

BL_GERICHTE 725 19 297/119 vom 4. Juni 2020

BL Gerichte, 2020-06-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_19_297_119

FR: BL_GERICHTE 725 19 297/119 du 4 juin 2020

IT: BL_GERICHTE 725 19 297/119 del 4 giugno 2020

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, den Bedarf des Beschwerdeführers an medizinischer sowie nichtmedizinischer Pflege zu Hause vollständig, d.h. auch in Bezug auf den Bedarf des Beschwerdeführers nach Grundpflege, zu erheben und gestützt darauf die dem Beschwerdeführer monatlich zustehenden Pflegebeiträge rückwirkend seit wann rechtens auszurichten, wobei a. von einer auch bloss teilweisen Anrechnung der Hilflosenentschädigung abzusehen und b. die von nichtzugelassenen Personen erbrachten Pflegeleistungen (Angehörigenpflege) rückwirkend seit wann rechtens mit einem um die Teuerung seit dem Jahr 2000 bereinigten Stundenansatz von jeweils Fr. 35.-- zu vergüten sei.

E. 2.1

Vorab zu klären ist, was Streitgegenstand der Beschwerde bildet. Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind nur jene Rechtsverhältnisse zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt vorliegend der vorinstanzliche Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist mit anderen Worten nur jenes Rechtsverhältnis, das Gegenstand des hier angefochtenen Einspracheentscheides der Suva bildet, und zwar in dem Ausmass, als die Regelung des Rechtsverhältnisses nach den Parteianträgen im rubrizierten Beschwerdeverfahren weiterhin streitig ist (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 46; BGE 125 V 414 E. 1b).

E. 2.2

Mit Verfügung vom 8. Mai 2018 sprach die Suva dem Versicherten eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100%, eine Integritätsentschädigung bei einer Einbusse von 100% und Pflegebeiträge im Sinne von Art. 18 Abs. 1 sowie Abs. 2 lit. a und lit. b UVV in Verbindung mit Art. 10 Abs. 3 UVG zu. Diese Ansprüche wurden mit Entscheid vom 22. Juli 2019 bestätigt. Die vom Versicherten hiergegen erhobene, vorliegend zur Beurteilung stehende Beschwerde richtet sich ausschliesslich gegen seine Leistungsansprüche gemäss Art. 18 UVV. Somit ist der Einspracheentscheid vom 22. Juli 2019 bezüglich der darin festgesetzten Invalidenrente, Integritätsentschädigung und Hilflosenentschädigung mangels Anfechtung in (Teil-)Rechtskraft erwachsen. 2.3.1 Im Rahmen von Art. 18 UVV ist die Suva der Ansicht, dass von den drei in Art. 18 UVV aufgeführten Leistungsansprüchen lediglich Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV im Streit stehe. 2.3.2

Gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung hat eine versicherte Person Anspruch auf ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause, sofern diese durch eine nach den Art. 49 und 51 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird. Gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung leistet der Versicherer einen Beitrag an ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause durch eine nichtzugelassene Person, sofern diese Pflege fachgerecht ausgeführt wird (lit. a) und an nichtmedizinische Hilfe zu Hause, soweit diese nicht durch die Hilflosenentschädigung nach Art. 26 UVG abgegolten ist (lit. b). Diese Verordnungsbestimmung umfasst somit die Hauspflege. Sie unterscheidet zwischen der medizinischen Pflege (Art. 18 Abs. 1 UVV und Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV) und der nichtmedizinischen Hilfe (Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV). Die medizinische Pflege umfasst die Heilanwendungen mit therapeutischer Zielrichtung (Art. 18 Abs. 1 UVV) und die medizinische Pflege (Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV), der zwar das therapeutische (heilende) Agens fehlt, aber für die Aufrechterhaltung des Gesundheitszustandes unerlässlich ist (sog. akzessorische Grundpflege) oder vor einer wesentlichen Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes bewahrt (sog. Präventionspflege; vgl. Hardy Landolt, Ist die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Grundpflege konsistent? [bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Grundpflege], in: Sozialversicherungsrechtstagung 2019, Zürich/St. Gallen 2020, S. 36). Unter den Begriff der medizinischen Pflege fallen medizinische Vorkehren im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG (vgl. Hardy Landolt, Unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung nach Inkrafttreten der Teilrevision, in: Pflege in Politik, Wissenschaft und Ökonomie [unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung], Landolt et al. [Hrsg.], Zürich 2017, S. 133 f.). Medizinische Vorkehren bedürfen nicht einer ärztlichen Anordnung. Es genügt, wenn sie nach der Aktenlage medizinisch indiziert sind (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2018, 9C_200/2018, E. 3.3.1). In der Rechtsprechung werden sämtliche grundpflegerische Massnahmen zur akzessorischen Grundpflege gezählt, wenn sie im konkreten Einzelfall für die Durchführung der Behandlungspflege notwendig sind (Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2011, 8C_191/2011, E. 5.3). So stellt z.B. die Körperreinigung (Grundpflege), welche nach der Darmentleerung (Behandlungspflege) erforderlich ist, eine akzessorische Grundpflege dar (vgl. Landolt, a.a.O. [unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung], S. 130).

2.3.3 Der Begriff der Grundpflege umfasst demgegenüber einerseits die bereits erwähnte akzessorische Grundpflege (Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV) und andererseits die übrige Grundpflege, welche lediglich die weggefallene Selbstversorgungsfähigkeit oder krankheitsbedingt notwendige Hilfeleistungen beinhaltet (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2018, 9C_200/2018, E. 3.2.1; Landolt, a.a.O. [unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung], S. 133). Soweit Grundpflegeleistungen nichtakzessorischer Natur sind, sind sie als nichtmedizinische Pflegeleistungen im Sinne von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV zu qualifizieren (vgl. Landolt, a.a.O. [bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Grundpflege], S. 47).

