK), der Militärversicherung (MV), vertreten durch die Suva, Abteilung Militärversicherung, der Invalidenversicherung (IV), vertreten durch das BSV, auf der anderen Seite (www.mtk-ctm.ch/de/tarife), welcher am 1. Januar 2019 in Kraft trat und welchem Spitexorganisationen beitreten können, noch nicht in Kraft. Dieser Tarifvertrag ist auf den vorliegend streitigen Zeitraum vom Mai 2017 bis Mai 2018 daher nicht anzuwenden, worauf die Beschwerdegegnerin in ihrer Eingabe vom 2. April 2020 zu Recht hinwies (Urk. 18 S. 2). Im fraglichen Zeitraum stand indes ein Tarifvertrag, welcher am 25. Oktober 1999 vom Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) auf der einen Seite und der Medizinaltarifkommission UVG (MTK) der Invalidenversicherung, vertreten durch das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), und dem Bundesamt für Militärversicherung auf der anderen Seite vereinbart wurde, in Kraft (vgl. www.mtk-ctm.ch/de/tarife). Ein Beitritt zu diesem Vertrag stand jedoch ausschliesslich natürlichen Personen, nicht jedoch Spitexorganisation, offen (vgl. Liste der zugelassenen Vertragspartner; www.mtk-ctm.ch/de/tarife).

Nach Gesagtem bestand im streitigen Zeitraum vom Mai 2017 bis Mai 2018 zwischen der Beschwerdegegnerin und der A.____ im Bereich der Unfallversicherung ein tarifvertragsloser Zustand.

E. 4.5

Demgegenüber konnte die A.____, selbst wenn sie im fraglichen Zeitraum sämtliche gesetzlichen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt gehabt hätte, mit der Beschwerdegegnerin nicht ohne Weiteres eine Rechtsbeziehung eingehen und zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen. Denn diesbezüglich fehlte es an einem Tarifvertrag beziehungsweise an einem behördlichen Ersatztarif.

Daran ändert nichts, dass die A.____ der Beschwerdegegnerin mit den streitigen Rechnungen (Urk. 12/2) ihre für den Versicherten erbrachten Pflegeleistungen gemäss

einem im Bereich der Krankenversicherung geltenden Tarif (Tarifcode 532; vgl. www.forum-datenaustausch.ch/de/referenz)

daten

) in Rechnung stellte .

E. 5.1

Zu prüfen bleibt die beschwerdeweise geltend gemachte Verletzung von Staatsvertragsrecht (Urk. 1 S. 7).

E. 5.2

Gemäss Art. 31 des Übereinkommens Nr. 128 der Internationalen Arbeitsorganisation (Abkommen IAO) und Art. 31 der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit (EOSS) gewährleistet jede Vertragspartei, für die dieser Teil gilt, den geschützten Personen Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten nach diesem Teil. In Art. 34 Abs. 2 lit. c des Abkommens IAO und der EOSS hat die ärztliche Betreuung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Betreuung durch Pflegepersonal zu Hause zu umfassen, wobei die

Leistungsempfänger im Gegensatz zur entsprechenden Regelung der ärztlichen Betreuung im Krankheitsfall (Art. 10 Abs. 2 des Abkommens IAO und der EOSS) nicht an den Kosten der ärztlichen Betreuung beteiligt werden können . Der Bundesrat ging in der Botschaft zur Änderung UVG vom 30. Mai 2008 (BBl 2008 5412) denn auch davon aus, dass auf Grund dieser Abkommen Kosten der Hauspflege ohne eine Beteiligung der versicherten Person zu übernehmen seien .

E. 5.3

Gemäss der Rechtsprechung (BGE 119 V 171 und 121 V 40 E. 2a) sind die Bestimmungen von Art. 32 Abs. 1 lit. e des Abkommens IAO) und von Art. 68 lit. f der EOSS

direkt anwendbar (self-executing). In BGE 121 V 40 hat das Bundesgericht indes erwogen, dass der staatsvertragliche Ausschluss der Leistungskürzung oder -verweigerung sich auf die Berufsunfallversicherung beschränke und auf die Versicherung von Nichtberufsunfällen keine Anwendung finde (E. 2a), weshalb das Kürzungsverbot bei Grobfahrlässigkeit nach den angeführten internationalen Abkommen lediglich bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zur Anwendung komme. Des Weiteren hat das Bundesgericht darin erwogen, dass die Fragen, ob der Begriff «Arbeitsunfälle» auch Wegunfälle umfasse, mangels einer Definition in den Abkommen nach innerstaatlichem Recht zu beurteilen sei. Da gemäss Art. 7 Abs. 2 UVG e contrario Wegunfälle in der Regel zu den Nichtberufsunfällen zu zählen seien, sei bei Unfällen auf dem Arbeitsweg eine Leistungskürzung wegen Grobfahrlässigkeit daher grundsätzlich möglich (E. 2b).

