Urteilskopf

116 V 41

8. Urteil vom 9. Januar 1990 i.S. X gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt und Versicherungsgericht des Kantons Aargau
Regeste (de):
Art. 10 Abs. 3 UVG, Art. 18 UVV.

- Zeitliche und tatbeständliche Grenzen der Leistungspflicht (Erw. 3a-c).

- Begriffe der Hauspflege (Erw. 5a-c und 7c) und der ärztlichen Anordnung (Erw. 5c).

Art. 10 Abs. 1 und 3 und Art. 21 Abs. 1 UVG. Gegenseitige Abgrenzung dieser Bestimmungen (Erw. 3b).

Art. 21 Abs. 1 lit. d und Art. 26 Abs. 1 UVG, Art. 38 Abs. 2 UVV.

- Konkurrenz einer Entschädigung wegen schwerer Hilflosigkeit und einer Vergütung aufgrund von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG (Erw. 6).

Regeste (fr):
Art. 10 al. 3 LAA, art. 18 OLAA.

- Limites temporelles et factuelles de l'obligation d'allouer des prestations (consid. 3a-c).

- Notions de soins à domicile (consid. 5a-c et 7c) et de prescription médicale (consid. 5c).

Art. 10 al. 1 et 3 et art. 21 al. 1 LAA. Délimitation de ces dispositions l'une par rapport à l'autre (consid. 3b).

Art. 21 al. 1 let. d et art. 26 al. 1 LAA, art. 38 al. 2 OLAA.

- Concours entre une allocation pour impotence grave et un remboursement de frais au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA (consid. 6).

Regesto (it):
Art. 10 cpv. 3 LAINF, art. 18 OAINF.

- Limiti temporali e fattuali dell'obbligo di erogare prestazioni (consid. 3a-c).

- Nozione di cura a domicilio (consid. 5a-c e 7c) e di prescrizione medica (consid. 5c).

Art. 10 cpv. 1 e 3 e art. 21 cpv. 1 LAINF. Reciproca limitazione di queste disposizioni (consid. 3b).

Art. 21 cpv. 1 lett. d e art. 26 cpv. 1 LAINF, art. 38 cpv. 2 OAINF.

- Concorso di un assegno per grandi invalidi con il rimborso delle spese secondo l'art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF (consid. 6).

Sachverhalt ab Seite 42

BGE 116 V 41 S. 42

A.- Der 1965 geborene (SUVA-versicherte) X erlitt am 17. September 1985 einen schweren Arbeitsunfall, bei dem er sich eine komplette Tetraplegie unterhalb des Halswirbels C 5 und Verbrennungen zweiten Grades von etwa 20% der Körperoberfläche zuzog. Laut Austrittsbericht des Paraplegikerzentrums B. vom 13. Oktober 1986 besteht je eine komplette Lähmung der unteren und oberen Extremitäten, Anästhesie und Analgesie in den Bereichen C 6 - S 5 sowie sehr eingeschränkte Reflexe. Ausser einer am 31. Oktober 1985 festgestellten Innervation des Musculus supinator rechts und einer am 31. Januar 1986 aufgetretenen Hypästhesie im Bereich des Segmentes C 6 stellte sich keine neurologische Erholung ein. Nach der Entlassung aus dem Paraplegikerzentrum B., wo sich der Versicherte vom 26. September 1985 bis 6. Oktober 1986 zur Rehabilitation aufhielt, wohnte X bei seiner Mutter, welche die Erwerbstätigkeit aufgegeben hatte, um ihren Sohn zu betreuen. X verlangte von der SUVA die Erstattung der durch die Hauspflege bedingten Lohnkosten. Die Hauspflege bestand namentlich im täglichen Durchbewegen durch die Schwester des Versicherten, eine diplomierte Gymnastiklehrerin, ferner in der Pflege durch die Mutter und einer zusätzlich zugezogenen Pflegerin (Frau Y). Hiefür liess X Lohnkosten von monatlich Fr. 7'200.– geltend machen (Fr. 5'400.– für die Mutter und Fr. 1'800.– für Frau Y). Ferner

BGE 116 V 41 S. 43

beantragte er, die SUVA habe die Kosten für die von seiner Schwester täglich durchgeführten physiotherapeutischen Anwendungen gemäss Tarif zu übernehmen. Die SUVA erklärte sich bereit, dem Versicherten für die Zeit vom 7. Oktober bis 31. Dezember 1986 für den pflegerischen Einsatz der Mutter des Versicherten und von Frau Y Fr. 10'069.– zu vergüten. Mit Verfügung vom 30. März 1987 sprach sie ihm eine ab 1. Januar 1987 laufende 100%ige Invalidenrente, eine Entschädigung wegen schwerer Hilflosigkeit und die volle Integritätsentschädigung zu.