2.3.4 Weiter ist zu erwähnen, dass die unfall- und die krankenversicherungsrechtliche Qualifizierung der Grundpflegeleistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 sich nicht decken (vgl. Landolt, a.a.O. [bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Grundpflege], S. 35). Als Beispiel ist etwa die Dekubitusprophylaxe zu nennen, die krankenversicherungsrechtlich Grundpflege darstellt (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV), unfallversicherungsrechtlich aber als akzessorische Grundpflege im Sinne von Art. 21 Abs.

1 lit. d UVG zu qualifizieren und nach Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV zu entschädigen ist (vgl. Landolt, a.a.O. [unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung], S. 134). Ob eine pflegerischer Massnahme der akzessorischen Grundpflege, der Präventionspflege oder der übrigen Grundpflege zuzuordnen ist, ist jeweils unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu prüfen. Der alleinige Hinweis, die Massnahme stelle Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV dar, genügt - entgegen der Ansicht der Suva - jedenfalls nicht.

E. 2.4

Gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV besteht eine vollumfängliche Vergütungspflicht des Unfallversicherers, wenn die ärztlich angeordneten Pflegeleistungen durch einen zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden. Eine blosser Beitragspflicht statuiert demgegenüber Art. 18 Abs. 2 UVV für ärztlich angeordnete Pflegeleistungen, welche durch einen nichtzugelassenen Leistungserbringer fachgerecht ausgeführt werden (lit. a) und für nichtmedizinische Hilfe (lit. b; vgl. dazu Landolt, a.a.O. [bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Grundpflege] S. 33 und Landolt, a.a.O. [unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung], S. 133 f.).

E. 2.5

In Bezug auf den Streitgegenstand ist festzustellen, dass die Begründung in den Einsprachen vom 5. Juli 2018 und 15. Mai 2019 sich hauptsächlich auf den Umfang und die Vergütung der nichtmedizinischen Hilfe bezieht sowie auf die Frage, inwieweit die entsprechende Entschädigung durch die Hilflösenentschädigung abgedeckt ist. Es wird aber - insbesondere mit ergänzender Einsprachebegründung vom 15. Mai 2019 und später auch in der Beschwerde vom 10. September 2019 - deutlich gemacht, dass die zugesprochenen Beiträge den effektiven Bedarf an medizinischer und nichtmedizinischer Pflege sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht nicht abzudecken vermögen. In diesem Sinne wird auch beantragt, der "Bedarf von Herrn A._____ an medizinischer Pflege sowie nichtmedizinischer Pflege zu Hause sei vollständig, d.h. auch in Bezug auf seinen gesamthaft anfallenden Bedarf nach Grundpflege" zu erheben. Aufgrund dieser Vorbringen greift die Auffassung der Suva, wonach einzig der Grundpflegebedarf gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV Streitgegenstand der vorliegenden Beschwerde bilde, zu kurz. Materiell zu prüfen ist somit die Höhe des Anspruchs des Versicherten auf sämtliche in Art. 18 UVV aufgeführten Leistungen.

E. 3

Die Suva hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 7'078.60 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) auszurichten

E. 3.1

Vor der materiellen Beurteilung der Leistungsansprüche des Versicherten stellen sich übergangsrechtliche Fragen. Dabei ist festzustellen, dass der erste Absatz des seit 1. Januar 2017 in Kraft stehenden Art. 18 UVV nicht substantiell von demjenigen in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung abweicht. Demgegenüber hat der zweite Absatz des neuen Art. 18 UVV mehrere Veränderungen erfahren. Bis zu dessen Inkrafttreten war der Unfallversicherer nicht verpflichtet, die von nichtzugelassenen Leistungserbringern erbrachte Grundpflege, die nicht akzessorisch war und auch nicht der Präventionsbehandlung zugeordnet werden konnte, zu übernehmen. Es stand in seinem Ermessen, Beiträge an eine solche Hauspflege von nichtanerkannten Leistungserbringern zu leisten (vgl. aArt. 18 Abs. 2 UVV; BGE 116 V 41 E.2; RKUV 1993 Nr. U164 S. 56). Mit

dem Inkrafttreten der UVG-Teilrevision am 1. Januar 2017 wurde die unfallversicherungsrechtliche Leistungspflicht ausgedehnt, indem der obligatorische Unfallversicherer neu auch einen Beitrag an die nichtmedizinische Hilfe zu leisten hat, sofern die versicherten Hilfeleistungen nicht durch die Hilfloosenentschädigung abgegolten werden. Gleichzeitig wurden begriffliche Klärungen vorgenommen, indem das Wort "Pflege" für die medizinische Betreuung der versicherten Person steht und das Wort "Hilfe" für nichtmedizinische Unterstützung verwendet wird (vgl. Landolt, a.a.O. [unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung], S. 131). Die Neuregelung der Hauspflege hat ihren Ursprung darin, dass die alte Regelung im Widerspruch zu den internationalen Abkommen stand, welche die Schweiz unterzeichnet hat. Gemäss der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit (EOSS) und dem Übereinkommen Nr. 102 der Internationalen Arbeitsorganisation über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit umfasst medizinische Betreuung die Krankenpflege, und zwar unabhängig davon, ob diese zu Hause, im Spital oder in einer anderen medizinischen Einrichtung erfolgt. Der Bundesrat kann aufgrund von internationalen Verpflichtungen die Pflege zu Hause nicht einschränken, falls die Voraussetzungen für diese gegeben sind.

E. 3.2

Die Übergangsbestimmung zur UVG-Teilrevision vom 25. September 2015 sieht in Art. 118 UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht beurteilt werden (Abs. 1). Diese Übergangsbestimmung orientiert sich am Grundsatz der Unfallversicherung, wonach Leistungen gemäss dem zum Zeitpunkt des Unfalls geltenden Recht gewährt werden (vgl. Botschaft, BBl 2008, 5395, Ziff. 2.1.3.2). Vorliegend ereignete sich der Unfall am 26. Dezember 2016, weshalb gemäss dem Wortlaut der vorliegenden Übergangsbestimmung die alte Version gemäss Art. 18 UVV zur Anwendung gelangen würde. Dies würde bedeuten, dass der Versicherte keinen Anspruch auf die Finanzierung der nichtmedizinischen Pflege hätte; es läge im Ermessen der Suva, einen Beitrag zu sprechen (aArt. 18 Abs. 2 UVV).

