

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00013**

## **vom 12. Juni 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2017.00013](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00013)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00013 du 12 juin 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00013 del 12 giugno 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1953, war seit 1992 als Sachbearbeiterin Verkauf bei der Y.\_\_\_\_ AG angestellt und damit bei der Suva gegen Unfälle versichert. Am 24. Juni 2012 erlitt sie als Beifahrerin auf einem Motorrad einen Verkehrsunfall, als ein Fahrzeug ihre Fahrspur kreuzte, es zur Kollision kam und sie durch die Luft geschleudert wurde (Urk. 2/8/4). Dabei erlitt sie multiple Verletzungen (Polytrauma, Schädelhirntrauma, Thoraxtrauma, Wirbelsäulentrauma, Beckentrauma, Extremitätentrauma), welche verschiedene Operationen notwendig machten (Urk. 2/8/25/2-6). In der Folge verblieb eine dauerhafte Behinderung (spastische Hemiparese links, Stimmstörung und kognitiv-kommunikative Sprachstörung, mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung mit deutlichen kognitiven Defiziten in den Bereichen der Aufmerksamkeits-, der Exekutiv-, der Gedächtnis- und der visuell-räumlichen Fähigkeiten sowie Verhaltensauffälligkeiten nach einer Schädigung des Gehirns, Urk. 2/8/258/18).

Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen und sprach der Versicherten mit Verfügung vom 26. Januar 2015 (Urk. 2/8/283) mit Wirkung ab 1. Mai 2015 eine Invalidenrente basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 100 % sowie eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Einbusse von 100 % zu.

Bereits am 9. Juli 2014 (Urk. 2/8/243) hatte die Suva der Versicherten mit Wirkung ab 1. Februar 2014 eine Hilflosenentschädigung leichten Grades zugesprochen. Die am 27. August 2014 (Urk. 2/8/249) dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Entscheidung vom 18. September 2015 (Urk. 2/2) ab.

#### **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

### **E. 1.2**

Gemäss Art.

### **E. 1.3**

Gestützt auf Art. 26 Abs. 1 UVG hat der Versicherte bei Hilflosigkeit Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art.

### **E. 1.4**

.4

Pflege und Überwachung beziehen sich nicht auf die alltäglichen Lebensverrichtungen und sind deshalb von der indirekten Dritthilfe zu unterscheiden (ZAK 1984 S. 357 E. 2c). Es handelt sich vielmehr um eine Art medizinischer oder pflegerischer Hilfeleistung, die infolge des physischen, geistigen oder psychischen Zustandes der versicherten Person notwendig ist. Unter Pflege ist zum Beispiel die Notwendigkeit zu verstehen, täglich Medikamente zu verabreichen oder eine Bandage anzulegen. Die Notwendigkeit der persönlichen Überwachung ist beispielsweise dann gegeben, wenn die versicherte Person wegen geistiger Absenzen nicht während des ganzen Tages allein gelassen werden darf (BGE 107 V 136 E. 1b mit Hinweis; ZAK 1990 S. 46 E. 2c; Urteil des Bundesgerichts I 431/05 vom 13. Oktober 2005 E. 1.3 mit Hinweisen). 1. 5

Bei der Ermittlung der Hilflosigkeit besteht die Aufgabe des Arztes bzw. der Ärztin darin zu untersuchen, worin die von Dritten notwendigerweise zu leistende (direkte oder indirekte) Hilfe bei den einzelnen Lebensverrichtungen bzw. deren Teilfunktionen besteht. Die Verwaltung bzw. das Gericht haben aufgrund dieser Angaben die Rechtsfrage zu beurteilen, ob die Hilfsbedürftigkeit erheblich ist oder nicht (BGE 107 V 142). 2.

Die Beschwerdeführerin begründete ihre Leistungszusprache damit, die Beschwerdeführerin sei in den beiden alltäglichen Lebensverrichtungen „Körperpflege“ und „Fortbewegung“ hilfsbedürftig, was zum Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades führe (Urk. 2/2).