E. 5.4

Gleiches muss auch in Bezug auf Art. 34 Abs. 2 lit. c des Abkommens IAO und der EOSS gelten. Obwohl diese Bestimmungen grundsätzlich direkt anwendbar sein dürften , beschränkt sich ihre Anwendung auf Leistungen für die Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten und es kommt ihnen im Rahmen der Nichtberufsunfallversicherung keine Geltung zu.

E. 5.5

Den Akten ist zu entnehmen, dass der Versicherte am 11. Januar 2006 als Fahr radlenker auf der Strasse verunfallte (Urk. 8/5). Demzufolge handelte es sich beim versicherten Unfall vom 11. Januar 2006 um einen Nichtberufsunfall, weshalb die Bestimmungen von Art. 34 Abs. 2 lit. c des Abkommens IAO und der EOSS vorliegend nicht zur Anwendung kommen . Demzufolge vermag die Beschwerde führerin aus den erwähnten Abkommen nichts zu ihren Gunsten abzuleiten.

E. 6.1

Nach Gesagtem steht fest, dass die irrtümliche und stillschweigende Übernahme (vgl. Urk. 18 S. 1) der von der A.____ mit den streitigen Rechnungen (Urk. 12/2) in Rechnung gestellten Pflegekosten einerseits den Dispositiven der rechtskräftigen Verfügungen vom 18. August 2009 (Urk. 8/118) und vom 24. Mai 2018 (Urk. 8/293), worin die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Versicherten auf Hauspflegeleistungen in betraglicher Hinsicht abschliessend festlegte und damit implizite einen Anspruch auf Übernahme weiterer Pflegeleistungen aus schloss, widersprach. Andererseits fehlte es der A.____ mangels eines Tarifvertrags oder eines behördlichen Ersatztarifs an einer Berechtigung zur Leistungsabrechnung mit der Beschwerdegegnerin gemäss dem System Tiers payant . Demzufolge war die Übernahme der von der A.____ in Rechnung gestellten Kosten für dem Versicherten erbrachte Pflegeleistungen im Rahmen eines faktischen Verwaltungsaktes (vgl. BGE 129 V 110 E. 1.2.1) daher zweifellos unrichtig. Die Berichtigung ist sodann angesichts der Höhe der zu Unrecht ge währten Leistungen im Betrag von Fr. 31'118.95 von erheblicher Bedeutung, sodass die Voraussetzungen für ein wiedererwägungswises Zurückkommen auf die Leistungsausrichtung erfüllt sind. Da die Beschwerdegegnerin damit über einen Rückkommenstitel verfügte, erweist sich die hier im Streit stehende Rück erstattung i m Grundsatz rechtens.

E. 6.2

Zu prüfen bleibt, ob sich die Beschwerdeführerin auf Grund der Übernahme der Rechnungen während der Zeit vom Mai 2017 bis Mai 2018 auf den Vertrauens schutz berufen kann. Gemäss Art. 27 Abs. 1 ATSG s ind die Versicherungsträger und Durchführungsorgane der einzelnen Sozial versicherungen verpflichtet, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären . Unterbleibt eine Auskunft entgegen gesetzlicher Vor schrift oder obwohl sie nach den im Einzelfall gegebenen Umständen geboten war, hat die Rechtsprechung dies der Erteilung einer unrichtigen Auskunft gleich gestellt (BGE 131 V 472 E. 5). Abgeleitet aus dem Grundsatz von Treu und Glauben, welcher den Bürger in seinem berechtigten Vertrauen auf behördliches Verhalten schützt, können falsche Auskünfte von Verwaltungsbehörden unter bestimmten Voraussetzungen eine vom materiellen Recht abweichende Behand lung des Rechtsuchenden gebieten. Gemäss Rechtsprechung und Doktrin ist dies der Fall, 1. wenn die Behörde in einer konkreten Situation mit Bezug auf be stimmte Personen gehandelt hat; 2. wenn sie für die Erteilung der betreffenden Auskunft zuständig war oder wenn die rechtsuchende Person die Behörde aus zureichenden Gründen als zuständig betrachten durfte; 3. wenn die Person die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne weiteres erkennen konnte; 4. wenn sie im Vertrauen auf die Richtigkeit der Auskunft Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können, und 5. wenn die gesetzliche Ordnung seit der Auskunftserteilung keine Änderung erfahren hat (BGE

131 V 472 E. 5 mit Hinweisen).

E. 6.3

Vorliegend ist die Leistungsausrichtung irrtümlich und stillschweigend (Urk. 18 S. 1) an den Leistungserbringer erfolgt. Sodann gilt es zu berücksichtigen, dass der Versicherte beziehungsweise in seinem Auftrag sein Sohn der Beschwerdeführerin am 30. Juli 2018 (Urk. 8/306/1-4 S. 1) mitteilte, dass er im fraglichen Zeitraum vom Mai 2017 bis Mai 2018 lediglich eine Rechnung der A.____ im Betrag von Fr. 24.-- erhalten habe. Demnach ist vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Versicherte weder von der A.____ noch von der Beschwerdeführerin Kopien der fraglichen Rechnungen zugestellt erhalten und dass er somit von der irrtümlichen Leistungsausrichtung durch die Beschwerdeführerin keine Kenntnis hatte .