E. 3.3

Vom klaren, d.h. eindeutigen und unmissverständlichen Wortlaut einer Gesetzesbestimmung darf ausnahmsweise abgewichen werden, u.a. dann, wenn triftige Gründe dafür vorliegen, dass der Wortlaut nicht den wahren Sinn der Bestimmung wiedergibt. Solche Gründe können sich aus der Entstehungsgeschichte der Bestimmung, aus ihrem Grund und Zweck oder aus dem Zusammenhang mit andern Vorschriften ergeben (BGE 126 II 80 E. 6d, 126 III 104 E. 2c, 126 V 58 E. 3, 105 E. 3, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juni 2001, I 259/01, E. 5a). Vorliegend ist Sinn und Zweck der neuen Verordnungsbestimmung die staatsvertragskonforme Regelung der Hauspflege. Eine wortgetreue Anwendung der Übergangsbestimmung im Bereich der Hauspflege würde somit bedeuten, dass altrechtliche Unfälle weiterhin staatsvertragswidrig zu beurteilen sind, was aber dem Revisionsanliegen des Gesetzgebers widersprechen und zu Ungleichbehandlung von altrechtlichen Unfällen führen würde. Damit liegt ein triftiger Grund vor, um vom Wortlaut des Art. 118 UVG abzuweichen. Folglich sind die Leistungsansprüche des Versicherten aufgrund des seit 1. Januar 2017 in Kraft stehenden Art. 18 UVV zu beurteilen.

E. 3.4

Mit diesem Ergebnis wird der Ansicht des Verwaltungsgerichts des Kantons Appenzell Innerrhoden in seinem Urteil vom 5. Dezember 2017, V 6-2017 gefolgt (in: Geschäftsbericht 2018 Anhang, S. 32). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die übergangsrechtliche Beurteilung von Art. 18 UVV unter den Kantonen kontrovers ist. So stellen das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen und das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich auf den Wortlaut der Übergangsbestimmung von Art. 118 UVG ab. Sie verneinen somit die Anwendbarkeit der revidierten Bestimmung des Art. 18 UVV auf Unfälle, welche sich vor 1. Januar 2017 ereignet haben (vgl. z.B. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. August 2019, UV 2016/83, E. 1.1 und Urteile des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 13. September 2019, UV.2018.00025, E. 2.2 und E. 3.7.2 und vom 11. Oktober 2018, KV.2017.00030, E. 2.1.2). Allerdings überzeugen die Begründungen des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen und des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich nicht vollständig, so dass das Kantonsgericht zum Schluss kommt, es sei dem Sinn und Zweck von Art. 118 UVG ein höheres Gewicht beizumessen als dessen Wortlaut (vgl. dazu auch Kritik von Hardy Landolt zum Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 11. Oktober 2019 [KV.2017.00030], in: Pflege in Politik, Wissenschaft und Ökonomie, Landolt et al. [Hrsg.], Zürich 2019, S. 127). Da auch die beiden Parteien die Anwendung des neuen Recht nicht in Frage stellen rechtfertigt es sich hier, die vorliegende Streitsache aufgrund des seit 1. Januar 2017 geltenden Art. 18 UVV zu beurteilen.

4.1 In materieller Hinsicht steht fest, dass der Versicherte 24 Stunden von der Spitex und der Ehefrau betreut wird. Bei der Bestimmung der Höhe des Pflegebedarfs des Versicherten stellte die Suva auf das Erhebungsblatt für den Tagesablauf der D.____ vom 5. April 2018 ab, welche vor Ort von der Abklärungsperson im Beisein einer weiteren Mitarbeiterin der D.____, dem Beschwerdeführer und dessen Ehefrau, je einer Person der Spitex X.____ und der C.____ AG sowie einem Vertreter der Suva ausgefüllt worden ist. Für medizinische Pflegeleistungen der Spitex gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV sind ein täglicher Pflegeaufwand von 120,34 Minuten und für nichtmedizinische Hilfe nach Art 18 Abs. lit. b UVV ein solcher von 45,5 Minuten erfasst worden. Beim Pflegeaufwand der Ehefrau für medizinische Leistungen nach Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV sind 38,5 Minuten und für nichtmedizinische Hilfe nach Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV 32,5 Minuten im Tag eingesetzt worden. Damit beträgt der gesamte tägliche Pflegeaufwand 236,84 Minuten. Die von der Spitex verrichteten Tätigkeiten sind mit einem Stundenansatz von Fr. 83.-- für medizinische Pflege und von Fr. 76.-- für nichtmedizinische Hilfe vergütet worden. Der Stundenansatz für die Ehefrau beläuft sich dagegen auf Fr. 30.-- pro Stunde für medizinische Pflege (Art. 18 Abs. 1 lit. a UVV) und Fr. 27.-- pro Stunde für nichtmedizinische Hilfe (Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV). Insgesamt hat die Suva für die Behandlungspflege nach Art. 18 Abs. 1 UVV eine monatliche Entschädigung von Fr. 5'063.47 und für die medizinische Pflege nach Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV einen monatlichen Beitrag von Fr. 234.21 ermittelt. Der Beitrag gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV wird mit Fr. 2'197.85 monatlich beziffert, wovon Fr. 1'753.01 auf die Spitex und Fr. 444.84 auf die Ehefrau fallen. Daraus resultiert eine monatliche Entschädigung nach Art. 18 UVV von insgesamt Fr. 7'847.--. Weiter geht aus dem Erhebungsblatt hervor, dass für jede pflegerische Massnahme der Zeitbedarf nach Minuten ermittelt worden ist. Im Rahmen der nichtmedizinischen Hilfe hat die Abklärungsperson bei einzelnen Verrichtungen jedoch auf die Erfassung des effektiven Zeitaufwandes verzichtet, weil sie diese als durch die Hilflosenentschädigung abgegolten

