

2017

# Gutachten

betreffend  
Pflege- und Betreuungsaufwand

von

O. S.

erstellt von

Cécile Fäh

dipl. Pflegefachfrau HF

und

Prof. Dr. iur. Hardy Landolt LL.M.

## Care Solutions GmbH

Kompetenzzentrum für Pflegerecht  
Schweizerhofstrasse 14  
Postfach 568  
CH-8750 Glarus

Telefon: +41 55 646 50 53  
Telefax: +41 55 646 50 51

**Prof. Dr. iur. Hardy Landolt LL.M.**  
landolt@care-solutions.ch

**Dr. Christian Heering**  
heering@care-solutions.ch

**Cécile Fäh**  
faeh@care-solutions.ch

**Eliane Hänggi**  
haenggi@care-solutions.ch

**Christel Kalunder**  
kalunder@care-solutions.ch

**Angelika Mutter-Würms**  
mutter@care-solutions.ch

**Andrea Schneider**  
schneider@care-solutions.ch



# Inhaltsverzeichnis

---

<b>I. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>II. Vergangene Situation</b> .....	<b>1</b>
<b>III. Aktuelle Situation</b> .....	<b>3</b>
<b>IV. Medizinische Diagnosen</b> .....	<b>5</b>
<b>V. Pflegediagnosen</b> .....	<b>7</b>
A. Allgemeines.....	7
B. Selbstversorgungsdefizit.....	7
C. Beeinträchtigte Haushaltsführung.....	8
D. Beeinträchtigte körperliche Mobilität.....	8
E. Beeinträchtigte verbale Kommunikation.....	9
F. Urininkontinenz .....	9
G. Risiko einer Hautschädigung.....	10
H. Risiko eines Sturzes .....	10
I. Risiko eines Infektes .....	10
J. Gestörte Denkprozesse .....	11
K. Beeinträchtigte soziale Interaktion .....	11
L. Unwirksames Coping.....	12
M. Gefahr einer Rollenüberlastung pflegender Angehöriger.....	13
<b>VI. Unfallversicherungsrechtliche Leistungspflicht für Pflegemassnahmen</b> .....	<b>14</b>
A. Allgemeines.....	14
B. Begriff der medizinischen Pflege.....	15
C. Erweiterung der unfallversicherungsrechtlichen Leistungspflicht mit Wirkung ab 01.01.2017 .....	16
<b>VII. Unfallkausaler Betreuungs- und Pflegebedarf</b> .....	<b>18</b>
A. Allgemeines.....	18
B. Pflege- und Betreuungsaufwand insgesamt .....	20

1. Vergangener Aufwand mit RAI-Home-Care Bewertung.....	20
2. Aktueller Aufwand mit RAI-Home-Care Bewertung.....	22
3. Zukünftige Veränderung .....	25
C. Medizinischer Pflegebedarf .....	25
1. Allgemeines.....	25
2. Aktueller Behandlungspflegebedarf.....	25
3. Aktueller akzessorischer Grundpflegebedarf .....	25
4. Aktueller Präventionspflegebedarf .....	26
5. Zusammenfassung .....	26
D. Monetäre Bewertung der versicherten Pflege- und Hilfeleistungen .....	27
1. Pflegemassnahmen gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV .....	27
2. Pflege- und Hilfemassnahmen gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV .....	29
E. Anrechenbarkeit der Hilflosenentschädigung.....	30

## I. Einleitung

O. S., geboren am 07.07.1990, erlitt am 06.07.2015 einen Motorradunfall bzw. ein Polytrauma mit schwerem Schädelhirntrauma. Die Erstversorgung erfolgte im Spital St. Gallen auf der Intensivstation. Die anschliessende Rehabilitation wurde vom 03.08.2015 bis am 12.02.2016 in Valens durchgeführt. Unterbrochen wurde die Reha für eine Teilschädelreimplantation, die wiederum im Kantonsspital St. Gallen stattfand.

Der Geschädigte wird von Rechtsanwalt Lorenz Gmünder, St. Gallen, vertreten. Rechtsanwalt Gmünder und die Mobiliar-Versicherung haben das Kompetenzzentrum für Pflegerecht, Glarus, zur Feststellung des Betreuungs- und Pflegeaufwandes beauftragt. Prof. Dr. iur. Hardy Landolt, Rechtsanwalt, Glarus, hat Cécile Fäh, Mitarbeiterin des Kompetenzzentrums für Pflegerecht, für eine Bedarfsabklärung vor Ort mit anschliessender Evaluation des behinderungsbedingten Versorgungsaufwandes beigezogen. Ebenfalls hat sie die medizinischen Diagnosen und Pflegediagnosen zusammengetragen.

Der Hausbesuch fand am 02.11.2016 in X. statt. Cécile Fäh war während der Morgenpflege und bis am Mittag anwesend, besichtigte die Räumlichkeiten und führte danach ein Gespräch mit O. S.s Mutter. Mit Hilfe der gemachten Feststellungen und der Akten hat sie folgenden Bericht verfasst. Cécile Fäh zeichnet für die medizinischen und pflegerischen Feststellungen verantwortlich, während die juristischen Ausführungen von Prof. Dr. iur. Hardy Landolt LL.M. stammen.

Eine erste Fassung des Gutachtens wurde den Parteien am 03.04.2017 zur Vernehmlassung zugestellt. Der Geschädigtenvertreter hat in der Folge einerseits Korrekturwünsche und andererseits Anschlussfragen unterbreitet. Diese Anschlussfragen betrafen primär die subsidiäre Leistungspflicht des obligatorischen Krankenpflegeversicherers und den monetären Wert der von Angehörigen unentgeltlich brachten Pflege- und Betreuungsleistungen. Nach der Bereinigung der Anschlussfragen hat der Geschädigtenvertreter am 16.08.2018 darum gebeten, das Gutachten definitiv auszufertigen und den Parteien zuzustellen.

## II. Vergangene Situation

O. S. war wegen des erlittenen Polytraumas während längerer Zeit nicht in der Lage, sich selbstständig zu bewegen und zu äussern; zudem war er im Zusammenhang mit Aktivitäten des täglichen Lebens in allen Bereichen auf fremde Hilfe angewiesen. Diese ständige Präsenz deckte seine Mutter oder seine Freundin ab. O. S. erzielte kontinuierlich Fortschritte. Anfangs lag er im Koma und wurde mit einer Magensonde ernährt. Er benötigte ein Tracheostoma, um notfalls beatmet zu werden. Weder konnte er sich äussern noch bewegen. Nach sieben Monaten wurde er nach Hause entlassen. Im Zeitpunkt der Entlassung nach Hause bestand folgende Situation:

- *Mobilität*: O. S. war bettlägerig. Er half nach Aufforderung nur wenig mit, sich zur Seite zu drehen oder aufzusitzen. Mit Unterstützung von zwei Personen wurde er in den

Rollstuhl transferiert. Zum Halten des Kopfes benötigte O. S. eine Kopfstütze. Er konnte bis drei Stunden im Pflegerollstuhl sitzen. Die Feinmotorik in der rechten Hand war bereits spontan vorhanden. Die rechte Hand war spastisch mit einer Kontraktur im kleinen Finger. Die linke Hand benutzte O. S. nicht.

- 7 – *Körperpflege*: Die Körperpflege wurde von den Bezugspersonen ausgeführt. Unter steter Anleitung wurde er motiviert, etwas mitzuhelfen und mitzudenken. Zum Beispiel wurde er angehalten, sich das Gesicht zu waschen, sich die Zähne zu putzen oder sich zu rasieren.
- 8 – *Ankleiden*: Das An- und Auskleiden wurde vollumfänglich von Dritten übernommen.
- 9 – *Essen und Trinken*: O. S. hatte eine Magensonde für die Nahrungsmittelaufnahme. Für das Anhängen dieser Flüssig-Mahlzeiten waren die Angehörigen zuständig. Zuvor mussten diese Mahlzeiten jeweils vorbestellt und geholt sowie drei Mal am Tag angehängt, überwacht und wieder weggenommen werden. Für die Flüssigkeitsaufnahme wurde O. S. Wasser oder Tee ebenfalls per Sonde verabreicht. Parallel dazu starteten die Angehörigen damit, die Nahrung probeweise über den Mund zu verabreichen. Die Schluckfunktion war kaum vorhanden. Der Speichel floss aus dem Mund; damit der Mund nicht austrocknete, wurde diese regelmässig mit Mundstäbchen befeuchtet.
- 10 – *Ausscheidung*: O. S. war und ist urininkontinent. Er trug einen suprapubischen Blasenkateter. Zudem trug er Pants. Wegen der Sondennahrung wurde er von Durchfällen geplagt, was einen zusätzlichen Versorgungsaufwand zur Folge hatte. O. S. musste teilweise zwei Mal am Tag zusätzlich frisch gemacht und umgezogen werden.
- 11 – *Kommunikation*: Anfänglich war die Kommunikation von O. S. aphon. Die Angehörigen versuchten, seine Wünsche anhand der Mimik, des Ausdrucks oder der Gestik herauszufinden. In aufmerksamen Momenten schüttelte oder nickte er als Antwort auf Fragen mit dem Kopf.
- 12 – *Umgebung/Wohnsituation*: O. S. wohnte bei seiner Mutter in einem Quartier in Wangs. Die Wohnung befindet sich im untersten Stock eines Mehrfamilienhauses. Das Treppenhaus verfügt über einen Lift. Es ist möglich, den Rollstuhl an schönen Tagen auf die Terrasse zu schieben.
- *Therapien*:
- 13 – *Psychische Verfassung*: Die psychische Verfassung war schwierig zu beurteilen. O. S. konnte nicht kommunizieren. Er wurde täglich daran erinnert, was geschehen war, und er benötigte für alle Verrichtungen Anleitung. Die Wohnsituation war grundlegend verändert, wohnte er doch vor dem Unfall bei seiner Freundin in St. Gallen. Dies verwirrte ihn zusätzlich.
- 14 Die *Betreuung* von O. S. übernahmen abwechselnd die Mutter und die Freundin. Diese Aufgabe war herausfordernd und sehr belastend. Zur ambulanten Therapie musste O. S. viermal in der Woche gefahren und begleitet werden. Das Mobilisieren zu zweit war zeitintensiv. Die stetige Präsenz, vor allem auch nachts, war kräfteraubend. O. S. hatte noch keinen klaren Tag-Nacht-Rhythmus gefunden. Ab und zu war er auch körperlich aggressiv. Die Angehörigen waren psychisch und körperlich gefordert, freuten sich aber über jeden seiner Fortschritte.

### III. Aktuelle Situation

O. S. ist trotz der gemachten Fortschritte auch heute noch nicht in der Lage, sich selbstständig fortzubewegen. Ebenso ist er auf fremde Hilfe angewiesen, wenn er Aktivitäten des täglichen Lebens ausüben möchte. Er benötigt Grund- und Behandlungspflege sowie Begleitung und Betreuung in nicht zu unterschätzendem Umfang. Die Mutter und die Freundin erbringen diese notwendigen Pflege- und Betreuungseistungen. Glücklicherweise kann sich O. S. auf ein fürsorgliches Umfeld verlassen. Aktuell besteht folgende Situation:

- *Mobilität:* Im Bett bewegt sich O. S. selber. Er kann aber nur mit Hilfe ganz zur Seite drehen oder aufsitzen. Mit Unterstützung einer Person transferiert er sich in den Rollstuhl. Die Kopfstütze braucht er nicht mehr. Er ist aber noch nicht in der Lage, sich mit dem manuellen Rollstuhl selbstständig fortzubewegen. O. S. hilft mit, indem er das linke gelähmte Bein mit Hilfe des rechten Beines hochhält, weshalb keine Fusstütze benötigt wird. Ausserhalb des Hauses wird er immer begleitet. Die Feinmotorik in der rechten Hand hat sich normalisiert. Er kann leserlich Schreiben. In der linken Hand ist die Motorik durch die starke Spastik stark eingeschränkt. Je länger er sitzt, desto öfter kippt sein Körper seitlich nach links. In solchen Momenten hilft die Betreuungsperson, dass sich O. S. gerade hinsetzen kann.

- *Therapien zu Hause:* Neben den Therapien auswärts hat O. S. auch zu Hause ein volles Programm. Mehrmals täglich reicht die Mutter das *Novafon*; O. S. hält sich hernach das *Novafon* an den Hals, um den Schluckreflex und die Stimmritze zu aktivieren. Über ein *Novafon*-Schallwellengerät werden mechanische Vibrationen sechs Zentimeter tief in das Gewebe geleitet. Dieses Gerät regt die Durchblutung und den Stoffwechsel an, reguliert die Muskelspannung und stimuliert tiefgreifend das Gewebe. Zusätzlich werden Regenerations- und Reparaturmechanismen angeregt. Es hilft auch zum Lösen von Verspannungen zum Beispiel der Spastik in der linken Hand.