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, sie bedürfe zudem der dauernden persönlichen Überwachung, weshalb eine Hilflosigkeit mittleren Grades vorliege (Urk. 2/1 S. 3 f.). 3. 3.1 3.1.1

Die Fachpersonen des Hauses Z.\_\_\_\_ beschrieben im Austrittsbericht vom 15. Januar 2014 (Urk. 8/200/2-10) betreffend Aufenthalt in der Wohngruppe vom 3. Dezember 2012 bis 31. Januar 2014 die Körperfunktionen als folgen dermassen eingeschränkt: visueller Neglect; Aufmerksamkeits-/Konzentrationsstörung; Einschränkung in der Gewissenhaftigkeit; Vernarbung des Sprechepithels auf Grund einer frühen Angina; hohe Sprechstimme, da Stimmlippenverschluss und Randkantenverschiebung nicht mehr möglich ist; Bluthochdruck; linksseitige Hemiparese; Bewegungseinschränkung der rechten Körperhälfte durch diverse verheilte Frakturen (S. 3).

In Bezug auf Aktivitäten und Partizipation führten die Fachpersonen aus, die Beschwerdeführerin sei ausser Haus auf einen Rollstuhl angewiesen samt Person, welche sie schiebe. Im Haus benütze sie den Rollstuhl selbständig und könne Treppenlaufen im

Nachstellschritt. Beim Duschen sei sie auf Kontrolle angewiesen und beim Bekleiden benötige sie Unterstützung. Einen Einkaufszettel schreiben könne sie selbständig, der Transport müsse aber von einer weiteren Person übernommen werden. Kochen gelinge ihr selbständig mit nur punktuell benötigter Hilfe, wenn zwei Hände benötigt würden. Sie könne auch den Staubsauger bedienen (S. 4). Sie könne nicht alleine aus dem Haus und sei so mit auf Hilfe angewiesen. Sodann könne sie maximal drei Stunden alleine in der Wohnung sein (S. 5). 3.1.2

Die für die Ergotherapie zuständigen Fachpersonen des Hauses Z.\_\_\_\_ bestätigten im Austrittsbericht Ergotherapie vom 21. Januar 2014 (Urk. 8/200/7-9) als Hauptprobleme betreffend Körperfunktion einen visuellen Neglect nach links, eine Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung, eine linksseitige Hemiparese, eine verminderte Oberflächen- und Tiefensensibilität links und eine Bewegungseinschränkung der rechten Körperhälfte durch die diversen verheilten Frakturen. In Bezug auf die Aktivität/Partizipation führten sie aus, die Beschwerdeführerin sei im Aussenbereich auf den Rollstuhl angewiesen und auf eine Person, die sie schiebe. Sie benötige Unterstützung bei der Selbstversorgung (Duschen, Anziehen) und im häuslichen Leben, vor allem wegen ihrer hastigen Vorgehensweise, mangelnder Fehlerkontrolle und verminderter Körperwahrnehmung. Sie könne sich maximal drei Stunden alleine zu Hause beschäftigen (S. 1). 3.1.3

Auch die zuständige Physiotherapeutin des Hauses Z.\_\_\_\_ schilderte in ihrem Austrittsbericht vom 24. Januar 2014 (Urk. 8/205/3-6) in Bezug auf die Körperstruktur und Funktion eine Einschränkung links aufgrund der Hemisymptomatik sowie rechts aufgrund der multiplen Frakturen (S. 1). Betreffend Aktivitätsebene verwies sie auf einen verbliebenen Neglect sowie eine Wahrnehmungsproblematik (S. 3). 3.2