betrachtet hat. 4.2 Vorliegend ist unbestritten, dass die mit der Ermittlung des Pflege- und Hilfebedarfs des Versicherten befasste Abklärungsperson als diplomierte Pflegefachfrau HF über die für eine Pflegebedarfsabklärung erforderliche Fachqualifikation verfügt. Im Übrigen besitzt die zweite bei der Abklärung anwesende Mitarbeiterin der D.____ die gleichen fachlichen Qualifikationen. Die Abklärungsperson hatte auch Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der fachärztlichen gestellten Diagnosen und der daraus folgenden Beeinträchtigungen und Hilfsbedürftigkeiten. Weiter hat sie die Angaben der Spitex und der Ehefrau berücksichtigt. Insoweit genügt der Abklärungsbericht den rechtsprechungsgemässen formellen Beweisanforderungen (vgl. zum Ganzen: BGE 133 V 450 E. 11.1.1 und 130 V 61 E. 6.1.2; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2013, 8C_1037/2012, E. 6.1). Der Versicherte macht deshalb zu Recht keine formellen Mängel geltend. In inhaltlicher Hinsicht erhebt er gegen die Bedarfserhebung der D.____ auch keine Einwände in Bezug auf die Vollständigkeit der erfassten Verrichtungen. Er verweist jedoch auf die Kostenabrechnungen der Spitex und die Bedarfsabklärung vom 15. Oktober 2019, welche die C.____ AG in seinem Auftrag vorgenommen hat. Daraus gehe hervor, dass der effektive Zeitaufwand für seine Pflege viel höher sei als derjenige gemäss Erhebungsblatt der D.____ vom 5. April 2018. Auch wenn feststeht, dass die Pflege des Versicherten komplex, aufwändig und belastend ist, kann der Versicherte aus den unterschiedlichen Zeitaufwänden nichts zu seinen Gunsten ableiten. Es trifft zwar zu, dass eine Diskrepanz zwischen den monatlichen Kostenaufstellungen der Spitex und der Pflegebedarfserhebung der C.____ AG einerseits und der Bedarfsabklärung der Suva andererseits besteht. So haben die zuständige Abklärungsperson der C.____ AG einen Pflegeaufwand von monatlich 282,78 Stunden bzw. 565,56 Minuten pro Tag (282,78 Stunden: 30 x 60) und die Spitex einen solchen bis zu 254,66 Stunden monatlich bzw. 492,89 Minuten pro Tag (254,66 Stunden: 31 x 60; vgl. Kostenstellenrechnung von Januar 2018) ermittelt (vgl. Pflegebedarfserhebung der C.____ AG vom 15. Oktober 2019 und Kostenstellenrechnungen der Spitex für die Monate Januar bis April 2018). Der von der D.____ erhobene Zeitaufwand beträgt dagegen insgesamt 236,84 Minuten pro Tag. Bei genauer Betrachtung der verschiedenen Bedarfsermittlungen fällt auf, dass bei den von der C.____ AG und der Spitex erhobenen Stundenaufwänden die Zeit für Grundpflegeleistungen für alltägliche Verrichtungen im Sinne der Hilfenentschädigung beinhaltet ist, während es an einer solchen zeitlichen Erfassung des Pflegebedarfs durch die D.____ fehlt. Damit kann zumindest ein grosser Teil des von der D.____ erfassten tieferen Zeitaufwandes erklärt werden. Zudem sind die von der Spitex und der C.____ AG erfassten Verrichtungen derart oberflächlich, dass ein direkter Vergleich mit der Pflegebedarfserhebung der D.____ nicht möglich ist. Es besteht daher kein Anlass, auf den von der Spitex oder der C.____ AG erfassten Pflegebedarf abzustellen. 4.3.1 Entgegen der Ansicht des Versicherten besteht kein Anspruch auf eine bedarfsdeckende Entschädigung des effektiv angefallenen Pflegeaufwandes. Während Art. 18 Abs. 1 UVV eine volle Übernahme der Pflegekosten statuiert, besteht gemäss klarem Wortlaut von Art. 18 Abs. 2 UVV lediglich Anspruch auf eine Beitragsgewährung (Urteile des Bundesgerichts vom 12. Juli 2013, 8C_1037/2012, E. 7.1 mit Hinweis auf BGE 116 V 61 E. 6c sowie vom 19. Juni 2007, U 595/06, E. 3.3.2; Ueli Kieser/Kaspar Gehring/Susanne Bollinger, KVG/UVG Kommentar, Zürich 2018, zu Art. 10 UVG Rz. 24; Landolt, a.a.O. [unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung], S. 134). Daran ändert auch die Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 30. Mai 2008 nichts, wonach der Bundesrat im Rahmen der Teilrevision des UVG festgehalten hat, dass

gemäss EOSS und dem Übereinkommen Nr. 102 der Internationalen Arbeitsorganisation über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit die unfallbedingte Pflege, insbesondere auch die Pflege zu Hause, übernommen werden müsse, ohne dass die versicherte Person sich an den Kosten beteiligen müsse (vgl. Botschaft, BBl 2008, 5395, Ziff. 2.1.3.1; Zusatzbotschaft, BBl 2014, 7923, Ziff. 2.3.1 f.). Sinn und Zweck der staatsvertraglichen Bestimmungen ist eine Gleichstellung der Pflege im Spital bzw. in einer anderen Pflegestätte und zu Hause (Art. 34 Abs. 2 lit. c des Übereinkommens Nr. 102). Da der aArt. 18 UVV im Widerspruch zu den staatsvertraglichen Bestimmungen lediglich eine eingeschränkte Leistungspflicht für die unfallbedingte Pflege vorsah, hat der Bundesrat mit dem Erlass des neuen Art. 18 UVV die Leistungspflicht des Unfallversicherers auf die Pflege zu Hause ausgedehnt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der Versicherte Anspruch auf eine Vollkostenvergütung der effektiv erbrachten Leistungen hat. Auch wenn der ausgewiesene Pflegeaufwand für die Berechnung der Entschädigungen gemäss Art. 18 UVV massgebend ist, ist - wie schon gemäss Rechtsprechung zur altrechtlichen Regelung - eine normative Bewertung der tatsächlich geleisteten Verrichtungen sachlich gerechtfertigt. Denn eine pflegende Person, die geschickt und routiniert arbeitet, unterbietet die Normzeiten, während eine etwas langsamer arbeitende Pflegeperson für die gleiche Verrichtung länger braucht (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2013, 8C_1037/2012, E. 5.2.3 mit Hinweis).