Sobald O. S. am Tisch sitzt, wird ihm das *Motomed* hingereicht. Dieses Therapiegerät bewegt schonend Beine und Arme. O. S. kann sowohl passiv, motorunterstützt als auch aktiv mit eigener Muskelkraft trainieren. Die Bewegungen sind rund und geführt, ähnlich dem Radfahren. Trainiert wird bequem vom Stuhl oder Rollstuhl aus, anfänglich im Bett.

Die *Vibrationsplatte* steht am Boden. Diese wird ebenfalls täglich unter O. S.s Füße gestellt. Die Vibration fordert die Muskeln im gesamten Körper. Die Reflexe gleichen die Vibrationsschwankungen aus und stimulieren dadurch die Muskulatur. Die *Vibrationsplatte* benutzt er nicht während des Stehtrainings. Damit die Therapie durchgeführt werden kann, wird O. S. jeden Tag mit einem *Stehtisch* mobilisiert bzw. in eine aufrechte Position gebracht. Das Stehtraining ist anstrengend, weshalb O. S. motiviert werden muss. Regelmässig kippt O. S. während des Stehtrainings nach links und muss wieder aufgerichtet werden.

- *Körperpflege:* Die Körperpflege wird mit der Unterstützung und unter Anleitung einer Hilfsperson ausgeführt. O. S. wird aufgefordert mitzudenken und mitzuhelfen; er versucht jeweils, sich das Gesicht zu waschen und sich zu rasieren. Teilweise muss nachrasiert werden. Das Duschen erfolgt ebenfalls unter stetiger Anleitung.

- 21 – *Ankleiden:* Das An- und Auskleiden wird von Dritten übernommen. Es ist O. S. möglich, mit dem rechten Arm geringfügig mitzuhelfen. Die Kleiderauswahl bestimmt O. S. mit.
- 22 – *Essen und Trinken:* Für die Zubereitung der Mahlzeiten ist die Mutter zuständig. Nach langer Übergangsphase konnte die Magensonde gezogen werden. Die Mahlzeiten kann O. S. heute mit erhöhtem Zeitaufwand mit der rechten Hand selber essen. Der Schluckreflex ist noch leicht vermindert. O. S. ist während des Essens öfters abgelenkt und muss dauernd angehalten werden. Die Einnahme von Mahlzeiten nimmt sehr viel Zeit in Anspruch. O. S. ist nicht in der Lage, Nahrungsmittel zu zerkleinern oder Brote zu streichen. Das Trinken aus einem Glas ist demgegenüber möglich, wenn ein Trinkhalm oder eine kleine Petflasche vorhanden sind. Die Betreuungsperson reicht ihm das gewünschte Getränk.
- 23 – *Ausscheidung:* O. S. ist urininkontinent. Er trägt einen Blasenkatheter und Pants. Zurzeit wird versucht, die Blase auszudehnen, indem der Katheter jeweils für ein paar Stunden abgeklemmt wird. Das Ziel ist, dass O. S. den Blasendruck spürt und seinen Harndrang äussert. Oft aber sind die Pants bereits schon nass. Verspürt er Druck zum Stuhlgang, meldet er sich in den meisten Fällen.
- 24 – *Kommunikation:* Es ist O. S. möglich, seine Wünsche beschränkt zu äussern. Seine Aussprache ist verlangsamt, da er jedes Wort einzeln bildet. Seine Aussagen beschränken sich in etwa auf drei aneinander gereimte Worte. Immer wieder wechselt er die Sprache, von Englisch zu Polnisch bzw. Deutsch oder umgekehrt. Um ihn zu verstehen, benötigt es die volle Aufmerksamkeit des Betreuers. Oft ist Nachfragen nötig.
- 25 – *Umgebung/Wohnsituation:* O. S. wohnt zurzeit immer noch bei seiner Mutter in Wangs und abwechselnd bei der Freundin in St.Gallen.
- 26 – *Arbeit/Freizeit:* O. S. hat den Beruf des Automechanikers erlernt. Vor dem Unfall arbeitete er jedoch mit Freude als Pflegehelfer in Hundwil in einem Heim. Seit dem Unfall erhält O. S. eine ganze Invalidenrente. In der wenigen freien Zeit, die neben der Pflege und den Therapien noch bleibt, beschäftigt sich O. S. vorwiegend mit seinem Handy. Wenn die Fernbedienung für den Fernseher von der Hilfsperson gereicht wird, kann O. S. selber fernsehen bzw. die Programme einstellen. Die Angehörigen organisieren für ihn ab und zu einen Ausflug oder ein Treffen mit Freunden. Die intensiven Therapien beanspruchen unter der Woche die gesamten Vormittage.
- 27 – *Psychische Verfassung:* Die psychische Verfassung ist schwer zu beurteilen. O. S. weiss spontan nicht, was geschehen ist und hinterfragt seine Situation auch nicht. Er wird täglich daran erinnert, warum er nicht mehr selbständig ist. Dazu macht er sich jedoch keine Gedanken. Er ist zufrieden, wenn er TV schauen oder sein Handy benutzen kann. Die vielen Therapien macht er mit, wenn er dazu aufgefordert wird. O. S. versteht den Zweck der Therapien nicht und kann auch die Fortschritte nicht nachvollziehen. Wenn er etwas möchte, ruft er laut oder klopft und hämmert mit der rechten Faust bis hin zur Selbstverletzung. Er braucht immer jemanden in seiner Nähe. Das Gedächtnis ist eingeschränkt.



- Für die *Tagesplanung und Entscheidungsfindung* erhält O. S. Unterstützung von der Familie. Administrative Arbeiten übernehmen die Eltern. Sie erledigen für ihn die Post, begleichen Rechnungen, vereinbaren telefonisch Termine und begleiten ihn zu Therapien und Gesprächen. Die eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten hindern O. S. daran, sich Termine, Namen oder Telefonnummern merken oder sich an Ereignisse erinnern zu können. 28

Die *Betreuung* von O. S. übernehmen abwechselnd die 47-jährige Mutter und die Freundin. Beide haben ihr Arbeitspensum reduziert und sind nur noch teilweise erwerbstätig. Wenn Mutter oder Freundin ausfallen, springt der Lebenspartner der Mutter ein. Die dauernde Präsenz ist anspruchsvoll und beansprucht viel Energie. O. S. fordert tagsüber permanent und oft auch nachts Gesellschaft. Er ist unberechenbar, und es kam auch schon vor, dass er körperlich aggressiv wurde. Die Angehörigen sind psychisch stark gefordert. 29

O. S. benötigt unter anderem folgende *Hilfsmittel*: 30

- |  |  |
|--|--|
| . Armschiene   | . Medikamente  |
| . Bettflasche  | . Mefixpflaster  |
| . Blasenspülmittel   | . Motomed  |
| . diverse Kissen (grosses Kissen zur Lagerung im Bett, kleines Schaumstoffkissen, Kissen zum Unterlegen des linken Armes am Tisch) | . mobiler Tisch für den Rollstuhl                                      |
| . Duschstuhl   | . Mund Befeuchtungsspray   |
| . Drehscheibe für den Transfer   | . Mundpflegestäbchen   |
| . elektronisch gesteuertes Bett mit Bettgitter   | . Novafon (Schallwellengerät)  |
| . Fell   | . Octenisept   |
| . feuchte Intimtücher  | . Opsite Folie   |
| . Haltestrumpf Bein für den Katheter   | . Pants  |
| . Hände Desinfektionslösung  | . Rutschbrett  |
| . Handrollstuhl  | . Stehtisch  |
| . Intimpflegecreme   | . sterile Katheterbeutel   |
| . Katheter   | . vertikal angebrachte Stange um sich aufzuziehen und Halten im Stehen |
| . Katheterhalterung fürs Bett  | . Vibrationsplatte   |
| . Kompressen   | . Waschhandschuhe  |
|  | . Wattestäbchen  |
|  | . Zellstoffunterlagen (Moltex)   |

#### IV. Medizinische Diagnosen

Die O. S. betreffenden Diagnosen sind: 31

1. Schweres Schädelhirntrauma bei Polytrauma
  - . Subduralhämatom rechts hemisphärisch mit subfalxialer Herniation, generalisiertes Hirnödem mit initialer transtentorieller Herniation
  - . dekompressive Hemikraniektomie rechts mit Duraerweiterung am 06.07.2015 im Verlauf Palakoplastik im KSSG

2. Wirbelsäulentrauma und Extremitätentrauma bei
  - . dislozierte bilaterale Fraktur Lamina arcus vertebrae HWK2
  - . V.a. Flexions-/Distractionsverletzung HWK3 und bilateraler dislozierter Fraktur der hinteren Bogenwurzel bzw. der Lamina arcus vertebrae
  - . undislozierte Spaltfraktur HWK5
  - . undislozierte Fraktur processus spinosus HWK7
  - . dislozierte Fraktur processus spinosus BWK1-3
  - . Fraktur processus costalis LWK1-4 rechts
  - . Olecranonfraktur rechts
  - . mehrfragmentäre Unterschenkelfraktur rechts mit Läsion A. tibialis anterior et fibularis im distalen Drittel
  - . Weichteilschwellung und Emphysem distaler Unterschenkel rechts
3. Thoraxtrauma
  - . bilateralem Spitzenpneumothorax
  - . Lungenkontusion
4. Abdominaltrauma
  - . kleinvolumige Leberlazeration Segment VI
  - . Lazeration Nierenoberpol links
  - . Milzlazeration
5. Hypogonadotropher Hypogonadismus (bestand bereits vor dem Unfall)
  - . a.e. hypothalamisch bedingt bei schwerer Krankheit

32 Anlässlich einer Standortbestimmung in Valens am 23.01.2017 wurden folgende Diagnosen gestellt:

- . spastische Tetraparese deutlich linksbetont
- . vorallem im Bereich der linken oberen Extremität annähernd Plegie
- . ausgeprägte kognitive Störung mit dysexekutivem Syndrom (Impulskontrollstörung, Aggressionsausbrüche, Aufmerksamkeitsreduktion, mnestiche Einschränkungen, Aphasie, und Neglect nach links)
- . Dysarthrie
- . neurogene Blasenstörung mit suprapubischen Blasenkateter
- . bereits vor dem Unfall bestehende Lactose-Unverträglichkeit

## V. Pflegediagnosen

### A. Allgemeines

Die aktuelle Pflegesituation von O. S. wird anhand der Pflegediagnosen der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) vorgestellt. Die Pflegediagnosen sind unterteilt in Definition, Ursachen oder beeinflussende Faktoren, bestimmende Merkmale oder Kennzeichen und den Ressourcen. 33

Die Risiko-Diagnosen können nicht durch Zeichen und Symptome belegt werden, da das Problem noch nicht aufgetreten ist. Bei diesen Diagnosen sollte vor allem der Prävention grössere Beachtung geschenkt werden. 34

### B. Selbstversorgungsdefizit

*Definition:* Eine Beeinträchtigung der Fähigkeit, folgende Aktivitäten auszuführen: Essen/Trinken, Körperpflege, Toilettenbenutzung, sich bekleiden/die äussere Erscheinung zu pflegen. 35

*Ursachen oder beeinflussende Faktoren:* 36

- . schwere kognitive Beeinträchtigung
- . körperliche Beeinträchtigung
- . rollstuhlmobil
- . fehlender Überblick und vernetztes Denken zur Notwendigkeit der Körperpflege, der gesunden, abwechslungsreichen Ernährung oder einer sinnvollen Bekleidung

*Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen:* 37

- . Unfähigkeit, Mahlzeiten zuzubereiten/zu kochen, Nahrungsverpackungen zu öffnen
- . eingeschränkte Fähigkeit, Nahrungsmittel mit Besteck aufzunehmen
- . Unfähigkeit, an Wasch-, Dusch- und Badeutensilien zu gelangen und eingeschränkte Fähigkeit den Körper, zu waschen oder abzutrocknen
- . eingeschränkte Fähigkeit, Kleidungsstücke an- oder auszuziehen und zu schliessen
- . Unfähigkeit, die Toilette zu benutzen, und sich nachher zu reinigen
- . Unfähigkeit, ein zufriedenstellendes Erscheinungsbild zu wahren

*Ressourcen:* 38

- . O. S. lässt sich die Mahlzeiten von seiner Mutter kochen und die Speisen bei Bedarf verkleinern.
- . Er isst und trinkt bei steter Ermunterung alleine mit der rechten Hand.
- . Er lässt sich von der Betreuungsperson waschen und ankleiden.
- . Er lässt sich verbal zum Waschen des Oberkörpers/Gesichts und Rasieren anhalten.
- . Er hilft mit bei der Kleiderauswahl.
- . Er trägt einen Urinkatheter und Pants.
- . Er meldet sich meist zum Stuhlen.