B.- Gegen diese Verfügung liess X Einsprache erheben mit dem Antrag, es seien ihm "die Kosten für die laufenden besonderen medizinischen Vorkehren (medizinische und pflegerische Hilfeleistungen und Betreuung, Therapie etc.) zu vergüten". Nach Einholung einer Stellungnahme der medizinischen Abteilung hiess die SUVA die Einsprache mit Entscheid vom 7. August 1987 teilweise gut, indem sie ihre Leistungspflicht für die Durchführung von zwei Physiotherapiebehandlungen pro Woche anerkannte.

C.- Hiegegen liess X Beschwerde erheben und erneuerte das in der Einsprache gestellte Rechtsbegehren. Ergänzend beantragte er eventualiter die Kostenübernahme für eine tägliche physiotherapeutische Sitzung. In der Parteiverhandlung vor dem Obergericht (Versicherungsgericht) des Kantons Aargau anerkannte die SUVA das Eventualbegehren im Grundsatz und schloss auf Abweisung des Hauptantrages. Das Versicherungsgericht hiess in der Folge die Beschwerde im Eventualstandpunkt gut und wies sie im übrigen ab (Entscheid vom 27. Juni 1988).

D.- X lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Antrag, es "seien die Kosten für weitere medizinische Vorkehren (Stuhlausräumen, Katheterisieren, Anlegen eines Kondoms mit Urinal, Klopfen und Pressen der Blase) zu vergüten". Während die SUVA die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt, nimmt das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) zur Sache Stellung, sieht jedoch von einem Antrag ab.

Erwägungen

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1. (Kognition)

2. a) Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Heilbehandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische

BGE 116 V 41 S. 44

Hilfsperson sowie im weitern 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 dienlichen Mittel und Gegenstände (lit. e). b) Gemäss Art. 10 Abs. 3 UVG kann der Bundesrat die Leistungspflicht der Versicherung näher umschreiben und die Kostenvergütung für Behandlung im Ausland begrenzen (Satz 1). Er kann festlegen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang der Versicherte Anspruch auf Hauspflege hat (Satz 2). In bezug auf die Hauspflege hat der Bundesrat diese Gesetzesdelegation in der UVV folgendermassen erfüllt:
Art. 18 Hauspflege
1 Der Versicherer richtet Beiträge an eine vom Arzt angeordnete Hauspflege aus, sofern diese durch eine nach Art. 8
der Verordnung VI vom 11. März 1966 über die Krankenversicherung zugelassene Person durchgeführt wird. Die Beiträge an eine Hauspflege werden durch Tarifvereinbarung festgesetzt.
2 Ausnahmsweise kann der Versicherer auch Beiträge an eine Hauspflege durch eine nicht zugelassene Person gewähren.
c) Diesen gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat der Versicherte so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung seines Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, geht der Unfallversicherer zur Berentung über, wenn der Unfall eine Invalidität im Sinne von Art. 18 UVG hinterlässt. d) Nach dieser initialen Behandlungsphase kann sich die Frage nach erneuten Behandlungsmassnahmen stellen. Während das alte Unfallversicherungsrecht gemäss dem bis Ende 1983 in Kraft gewesenen KUVG eine Pflicht der SUVA zur Gewährung von ärztlicher Behandlung während der Rentenphase nur in engen Grenzen vorsah (MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, S. 382 f., insbesondere N. 957 S. 383 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung), ist mit Art. 21 UVG die "Heilbehandlung nach Festsetzung der Rente" (Marginale) Gegenstand eingehender Regelung geworden. Gemäss Abs. 1 dieser Bestimmung werden nach Festsetzung der Rente dem Bezüger die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (Art. 10-13) gewährt, wenn er von einer

BGE 116 V 41 S. 45

Berufskrankheit betroffen ist (lit. a), sodann wenn er unter einem Rückfall oder an Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann (lit. b), im weiteren wenn er zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf (lit. c), schliesslich wenn er erwerbsunfähig ist und sein Gesundheitszustand durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann (lit. d).