Mangels Kenntnis der irrtümlichen Leistungsausrichtung durch den Versicherten stellte die stillschweigende Übernahme der fraglichen Rechnungen in der Zeit von Mai 2017 bis Mai 2018 jedoch keine Verletzung der Beratungspflicht durch die Beschwerdeführerin gemäss Art. 27 Abs. 2 ATSG dar. Da die Übernahme der fraglichen Rechnungen zudem in Widerspruch zu den Dispositiven der rechtskräftigen Verfügungen vom 18. August 2009 (Urk. 8/118) und vom 24. Mai 2018 (Urk. 8/293) stehen, war die irrtümliche Leistungsausrichtung nicht geeignet, beim Versicherten eine Vertrauensgrundlage zu bilden. Die Beschwerdeführerin kann aus dem Vertrauensschutz daher nichts zu ihren Gunsten ableiten.

E. 7

März

2019 (Urk. 8/336) hat die Beschwerdeführerin den Rückforderungsanspruch entsprechend rechtzeitig geltend gemacht und damit sowohl die einjährige relative Verwirkungsfrist als auch die fünfjährige absolute Verwirkungsfrist gewahrt.

E. 7.1

Zu prüfen bleibt, ob die Rückforderung nicht bereits verwirkt ist, wobei für den Beginn der relativ einjährigen Verwirkungsfrist von Art. 25 Abs. 2 ATSG , wie bereits erwähnt (vorstehend E.

E. 7.2

Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 14. Juni 2018 von der A.____ eine ärztliche Spitexverordnung für den Versicherten zugestellt erhielt (Urk. 8/296). Anschliessend wies die Beschwerdeführerin die A.____ am 18. Juni 2018 (Urk. 8/297) darauf hin, dass sie Kosten von Spitexleistungen nicht übernehme , und dass dafür vielmehr der Versicherte

auf zukommen habe . In der Folge teilte die A.____ der Beschwerdeführerin anlässlich eines Telefongesprächs vom 25. Juni 2018 mit, dass diese die ihr zugestellten Rechnungen bisher beziehungsweise mindestens seit November 2017 stets beglichen habe (Urk. 8/299). Mit Schreiben vom 17. Juli 2018 (Urk. 8/302) teilte die Beschwerdeführerin der A.____

mit, dass sie eine Rückforderung für die zwischen Mai 2017 bis Mai 2018 bezahlten Spitexrechnungen prüfen werde und forderte die A.____ auf, verschiedenen Fragen zu beant

worten, welche die A.____ am 13. August 2018 beantwortete (Urk. 8/308/1). In der Folge forderte die Beschwerdegegnerin die A.____ mit Schreiben vom 20. August 2018 (Urk. 8/311) auf, ihr sämtliche ärztliche Spitexverordnungen für den Versicherten ab Mai 2017 zukommen zu lassen, welcher Aufforderung die A.____ am 29. August 2018 (Urk. 8/311/1-6) nachkam.

E. 7.3

Nach Gesagtem ist davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin bei Verfassen des Schreibens vom 17. Juli 2018 (Urk. 8/302) Kenntnis sämtlicher der A.____

irrtümlich zu Unrecht ausgerichteter Zahlungen und damit des Rückforderungsanspruchs hatte. Es ist daher von einem Beginn der einjährigen Verwirkungsfrist zu diesem Zeitpunkt auszugehen .

E. 7.4

Die einjährige relative Verwirkungsfrist begann daher am 18. Juli 2018 zu laufen und endete am 17.

Juli

2019. Mit Erlass der Verfügung vom

E. 8.1

Da weder der Umfang der von der Beschwerdegegnerin der A.____ zu Unrecht geleisteter Zahlungen im Betrag von insgesamt Fr. 31'118.95, noch die Bezahlung dieses Betrages durch die Beschwerdeführerin bestritten wird (Urk. 1), besteht für eine nähere Prüfung von Amtes wegen kein Anlass. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin, welche Alleinerbin des verstorbenen Versicherten und Willensvollstreckerin in dessen Nachlass ist, in diesem Umfang zur Rückerstattung von dem Versicherten zu Unrecht ausgerichteter Leistungen verpflichtet, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 8.2

Der Beschwerdeführerin bleibt indes unbenommen, die Beschwerdegegnerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids gemäss Art. 25 Abs.1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 f. ATSV um Erlass beziehungsweise Herabsetzung der Rückerstattungsschuld zu ersuchen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - Suva - 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 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
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
Volz

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