### **C. Beeinträchtigte Haushaltführung**

- 39 *Definition:* Die Unfähigkeit, selbstständig für eine sichere, wachstums-/ entwicklungsfördernde und unmittelbare Wohnumgebung zu sorgen.
- 40 *Ursachen oder beeinflussende Faktoren:*
- . schwere kognitive Schädigung
  - . gestörte Denkprozesse
  - . stark eingeschränkte Mobilität – rollstuhlmobil
- 41 *Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen:*
- . Unfähigkeit, die Haushaltsarbeiten wahrzunehmen und auszuführen
  - . Unfähigkeit, in die Waschküche zu gelangen
  - . Unfähigkeit, etwas zu tragen
  - . Unfähigkeit, zu kochen oder einzukaufen
  - . Selbstgefährdung beim Kochen oder Rüsten
- 42 *Ressourcen:*
- . O. S. nimmt die Übernahme der Haushaltführung durch Andere an.

### **D. Beeinträchtigte körperliche Mobilität**

- 43 *Definition:* Einschränkung der selbstständigen, zielgerichteten Bewegung des Körpers von mehreren Extremitäten.
- 44 *Ursachen oder beeinflussende Faktoren:*
- . Status nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma
  - . Konditionsabbau
  - . reduzierte Muskelmasse/Kraft
  - . reduzierte Ausdauer
  - . spastischer linker Arm und Hand
  - . Tetraparese deutlich linksbetont
  - . teils keine aktiv gesteuerte Muskelkraft, -kontrolle links
- 45 *Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen:*
- . eingeschränkte Fähigkeit, fein- oder grobmotorische Bewegungen in allen Extremitäten auszuführen
  - . stark eingeschränkte Gehfähigkeit
  - . Veränderung des Gangbildes
  - . Schmerzen
  - . Spastik in Arm/Hand links
  - . Abkippen auf die linke Seite im Rollstuhl oder am Stehtisch

- Ressourcen:* 46
- . O. S. hilft mit bei der Mobilisation in den Rollstuhl.
  - . Er bewegt sich im Bett selber.
  - . Er nutzt Hilfsmittel wie Rollstuhl, Lagerungskissen, Beinschienen und Stehtisch.
  - . Er nimmt an Ergo- und Physiotherapien teil.

## **E. Beeinträchtigte verbale Kommunikation**

*Definition:* Verminderte, verzögerte oder fehlende Fähigkeit, ein System von Zeichen und Symbolen zu empfangen/verstehen, zu verarbeiten, weiterzugeben und zu nutzen. 47

*Ursachen oder beeinflussende Faktoren:* 48

- . Status nach Schädelhirntrauma
- . schwere Kommunikationsstörung

*Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen:* 49

- . verlangsamte undeutliche Aussprache
- . Dysarthrie
- . Aphasie
- . Gebrauch von nonverbalen Zeichen
- . spricht mit einzelnen Worten
- . mixt drei Sprachen durcheinander

*Ressourcen/Massnahmen:* 50

- . O. S. scheint die Worte zu suchen und spricht langsam.
- . Er schreibt teilweise seine Bedürfnisse auf.
- . Er kommuniziert, indem er auf Fragen mit Kopfnicken oder Kopfschütteln reagiert oder den Daumen nach oben oder unten richtet.
- . Er zeigt auf Gegenstände, um sich zu äussern, was seine Bedürfnisse sind.

## **F. Urininkontinenz**

*Definition:* Ein ständiger und nicht vorhersehbarer Urinabgang. 51

*Ursachen oder beeinflussende Faktoren:* 52

- . neurogene Blasenentleerungsstörung
- . Tetraparese linksbetont
- .

*Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen:* 53

- . fehlendes Bewusstsein der Inkontinenz
- . Abgang von Urin zu unvorhersehbaren Zeiten

54 *Massnahmen:*

- . O. S. trägt tagsüber einen Blasenkatheter, nachts wird ihm eine geschlossene Einlage angezogen.
- . Der Katheter wird tagsüber für eine Zeit lang abgeklemmt, um den Blasendruck spürbar zu machen und die Blase zu dehnen.

### **G. Risiko einer Hautschädigung**

55 *Definition:* Gefahr einer negativen Veränderung der Haut.

56 *Risikofaktoren:*

- . mechanische Faktoren (Scherkräfte Druck)
- . körperliche Immobilisierung
- . veränderte Hautsensibilität
- . Impulskontrollstörung
- . Aggressivität - Selbstverletzung

57 *Massnahmen:*

- . O. S. wird täglich auf gerötete Stellen kontrolliert und eingecremt.
- . Im Bett sind Lagerungskissen zur Verfügung.

### **H. Risiko eines Sturzes**

58 *Definition:* Erhöhte Anfälligkeit des Stürzens, die zu körperlichem Schaden führen kann.

59 *Risikofaktoren:*

- . Stehbrett
- . Gebrauch eines Rollstuhls
- . Transfers
- . unrealistische Selbsteinschätzung
- . Status nach Sturz
- . Tetraparese
- . Neglect

60 *Massnahmen:*

- . O. S. wartet für den Transfer auf eine Hilfsperson.
- . Das Bett ist mit einem Bettgitter versehen.

### **I. Risiko eines Infektes**

61 *Definition:* Ein Zustand, bei dem ein Mensch ein erhöhtes Risiko hat, von pathogenen Organismen infiziert zu werden.

*Risikofaktoren:* 62

- . Urinkatheter
- . Status nach Urininfektionen

*Massnahmen:* 63

- . O. S. wird angehalten, genügend zu trinken.
- . Die Pflegenden kennen Hygienemassnahmen, um das Infektionsrisiko bei Manipulationen am Katheter zu verringern.
- . Sie kennen die Anzeichen einer Infektion und wissen, wie sie damit umzugehen haben.

## **J. Gestörte Denkprozesse**

*Definition:* Eine Störung kognitiver Abläufe und Vorgänge 64

*Ursachen oder beeinflussende Faktoren:* 65

- . Hirnleistungsdefizite
- . Frontalhirnsyndrom durch St. n. Schädel-Hirn-Trauma

*Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen:* 66

- . kognitive Dissonanz (beeinträchtigte Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, Gedanken nachzuvollziehen, Probleme zu lösen, ungeordnete Denkabläufe, abstrakt oder begrifflich zu denken)
- . Gedächtnisdefizit/-probleme
- . Desorientierung bezüglich unvorhergesehenen Umständen und Ereignissen, Verlust von Merkfähigkeit
- . ungenaue/unangemessene Interpretation der Umwelt
- . erhöhte/verminderte Wachsamkeit
- . Ablenkbarkeit (veränderte Konzentrationsspanne)
- . teilweise inadäquates, unrealistisches Denken
- . Anosognosie (Verkennen seiner Defizite)
- . fordert Aufmerksamkeit mit lautem Rufen oder Klopfen, auch nachts

*Ressourcen:* 67

- . O. S. nimmt verbale Anleitungen im Alltag an.
- . Er befolgt kurze einfache Anweisungen.
- . Er kann Wünsche mit wenigen Worten ausdrücken.

## **K. Beeinträchtigte soziale Interaktion**

*Definition:* Eine ungenügende, übermässige oder unwirksame Art, am sozialen Austausch teilzunehmen. 68

69 *Ursachen oder beeinflussende Faktoren:*

- . Wissens-Fähigkeitsdefizit über Möglichkeiten, die Gegenseitigkeit und den gegenseitigen Austausch zu fördern
- . veränderte Denkprozesse
- . Störung der Kommunikationsfähigkeit

70 *Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen:*

- . beobachtetes Missbehagen in teils sozialen Situationen
- . O. S. zeigt teils eine Verweigerungshaltung.
- . Er kann sich nur mit Anstrengung und nur verlangsamt verständigen.
- . Selber kann er einen sozialen Austausch mit Freunden nicht organisieren.

71 *Ressourcen:*

- . O. S. teilt sich mit, indem er den Kopf schüttelt, nickt, den Daumen nach oben oder unten richtet. Teilweise zeigt er auch auf Gegenstände.
- . Er bringt klar zum Ausdruck, dass er stetig jemanden um sich herum braucht. Er ruft oder klopft, sobald ihm der Sichtkontakt zur betreuenden Person fehlt.

## **L. Unwirksames Coping**

72 *Definition:* Eine Störung der Anpassungs- und der Problemlösungsfähigkeiten eines Menschen in Bezug auf die Einschätzung von Situationen, die Auswahl geeigneter Reaktionen und die Unfähigkeit, vorhandene Ressourcen zu nutzen.

73 *Ursachen oder beeinflussende Faktoren:*

- . St. n. schwerem Schädel-Hirn-Trauma
- . situations-/entwicklungsbedingte Krisen
- . Schädigung des Nervensystems; kognitive, sensorische, wahrnehmungsbezogene Beeinträchtigungen, Gedächtnisverlust
- . unzureichende, verfügbare Ressourcen zur Problemlösung
- . Unfähigkeit, Kräfte für die Anpassung an eine Situation zu konservieren
- . unangemessene Wahrnehmung der persönlichen Kontroll- und Einflussmöglichkeiten

74 *Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen:*

- . Schwierigkeit beim Organisieren und Verarbeiten von Informationen
- . ausgedrückte Machtlosigkeit der Helfenden (wenn er etwas verweigert, ist Hilfe nicht immer möglich)
- . verringerte Nutzung sozialer Unterstützung (blockt teilweise Hilfe ab)
- . mangelndes zielgerichtetes Verhalten oder mangelndes Problemlösungsverhalten einschliesslich der Unfähigkeit, lange aufmerksam zu sein.



- . Schwierigkeiten beim Strukturieren von Geplantem
- . unangemessenes Problemlöseverhalten
- . geringe Konzentrationsspanne
- . fehlender Antrieb
- . klopft teilweise so stark, dass er sich selber verletzt
- . reagiert manchmal aggressiv zum Beispiel mit Beissen, Kneifen, usw.

*Ressourcen:*

75

- . O. S. nimmt Anleitungen von Drittpersonen an, sofern nicht alle Informationen gleichzeitig übermittelt werden.

### **M. Gefahr einer Rollenüberlastung pflegender Angehöriger**

*Definition:* Gefahr der Rollenüberlastung der pflegenden Mutter und der betreuenden Freundin: Ein Zustand, in dem eine Person im Laufe des Versorgens einer anderen Person durch organisatorische, körperliche, seelische, soziale und/oder finanzielle Belastungen gefährdet ist.

76

*Risikofaktoren:*

77

- . schwere Pflegebedürftigkeit des Sohnes/Freundes
- . Abhängigkeit des Sohnes/Freundes
- . knappe Erholung der Angehörigen
- . wenig Entlastung der Eltern/der Freundin
- . hoher Anspruch an die Therapiequalität verbunden mit der Angst vor gesundheitsschädlichen Krisen
- . hohe Betreuungsverantwortlichkeit der Eltern und der Freundin
- . Einsicht der Notwendigkeit der Therapien
- . unvorhersehbarer Genesungs- und Zukunftsverlauf
- . stetige Präsenz zur Überwachung
- . Isolation der Familie
- . stetige Stressfaktoren wie; strenger Therapieplan, Infekte, Sturzgefahr
- . keine Lebensplanung möglich
- . berufliche Einschränkung der pflegenden Angehörigen
- . eingeschränkte Freizeit für Hobbies und Ausgleich
- . Reise-, Ferien-, Ausflugseinschränkung
- . soziale Ausgrenzung
- . beeinträchtigt Familienleben
- . Langzeitbelastung

- . stetige administrative Arbeiten, wiederholendes Durchsetzen der finanziellen Ansprüche
- . komplette Organisation und Überwachung von O. S.s Behandlung

<sup>78</sup> *Ressourcen:*

- . Die Elternteile und die Freundin unterstützen sich gegenseitig und teilen sich die Belastung.
- . Sie sind kämpferisch und verteidigen die Interessen ihres Sohnes und ihres Freundes.
- . Sie können trotz all den Schwierigkeiten und den aussergewöhnlichen Belastungen auch die positiven Seiten sehen.
- . Sie stützen sich auf die Fortschritte und schauen positiv in die Zukunft.