4.3.2 Das Vorbringen des Versicherten, dass seine Ehefrau zwischenzeitlich einzelne Leistungen, welche bisher die Spitex erbracht habe, aus finanziellen Gründen habe übernehmen müssen, führt zu keinem anderen Ergebnis. Es gibt keine verlässlichen Hinweise, dass sich der Pflegeaufwand des Versicherten seit der Abklärung im April 2018 erheblich vergrössert hat. Damit ist davon auszugehen, dass der Pflegeaufwand insgesamt gleich gross geblieben ist.

5.1 Weiter ist zu prüfen, ob die Suva im Zusammenhang mit den der nichtmedizinischen Hilfe zugeordneten Verrichtungen bei einzelnen Positionen auf die Ermittlung des effektiven Zeitbedarfs mit der Bemerkung "durch die Hilflosenentschädigung abgegolten" hat verzichten dürfen. Es handelt sich um folgende Positionen: Zeit Leistung Leistungserbringerin vor 7 Uhr Wechseln von nassen Bettlaken und Kleidern, "zu trinken geben/Kaffee" Ehefrau vor 7 Uhr Auflegen von Wärmekissen Ehefrau 9 Uhr (Massnahmen bei Störungen der Blasenentleerung/Fremdkatheterisierung) Transfer auf den Duschrollstuhl 2 Personen Spitex 9 Uhr Duschen/Trocknen/Rasur/Zähne putzen/betten 1 Person Spitex 9 Uhr Transfer ins Bett 2 Personen Spitex 9 Uhr Anziehen Kompressionsstrümpfe 2 Personen Spitex 9 Uhr Anziehen unten durch 2 Personen Spitex 9 Uhr (Verabreichen von Medikamenten lokal, Haut einreiben) Transfer in den Rollstuhl, Oberkörper anziehen 2 Personen Spitex 12 Uhr oder 13 Uhr Essen eingeben Ehefrau 13 Uhr bis 13.30 Uhr (Fremdkatheterisierung) Transfer ins Bett 2 Personen Spitex 13 Uhr bis 13.30 Uhr Fremdkatheterisierung) Ausziehen unten durch 2 Personen Spitex 17 Uhr bis 20 Uhr Nachtessen eingeben Ehefrau 17 Uhr bis 20 Uhr Abendtoilette Ehefrau 20.30 Uhr (Fremdkatheterisierung) Transfer 2 Personen Spitex 20.30 Uhr (Fremdkatheterisierung) Ausziehen 2 Personen Spitex 22 Uhr Schienen zur Kontrakturenprophylaxe anziehen Ehefrau

5.2 In Bezug auf die Hilflosenentschädigung steht fest, dass der Versicherte seit 1. Mai 2018 eine Hilflosenentschädigung bei einer Hilflosigkeit schweren Grades gemäss Art. 26 UVG bezieht. Die Hilflosigkeit gilt als schwer, wenn die versicherte Person vollständig hilflos ist. Dies ist der Fall, 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 (Art. 38 Abs. 2 UVV). Nach ständiger

Gerichtspraxis sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend: Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichtung der Notdurft; Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme (BGE 133 V 463 E. 7.2, 127 V 97 E. 3c, 121 V 90 E. 3). Mit der Hilflosenentschädigung werden direkte und indirekte Hilfeleistungen in Bezug auf die genannten alltäglichen Lebensverrichtungen pauschal abgegolten. 5.3.1 Die Hilflosenentschädigung ist gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV einzig im Rahmen der nichtmedizinischen Hilfe in Abzug zu bringen (vgl. Landolt, a.a.O. [bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Grundpflege], S. 47). Wie die Anrechnung der Hilflosenentschädigung zu erfolgen hat, geht aus der Verordnungsbestimmung nicht hervor; sie ist auch in der Praxis bis anhin nicht geklärt. Die Vorgehensweise der Suva, einzelne Positionen der nichtmedizinischen Hilfe unter Hinweis "durch die Hilflosenentschädigung abgegolten" zeitlich nicht zu erfassen, wird nach Ansicht des Kantonsgerichts dem Sinn und Zweck von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV nicht gerecht. Mit dem Erlass von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV sollte verhindert werden, dass die von der Hilflosenentschädigung erfassten Hilfeleistungen doppelt vergütet werden. Nun ist zu berücksichtigen, dass Leistungen, welche durch die Hilflosenentschädigung abgegolten werden, nur teilweise gleichartig bzw. sachlich kongruent mit denjenigen der nichtmedizinischen Hilfe gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV sind (vgl. Landolt, a.a.O. [unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung], S. 138). Denn mit der Hilflosenentschädigung wird im Bereich der Pflege lediglich die Hilfe in Bezug auf sechs alltägliche Lebensverrichtungen vergütet. Die nichtmedizinische Hilfe im Sinne von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV umfasst demgegenüber Hilfeleistungen in der Umgebung der versicherten Person, bei der Führung des Haushalts, bei der Besorgung der alltäglichen Angelegenheiten etc., welche nicht Gegenstand der Hilflosenentschädigung bilden (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2018, 9C_200/2018, E. 3.3.1; BGE 116 V 41 E. 5a am Ende S. 47; Landolt, a.a.O. [unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung], S. 137). Dazu kommt, dass die von der Hilflosenentschädigung erfassten Hilfeleistungen im Einzelfall auch akzessorische Grundpflegeleistungen im Sinne von Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV darstellen und somit nicht durch diese abgegolten werden können (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2012, 8C_1037/2012, E. 7.2). Dies ist unter anderem dann der Fall, wenn eine Hilfeleistung zur Durchführung der medizinischen Behandlungspflege notwendig ist (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2012, 9C_1037/2012, E. 7.2). Als Beispiel ist die Körperreinigung (Grundpflege) nach der Darmentleerung (Behandlungspflege) zu nennen (vgl. Landolt, a.a.O. [unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung], S. 134). 5.3.2 Um beurteilen zu können, ob eine Pflege- bzw. Hilfeleistung von der Hilflosenentschädigung abgegolten ist, muss bei jeder einzelnen Leistungsposition der Grundpflege bestimmt werden, ob es sich um eine akzessorische Grundpflege (Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV) oder eine nichtmedizinische Hilfeleistung (Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV) handelt (Urteile des Bundesgerichts vom 12. Juli 2013, 8C_1037/2012, E. 7.2 und des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 11. Oktober 2010, KV.2017.00030, E. 7.2). Bei den nichtmedizinischen Hilfeleistungen ist sodann zu prüfen, ob darunter Pflegemassnahmen fallen, welche nicht von den sechs alltäglichen Lebensverrichtungen im Sinne der Hilflosenentschädigung erfasst sind. Da die Hilflosenentschädigung auf einem vom Schweregrad der Hilflosigkeit abhängigen Pauschalbetrag beruht und die Pflegebeiträge gemäss Art. 18 UVV dagegen aufgrund einer Vollkostenrechnung der Leistungserbringer gemäss Zeitaufwand berechnet werden, ist ein direkter Vergleich zwischen diesen beiden Leistungsarten nicht möglich. Ein geeigneter und praktikabler Lösungsweg ist in der Erfassung des zeitlichen Pflegeaufwandes für jede