3. a) Der Beschwerdeführer steht in Hauspflege. Somit stellt sich die Frage, ob und inwieweit die Leistungsvoraussetzungen des Art. 18 UVV gegeben sind. Das kantonale Gericht hat erwogen, nach dem Sinn und Zweck dieser Bestimmung (Art. 18 UVV) sei "darunter ... einzig die Hauspflegeleistung für die beschränkte Dauer der Rehabilitation bis zur vollen Genesung des Versicherten zu verstehen, welche insofern eine Heilbehandlung darstellt. Nicht unter diese Bestimmungen fallen jene Fälle, wo eine dauernde Pflege nötig ist und eine Heilung im Sinne einer vollen Rehabilitation nicht zu erwarten ist." Die SUVA schliesst sich in ihrer Vernehmlassung dieser Auffassung an. b) Dieser Standpunkt kann, mit dem BSV, nicht geteilt werden. Aus der Gesetzessystematik geht hervor, dass die Art. 10 ff. UVG und die darauf gestützt erlassenen Verordnungsbestimmungen gemäss Art. 10 Abs. 3 UVG, somit insbesondere auch der Art. 18 UVV, die Leistungsarten umschreiben, welche die Unfallversicherer unter dem Titel Pflegeleistungen und Kostenvergütungen schulden. An diesem Leistungskatalog ändert Art. 21 UVG grundsätzlich nichts, was sich schon daraus ergibt, dass Art. 21 Abs. 1 Ingress UVG direkt auf die Art. 10-13 des Gesetzes verweist. Art. 21 UVG über die Heilbehandlung nach Festsetzung der Rente bildet zu den Vorschriften der Art. 10 ff. UVG nur insofern ein Sonderregime, als Art. 21 UVG die Voraussetzungen umschreibt, die erfüllt sein müssen, damit nach Festsetzung der Rente Leistungen der Art. 10-13 UVG überhaupt wieder in Betracht kommen und gegebenenfalls zugesprochen werden können. Die Bedeutung von Art. 21 Abs. 1 UVG liegt demnach darin, dass der an einer Berufskrankheit leidende Rentner den Heilbehandlungsanspruch voraussetzungslos hat (lit. a; vgl. die Kritik bei MAURER, a.a.O., S. 383 N. 960), wogegen die übrigen Tatbestände in unterschiedlichem Masse eine erwerbliche (lit. b und c) oder gesundheitliche

(lit. d) Eingliederungswirksamkeit voraussetzen. Eine Einschränkung der Leistungsarten ergäbe sich aufgrund von Art. 21 Abs. 1 UVG allenfalls daraus, dass in den lit. b und d medizinische Vorkehren erwähnt werden. Die Frage kann hier offenbleiben, weil diese tatbeständliche Voraussetzung im vorliegenden Fall ohnehin erfüllt ist (siehe Erw. 4b). c) Weder leidet der Beschwerdeführer an einer Berufskrankheit noch weist er sich über eine (teilweise) Erwerbsfähigkeit aus. Somit scheiden die anspruchsbegründenden Tatbestände des Art. 21 Abs. 1 lit. a-c UVG von vornherein aus. Da er erwerbsunfähig ist, stellt sich hingegen im Rahmen der lit. d von Art. 21 Abs. 1 UVG die Frage, ob sein Gesundheitszustand durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann.

4. a) Im Bericht des Paraplegikerzentrums vom 23. September 1987 über die Rehabilitation wird zu den hier zu beurteilenden Massnahmen und dem ihnen zugrunde liegenden medizinischen Sachverhalt folgendes festgestellt: "Aufgrund der zystomanometrischen Untersuchung vom 15.4.86 verfügt der Patient über eine mässig funktionierende Reflexblase, ... damit sind die erhöhten Resturinmengen erklärt, weswegen bekanntlich Ende letzten Jahres eine transurethrale Resektion des Sphincter externus durchgeführt wurde. Das erhoffte Provozieren grosser Passivurinmengen wurde offenbar erst nach der Sanierung des 2. Harnwegsinfektes erreicht; dennoch mussten wir wiederholt Resturinmengen zwischen 100 und 200 ml feststellen. Indessen schien uns das 2 x täglich praktizierte Nachkatheterisieren und das Klopfen um 02.00 Uhr nachts für die pflegende Mutter ein sehr aufwendiges Procedere. Hinzu kommt, dass während der Nacht beim Patienten physiologischerweise kleine Urinmengen fliessen ... Wir haben dem Patienten folgendes Vorgehen empfohlen: Verzicht auf das abendliche Katheterisieren, statt dessen suprapubisches Klopfen mit optimaler Blasenentleerung spätabends im Bett. Verzicht auf das Klopfen um 02.00 Uhr, doch sollte das morgendliche einmalige Katheterisieren beibe-