## **VI. Unfallversicherungsrechtliche Leistungspflicht für Pflegemassnahmen**

### **A. Allgemeines**

<sup>79</sup> Der zuständige Unfallversicherer hat im Rahmen der Heilungskostenversicherung die Kosten der unfallbedingten Pflege zu übernehmen, wobei es keine Rolle spielt, ob der Versicherte sich in Haus- oder Heimpflege befindet (vgl. Art. 21 UVG und Art. 18 UVV). Praxisgemäss wurden bis zum Inkrafttreten der Teilrevision des UVG am 01.01.2017 unter den «Pflegemassnahmen» gemäss Art. 21 UVG und Art. 18 UVV lediglich medizinische Pflegemassnahmen verstanden (vgl. BGE 116 V 41 E. 5 und 6).

<sup>80</sup> Die Pflegeentschädigung kann nach Eintritt der Berentung nur in den von Art. 21 Abs. 1 UVG erwähnten Fällen gewährt werden. Diesbezüglich besteht Anspruch, wenn der Versicherte (weiterführend Ziffer 3 Empfehlungen der AD-HOC-Kommission Schaden UVG zur Anwendung von UVG und UVV, Nr. 7/90 Hauspflege, vom 27.11.1990, revidiert am 17.03.2008):

- an einer Berufskrankheit leidet,
- unter einem Rückfall oder an Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann,
- zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf oder
- erwerbsunfähig ist und sein Gesundheitszustand durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann.

<sup>81</sup> Der bis zum 31.12.2016 in Kraft gewesene Art. 18 UVV sah eine vollumfängliche Leistungspflicht für medizinische Pflegemassnahmen vor, welche von anerkannten Leistungserbringern ausgeführt wurden. Für medizinische Pflegemassnahmen, welche nicht von anerkannten Leistungserbringern, insbesondere Angehörigen, die selber nicht über ein Pflegefachdiplom und eine Abrechnungsnummer verfügen, konnte gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV ein im Ermessen des Versicherers liegender Beitrag erbracht werden (vgl. BGE 116 V 41 E. 7c).

Art. 18 aUVV lautete:

82

<sup>1</sup> Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ärztlich angeordnete Hauspflege, sofern diese durch eine nach den Artikeln 49 und 51 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird.

<sup>2</sup> Ausnahmsweise kann der Versicherer auch Beiträge an eine Hauspflege durch eine nicht zugelassene Person gewähren.

Eine Leistungs- bzw. Betragspflicht für nichtmedizinische Pflegemassnahmen bestand demgegenüber nicht. Die Verwaltungspraxis regte bei der nichtmedizinischen Pflege jedoch ganz generell an, Kosten/Nutzen-Überlegungen anzustellen und einen angemessenen Betrag für «klar unfallkausale Kosten» zu gewähren (vgl. Ziffern 2.3 f. Empfehlungen der AD-HOC-Kommission Schaden UVG zur Anwendung von UVG und UVV, Nr. 7/90 Hauspflege, vom 27.11.1990, revidiert am 17.03.2008).

83

## B. Begriff der medizinischen Pflege

Die medizinische Pflege unterscheidet sich von der Behandlungs- und Grundpflege, welche im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt ist (siehe dazu Art. 7 Abs. 2 lit. b und c KLV). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind als medizinische Pflege im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes alle behandlungspflegerischen Massnahmen, die sogenannte akzessorische Grundpflege und die übrige Grundpflege zu verstehen, sofern diese erforderlich ist, um eine wesentliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verhindern (vgl. Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG).

84

Hinsichtlich dieser drei Pflegekategorien ist Folgendes zu bemerken:

85

- *Behandlungspflege*: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung hat nur für die behandlungspflegerischen Massnahmen, die in Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV aufgeführt sind, aufzukommen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts handelt es sich dabei um eine sogenannte Positivliste. Da weder UVG noch UVV die leistungspflichtigen Pflegemassnahmen im Einzelnen auführen, hat der Unfallversicherer für sämtliche behandlungspflegerischen Massnahmen aufzukommen, insbesondere auch für solche, die in Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV nicht aufgeführt sind.

86

Zu den behandlungspflegerischen Verrichtungen sind nach der Rechtsprechung insbesondere zu zählen:

87

- Atemtherapie mit Überwachung der Beatmung (vgl. Urteil BGer 8C\_457/2014 vom 5. September 2014),
- Medikamente richten/bestellen/verabreichen (BGE 107 V 136 E. 1b),
- Bandage/Verbände anlegen/wechseln (BGE 107 V 136 E. 1b),
- Pflege Katheter,
- Katheterisieren, klopfen und pressen der Blase (BGE 116 V 41 E. 4b),
- Anlegen eines Kondoms mit Urinal (BGE 116 V 41 E. 4b),
- digitale Stuhlausräumung (BGE 116 V 41 E. 4b).

- 88 – *Akzessorische Grundpflege*: Grundpflegerische Massnahmen sind ausnahmsweise ebenfalls zu vergüten, wenn diese im konkreten Einzelfall für die Durchführung von behandlungspflegerischen Massnahmen notwendig sind (vgl. Urteil BGer 8C\_1037/2012 vom 12.07.2013 E. 7.2). Als Schulbeispiel kann die Körperreinigung (Grundpflege) nach der Darmentleerung (Behandlungspflege) erwähnt werden.
- 89 – *Präventionspflege*: Gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG hat der Unfallversicherer nach Beginn der Berentung auch für solche Pflegemassnahmen aufzukommen, die erforderlich sind, um den Versicherten vor einer wesentlichen Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes zu bewahren. Als Schulbeispiel ist in diesem Zusammenhang die Dekubitusprophylaxe zu erwähnen, die krankenversicherungsrechtlich Grundpflege darstellt (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV), unfallversicherungsrechtlich aber als eigentliche Präventionspflege im Sinne von Art. 21. Abs. 1 lit. d UVG zu qualifizieren ist.
- 90 Die vom Unfallversicherer praxisgemäss nicht übernommenen Pflegemassnahmen, d.h. der Grundpflegebedarf, der nicht akzessorisch ist und auch nicht der Prävention von wesentlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen dient, fallen unter die subsidiäre Leistungspflicht des obligatorischen Krankenpflegeversicherers (siehe Urteile BGer 8C\_886/2010 vom 10. Juni 2011 und 9C\_43/2012 vom 12. Juli 2012). Der obligatorische Krankenpflegeversicherer ist insbesondere dann leistungspflichtig, wenn die Voraussetzungen von Art. 21 UVG nicht erfüllt sind (vgl. Urteil BGer 8C\_191/2011 vom 16.09.2011 E. 5.3).

### **c. Erweiterung der unfallversicherungsrechtlichen Leistungspflicht mit Wirkung ab 01.01.2017**

- 91 Der Bundesrat hat im Rahmen der Teilrevision des UVG festgehalten, dass die gemäss Art. 18 aUVV eingeschränkte Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers für die Pflegekosten im Widerspruch zu den internationalen Abkommen, die die Schweiz unterzeichnet hat, steht.
- 92 Gemäss der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit (EOSS) und dem Übereinkommen Nr. 102 der Internationalen Arbeitsorganisation über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit umfasst die medizinische Betreuung auch die «Betreuung durch Pflegepersonal zu Hause oder in einem Krankenhaus oder in einer anderen Pflegestelle» (Art. 34 Abs. 2 lit. c Übereinkommen Nr. 102).
- 93 Aufgrund dieser Abkommen muss die unfallbedingte Pflege, insbesondere auch die Hauspflege, übernommen werden, ohne dass der Versicherte sich an den Kosten beteiligen muss (vgl. Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 30.05.2008 = BBl 2008, 5395 ff., 5412). Entsprechend wurden Art. 10 Abs. 3 und Art. 21 UVG sowie Art. 18 UVV im Rahmen der Teilrevision angepasst.
- 94 Art. 18 UVV in der ab dem 01.01.2017 gültigen Fassung lautet:

<sup>1</sup> *Die versicherte Person hat Anspruch auf ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause, sofern diese durch eine nach den Artikeln 49 und 51 KVV zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird.*

<sup>2</sup> *Der Versicherer leistet einen Beitrag an:*

*a. ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause durch eine nicht zugelassene Person, sofern diese Pflege fachgerecht ausgeführt wird;*

*b. nichtmedizinische Hilfe zu Hause, soweit diese nicht durch die Hilflorenentschädigung nach Artikel 26 abgegolten ist.*

Gemäss dem ersten Absatz der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Ob mit dieser Übergangsbestimmung – gelesen im Kontext mit Absatz 2 (Leistungskürzung in altrechtlichen Fällen) – lediglich eine Besitzstandsgarantie oder in den Fällen, in welchen das neue Recht eine Besserstellung vorsieht, auch ein Verbot der Besserstellung statuiert wird, ist unklar. 95

Der blosser Wortlaut spricht dafür, dass nicht nur eine Besitzstandsgarantie, sondern auch ein Verbot der Besserstellung altrechtlicher Fälle anzunehmen ist. Das systematische Element bzw. Absatz 2 spricht gegen diese Auslegung. Es kommt hinzu, dass das bisherige Recht bzw. die Empfehlungen der AD-HOC-Kommission Schaden UVG zur Anwendung von UVG und UVV, Nr. 7/90 Hauspflege, vom 27.11.1990 (revidiert am 17.03.2008) die nunmehr in Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV erwähnte nichtmedizinische Hilfe bereits als Ermessensleistung verstanden hat. 96

Es wäre mit dem Grundsatz der Besitzstandsgarantie nicht vereinbar, wenn versicherte Personen, die einen Unfall vor dem 31.12.2016 erlitten haben, nunmehr nur noch die medizinische Pflege als Pflichtleistung geltend machen könnten. Gestützt auf diese Überlegungen gegen die Gutachter davon aus, dass der revidierte Art. 18 UVV auch für altrechtliche Fälle gilt und die bisherigen Empfehlungen in der neuen Fassung konkretisiert und ergänzt worden sind. 97

Vergleicht man die bis zum 31.12.2016 gültige Fassung mit der ab 01.01.2017 in Kraft befindlichen Fassung von Art. 18 UVV, fällt auf, dass der bisherige Begriff der «Hauspflege» mit dem Begriff der «medizinischen Pflege» ersetzt worden ist. Entsprechend ist davon auszugehen, dass sich die Leistungspflicht von Art. 18 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV wie bis anhin auf die medizinische Pflege bezieht. 98

Im Hinblick auf die vorerwähnte staatsvertragliche Verpflichtung, die gesamte unfallkausale Pflege zu vergüten, stellt sich jedoch die Frage, ob weiterhin nur die medizinische Pflege (verstanden als Behandlungspflege, akzessorische Grundpflege und Präventionspflege) versichert ist oder aber sämtliche unfallbedingten Pflegemassnahmen unter den Begriff der medizinischen Pflege fallen. Die Gutachter vertreten die Auffassung, dass mit Wirkung ab 01.01.2017 alle unfallkausalen Pflegemassnahmen als medizinische Pflege i.S.v. Art. 18 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV zu verstehen sind. 99

Neu eingefügt wurde Absatz 2 Litera b bzw. die «nichtmedizinische Hilfe». Den Gesetzesmaterialien lässt sich nicht entnehmen, was unter dem Begriff der «nichtmedizinischen Hilfe» i.S.v. Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV zu verstehen ist. Die in der fraglichen Gesetzesbestimmung erwähnte Anrechnung der Hilflorenentschädigung wirft die Frage auf, ob unter der «nichtmedizinischen Hilfe» lediglich die für die Bestimmung der Hilflorenigkeit massgeblichen Lebensverrichtungen oder der gesamte behinderungsbedingte Betreuungs- und Pflegeaufwand, der nicht von Art. 18 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV erfasst wird, massgeblich ist. 100

- <sup>101</sup> Nach der im vorliegenden Gutachten vertretenen Auffassung ist unter dem Begriff der «nicht-medizinischen Hilfe» der gesamte unfallkausale Betreuungs- und Pflegeaufwand zu verstehen, der nicht unter den Begriff der medizinischen Pflege subsumiert werden kann. Als nichtmedizinische Hilfe sind folglich die nichtmedizinische Pflege und der übrige unfallbedingte Betreuungs- und Überwachungsaufwand und nicht nur die Dritthilfe im Zusammenhang mit der Ausübung der sechs anerkannten alltäglichen Lebensverrichtungen zu verstehen.
- <sup>102</sup> Gemäss dem Wortlaut von Art. 18 Abs. 2 UVV hat die obligatorische Unfallversicherung für die medizinischen Pflegemassnahmen, welche nicht durch eine zugelassene Person erbracht werden, und für die nichtmedizinischen Hilfemassnahmen lediglich einen Beitrag zu vergüten. Für medizinische Pflegemassnahmen, welche von anerkannten Leistungserbringern erbracht werden, besteht gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV eine volle Leistungspflicht. Der obligatorische Krankenpflegeversicherer demgegenüber ist nur verpflichtet, einen Beitrag an die versicherten Pflegeleistungen, welche von anerkannten Leistungserbringern erbracht werden, diesen zu vergüten (vgl. Art. 7a KLV).
- <sup>103</sup> Die Gesetzesmaterialien lassen offen, in welchem Umfang die Beitragspflicht des obligatorischen Unfallversicherers besteht. Der obligatorische Krankenpflegeversicherer hat je nachdem, welcher anerkannte Leistungserbringer die versicherten Pflegemassnahmen erbringt, entweder einen Beitrag pro Stunde oder einen nach dem zeitlichen Pflegebedarf abgestuften Tagesansatz zu erbringen (vgl. Art. 7a KLV). Nach der bisherigen Praxis zu Art. 18 Abs. 2 aUVV wurden nur tatsächliche Kosten bzw. die von Angehörigen unentgeltlich erbrachten Pflegeleistungen mit einem angemessenen Stundenansatz, der tiefer als der übliche Stundenlohn einer diplomierten Pflegefachperson war, vergütet (siehe dazu infra Rz 133 ff.). Anrechenbar ist gemäss dem expliziten Wortlaut von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV die Hilfloosenentschädigung (siehe dazu infra Rz 139 ff.).