einzelne Verrichtung zu sehen. So kann der zeitliche Aufwand derjenigen Leistungen ausgedehnt werden, welcher von der Hilflosenentschädigung abgedeckt ist. Der darüberhinausgehende zeitliche Aufwand für die Grundpflege unterliegt dann der Entschädigungspflicht gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV (vgl. Kieser/Gehring/Bollinger, a.a.O., zu Art. 10 UVG, Rz. 24 f.; Landolt, a.a.O. [bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Grundpflege], S. 47). Mit diesem Vorgehen wird die Hilflosenentschädigung im Umfang, d.h. anteilmässig, in Abzug gebracht, soweit die Hilflosigkeit im konkreten Fall sachlich kongruent mit den nichtmedizinischen Hilfeleistungen steht (vgl. auch Gutachten der Care Solutions GmbH betreffend Pflege- und Betreuungsaufwand von O.S. aus dem Jahr 2017, erstellt von Cécile Fäh und Hardy Landolt, S. 30). Würde die gesamte Hilfloseentschädigung pauschal in Abzug gebracht, bedeutet dies, dass bei leichter Hilflosigkeit ein Betrag in Höhe von Fr. 812.--, bei mittlerer Hilflosigkeit ein Betrag in Höhe von Fr. 1'624.-- und bei schwerer Hilflosigkeit ein Betrag in Höhe von Fr. 2'436.-- von der monatlichen Entschädigung gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV abgezogen würde (vgl. Art. 22 Abs. 1 UVV in Verbindung mit Art. 38 Abs. 1 UVV). Demzufolge könnte eine versicherte Person mit abnehmender Hilflosigkeit einen höheren Beitrag bzw. mit zunehmender Hilflosigkeit einen geringeren Beitrag gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV fordern. Dies würde nicht nur eine Ungleichbehandlung darstellen, sondern auch dem Sinn und Zweck der Verordnungsbestimmung zuwiderlaufen, sind doch Personen mit zunehmender Hilflosigkeit mit höheren Kosten konfrontiert (vgl. dazu Landolt, a.a.O., [unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung], S. 137). Entgegen der Ansicht der Suva kann deshalb auf die Erfassung des gesamten Zeitbedarfs für die Pflege- und Hilfeleistungen des Versicherten nicht verzichtet werden.

6.1 Das Erhebungsblatt der D.____ vom 5. April 2018 ist auch in Bezug auf die Qualifikation einzelner Leistungen zu beanstanden. Es fällt auf, dass die Abklärungsperson der D.____ die grundpflegerischen Massnahmen nach Massgabe von Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV (medizinische Pflege) und Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV (nichtmedizinische Pflege) vorgenommen hat (vgl. Berechnung der Pflegeleistungen nach Art. 18 UVV). Ob sie auch konkret geprüft hat, ob ihre Zuordnung aus unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht standhält, ist zu bezweifeln. So hat sie die durch die Ehefrau vorgenommene Lagerung des Versicherten vor 7 Uhr als nichtmedizinische Hilfe (Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV) qualifiziert (vgl. Berechnung der Pflegeleistungen nach Art. 18 UVV, S. 2). Den in Zusammenhang mit der Lagerung ebenfalls von der Ehefrau durchgeführte erforderliche Wechsel der nassen Bettwäsche und der Kleider betrachtete sie als von der Hilflosenentschädigung abgegolten und somit implizit ebenfalls als nichtmedizinische Hilfe. Mit Blick auf das Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2013 (8C_1037/2013) stellt sich die Frage, ob die Zuordnung dieser beiden Verrichtungen zur nichtmedizinischen Hilfe korrekt ist. Das Bundesgericht hat in jenem Entscheid das Umlagern (Tag/Nacht) als eine nach Art. 18 Abs. 1 UVV anerkannte medizinische Leistung und den im Rahmen des nächtlichen Umlagerens notwendigen Wechsel des verschwitzten Leintuchs als medizinisch indizierte Pflege qualifiziert (E. 7.4.1 des zitierten Urteils). Vorliegend hat die Abklärungsperson notiert, dass das Lagern des Versicherten vor 7 Uhr gemäss Erhebungsblatt der D.____ zur Druckentlastung und zur Schmerzverminderung dient. Dies kann darauf hinweisen, dass es sich beim Lagern um eine medizinische Behandlungsmassnahme handelt und der Wechsel von Bettlaken und Kleidern eine Leistung darstellt, die im Anschluss an die Behandlungspflege geleistet wird und somit als akzessorische Grundpflege zu qualifizieren ist. Auch wenn es durchaus vorstellbar ist, dass die Massnahme aus medizinischer Sicht erforderlich ist, kann die medizinische Indikation