halten werden ..."
Eine weitere notwendige Massnahme ist das digitale Stuhlausräumen alle zwei Tage (Bericht des Spitals B. vom 13. Oktober 1986). b) Katheterisieren wie auch Klopfen und Pressen der Blase durch Drittpersonen sind medizinische Vorkehren, was nicht weniger auch für das Anlegen eines Kondoms mit Urinal und das digitale Stuhlausräumen gilt. Denn die richtige Wahl dieser Massnahmen, ihre Abstimmung mit den anderen Vorkehren und ihre fachlich einwandfreie Durchführung sind für die Erhaltung des

prekären Gesundheitszustandes von entscheidender Bedeutung. Würden diese Massnahmen nicht in der ärztlich empfohlenen Weise fachgerecht durchgeführt, so würde mit Sicherheit das Risiko von Harnwegsinfekten und andern gesundheitlichen Störungen beträchtlich erhöht. Daraus ergibt sich, dass das von Pflegepersonen vorgenommene Katheterisieren, Anlegen eines Kondoms mit Urinal, Klopfen und Pressen der Blase sowie das Stuhlausräumen im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG medizinische Vorkehren sind, welche den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahren.

5. a) Zu prüfen ist weiter, ob ein entsprechender Leistungsanspruch für diese medizinischen Vorkehren deswegen entfällt, weil der Beschwerdeführer in Hauspflege steht. Der Begriff der Hauspflege ist vielschichtig. Er umfasst zunächst 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 aber auch die zu Hause stattfindende medizinische Pflege im Sinne der Krankenpflege (siehe zu dieser Unterscheidung BGE 102 V 48 Erw. 1 mit Hinweisen; ZAK 1980 S. 182, 1977 S. 423 Erw. 1a), der zwar das therapeutische (heilende) Agens fehlt, die aber für die Aufrechterhaltung des Gesundheitszustandes doch unerlässlich ist. Das trifft insbesondere auf medizinische Vorkehren im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG zu, welche lebensnotwendige organische Funktionen ermöglichen, unterstützen, sichern oder gleichsam ersetzen. Eine dritte Form von Hauspflege ist die nichtmedizinische Pflege, sei es am Betroffenen selber in Form von Hilfeleistungen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen, sei es als Hilfestellungen in seiner Umgebung durch Führung des Haushaltes oder Besorgung der alltäglichen Angelegenheiten. b) 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 gesetzlich oder verordnungsmässig normiert ist (siehe ZAK 1974 S. 298 Erw. 1c zu Art. 14 IVG; zu den auf gewisse therapeutische Vorkehren begrenzten Pflichtleistungen der Krankenversicherung siehe Art. 12 Abs. 2 Ziff. 1 lit. b KUVG und Vo 7 des EDI über die Krankenversicherung, ferner RKUV 1986 Nr. K 705 S. 481 und Nr. K 672 S. 152 mit Hinweisen auf die Revisionsbestrebungen des

Gesetzgebers, die obligatorischen Leistungen der Krankenversicherung für die Hauskrankenpflege zu verbessern). c) Im Bereich der Unfallversicherung hat der Bundesrat die Leistungspflicht der Versicherer für Hauspflege in Art. 18 UVV ausdrücklich geregelt. Diese Bestimmung verpflichtet zu Beiträgen "an eine vom Arzt angeordnete Hauspflege" (Abs. 1). Daraus ist zu schliessen, dass die Leistungspflicht auf Heilbehandlung und medizinische Pflege beschränkt sein soll. Denn von ärztlicher Anordnung kann sinnvollerweise nur bei Vorkehren medizinischen Charakters gesprochen werden; nichtmedizinische Betreuung bedarf ihrer Natur nach

keiner ärztlichen Anordnung. Diese Einschränkung ist angesichts des weiten Gestaltungsspielraums nach Art. 10 Abs. 3 UVG nicht zu beanstanden. Anderseits ist das Erfordernis der ärztlichen Anordnung nicht in einem streng formellen Sinne zu verstehen, wie das BSV zutreffend ausführt. Es genügt vielmehr, dass die fraglichen medizinischen Vorkehren, die zu Hause durchgeführt werden, nach der Aktenlage medizinisch indiziert sind. Das trifft, wie dargetan, auf die vom Beschwerdeführer beantragten Massnahmen vollumfänglich zu.