Am 4. März 2014 (Urk. 8/217) erfolgte eine Erhebung der Hilflosigkeit am

Wohnort der Beschwerdeführerin. Die Abklärungspersonen führten betreffend „An- und Ausziehen“ aus, die Beschwerdeführerin benötige Hilfe beim Anziehen eines T-Shirts (über den Kopf ziehen), das Ausziehen gehe alleine besser. Die Hosenzieher ziehe sie oft verkehrt an. Hilfe benötige sie auch, um diese ganz hochzuziehen. Hilfe benötige sie beim Anziehen einer Jacke. Schuhe mit Klettverschluss könne sie alleine anziehen, Schuhe binden indes nicht. Keine Hilfe benötige sie bei der Unterwäsche und den Socken. Bezüglich „Aufstehen, Absitzen, Abliegen“ verneinten die Abklärungspersonen einen Hilfebedarf, könne sich doch die Beschwerdeführerin selbständig vom Rollstuhl auf das Sofa setzen. Beim „Essen“ befanden die Abklärungspersonen einen Hilfebedarf bei allem gegeben, was mit dem Messer zerkleinert werden müsse und nicht mit der Gabel geteilt werden könne. Das Essen mit Gabel und Löffel sei möglich. Die „Körperpflege“ erachteten die Spezialisten der Beschwerdegegnerin als nicht selbständig durchführbar. Waschen könne sie sich wohl selber, die Reinigung des Rückens und der Füsse sei jedoch nur mit Hilfe möglich. Das Zähneputzen mit elektrischer Zahnbürste könne sie selber vornehmen, sie müsse jedoch überwacht werden (hektisch und zu kurz). Kämmen gehe auch alleine bei nötiger Kontrolle des Ergebnisses. Beim Duschen brauche sie Hilfe und Überwachung (vollständige Reinigung sowie Gefahr des Ausgleitens). Beim „Verrichten der Notdurft“ wurde eine Hilfsbedürftigkeit lediglich in Bezug auf die Kontrolle bejaht. Die „Fortbewegung“ befanden die Abklärungspersonen in der Wohnung als möglich, im Freien sei sie auf einen Rollstuhl samt Begleitung angewiesen, könne sie doch nicht längere Strecken alleine laufen. Der Rollstuhl müsse – bei längeren Strecken – von jemandem gestossen werden. Betreffend „Pflege gesellschaftlicher Kontakte“ wurde eine Hilfsbedürftigkeit für

sämtliche administrativen Angelegenheiten (mittels Telefons bei gespeicherter Nummer) verneint. Ansonsten müsse sie unterstützt werden. Ausser Haus sei sie auf Begleitung angewiesen, sie dürfe nicht mehr Auto fahren, die Benützung des öffentlichen Verkehrs sei nicht möglich (Überforderung, Orientierungsschwierigkeiten, Hektik). Sie fühle sich sodann unwohl unter zu vielen Leuten (S. 1-3).

Zur Thematik der persönlichen Überwachung hielten die Fachpersonen fest, die Beschwerdeführerin könne zwei bis drei Stunden pro Tag alleine sein, danach fühle sie sich unwohl. Bei längerer Zeit könnte es sein, dass sie sich in der Küche etwas vorbereiten möchte und zum Beispiel vergesse, die Herdplatte abzuschalten. Bei einem Sturz könnte sie nicht mehr alleine aufstehen (S. 3).

Betreffend dauernde Pflege wurde sodann ausgeführt, die verschiedenen Medikamente müssten vom Lebenspartner wöchentlich neu in die Tagesschachteln gelegt werden. Die Tabletteneinnahme erfolge dann selbständig (S. 4). 3.3 3.3.1

Dr. med. A. \_\_\_\_, Facharzt Neurologie FMH, von der Rehaklinik B. \_\_\_\_, befand die Beschwerdeführerin in seinem Gutachten vom 27. Oktober 2014 (Urk. 2/8/258) – unter Berücksichtigung hausintern veranlasster Berichte neuropsychologischer, logopädischer, ergo- sowie physiotherapeutischer Fachrichtung - aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht als vollständig arbeitsunfähig in Bezug auf die vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit als Büroangestellte. Gründe hierfür seien zum einen die stark ausgeprägten kognitiven Defizite in fast allen untersuchten Bereichen sowie zum anderen die spastische Halbseitenlähmung links und die damit im Zusammenhang stehende, anähernde Gebrauchsunfähigkeit der linken Hand. Theoretisch wären allenfalls sitzende, körperlich leichte, einhändige Tätigkeiten mit geringen kognitiven Ansprüchen vorstellbar. Unter Berücksichtigung der spastischen Hemiparese und der neuropsychologischen Einbusen sei es nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin eine stark verstärkte Ermüdbarkeit und eine rasche Abnahme der Konzentrationsfähigkeit zeige. Somit wäre eine solche Tätigkeit mit einer mindestens um 50 % verringerten Leistung und einem um 50 % verminderten zeitlichen Pensum vorstellbar. Es bestehe Konsens der neuropsychologischen und neurologischen Untersucher darin, dass die Beschwerdeführerin, gesamthaft beurteilt, dauerhaft nicht mehr in der Lage sei, eine kommerziell verwertbare Arbeitsleistung zu erbringen (S. 18 f.).