dieser Verrichtung aufgrund der vorliegenden Akten nicht zuverlässig beurteilt werden. Es bedarf daher in dieser Hinsicht einer weiteren Abklärung. Eine ähnliche Frage stellt sich bei den weiteren Lagerungen des Versicherten, welche die Spitex vormittags, mittags und nachmittags und die Ehefrau zwischen 17 und 20 Uhr durchführen. Die Suva hat auch bei diesen Positionen ihre Qualifikation der Lagerungen als nichtmedizinische Hilfe zu überprüfen. Weiter geht aus dem Erhebungsblatt der D.____ hervor, dass das Auflegen des Wärmekissens für die Temperaturregulierung und die Schmerzbehandlung der Schulter notwendig ist. Den medizinischen Berichten ist zu entnehmen, dass der Versicherte an einem neuropathischen Schmerzsyndrom im Bereich des Nackens und der Schulter leidet (vgl. Berichte des E.____ vom 22. Januar 2019 und 21. Februar 2019). Damit erweist sich das Auflegen des Wärmekissens als medizinisch erforderlich. Diese Massnahme kann deshalb nicht durch die Hilflosenentschädigung abgedeckt sein. Im Zusammenhang mit den Transfers des Versicherten auf den Duschrollstuhl und jeweils ins Bett (zwischen 13 bis 13.30 Uhr und um 20.30 Uhr) ergibt sich aus dem Erhebungsblatt der D.____, dass diese im Rahmen der Fremdkatheterisierung von zwei Personen der Spitex vorgenommen werden. Die Fremdkatheterisierung muss aufgrund der beim Versicherten vorliegenden Störung der Blasenentleerung sechsmal im Tag ausgeführt werden. Die Abklärungsperson hat deshalb die Fremdkatheterisierung korrekt als Leistung gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV betrachtet. Wenn eine solche Fremdkatheterisierung jeweils Transfers des Versicherten erfordert, sind diese für die Durchführung der Behandlungspflege notwendig. Sie stellen deshalb medizinische Pflege im Sinne von Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV und nicht - wie von der Suva angenommen - Grundpflege dar, welche durch die Hilflosenentschädigung abgegolten sind. Gleiches gilt für den im Rahmen der medizinischen Hautpflege notwendigen Transfer ins Bett und den Transfer in den Rollstuhl, um dem Versicherten lokale Medikamente auf der Haut einzureiben. Auch das Anziehen der Schienen zur Kontrakturrenprophylaxe, welche aufgrund der beidseitigen ausgeprägten Ellbogenbeugerspastik notwendig ist (vgl. Berichte des E.____ vom 22. Januar 2019 und 21. Februar 2019), kann nicht unter die von der Hilflosenentschädigung erfassten alltäglichen Verrichtungen subsumiert werden, stellt diese Massnahme doch eine medizinisch indizierte Hilfeleistung dar. Demzufolge hat die Abklärungsperson diese Leistungsposition zu Unrecht "als durch die Hilflosenentschädigung abgegolten" bezeichnet. Was das Anziehen der Kompressionsstrümpfe angeht, kann nicht ohne weiteres von einer alltäglichen Verrichtung, welche von der Hilflosenentschädigung abgedeckt ist, ausgegangen werden (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Rz.8014.1). Die Kompressionsstrümpfe trägt der Versicherte zur Thrombosenprophylaxe (vgl. Hilfsmittel-Verordnung vom 8. Januar 2019) und aufgrund von Fuss- und Unterschenkelödemen (vgl. Bericht des E.____ vom 22. Januar 2019). Das Tragen der Strümpfe ist somit medizinisch erforderlich. Zu Recht bringt der Versicherte vor, dass nicht ganz klar sei, was die Abendtoilette beinhaltet. Sollte diese Massnahme auch das Blasen- oder Darmmanagement umfassen, würde zumindest ein Teil der Abendtoilette akzessorische Grundpflegeleistung darstellen. Die Suva wird deshalb detailliert aufzuführen haben, welche Verrichtungen die Abendtoilette umfasst. Anschliessend wird sie die einzelnen Massnahmen der medizinischen Pflege oder der nichtmedizinischen Hilfe zuordnen müssen. 6.2.1 In einem letzten Punkt bedürfen die von der Suva verwendeten Stundenansätze für die von der Ehefrau erbrachten Leistungen einer näheren Prüfung. Das Gesetz bzw. die Verordnung bestimmt die Höhe der Beiträge gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. a und b UVV nicht. In der Praxis ist nicht entschieden, ob die Höhe des Beitrages nach

Massgabe der tatsächlichen Kosten gemäss Kostenstellenrechnung des Leistungserbringers, der durchschnittlichen Kosten pro Pflegestunde oder der im Wohnsitzkanton der versicherten Person geltenden Normkosten zu erbringen ist (vgl. Landolt, a.a.O. [unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung], S. 135 f.). Die Suva hat der Vergütung für die medizinische Pflege einen Stundenansatz von Fr. 30.-- und für nichtmedizinische Hilfe einen solchen von 27.-- zugrunde gelegt. Sie hat sich beim Stundenansatz von Fr. 30.-- auf die Angaben der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) aus dem Jahr 2016 (TA 1, Sektor Gesundheits- und Sozialwesen [Position 86 - 88], Kompetenzniveau 2, Total) von monatlich Fr. 5'198.-- gestützt und diesen Betrag durch 173,33 Stunden (= 40 Stunden pro Woche x 52 Wochen: 12 Monate) dividiert, was einen Betrag von Fr. 29.99 ergibt. Nach Anpassung dieses Stundenansatzes an die bis 2018 erfolgte Nominallohnentwicklung [2017: 0,3%, 2018: 0,5%; vgl. BFS: T1.15, Nominallohnindex 2016 - 2018, Gesundheit, Heime und Sozialwesen) resultiert ein massgebender Stundenansatz von Fr. 30.23 bzw. mathematisch abgerundet Fr. 30.--. Die Berechnungsgrundlage für den Ansatz von Fr. 27.-- beruht wiederum auf die Angaben der LSE 2016, Sektor Gesundheits- und Sozialwesen (Position 86 - 88). Die Suva hat aber bei diesem Stundenansatz den Tabellenlohn des Kompetenzniveaus 1, Total, von Fr. 4'690.-- eingesetzt. Wird dieser Betrag auf eine Stunde umgerechnet (Fr. 4'690.--: 173,33 Stunden) und anschliessend an die Nominallohnentwicklung bis 2018 angepasst, resultiert daraus ein Stundenansatz von Fr. 27.28 bzw. mathematisch abgerundet von Fr. 27.--.