6. a) SUVA und Vorinstanz sind der Auffassung, ein Anspruch auf Vergütung der medizinischen Vorkehren nach Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG entfalle deshalb, weil dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Januar 1987 die höchstmögliche Entschädigung wegen schwerer Hilflosigkeit gewährt worden sei. Diese decke die Kosten der besonderen Pflege und Betreuung des Versicherten pauschal und unter Ausschluss einer weiteren Leistungsgewährung ab. b) Was die Einteilung in drei Hilflosigkeitsgrade und die Bemessung der Hilflosigkeit anbelangt, folgt die unfallversicherungsrechtliche Ordnung (Art. 26 f. UVG, Art. 38 UVV) praktisch vollständig der Regelung gemäss Art. 42 IVG und Art. 36 IVV. Nach Art. 38 Abs. 2 UVV gilt die Hilflosigkeit als schwer, wenn der Versicherte vollständig hilf los ist. Dies ist der Fall, wenn er in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf. Nun ist es zwar durchaus richtig, dass (nach der Rechtsprechung zu Art. 42 Abs. 2 IVG und Art. 36 IVV) unter dem Begriff der dauernden Pflege, welche zusätzlich zur Hilfsbedürftigkeit in allen sechs massgeblichen Lebensverrichtungen verlangt wird, eine Art medizinischer oder pflegerischer Hilfeleistung zu verstehen ist,

welche infolge des physischen oder psychischen Zustandes notwendig ist. Darunter ist beispielsweise die Notwendigkeit zu verstehen, täglich Medikamente zu verabreichen oder eine Bandage anzulegen (BGE 107 V 139 Erw. 1b, BGE 106 V 158 Erw. 2a, BGE 105 V 56 Erw. 4). Doch hat das Eidg. Versicherungsgericht wiederholt festgehalten, dass die (direkte oder indirekte) Dritthilfe bei Vornahme der einzelnen Lebensverrichtungen bereits derart umfassend ist, dass der weiteren - gemäss Art. 36 Abs. 1 IVV kumulativ notwendigen - Voraussetzung der dauernden Pflege oder der dauernden persönlichen Überwachung nur noch eine untergeordnete Bedeutung zukommen kann und dass im Rahmen der genannten Vorschrift daher schon eine minimale Erfüllung eines dieser zusätzlichen Erfordernisse genügen muss (BGE 106 V 158 Erw. 2a).
c) Wenn es aber nach dieser Rechtsprechung, die auch im Rahmen von Art. 38 Abs. 2 UVV anzuwenden ist, bei manifester Hilfsbedürftigkeit in allen sechs massgeblichen alltäglichen Lebensverrichtungen - wie dies bei einem Tetraplegiker der vorliegenden Schwere offensichtlich zutrifft - zur Annahme schwerer Hilflosigkeit nur noch einer minimalen Erfüllung des zusätzlichen Erfordernisses der dauernden Pflege (oder der dauernden Überwachung) bedarf, dann kann keine Rede davon sein, dass die effektiv vollzogenen umfangreichen Pflegeleistungen pauschal durch die Hilflosenentschädigung abgegolten seien. Es bleibt daher durchaus Raum für eine zusätzliche Vergütung im Rahmen von Art. 18 Abs. 1 UVV, welche ja ihrerseits nicht in einer vollen Übernahme der Pflege, sondern lediglich in einer Beitragsgewährung daran besteht (MAURER, a.a.O., S. 285 Ziff. 7a).