Bei der Abklärung der Selbständigkeit im Alltag hätten sich erhebliche Einbusen in folgenden Fertigkeiten gezeigt: Gehen und Transportieren von leichten Gegenständen, Gehen in Menschenmengen oder über längere Distanzen

(z.B. grosse Einkaufszentren), Anziehen eines T-Shirts, Ergreifen oder Manipulation von Gegenständen mit der linken Hand/dem linken Arm, bilaterale Aktivitäten wie beispielsweise Wäsche zusammenlegen, Schuhe binden, Zerschneiden von Fleisch, Tragen von schweren Gegenständen (z.B. gefüllte Einkaufstaschen), Organisation der zu benutzenden Gegenstände im Haushalt. Im Rahmen der ergo- und physiotherapeutischen Verhaltensbeobachtung sei eine reduzierte Frustrationstoleranz beim Auftreten von Schwierigkeiten bei den Aktivitäten des Alltags beobachtet worden. Dieses Verhalten sei erklärbar mit den Verhaltens- und Persönlichkeitsauffälligkeiten als Folge der ausgedehnten Hirnparenchymschädigung. Da die Versicherte ohne Hilfsmittel nur innerhalb ihrer Wohnung ausreicht sicher gehfähig sei und sich für längere Wegstrecken trippelnd im Rollstuhl fortbewege, sei es nicht gut vorstellbar, dass sie Einkäufe selbständig erledigen

könne. Zu schwierigen Hausarbeiten oder Gartenarbeit sei sie als vollständig ungeeignet einzuschätzen. Keine erheblichen Einschränkungen seien bei den Transfers (Fortbewegung vom Liegen in das Sitzen bzw. vom Sitzen in das Stehen) und bei der Körperhygiene ersichtlich. Unter Berücksichtigung der hochgradigen Einbussen der Gebrauchsfähigkeit der linken Hand und der bei Belastung verstärkten Spastik in der linken Hand und dem linken Fuss erscheine es nicht vorstellbar, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, gekochte Speisen ordnungsgemäss zuzubereiten. Beim An- bzw. Ablegen von Kleidungsstücken sei sie auf solche angewiesen, welche einhändig anwendbar seien. Fertigkeiten wie z.B. das Zuknöpfen eines Hemdes oder das Zubinden von Schuhen seien nicht möglich. Die sprachliche Kommunikation sei unfallbedingt, unter Berücksichtigung der durch eine wahrscheinliche Störung der Sprechatmung verursachten Stimmstörung, als eingeschränkt, jedoch möglich einzuschätzen. Treppensteigen sei bis höchstens eine Etage möglich (S. 19).

### 3.3.2

Im Therapiebericht vom 22. August 2014 (Urk. 8/261 S. 9) verwiesen Dipl. Ergotherapeutin C.\_\_\_\_ und Dipl. Physiotherapeutin D.\_\_\_\_ auf die von der Beschwerdeführerin geklagten störenden Probleme der starken Bewegungseinschränkung in der linken Hand, des Zuckens der linken Zehe beim Gehen sowie der Vergesslichkeit (z.B. beim Merken von Namen oder Abmachungen). Daneben beschreibe sie aber auch Einschränkungen in der Mobilität, der Selbstversorgung, im häuslichen Leben und in der Freizeit.

Die ergotherapeutische Auswertung habe eine mittlere bis starke Einschränkung bezüglich Sicherheit und Effizienz sowie eine erhöhte Anstrengung und regelmässige physische Unterstützung in der Durchführung von Alltagsaktivitäten ergeben. Sie sei bei den motorischen und prozesshaften Fertigkeiten deutlich beeinträchtigt, ihre – näher bezeichneten (E. 3.2.1) - Fertigkeiten lägen unter dem Cut off im Altersvergleich. Eine mittelmässige bis maximale Unterstützung im Alltag sei aus ergotherapeutischer Sicht indiziert.