## VII. Unfallkausaler Betreuungs- und Pflegebedarf

### A. Allgemeines

- <sup>104</sup> Im Auftrag von Rechtsanwalt Gmünder bzw. der Mobiliar-Versicherung hat Cécile Fäh den aktuellen Betreuungs- und Pflegebedarf erfasst. Der Betreuungs- und Pflegebedarf ist unter Berücksichtigung aller Umstände individuell und konkret zu ermitteln, wozu die Einholung eines Gutachtens angebracht ist (vgl. Urteil BGer 4A\_48/2010 vom 09.07.2010 E. 1.3.4.2).
- <sup>105</sup> Der aktuelle Betreuungs- und Pflegebedarf wurde unter Zuhilfenahme des Bedarfsabklärungsinstruments RAI-Home-Care (RAI-HC) erhoben. Beim RAI-HC handelt es sich um ein Bedarfsabklärungsinstrument für die Hilfe und Pflege zu Hause. Es wurde von einem internationalen Team von Pflegefachleuten, Ärzten, Physiotherapeuten und Auszubildenden interdisziplinär entwickelt (weiterführend <http://www.qsys.ch/>). Eine auf Schweizer Verhältnisse angepasste Version ist 2001 in 15 Spitex Organisationen getestet worden. Nach dieser Pilotphase wurde das Instrumentarium überarbeitet und gekürzt. Seit 2003 wird RAI-HC Schweiz in der Praxis, letztmals 2009 umfassend überarbeitet. Die GDK hat mit Beschluss vom 06.07.2006 die Einführung

des Abklärungsinstrumentes RAI-HC beschlossen. Mittlerweile wird RAI-HC schweizweit von rund zwei Drittel der Spitex Organisationen verwendet.

RAI-HC Schweiz besteht aus vier Teilen:

106

- . *Administrative Daten und Anfrage (ADuA)*: Es dient der Dokumentation der Informationen im Rahmen des Erstkontakts.
- . *Hauswirtschaft*: Darin werden im Rahmen der Abklärung Informationen festgehalten, die für hauswirtschaftliche Leistungen unabdingbar sind.
- . *Minimum Data Set (MDS-HC)*: Es ist das Kerninstrument von RAI-HC Schweiz. Das MDS-HC ermöglicht eine umfassende Beobachtung der Klienten und dient als Grundlage für die Erfassung, Hilfe- und Pflegeplanung.
- . *Leistungskatalog*: Hier werden die einzelnen Leistungen, die für die Klienten bedarfsgerecht zu erbringen sind, festgehalten.

Der RAI-HC Leistungskatalog beschreibt 145 der von Spitex Organisationen am häufigsten durchgeführten Pflegeleistungen, wobei bei jeder Pflegeleistung festgelegt ist, ob es sich um eine Pflicht- oder um eine Nichtpflichtleistung gemäss KVG/KLV handelt. Der jeweiligen Pflegeleistung sind Standardzeiten zugeordnet, die in verschiedenen Studien validiert worden sind. Der Umstand, dass die Methode RAI-HC auf Standardzeiten basiert, stellt kein Widerspruch zur Feststellung des Pflegeaufwandes im Einzelfall, der individuell zu bestimmen ist, dar. Denn auch wenn der ausgewiesene Pflegebedarf massgebend ist, bezieht sich dies gerade im Sinne des Wirtschaftlichkeitsprinzips nicht ohne weiteres auf das Mass der effektiv erbrachten Leistungen, sondern auf eine normative Bewertung dieses Ausmasses (vgl. Urteil BGer 2C\_333/2012 vom 05.11.2012 E. 5.6). Denn eine Pflegeperson, die geschickt und routiniert arbeitet, unterbietet diese Standardzeiten, während eine etwas langsamer arbeitende oder lernende Pflegeperson für die gleiche Verrichtung länger braucht (vgl. Urteil BGer 8C\_1037/2012 vom 12.07.2013 E. 5.2.3).

107

Das Bundesgericht hat in zwei das Krankenversicherungsrecht betreffenden Urteilen entschieden, beim Bedarfsabklärungs-Instrumentarium RAI-HC handle es sich um Empfehlungen im Bereich der Hauspflege einer Berufsgruppe ohne jeglichen normativen Charakter. Sie seien für das Gericht nicht verbindlich. Es könne sie jedoch bei seiner Entscheidung mitberücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen (BGE 136 V 172 E. 4.3.3 und 124 V 351 E. 2e sowie Urteil BGer 9C\_702/2010 vom 21.12.2010 E. 4.2.3).

108

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann die SUVA bzw. ein Unfallversicherer zwar nicht verpflichtet werden, auf das RAI-HC-Bedarfsabklärungs-Instrumentarium abzustellen. Es kann jedoch im Rahmen von Art. 18 UVV herangezogen werden, wenn es eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Lösung ermöglicht (Urteil BGer 8C\_1037/2012 vom 12.07.2013 E. 5.2.1 und 5.2.4).

109

Im Anwendungsbereich des Haftpflichtrechts wird vom Bundesgericht ebenfalls eine einfallweise Abklärung vor Ort als zwingend angesehen (vgl. Urteil BGer 4A\_48/2010 vom 09.07.2010 E. 1.3.4.1). Das Bedarfsabklärungsinstrument RAI-HC ist auch in haftpflichtrechtlicher Hinsicht eine taugliche Grundlage, um die dort referenzierten 145 Betreuungs- und

110



Pflegeverrichtungen im Einzelfall vor Ort abzuklären. Da die haftpflichtrechtliche Ersatzpflicht sich aber auf sämtliche Betreuungs- und Pflegeleistungen, auch solche, die weder in der KLV noch dem RAI-HC-Abklärungsinstrument aufgeführt sind, bezieht, muss im Einzelfall über die RAI-HC-Abklärung hinaus der gesamte haftpflichtrechtliche Betreuungs- und Pflegeaufwand gemäss Art. 46 OR individuell-konkret festgestellt werden.

- 111 Wie auch immer der sozialversicherungs- bzw. der haftpflichtrechtliche Betreuungs- und Pflegebedarf festgestellt wird, die jeweiligen Ergebnisse sind nicht eins zu eins übertragbar (vgl. Urteil BGer K 141/06 und K 145/06 vom 10.02.2007 E. 3.2.3). Im Haftpflichtprozess eingeholten Gerichtsgutachten zu dem im Einzelfall entschädigungspflichtigen Pflegeaufwand kommt sozialversicherungsrechtlich nur insofern Beweiskraft zu, als die darin enthaltenen Erfahrungssätze und Schlussfolgerungen der gesetzlichen Regelung von Art. 7 Abs. 2 KLV und den vertraglichen Vereinbarungen des massgebenden Tarifvertrages entsprechen (Vgl. Urteil BGer K 141/06 und K 145/06 vom 10.02.2007 E. 3.2.3).
- 112 Die sozialversicherungsrechtliche Pflegebedarfsfeststellung ist ihrerseits für Festlegung des haftpflichtrechtlich relevanten Betreuungs- und Pflegeaufwandes lediglich Ausgangspunkt, weil die haftpflichtrechtliche Ersatzpflicht umfassend, die sozialversicherungsrechtliche Leistungspflicht demgegenüber lediglich im Umfang der jeweils versicherten Pflegeleistungen besteht.

## B. Pflege- und Betreuungsaufwand insgesamt

### 1. Vergangener Aufwand mit RAI-Home-Care Bewertung

- 113 Der vergangene ab Austritt aus der Rehab Valens am 12.02.2016 bis am 30.05.2016 erhobene Pflege- und Betreuungsaufwand von O. S. sah wie folgt aus:

Art der Verrichtung	Allg. Aufwand	Aufwand Betreuungsperson	Aufwand Betreuungsperson
	pro Verrichtung	pro Tag	pro Woche
<b>Grundpflege</b>		<b>188.31' = 3 h 8'</b>	<b>1325.25' = 22 h 5'</b>
Ganzwäsche morgens im Bett tgl.	40'	40'	280'
Teilwäsche abends im Bett, inkl. Intimpflege	20'	20'	140'
Intimpflege über Mittag und Pants wechseln	10'	10'	70'
zusätzliche Intimpflege infolge Durchfall von der Sondenkost (2x/Tag)	10'	20'	140'
Mundpflege alle 2 h Mund befeuchten	1'	12'	84'
Zahnpflege-Set hinreichen, auffordern, ermuntern (2xtgl)	5'	10'	70'
Nägel schneiden Zehen (mtl.)	15'	0.54'	3.75'
Nägel schneiden Hände alle 2 Wochen	15'	0.07'	7.5'
An-und Auskleiden (2xtgl.10')	10'	20'	140'
An-und Auskleiden (für die Wassertherapie, 2x/Woche)	20'	5.7'	40'



Gutachten betreffend Pflege- und Betreuungsaufwand von O. S.

An-und Auskleiden für ins Freie (Schuhe, Jacke, Hut, Schal, Handschuhe oder Sonnenschutz auftragen)	5'	10'	70'
Wiederholende Schluckversuche mit Nahrung oder Wasser	10'	40'	280'
<b>Präventionspflege</b>		<b>264.43'= 4 h 24'</b>	<b>1851' = 30 h 51'</b>
Aktive und passive Bewegungsunterstützung	15'	30'	210'
Haut eincremen und Hautkontrolle (Narbenöl, Perskindol tgl.)	5'	5'	35'
Mobilisation zu zweit in und aus dem Rollstuhl (12xtgl.à 5') zu zweit!	2x 5'	2x 60'	840'
Lagerung im Bett (Kissen einbetten) (6x)	8'	48'	336'
Armschiene anlegen zur Konturenprophylaxe	5'	5'	35'
Anlegen der Beinschienen für die Wassertherapie, damit die Knie nicht einknicken (2x/Woche)	5'	1.43'	10'
zur Bewegung das Motomed installieren 2x/Tag	10'	20'	140'
Die Vibrationsplatte hinstellen und einstellen 1x/Tag	5'	5'	35'
Therapie mit dem Novaфон 3xtgl.	10'	30'	210'
<b>Behandlungspflege</b>		<b>129.88'= 2 h 5'</b>	<b>909.36' = 15 h 9'</b>
Medikamente richten, mörsern und via PEG verabreichen (4xtgl.)	10'	40'	280'
PEG Sondennahrung an-und abhängen 3x/Tag	15'	45'	315'
Gastrostomapflege	5'	5'	35'
Pflege, Überwachung und leeren des Blasen Katheter (6x)	5'	30'	210'
Wechsel des Kathetersystems (3x/Woche)	5'	2.14'	15'
Zystofix desinfizieren	5'	5'	35'
Blasenspülung mit dem Urotainer alle 2 Wochen	14'	1'	7'
Venöse Blutentnahme für den Urologen alle 2 Monate	15'	0.25'	1.86'
Comburttest (1x/Woche)	1'	0.14'	1'
Blutdruckmessung alle 2 Wochen 5'	5'	0.36'	2.5'
Temperaturmessung 1x in der Woche	2'	0.28'	2'
Gewichtskontrolle 1x in der Woche	5'	0.71'	5'
<b>Betreuung und Begleitung</b>		<b>92' = 1 h 32'</b>	<b>644.3' = 10 h 44'</b>
Chauffeurdienste, Gehbegleitung ausserhalb des Hauses: Wegzeit hin und zurück zur Physiotherapie 3x, Ergotherapie 4x, Wassertherapie 2x, Logopädie 2x, zum Standing Erigo 1x in der Woche	60'	34.28'	240'
Termin beim Gastroenterologen zur PEG –Wechsel	60'	1.3'	9.3'
Anwesenheit vor und nach den Therapien, Hilfe beim An- oder Ausziehen der Jacke, verschieben in die verschiedenen Therapielokale, Znüni oder Trinken anbieten zwischendurch, Katheter leeren, Überwachung 4x /Woche	30'	17.14'	120'
Begleiten, Betreuen bei Ausflügen	180'	12.86'	90'
Planen, Organisation, Koordination der Behandlung mit Arzt, Therapeuten, anderen Diensten und Behörden (1x/Monat)	60'	2.14'	15'
Organisation eines Treffens mit Freunden (1x pro Monat)	30'	1.07'	7.5'