7. a) Die Leistungspflicht nach Art. 18 Abs. 1 UVV setzt ferner voraus, dass die Hauspflege durch eine Person im Sinne von Art. 8 Vo VI zum KUVG durchgeführt wird. Aus den Akten geht nicht hervor, ob Frau Y diese Voraussetzung erfüllt. Dies hat die SUVA abzuklären. Sollte sich ergeben, dass die Zulassungsbedingungen gemäss Art. 8 Vo VI zum KUVG ausgewiesen sind, so hätte der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen für die erwähnten medizinischen Vorkehren, soweit sie von Frau Y erbracht werden.
b) Die Mutter des Versicherten ist keine Krankenschwester oder -pflegerin im Sinne von Art. 8 Vo VI zum KUVG. Eine Leistungszusprechung kann daher nur auf der Grundlage des Abs. 2 von Art. 18 UVV erfolgen. Indessen zeigt der Wortlaut (”ausnahmsweise”, ”kann”), dass dem Unfallversicherer bei der

Gewährung von Beiträgen für die Hauskrankenpflege durch nicht zugelassene Personen ein zurückhaltend auszuübendes Ermessen eingeräumt wird. Es erhebt sich daher die Frage, ob auf diese Beitragsgewährung ein Rechtsanspruch besteht. Ist dies zu verneinen, kann auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht eingetreten werden. Denn nach Art. 129 Abs. 1 lit. c OG ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde unzulässig gegen Verfügungen über die Bewilligung oder Verweigerung vermögensrechtlicher Zuwendungen, auf die das Bundesrecht keinen Anspruch einräumt. Die Parteien haben sich zu dieser Eintretensfrage nicht geäussert. Sie ist indessen von Amtes wegen zu prüfen (BGE 111 V 281 Erw. 2a). c) Nach der Rechtsprechung ist ein bundesrechtlicher Anspruch auf einen Beitrag zu bejahen, wenn das Bundesrecht selber die Bedingungen umschreibt, unter welchen Leistungen zu gewähren sind, ohne dass es im Ermessen der gesetzesanwendenden Behörde läge, ob sie einen Beitrag gewähren will oder nicht. Die eidgenössischen Gerichte haben deshalb einen bundesrechtlichen Anspruch auf Leistungen wiederholt auch dann bejaht, wenn die betreffende Rechtsnorm als Kann-Vorschrift formuliert war (BGE 111 V 281 Erw. 2b mit Hinweisen). Im Lichte dieser Rechtsprechung ist festzustellen, dass zwar Art. 18 Abs. 1 UVV zweifellos einen Rechtsanspruch auf Beiträge an medizinische Hauspflege im dargelegten Sinne (Heilbehandlung, medizinische Pflege) einräumt (worauf schon die verbindliche Formulierung "richtet ... aus" hinweist; vgl. BGE 110 Ib 153 Erw. 1b) und dass der gleiche Hauspflegebegriff auch im Rahmen des Abs. 2 von Art. 18 UVV gilt. Jedoch verliert der Hauspflegeanspruch bei Zuziehung einer nicht zugelassenen Person seinen Anspruchscharakter und wird unter diesem Gesichtspunkt zu einer Ermessensleistung des Versicherers. Die SUVA hat in diesem Rahmen gegebenenfalls abzuklären, ob der Einsatz einer nicht zugelassenen Person nach den konkreten Umständen zweckmässig ist. Daraufhin hat sie nach pflichtgemässem Ermessen über einen Anspruch auf Beiträge nach Art. 18 Abs. 2 UVV zu befinden. Dieser Entscheid hat dem Gebot rechtsgleicher Behandlung zu genügen und ist auch zu begründen. Ein Anspruch im Sinne von Art. 129 Abs. 1 lit. c OG liegt indessen nicht vor, weshalb insoweit auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht eingetreten werden kann. Daher hat vorliegend offenzubleiben, ob eine Verweigerung von Ermessensleistungen nach Art. 108 UVG anfechtbar ist, ob

also der vorinstanzliche Richter hier zu Recht auf diesen Streitpunkt eingetreten ist.

Dispositiv

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird, soweit darauf einzutreten ist, dahingehend gutgeheissen, dass der Entscheid des Obergerichts (Versicherungsgericht) des Kantons Aargau vom 27. Juni 1988 und der Einspracheentscheid der SUVA vom 7. August 1987, soweit sie einen Anspruch auf Beiträge an die durch Frau Y erbrachten medizinischen Vorkehren ablehnen, aufgehoben werden und die Sache an die SUVA zurückgewiesen wird, damit diese, nach Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Anspruch auf Beiträge nach Art. 18 Abs. 1 UVV neu verfüge.