Bei den physiotherapeutischen Abklärungen hätten sich deutliche Fortschritte hinsichtlich der Selbständigkeit im Vergleich zur letzten Beurteilung gezeigt. So bewege sich die Beschwerdeführerin inzwischen mehrheitlich ohne Hilfsmittel fort und gehe die Treppen alternierend mit Halt am Geländer ohne Sicherheitsbedenken. Das Gleichgewicht sei noch eingeschränkt, für kürzere Gehstrecken jedoch ausreichend. Auch hinsichtlich des Bewegungsausmasses beider Arme zeigten sich Fortschritte. Neben dem Gleichgewicht zeigten sich Einschränkungen vor allem im Bereich der linken oberen Extremität. Gegen die zunehmende Spastik im linken Hand- und Fussbereich sei ein Heimprogramm sinnvoll.

### 3.3.3

Im seinem Bericht vom 27. August 2014 (Urk. 8/259) über die neuropsychologische Abklärung an der Rehaklinik B.\_\_\_\_ diagnostizierte Lic. phil. E.\_\_\_\_, Psychologe FSP, eine mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung mit deutlichen kognitiven Defiziten in den Bereichen der Aufmerksamkeit (unter anderem auch linksseitiger visueller Neglect), der Exekutiv-, der Gedächtnis- und der visuell-räumlichen Fähigkeiten sowie Verhaltensauffälligkeiten (voreilige Handeln, Perseverationsneigungen) nach einer Schädigung des Gehirns

(S. 7). Er verwies sodann auf eine zeitliche und örtliche Desorientierung, wobei sie wiederholt während der Aufgabenbearbeitung die Instruktion vergessen und bei der phonematischen Flüssigkeit mehrere Repetitionen aufgewiesen habe, da sie sich nicht mehr

habe erinnern können, welche Wörter sie bereits einmal genannt habe (S. 6). Gemäss Angaben des Lebenspartners bestehe eine Fixierung auf ihn. Wenn er beispielsweise ohne sie zu informieren in den Keller gehe, beginne sie, nach ihm zu suchen und zu rufen. Es sei jedoch auf Vereinbarung möglich, dass sie sich drei bis vier Stunden selbständig beschäftigen könne, wenn er einmal alleine eine Motorradfahrt unternehmen möchte (S. 7).  
3.3.4

Ergotherapeut F. \_\_\_ von der Rehaklinik B. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 29. August 2014 (Urk. 8/260) fest, die Stimmstörung habe sich mit Bezug auf die Sprechatmung im Vergleich zum Status im Rahmen des stationären Aufenthaltes 2012 eher noch akzentuiert. In der Schriftsprache hätten sich die früher Neglect

bedingten Symptome verbessert. Das Vorlesen erfolge flüssiger bei we niger Paralexien und Auslassungen. Die Texterfassung habe sich stabilisiert mit Kompetenzen bei leichten und noch deutlichen Schwierigkeiten bei anspruchsvollen Texten im Zusammenhang mit neuropsychologischen Defiziten. In der Kommunikation hätten sich die Faktoren der thematischen Sprunghaftigkeit, die perseverative Tendenz, das Abschätzen der Redeabsicht des Partners sowie der angemessene Sprechrollenwechsel verbessert. Auffällig sei aber nach wie vor das Diskursverhalten (S. 2). 3.4

Die Institutionsleiterin des Hauses Z. \_\_\_ berichtete am 7. November 2016 (Urk. 4/11) auf Anfrage der Beschwerdeführerin zur Thematik der Dauer möglichen Alleinseins (Urk. 4/10) und verwies auf den Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 3. Dezember 2012 bis 31. Januar 2014. Sie führte aus, durch die Struktur im Hause sei die Beschwerdeführerin kaum einmal mehrere Stunden alleine und ohne Kontaktmöglichkeiten gewesen. In der Verlaufs- und Austrittsplanung sei das Problem thematisiert worden, dass sie nicht längere Zeit alleine gelassen werden könne. Die hirnrnorganisch bedingte konstante innere Unruhe und Angst habe sich beim Auf-sich-selbst-gestellt-Sein kontinuierlich, manchmal bis hin zur Panik gesteigert. Das Problem habe bis zum Austritt nicht gelöst werden können. Die Zeitspanne des Alleine-Seins habe auf drei bis vier Stunden pro Tag ohne Kontakt oder Ansprechperson erhöht werden können. Es habe auch keine therapeutische/medikamentöse Hilfe für eine Verbesserung der Situation vorgeschlagen werden können. Das sei auch ein Grund, weshalb im Austrittsbericht vorgeschlagen worden sei, die Beschwerdeführerin jeweils mindestens einen Tag pro Woche in einer externen Tagesstruktur betreuen zu lassen. Das Unruhegefühl sei zwar subjektiv. Die Beschwerdeführerin sei aber bis zum Unfall eine vollzeitbeschäftigte Berufsfrau gewesen, weshalb sie in Übereinstimmung mit den Langzeitbeobachtungen und den medizinischen Berichten davon ausgingen, dass die Unruhe und das nicht über längere Zeit Allein-sein-Können untrennbar mit der Hirnverletzung zusammenhängen, mithin ein Teil der Verhaltensauffälligkeiten nach einer Schädigung des Gehirns sei. 4. 4.1