Aktivieren, Beschäftigen, (zum Beispiel Radio, TV einstellen)	20'	20'	140'
Chauffeurdienste, Begleitung zu Ärzten, wie zum Urologen, Zahnarzt, Coiffure, usw. 1x/Monat	90'	3.21'	22.5'
<b>Hauswirtschaftlicher Mehraufwand</b>			<b>145' = 2 h 25'</b>
Handrollstuhl und Motomed reinigen und warten	15'	-	15'
Pflegebett warten mtl.	20'	-	5'
Material bestellen, abholen, versorgen in der Apotheke (Unterlagen, Kompressen, diverse Pflegemittel, Medikamente)	30'	-	7.5'
Magensonden Nahrung bestellen, holen	30'	-	30'
Armschiene, Beinschiene reinigen	10'	-	10'
Eine zusätzliche Wäsche infolge der Pflege im Bett, Inkontinenz, Durchfälle, erhöhtem Speichelfluss	40'	-	40'
zusätzliches Flickern infolge starker Belastung des Stoffes (monatlich)	30'	-	7.5'
Finanzielle, administrative Arbeiten (Anwalt, Versicherung, Therapien, Klinik, Arzt)	30'	-	30'
<b>Präsenz</b>			
O. S. war aufgrund seiner schweren Hirnverletzung, der damit verbundenen nonverbalen Kommunikation, der Ernährung via Magensonde und der Hemiparese folglich Bettlägerigkeit, hilflos. Er war nicht mehr in der Lage, sich selbstständig und unbeaufsichtigt zu versorgen. Er war auf die ständige Betreuung und Versorgung durch Angehörige angewiesen. Nach der Auffassung der Gutachterin war eine dauernde Anwesenheit der Angehörigen in Rufdistanz notwendig.			

## 2. Aktueller Aufwand mit RAI-Home-Care Bewertung

114 Der aktuelle anlässlich des Hausbesuchs vom 02.11.2016 erhobene Pflege- und Betreuungsaufwand von O. S. sieht wie folgt aus:

Art der Verrichtung	Allg. Aufwand	Aufwand Betreuungsperson	Aufwand Betreuungsperson	Mehraufwand O. S.
	pro Verrichtung	pro Tag	pro Woche	pro Woche
<b>Grundpflege</b>		<b>300' = 5h</b>	<b>2104.25' = 35.1h</b>	<b>1260' = 21h</b>
Dusche mit Haare waschen (4x/Woche) mit Anleitung und Ermunterung zum mithelfen	40'	22.86'	160'	80'
Teilwäsche im Bett, inkl. Intimpflege und Pants Wechsel morgens (3x/Woche) stetige Anleitung zur Mithilfe	20'	8.57'	60'	-
Intimpflege und Pants wechseln abends	10'	10'	70'	70'
Rasierapparat hinreichen und mehrmals auffordern	3'	3'	21'	-
Zahnpflege-Set hinreichen, auffordern (2xtgl)	3'	6'	42'	-
Nägel schneiden Zehen (mtl.)	15'	0.54'	3.75'	-
Nägel schneiden Hände alle 2 Wochen	15'	0.07'	7.5'	-
An-und Auskleiden zur Mithilfe fordern (2xtgl.10')	10'	20'	140'	70'
An-und Auskleiden (für die Wassertherapie, 2x/Woche)	10'	5.71'	40'	40'

Gutachten betreffend Pflege- und Betreuungsaufwand von O. S.

An- und Auskleiden für ins Freie (Schuhe, Jacke, Hut, Schal, Handschuhe oder Sonnenschutz auftragen)	5'	10'	70'	-
Beim Morgen- Mittag- und Abendessen helfen oder etwas vorbereiten (Zerkleinern der Speise, Brot streichen, Früchte schneiden, teils ans Bett bringen) stetig daran erinnern weiter zu essen (3xtgl.)	10'	30'	210'	-
Beim Trinken unterstützen, vorbereiten und bereitstellen, Flasche öffnen, Tee kochen, aufmuntern, Zwischenmahlzeiten (5xtgl.)	5'	25'	175'	-
Begleitung zum Toilettengang, beim Reinigen helfen	10'	10'	70'	70'
zusätzliche Intimwäsche infolge Inkontinenz (1x/Woche)	10'	1.42'	10'	10'
Aktive und passive Bewegungsunterstützung (mehrmals am Tag wird der Arm, die Hand oder das Bein durchgestreckt, gebeugt und gedreht)	2'	20'	140'	140'
Haut eincremen und Hautkontrolle (Narbenöl, Perskindol tgl.)	5'	5'	35'	-
Hilfestellung bei der Mobilisation in und aus dem Rollstuhl (12xtgl. à 5')	5'	60'	420'	420'
Lagerung im Bett (Kissen einbetten) (2-3x)	6'	15'	105'	105'
Armschiene anlegen zur Konturenprophylaxe	5'	5'	35'	35'
Anlegen der Beinschienen für die Wassertherapie, damit die Knie nicht einknicken (2x/Woche)	5'	1.43'	10'	10'
zur Therapie auf das Motomed installieren 3x/Tag	5'	15'	105'	105'
zur Therapie auf der Vibrationsplatte richten 1x/Tag	5'	5'	35'	35'
Hinreichen des Novafon und Anleiten zur sachgemässen-Ausführung 2xtgl.	5'	10'	70'	-
Mobilisieren zur Therapie auf das Stehbrett 1x/Tag	10'	10'	70'	70'
<b>Behandlungspflege</b>		<b>56.57'</b>	<b>396.36' = 6.61h</b>	<b>66.12' = 1.1h</b>
Medikamente richten und verabreichen (4xtgl.)	2'	8'	56'	-
Abführzäpfchen einführen	5'	0.71'	5'	-
Atemtherapie mit Wasserwiderstand, hinreichen, auffordern (4x)	2'	8'	56'	56'
Pflege, Überwachung und leeren des Blasenkatheter (6x)	5'	30'	210'	-
Wechsel des Kathetersystem (3x/Woche)	5'	2.14'	15'	-
Zystofix desinfizieren	5'	5'	35'	-
Blasenspülung mit dem Urotainer alle 2 Wochen	14'	1'	7'	-
Venöse Blutentnahme für den Urologen alle 2 Monate	15'	0.25'	1.86'	0.62'
Comburtest (1x/Woche)	1'	0.14'	1'	-
Blutdruckmessung alle 2 Wochen 5'	5'	0.36'	2.5'	2.5'
Temperaturmessung 1x in der Woche	2'	0.26'	2'	2'
Gewichtskontrolle 1x in der Woche	5'	0.71'	5'	5'
<b>Therapien pro Woche</b>				<b>715' = 11.92h</b>
3x Physiotherapie	30'	-	-	90'
1x Standing Erigo	30'	-	-	30'

Gutachten betreffend Pflege- und Betreuungsaufwand von O. S.

2x Wassertherapie	30'	-	-	60'
4x Ergotherapie	30'	-	-	120'
2x Logopädie	30'			60'
tgl. 4x Atemtherapie zu Hause	5'	-	-	20'
tgl. 2x Stimulation mit dem Novafon	10'	-	-	140'
tgl. 1x Vibrationsplatte zu Hause	15'	-	-	15'
tgl. 3x Motomed zu Hause	50'	-	-	150'
tgl. 1x Stehbrett zu Hause	30'	-	-	30'
<b>Betreuung und Begleitung</b>		<b>104.89' = 1.75h</b>	<b>734.23' = 12.24h</b>	<b>360' = 6h</b>
Chauffeurdienste, Gehbegleitung ausserhalb des Hauses: Wegzeit hin und zurück zur Physiotherapie, Ergotherapie, Wassertherapie, Logopädie und zum Psychologen 4x in der Woche	60'	34.28'	240'	240'
Anwesenheit vor und nach den Therapien, Hilfe beim An- oder Ausziehen der Jacke, verschieben in die verschiedenen Therapielokale, Znüni oder Trinken anbieten zwischen- durch, Katheter leeren, Überwachung 4x /Woche	30'	17.14'	120'	120'
Begleiten, Betreuen bei Ausflügen	180'	25.71'	180'	-
Begleiten zur Besorgung von Kleider 2x/ Jahr zirka 4h	240'	1.31'	9.23'	-
Planen, Organisation, Koordination der Behandlung mit Arzt, Therapeuten, anderen Diensten und Behörden (1x/Monat)	60'	2.14'	15'	-
Organisation eines Treffens mit Freunden (1x pro Monat)	30'	1.07'	7.5'	-
aktivieren, beschäftigen (Spiele wie Memory, einfache Puzzle)	20'	20'	140'	-
Chauffeurdienste, Begleitung zu Ärzten, wie zum Urologen, Zahnarzt, Coiffure, usw. 1x/Monat	90'	3.21'	22.5'	-
<b>Hauswirtschaftlicher Mehraufwand</b>			<b>120' = 2h</b>	
Handrollstuhl reinigen und warten	10'	-	10'	-
Motomed, Vibrationsplatte, Stehtisch reinigen, warten	10'	-	10'	-
Pflegebett warten mtl.	20'	-	5'	-
Material bestellen, abholen, versorgen in der Apotheke (Unterlagen, Kompressen, diverse Pflegemittel, Medikamente)	30'	-	7.5'	-
Armschiene, Beinschiene reinigen	10'	-	10'	-
Eine zusätzliche Wäsche infolge der Pflege im Bett, Inkontinenz, dem Verschütten von Speisen oder Getränken	40'	-	40'	-
zusätzliches Flickern infolge starker Belastung des Stoffes (monatlich)	30'	-	7.5'	-
Finanzielle, administrative Arbeiten (Anwalt, Versicherung, Therapien, Klinik, Arzt)	30'	-	30'	-
<b>Präsenz</b>				
O. S. ist aufgrund seiner schweren Hirnverletzung, der damit verbundenen eingeschränkten Kommunikation, falscher Selbsteinschätzung und der Hemiparese auf der linken Seite, stark eingeschränkt. Er ist infolgedessen nicht mehr in der Lage, sich selbstständig und unbeaufsichtigt zu versorgen. Er ist auf die ständige Betreuung und Anleitung durch Angehörige angewiesen. Nach der Auffassung der Gutachterin ist eine dauernde Anwesenheit der Angehörigen in Rufdistanz notwendig; es genügt nicht, wenn O. S. ein Alarmsystem mitführen würde.				