6.2.2 Es ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die Suva für die Ermittlung der Stundenansätze der Beiträge für nichtzugelassene Leistungserbringer auf die Tabellenlöhne abgestellt hat. Dieses Vorgehen entspricht auch der gängigen Praxis (vgl. Landolt, a.a.O. [Behandlungspflege], S. 31). Aus den Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte, um in das Ermessen der Suva einzugreifen. Da jedoch eine neue Erhebung des Pflegeaufwandes erforderlich ist (vgl. Erwägungen 5.3.2 und 6.1), hat die Suva der Neuberechnung der Entschädigungen gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV nicht den Tabellenlohn der LSE 2016, sondern denjenigen der LSE 2018 zugrunde zu legen. Gemäss TA1 der LSE 2018, Sektor Gesundheits- und Sozialwesen (Position 86 - 88), betragen die Monatslöhne für das Kompetenzniveau 2, Total, Fr. 5'223.-- und für das Kompetenzniveau 1, Total, Fr. 4'954.--. Nach Umrechnung dieser Monats- auf Stundenlöhne (Fr. 5'223.--: 173,33 Stunden = Fr. 30.13 [Kompetenzniveau 1]; Fr. 4'954.--: 173,33 Stunden = Fr. 28.58 [Kompetenzniveau 2]) und deren Anpassung an die Nominallohnentwicklung für das Jahr 2019 von 0,5% (vgl. Quartalsschätzung des BFS für das Jahr 2019) und eventuell an das Jahr 2020 ergibt sich ein massgebender Stundenansatz für die medizinische Pflege von mindestens Fr. 30.28, mathematisch abgerundet von Fr. 30.--, und für die nichtmedizinische Hilfe von mindestens Fr. 28.72 bzw. mathematisch aufgerundet von Fr. 29.--. Im Zusammenhang mit den Stundenansätzen ist zudem auf den am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen neuen und für die Suva verbindlichen Spitex-Tarif hinzuweisen. Die im vorliegenden Verfahren verwendeten Stundenansätze für die von der Spitex erbrachten Leistungen sind deshalb mit Blick auf den neuen Spitex-Tarif zu überprüfen.

6.3 Das vom Versicherten zitierte Urteil des Bundesgerichts vom 23. Juli 2010, 8C_896/2009, aufgrund dessen er einen Stundenansatz von Fr. 35.-- für die von der Ehefrau geleistete nichtmedizinische Hilfe geltend macht, vermag nichts zu ändern. Im Unterschied zu jenem Fall besitzt die Ehefrau des Versicherten kein ausländisches Diplom als Pflegefachfrau und verfügt auch nicht über einen entsprechenden schweizerischen Fachausweis. Damit hat sie keine professionellen Kenntnisse in der Krankenpflege. Es

besteht daher kein Anlass, im vorliegenden Fall die von der Ehefrau geleisteten Pflegemassnahmen in Analogie zum vom Versicherten zitierten bundesgerichtlichen Urteil mit einem Stundenansatz von Fr. 35.-- zu vergüten. Ebenso wenig drängt sich die Anwendung der Stundenansätze auf, die für Assistenzbeiträge gelten (vgl. Art. 39f der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961), besteht doch hierfür keine gesetzliche Grundlage. 6.4 Nach dem Gesagten steht fest, dass eine abschliessende Beurteilung der strittigen Leistungsansprüche des Versicherten nicht möglich ist. Der angefochtene Entscheid vom 22. Juli 2019 ist deshalb aufzuheben und die Angelegenheit ist zur weiteren Abklärung an die Suva zurückzuweisen. Dabei hat sie eine erneute Erhebung des Pflegebedarfs des Versicherten an Ort und Stelle durchzuführen. Der Zeitaufwand ist für sämtliche Verrichtungen der medizinischen Pflege und der nichtmedizinischen Hilfe - auch für solche, welche bereits von der Hilflosenentschädigung gedeckt sind - zu erfassen. Weiter ist bei der Qualifikation der einzelnen Leistungen den entsprechenden Ausführungen in Erwägung 6.1 Rechnung zu tragen und darzulegen, welche Massnahmen die Abendtoilette konkret beinhaltet. Diese sind sodann den in Art. 18 UVV verankerten Leistungsansprüchen zuzuordnen. Schliesslich hat die Suva die Stundenansätze der Beiträge gemäss Art. 18 UVV unter Berücksichtigung der Erwägung 6.2.2 festzusetzen. Hernach hat sie über die Höhe der Entschädigungen gemäss Art. 18 UVV neu zu verfügen. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 7.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. 7.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung und Neuverfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2). Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist dem Beschwerdeführer deshalb eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen. Dessen Rechtsvertreter hat in seiner Honorarnote vom 18. März 2020 einen Zeitaufwand von 25,25 Stunden sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 260.-- geltend gemacht. Dieser Aufwand ist nicht zu beanstanden. Die entsprechenden Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Dem Beschwerdeführer ist demnach für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 7'078.60 (25,25 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 260.-- zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Suva zuzusprechen. 8.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutmachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage

(z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2). 8.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird erkannt: //: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Entscheid vom 22. Juli 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

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