Unbestritten und aufgrund der Akten ausgewiesen ist, dass die Beschwerdeführerin in den beiden alltäglichen Lebensverrichtungen „Körperpflege“ und „Fortbewegung“ auf Hilfe angewiesen ist. Die übrigen Bereiche vermag sie im Wesentlichen selbst zu bewältigen. So ist eine Hilfe beim An-/Auskleiden nur bei bestimmten Wäschestücken nötig, welche alternativ gewählt werden können. Aufstehen, Absitzen und Abliegen kann die Beschwerdeführerin selber. Beim Essen bestehen Schwierigkeiten lediglich beim beidhändigen Schneiden mit einem Messer. Hier kann durch entsprechende Wahl der Speisen Abhilfe geschaffen werden. Grundsätzlich selbständig ist die Beschwerdeführerin beim Verrichten der Notdurft. Bei der Pflege gesellschaftlicher Kontakte ist die

Beschwerdeführerin nur wegen der Einschränkung der Fortbewegung auf Dritthilfe angewiesen, welche Unterstützung nur einmal (bei der Fortbewegung) zu berücksichtigen ist. 4.2

Strittig zwischen den Parteien ist die Frage nach der Notwendigkeit der dauernden Überwachung der Beschwerdeführerin. Diese brachte namentlich vor, sie könne pro Tag maximal zwei bis drei beziehungsweise drei bis vier Stunden allein in der Wohnung sein; danach fühle sie sich unwohl und es könnte sein, dass sie sich in der Küche etwas zubereiten wolle und beispielsweise vergesse, die Herdplatte abzuschalten; sodann könnte sie bei einem Sturz nicht mehr allein aufstehen (Urk. 2/1 S. 3 Ziff. 5 und S. 4 Ziff. 10). 4.3

Vorwegzuschicken ist, dass es sich bei diesen Vorbringen im Wesentlichen um die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin handelt und objektiv betrachtet die Notwendigkeit einer dauernden persönlichen Überwachung im dargelegten Sinne anhand der medizinischen Akten nicht ausgewiesen ist. Namentlich ist eine Vergesslichkeit und ein damit verbundenes Gefährdungspotential bei der Zubereitung von warmen Speisen (Herdabschaltung) ebenso wenig dokumentiert wie eine Sturzgefahr, bei welcher es trotz zumutbarer schadenmindernder Vorkehrungen (zum Beispiel Tragen einer Notruf-Uhr) nicht zu verantworten wäre, die Beschwerdeführerin allein zu lassen. Hierbei ist sodann zu bemerken, dass das Angewiesensein auf Hilfe beim Aufstehen nach einem allfälligen Sturz die Lebensverrichtung der Fortbewegung beschlägt (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 402/03 vom 11. Mai 2004 E. 5), bei welcher die Hilfsbedürftigkeit ausgewiesen ist.

Eine Selbst- oder Fremdgefährdung, die eine dauernde persönliche Überwachung von einer gewissen Intensität notwendig machen würde, ist in diesem Zusammenhang nicht erstellt. 4.4 4.4.1

Das Vermitteln eines Gefühls von Sicherheit und Ruhe durch die bloße Anwesenheit des Lebenspartners (Urk. 2/8/194 S. 2) kann durchaus nachvollzogen werden. Indes lässt dies – wie die Beschwerdegegnerin zutreffend erkannte (Urk. 2/7 S. 4) – aufgrund der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheidens angefallenen Akten den Schluss auf eine leistungsrelevante Überwachungsbedürftigkeit ungeachtet der empfohlenen Teilnahme der Beschwerdeführerin an einer externen Tagesstruktur an einem Tag pro Woche zwecks Entlastung des Lebenspartners nicht zu. Kein Arzt schilderte eine gesundheitsbedingte Notwendigkeit einer steten Anwesenheit einer Drittperson.