### 3. Zukünftige Veränderung

Der zukünftige bzw. anfallende Betreuungs- und Pflegeaufwand lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht verlässlich abschätzen. Ein Endzustand ist noch nicht erreicht. Erfreulicherweise macht O. S. durch die intensiven Therapien weiter stetig Fortschritte. Deshalb wird der Bedarf mit überwiegender Wahrscheinlichkeit abnehmen. 115

## C. Medizinischer Pflegebedarf

### 1. Allgemeines

Praxisgemäss waren bis zum 31.12.2016 lediglich die medizinischen Pflegemassnahmen vom obligatorischen Unfallversicherer zu vergüten. Unter den medizinischen Pflegemassnahmen sind folgende Massnahmen zu verstehen: 116

### 2. Aktueller Behandlungspflegebedarf

Unter Behandlungspflege sind die Pflegemassnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV und die in dieser Positivliste nicht aufgeführten pflegerischen Verrichtungen mit einem primären Behandlungszweck, die von anerkannten Leistungserbringern bzw. Drittpersonen erbracht werden, zu verstehen: 117

<i>Behandlungspflege</i>	<i>Aufwand pro Tag</i> <b>56.57'</b>	<i>Aufwand pro Woche</i> <b>396.36' = 6.6h</b>
Medikamente richten und verabreichen (4xtgl.)	8'	56'
Abführzäpfchen einführen	0.71'	5'
Atemtherapie mit Wasserwiderstand, hinreichen, auffordern (4x)	8'	56'
Pflege, Überwachung und leeren des Blasenkatheter (6x)	30'	210'
Wechsel des Kathetersystem (3x/Woche)	2.14'	15'
Zystofix desinfizieren	5'	35'
Blasenspülung mit dem Urotainer alle 2 Wochen	1'	7'
Venöse Blutentnahme für den Urologen alle 2 Monate	0.25'	1.86'
Comburtest (1x/Woche)	0.14'	1'
Blutdruckmessung alle 2 Wochen 5'	0.36'	2.5'
Temperaturmessung 1x in der Woche	0.26'	2'
Gewichtskontrolle 1x in der Woche	0.71'	5'

### 3. Aktueller akzessorischer Grundpflegebedarf

Unter akzessorischer Grundpflege sind die Pflegemassnahmen zu verstehen, welche zur Vorbereitung oder Durchführung einer Behandlungspflegemassnahme oder nach Abschluss derselben erforderlich sind: 118

<i>akzessorische Grundpflege</i>	<i>Aufwand pro Tag</i>	<i>Aufwand pro Woche</i> <b>45'</b>
An-und Auskleiden für die Wassertherapie, 2x/Woche	5.71'	40'
Mobilisation für die Gewichtskontrolle 1x in der Woche		5'

#### 4. Aktueller Präventionspflegebedarf

- 119 Unter dem aktuellen Präventionspflegebedarf sind die Pflegemassnahmen zu verstehen, welche zur Prophylaxe erforderlich sind. Der Gesundheitszustand wird durch medizinische Vorkehrungen vor wesentlichen Beeinträchtigungen bewahrt:

<i>Präventionspflege</i>	<i>Aufwand pro Tag</i> <b>146.43'</b>	<i>Aufwand pro Woche</i> <b>1025' = 17.1h</b>
<i>Dekubitus-, Kontrakturen,- Aspirations- und Pneumonieprophylaxe</i>		
Aktive und passive Bewegungsunterstützung (mehrmals am Tag wird der Arm, die Hand oder das Bein durchgestreckt, gebeugt und gedreht)	20'	140'
Haut eincremen und Hautkontrolle (Narbenöl, Perskindol tgl.)	5'	35'
Hilfestellung bei der Mobilisation in und aus dem Rollstuhl (12xtgl.à 5')	60'	420'
Lagerung im Bett (Kissen einbetten) (2-3x)	15'	105'
Armschiene anlegen zur Konturenprophylaxe	5'	35'
Anlegen der Beinschienen für die Wassertherapie, damit die Knie nicht einknicken (2x/Woche)	1.43'	10'
zur Therapie auf das Motomed installieren 3x/Tag	15'	105'
zur Therapie auf der Vibrationsplatte richten 1x/Tag	5'	35'
Hinreichen des Novafon und Anleiten zur sachgemässen-Ausführung 2xtgl.	10'	70'
Mobilisieren zur Therapie auf das Stehbrett 1x/Tag	10'	70'

#### 5. Zusammenfassung

- 120 Der gesamte bzw. der unfallversicherungsrechtliche Pflegebedarf lässt sich wie folgt zusammenfassen:
- Pflege insgesamt (alle Leistungserbringer, inklusive Selbstpflege): 5,95 Std. pro Tag (supra Rz 114)
  - medizinische Pflege (alle Leistungserbringer, ohne Selbstpflege): 3,5 Std. pro Tag (supra Rz 115 – 119)
- 121 Nach der Auffassung der Gutachter besteht folgende unfallversicherungsrechtliche Leistungspflicht:

Art. 18 UVV (bis 31.12.2016)	medizinische Pflege – Behandlungspflege – akzessorische Grundpflege – Präventionspflege	3,5 Std. pro Tag
Art. 18 UVV (ab 01.01.2017)	medizinische Pflege – Grundpflege – Behandlungspflege (Art. 18 Abs. 1 UVV)	anerkannte Leistungserbringer: 0 Std. pro Tag (Vollkostenübernahme)
	medizinische Pflege – Grundpflege – Behandlungspflege (Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV)	nicht anerkannte Leistungserbringer (ohne Selbstpflege): 5,95 Std. pro Tag (Beitragspflicht)
	nichtmedizinische Hilfe – Betreuungsmehraufwand – hauswirtschaftlicher Mehr- aufwand (Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV)	Drittversorgungsmehraufwand: 2 Std. pro Tag (Beitragspflicht) Selbstversorgungsmehraufwand: 0 Std. pro Tag (keine Leistungspflicht)

Die vom Unfallversicherer bis zum 31.12.2016 nicht übernommenen medizinischen Pflegemassnahmen, d.h. der Grundpflegebedarf, der nicht akzessorisch ist und auch nicht der Prävention von wesentlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen dient, fallen unter die subsidiäre Leistungspflicht des obligatorischen Krankenpflegeversicherers, sofern und soweit die Voraussetzungen von Art. 7 KLV erfüllt sind (vgl. Urteile BGer 8C\_886/2010 vom 10.06.2011 und 9C\_43/2012 vom 12.07.2012). Entsprechend ist, sobald der Umfang der Leistungspflicht des Unfallversicherers rechtskräftig verfügt ist, gegenüber dem Krankenversicherer der vom Unfallversicherer nicht entschädigte, aber gemäss Art. 7 KLV versicherte Pflegeaufwand geltend zu machen. 122

Hinsichtlich der Leistungspflicht des Krankenversicherers ist darauf hinzuweisen, dass – im Gegensatz zu Art. 18 Abs. 2 UVV – lediglich anerkannte Leistungserbringer, welche über eine Abrechnungsnummer verfügen, anerkannt sind, die gemäss Art. 7 KLV versicherten Pflegeleistungen zu erbringen bzw. von ihnen erbrachte Pflegeleistungen abzurechnen. Pflegenden Angehörige, welche über keine Berufsausübungsbewilligung oder zusätzlich eine Abrechnungsnummer verfügen, können lediglich von einem anerkannten Leistungserbringer angestellt werden (vgl. vgl. Urteile Bundesgericht 8C\_597/2007 vom 19.12.2007 E. 5 und K 141/06 und K 145/06 vom 10.05.2007 E. 5 sowie EVG K 156/04 vom 21.06.2006 = RKUV 2006, S. 303 E. 4). 123

## D. Monetäre Bewertung der versicherten Pflege- und Hilfeleistungen

### 1. Pflegemassnahmen gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV

Der obligatorische Unfallversicherer hat in Nachachtung des Naturalleistungsprinzips die Vollkosten der gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV versicherten Pflegeleistungen zu übernehmen. Unter den Vollkosten sind entweder die beim jeweiligen Leistungserbringer tatsächlich anfallenden Kosten pro Pflegestunde oder die tarifvertraglich vereinbarten Kostenansätze zu verstehen. 124

- 125 Die im Zusammenhang mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung mit Art. 25a KVG eingeführte Beitragspflicht des obligatorischen Krankenpflegeversicherers gilt für den obligatorischen Unfallversicherer nicht. Entsprechend besteht auch keine Restkostenfinanzierungspflicht des Wohnsitzkantons für Pflegemassnahmen, welche vom obligatorischen Unfallversicherer zu vergüten sind. Die medizinischen Pflegemassnahmen, welche von anerkannten Leistungserbringern erbracht worden sind, sind folglich gemäss deren Vollkosten bzw. den im jeweiligen Kanton massgeblichen Normkosten zu vergüten.
- 126 In diesem Zusammenhang ist auf den Bericht des Bundesamtes für Gesundheit «Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten» vom 16.05.2007 hinzuweisen, in welchem nachgewiesen worden ist, dass bereits vor Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung die tatsächlichen Kosten im gesamtschweizerischen Durchschnitt zwischen CHF 88 (Grundpflege) und CHF 134 (Abklärung, Beratung und Koordination) lagen (siehe Bericht des Bundesamtes für Gesundheit «Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten» vom 16.05.2007, Seite 53).
- 127 Es ist nicht davon auszugehen, dass sich die Kosten von Pflegemassnahmen seit 2007 reduziert hätten. Im Gegenteil ist notorisch, dass die tatsächlichen Kosten von Pflegeleistungen auch in den kleineren Kantonen aktuell bei rund CHF 100 liegen. Im unfallversicherungsrechtlichen Kontext kann deshalb nicht auf die gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV massgeblichen Vergütungsansätze von CHF 65.40 (Behandlungspflege) und von CHF 54.60 (Grundpflege), welche der obligatorische Krankenpflegeversicherer zu erbringen hat, abgestellt werden.
- 128 Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Höhe der Vergütungsansätze mitunter tarifvertraglich geregelt ist. Für freiberuflich tätige Pflegefachpersonen, welche Mitglieder des Schweizerischen Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) sind, ist der Tarifvertrag vom 25.10.1999 anwendbar. Die im Anhang des fraglichen Tarifvertrages aufgeführten Taxpunktwerte entsprechen folgenden Stundenansätzen:
- |  |        |
|--|--------|
| – Behandlungspflege (12 Taxpunktwerte pro 10 Min.):                | CHF 72 |
| – akzessorische Grundpflege (11 Taxpunktwerte pro 10 Min.):        | CHF 66 |
| – nicht akzessorische Grundpflege (6.5 Taxpunktwerte pro 10 Min.): | CHF 39 |
- 129 Zusätzlich zu diesen Ansätzen sind die Zuschläge für Leistungen an Sonn- und Feiertagen sowie für Spät- und Nachtdienste zu berücksichtigen, welche im Tarifvertrag aufgeführt sind. Der vorerwähnte Taxpunktwert entspricht dem Indexstand des LIKP Stand Dezember 1999 von 105.6 Punkten. Entsprechend sind die vorgenannten Stundenansätze (CHF 72, 66 und 39) gemäss jeweiligem Teuerungsanstieg des vergütungspflichtigen Jahres zu erhöhen.
- 130 Im vorliegenden Fall werden die Pflegemassnahmen nicht von anerkannten Leistungserbringern erbracht. Die Angehörigen von O. S. verfügen zwar über ein Pflegediplom, nicht aber über eine Abrechnungsnummer, die sie berechtigen würde, gegenüber dem obligatorischen Unfallversicherer abzurechnen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist der Heilungskostenversicherer leistungspflichtig, wenn Angehörige, die anerkannte Leistungserbringer und selbstständig erwerbend sind, die versicherten Leistungen erbringen (vgl. BGE 133 V 218 E. 6 und Urteile EVG vom 20.12.1999 i.S. X. = RKUV 2000, S. 77 bzw. vom 20.12.1999 i.S. X. = RKUV 2000, S. 82).
- 131 Es genügt aber nicht, dass der pflegende Angehörige die materiellen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt, dieser muss über eine Abrechnungsnummer verfügen (vgl. Urteil BGer K 141/06



und K 145/06 vom 10.05.2007 E. 5.2). Keine Umgehung des Zulassungserfordernisses stellt die Anstellung von pflegenden Angehörigen, die nicht im Besitz eines Pflegefachdiploms sind, durch einen zugelassenen Leistungserbringer dar (vgl. Urteil EVG K 156/04 vom 21.06.2006 = RKUV 2006, S. 303 E. 4). Die Pflegeleistungen, welche von den Angehörigen, die über ein Pflegegediplom, aber nicht über eine Abrechnungsnummer verfügen, können folglich nicht nach Massgabe eines statistischen Vollkostenansatzes bzw. der für freiberuflich tätige Pflegefachpersonen geltenden Tarife vergütet werden.