Erst aus dem vor Bundesgericht aufgelegten Bericht der Institutionsleiterin des Hauses Z.\_\_\_\_ vom 7. November 2016 (E. 3.4) ergeben sich Anhaltspunkte für eine mögliche medizinische Notwendigkeit einer gehäuften Anwesenheit einer Drittperson. Dies aufgrund der – erstmals in dieser Form – thematisierten Angstzustände bei längerem Alleinsein.

Die Beschreibung der Abläufe in der Wohngruppe und der festgestellten Schwierigkeiten durch die Institutionsleiterin des Hauses Z.\_\_\_\_ sind nachvollziehbar geschildert und überzeugend. Allerdings ist zu bemerken, dass sie nicht Medizinerin ist, weshalb ihre Ausführungen mit medizinischem Bezug mit Zurückhaltung zu würdigen sind.

Wie es sich damit (namentlich mit allfälligen hirnorganisch bedingten Angst- oder Panikattacken bei Alleinsein) genau verhält, kann indes offen bleiben. 4.4.2

Nach der Rechtsprechung ist nur eine dauernde persönliche Überwachung von einer gewissen Intensität anspruchsbegründend. Da die Voraussetzungen in Bezug auf die

Dritthilfe bei Vornahme der Lebensverrichtungen im Zusammenhang mit der mittelschweren Hilflosigkeit weit weniger umfassend sind als bei der schweren Hilflosigkeit, ist der dauernden persönlichen Überwachung im Rahmen der mittelschweren Hilflosigkeit ein grösseres Gewicht beizumessen und nicht bloss ein minimales wie bei der Hilflosigkeit schweren Grades. Aus einer bloss allgemeinen und kollektiven Aufsicht (etwa im Rahmen eines Heims, einer Klinik oder einer Behindertenwerkstätte) kann keine rechtlich relevante Hilflosigkeit abgeleitet werden. Eine dauernde persönliche Überwachung setzt vielmehr die Notwendigkeit einer auf die Person der versicherten Person bezogenen Überwachung durch eine damit betraute Person voraus, die gezielter ist als die kollektive Aufsicht. Das Erfordernis der Dauer bedingt indes nicht, dass die betreuende Person ausschliesslich an die überwachte Person gebunden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_158/2008 vom 15. Oktober 2008 E. 5.2.1 betreffend Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung). 4.4.3

Vorliegend gestaltet sich die Sachlage derart, dass sich das Drohen allfälliger Angst- und Panikzustände bereits durch die Anwesenheit einer Drittperson (so während des Aufenthaltes im Haus Z.\_\_\_\_) vermeiden lässt. Damit ist die Beschwerdeführerin auf eine „Betreuung“ angewiesen, welche gar noch weniger weit geht wie die von der Rechtsprechung als nicht relevant qualifizierte kollektive Aufsicht. Denn es ist gar keine Aufsicht nötig, sondern bloss die Anwesenheit einer weiteren Person, welche sich nicht spezifisch ihrer persönlichen Auffälligkeiten anzunehmen, sondern einfach vor Ort zu sein hat. Die Beschwerdeführerin muss mithin nicht überwacht werden, sondern lediglich in Gesellschaft sein. Eine solche Betreuung erfüllt die Intensitätsvoraussetzungen der Rechtsprechung nicht.

Damit kann offen gelassen werden, ob bereits die Dauer von vier Stunden unproblematischen Alleinseins dem Begriff „dauernd“ (respektive der Interpretation durch die Rechtsprechung) entgegensteht. 4.5

Zusammenfassend ist die Notwendigkeit einer dauernden Überwachung nicht ausgewiesen. Damit sind die Voraussetzungen für die Annahme einer mittelschweren Hilflosigkeit im Sinne von Art. 38 Abs. 3 lit. b UVV nicht gegeben, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Luzius Hafén - 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubSonderegger

**E. 2**

4. Juni 2012 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

**E. 6**

UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krankheiten gewährt ( Abs. 1).

**E. 9**

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Hilflosenentschädigung bemisst sich nach dem Grad der Hilflosigkeit ( Art. 27 UVG).

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