Nach der Auffassung der Gutachter sollten die Pflegeleistungen der Angehörigen unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sie über ein Pflegegediplom verfügen und die Erwerbstätigkeit reduziert haben, nach Massgabe der hypothetischen Kosten, die entstünden, wenn anerkannte Leistungserbringer beigezogen würden, vergütet werden. Ein angemessener Abzug in der Höhe der im Zusammenhang mit der freiberuflichen Tätigkeit anfallenden Kosten für den Beitritt zum Tarifvertrag und der sonstigen «eingesparten» Kosten, wenn die Angehörigen sich nicht selbstständig machen, ist dabei zu berücksichtigen. 132

## 2. Pflege- und Hilfemassnahmen gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV

Die gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV für medizinische Pflegemassnahmen, welche nicht durch anerkannte Leistungserbringern erbracht werden, und für nichtmedizinische Hilfemassnahmen, unabhängig davon, von wem sie erbracht werden, zu vergütende Entschädigung ist mit einem angemessenen tieferen Stundenansatz zu berechnen. Als Folge des Gleichheitsgebotes sind für alle versicherten Personen bzw. für alle nicht anerkannten Leistungserbringer dieselben Stundenansätze zu vergüten. 133

Gemäss der Empfehlung von [koordination.ch](https://www.koordination.ch)<sup>1</sup> soll im Geltungsbereich von Art. 18 Abs. 2 lit. a und b UVV ein Stundenlohnsatz von CHF 26.70 gelten, der sich wie folgt berechnet: 134

### Angeordnete medizinische Pflege zu Hause durch nicht zugelassene Person 135

Der Versicherer leistet gemäss [Art. 18 Abs. 2 UVV](#) einen Beitrag. Stundenlohn gemäss Empfehlung von Koordination Schweiz: CHF 26.70

Berechnung:

- [LSE 2014 TA1](#), Position 86 - 88 (Gesundheits- und Sozialwesen), Kompetenzniveau 1:
- CHF 4'583 : 173.33 Std. = CHF 26.45
- [Anpassung Nominallohnindex](#) 2014/2015 = 0.4 %: CHF 26.45 : 100 x 100.4 = CHF 26.55
- Schätzung 3. Quartal 2016 = 0.6 %: CHF 26.55 : 100 x 100.6 = CHF 26.70

Es ist nicht einzusehen, weshalb der gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV massgebliche Stundenansatz tiefer als die für den Assistenzbeitrag gemäss Art. 39f IVV geltenden Stundenansätze sein soll. Im Interesse einer kohärenten Rechtsordnung und zwecks Vermeidung einer Ungleichbehandlung von versicherten Personen, die einen Unfall oder eine Krankheit erlitten haben, sind auch im Geltungsbereich von Art. 18 Abs. 2 UVV mindestens die Stundenansätze, welche für den Assistenzbeitrag gelten, anzuwenden. Entsprechend ist für die Pflegemassnahmen, welche nicht von einem anerkannten Leistungserbringer ausgeführt werden, und für nichtmedizinische Hilfemassnahmen ein Stundenansatz von derzeit CHF 32.90 zu vergüten. 136

<sup>1</sup> Siehe <https://www.koordination.ch/de/online-handbuch/uvg/hilfe-und-pflege-zu-hause/> – zuletzt besucht am 19. August 2018.

- 137 Ein höherer Stundenansatz ist auch im Hinblick auf die bisherige Rechtsprechung gerechtfertigt. Im Urteil BGer 8C\_896/2009 vom 23. Juli 2010 wurden bei einem Tetraplegiker vier Stunden pro Tag mit einem Ansatz von CHF 35 abgegolten. Denselben Betrag hat die SUVA bereits im Jahr 2000 bei einem Tetraplegiker gewährt, welcher durch eine ausländische Pflegefachfrau mit Diplom in allgemeiner Krankenpflege, welche in der Schweiz nicht zugelassen war, gepflegt wurde (vgl. Einspracheentscheid SUVA 221099.SAM vom 25.02.2000).
- 138 Unter Berücksichtigung der seitherigen Nominallohnentwicklung wären im Geltungsbereich von Art. 18 Abs. 2 UVV sogar noch höhere Stunden Ansätze als diejenigen, welche für den Assistenzbeitrag massgeblich sind, gerechtfertigt. Gemäss Medienmitteilung des Bundesamtes für Statistik vom 11.12.2017 geht dieses unter Anwendung der Marktkostenmethode davon aus, dass die von der Bevölkerung jährlich geleistete unbezahlte Arbeit von 9,2 Milliarden Stunden einem Wert von CHF 408 Milliarden entspricht. Umgerechnet ergibt sich ein Stundenansatz von CHF 44.35<sup>2</sup>.

### **E. Anrechenbarkeit der Hilfloosenentschädigung**

- 139 In Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV (in der ab dem 01.01.2017 gültigen Fassung) wird die Gewährung einer Pflegeentschädigung für die Erbringung von nichtmedizinischen Hilfeleistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer davon abhängig gemacht, dass die fraglichen Leistungen nicht bereits durch die Hilfloosenentschädigung als abgegolten betrachtet werden können. Da der obligatorische Unfallversicherer für medizinische Pflegeleistungen, welche nicht von einem anerkannten Leistungserbringer erbracht werden, und nichtmedizinische Hilfeleistungen lediglich einen Beitrag zu erbringen hat, ist nicht klar, ob von den Vollkosten vorgängig die gesamte Hilfloosenentschädigung in Abzug zu bringen ist oder diese lediglich anteilmässig in Abzug gebracht werden darf, soweit die Hilfloosigkeit im konkreten Einzelfall sachlich kongruent mit Pflegeleistungen bzw. nichtmedizinische Hilfeleistungen ist.
- 140 Ein ähnliches Koordinationsverhältnis besteht im Geltungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der obligatorische Krankenpflegeversicherer wird von seiner Leistungspflicht insoweit entlastet, sofern und soweit die versicherte Person durch die Kumulation der unfall- und der krankenversicherungsrechtlichen Pflegeentschädigung sowie der unfallversicherungsrechtlichen Hilfloosenentschädigung überversichert ist. Ob und inwieweit eine Überversicherung besteht, ist nicht nach Massgabe der Globalmethode gemäss ATSG, sondern der Anrechnungsmethode gemäss Art. 122 KVV zu bestimmen. Eine Überversicherung tritt dann und in dem Umfang ein, wie die vorgenannten drei Versicherungsleistungen im konkreten Einzelfall die tatsächlichen Pflegekosten und die übrigen behinderungsbedingten Mehrkosten übersteigen (vgl. Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV).
- 141 Bei einem Heimaufenthalt tritt nach der Auffassung des Bundesgerichts beim Zusammenfallen von Hilfloosenentschädigungen mit den Leistungen der Krankenversicherung in aller Regel keine Überentschädigung ein, weil den Betroffenen ungedeckte Kosten entstehen, die höher sind als die Hilfloosenentschädigung (vgl. BGE 125 V 297 E. 5c). Die kantonale Rechtsprechung, insbesondere das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden (vgl. Urteil VGer GR S 07 214 vom 13.10.2008), ist ebenfalls der Auffassung, dass bei Pflegeheimbewohnern in der Regel

---

<sup>2</sup> Siehe <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-69155.html> – zuletzt besucht am 19.08.2018.

keine Überversicherung eintrete und die Hilflosenentschädigung dazu diene, die Pensionstaxe mitzufinanzieren.

Bei versicherten Personen, welche wie O. S. zuhause betreut und gepflegt werden, ist demgegenüber einzelfallweise zu überprüfen, ob allenfalls eine Überversicherung eintritt, wenn Pflegeentschädigungen und Hilflosenentschädigung den tatsächlichen Pflege- und sonstigen behinderungsbedingten Mehrkosten gegenübergestellt werden. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann einzelfallweise eine Kürzung der Grundpflegeentschädigung gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV zulässig sein (vgl. BGE 127 V 94 E. 3 und 5). 142

Die Behandlungspflegeentschädigung gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV demgegenüber ist mangels sachlicher Kongruenz mit der Hilflosenentschädigung von vornherein nicht kürzbar (vgl. Urteil BGer 9C\_43/2012 vom 12. Juli 2012 E. 4.1.2). Rechtsprechungsgemäss kann selbst bei einer Dauerüberwachung keine Rede davon sein, dass die effektiv vollzogenen umfangreichen Pflegeleistungen pauschal durch die Hilflosenentschädigung abgegolten sind; es bleibt vielmehr noch Raum für eine zusätzliche Vergütung im Rahmen von Art. 18 Abs. 1 UVV (vgl. Urteil BGer 8C\_457/2014 vom 05.09.2014 E. 3.2). 143

Diese primär im Geltungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entwickelte Rechtsprechung ist analog für die obligatorische Unfallversicherung anwendbar. Es stellt sich folglich im Fall von O. S. die Frage, welche weiteren behinderungsbedingten Mehrkosten bestehen bzw. ob der Versicherte unter Berücksichtigung der gesamten behinderungsbedingten Mehrkosten übertarifiziert ist, wenn er die Hilflosenentschädigung und eine ungekürzte Pflegeentschädigung gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV erhalten würde. 144

Die Gutachter haben den Rechtsvertreter von O. S. um Auskunft über die Höhe der unfallbedingten Kosten, welche von keinem Heilungskostenversicherer gedeckt werden, gebeten. Rechtsanwalt Gmünder hat den Gutachtern die nachfolgende Tabelle zugestellt: 145

(aus Datenschutzgründen entfernt)

Es besteht keine etablierte Praxis zu Art. 122 KVV. Es ist insbesondere unklar, ob lediglich die bei der versicherten Person tatsächlich anfallenden Kosten oder auch die bei pflegenden Angehörigen eintretenden finanziellen Nachteile (Mehrkosten und Erwerbsausfall) bzw. die haftpflichtrechtlich zu vergütenden normativen Pflegekosten als «Pflegekosten und ungedeckte Krankheitskosten» i.S.v. Art. 122 Abs. 1 lit. b KVV zu verstehen sind. In Ziffer 2.2 der Empfehlungen der AD-HOC-Kommission Schaden UVG zur Anwendung von UVG und UVV, Nr. 7/90 Hauspflege, vom 27.11.1990 (revidiert am 17.03.2008) werden der Lohnausfall der pflegenden Angehörigen und die Reisekosten auswärts wohnender Angehöriger explizit erwähnt. Entsprechend sind alle in der vorstehenden Tabelle erwähnten finanziellen Nachteile bei der Überversicherungsberechnung als Kosten zu berücksichtigen. 146

Die mit Wirkung ab 01.01.2017 zu vergütende Pflegeentschädigung gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV ist wie folgt zu berechnen: 147

148    *Versicherte Massnahme*    *Zeitaufwand pro Tag*    *Stundenansatz*    *Vergütung pro Jahr*

<i>Massnahmen, welche von Angehörigen ausgeführt werden</i>			
<i>Grundpflege</i>	2 104 Minuten pro Woche = 300 Minuten pro Tag = 5 Std. pro Tag	CHF 32.90	CHF 59 992
<i>Behandlungspflege</i>	396 Minuten pro Woche = 56,6 Minuten pro Tag = 0,94 Std. pro Tag	CHF 32.90	CHF 11 291
<i>Hauswirtschaftlicher Mehraufwand</i>	120 Minuten pro Woche = 17,15 Minuten pro Tag = 0,28 Std. pro Tag	CHF 32.90	CHF 3 422
<i>Betreuung und Begleitung</i>	734 Minuten pro Woche = 105 Minuten pro Tag = 1,75 Std. pro Tag	CHF 32.90	CHF 20 929
<i>Nicht medizinische Hilfe, die von der örtlichen Spitex erbracht wird</i> (0 Minuten pro Woche = 0 Std. pro Tag x 365 x CHF 32.90)			CHF 0
<i>Pflegeentschädigung gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV</i>			CHF 95 634
<i>Sonstige behinderungsbedingte Mehrkosten</i>			CHF ...
<i>abzüglich Hilfloosenentschädigung</i>			- CHF ...
<i>Vergütungspflichtiger Beitrag gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV</i>			CHF ...

149 Die bis zum 31.12.2016 gültige Fassung von Art. 18 UVV sah lediglich eine Beitragspflicht für medizinische Pflegemassnahmen, welche nicht von anerkannten Leistungserbringern erbracht werden, vor. Für nichtmedizinische Pflegemassnahmen wurden jedoch praxisgemäss ebenfalls Beiträge für tatsächliche Mehrkosten und nachgewiesene Lohnausfälle der betreuenden Angehörigen gewährt (vgl. Ziffer 2.2 Empfehlungen der AD-HOC-Kommission Schaden UVG zur Anwendung von UVG und UVV, Nr. 7/90 Hauspflege, vom 27.11.1990, revidiert am 17.03.2008).

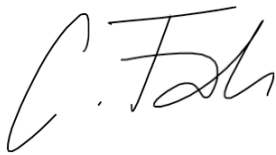
150 Entsprechend wird gutachterlich beliebt gemacht, die bis zum 31.12.2016 vergütungspflichtige Pflegeentschädigung gemäss Art. 18 Abs. 2 aUVV ausgehend von der mit Wirkung ab 01.01.2017 massgeblichen Pflegeentschädigung festzulegen, wobei die medizinischen Pflegemassnahmen von 3,5 Std. pro Tag vollumfänglich und die nichtmedizinischen Hilfemassnahmen von 4,5 Std. pro Tag (2,5 Stunden für nichtmedizinische Pflege und zwei Stunden übriger Drittversorgungsaufwand, vgl. supra Rz 121) zur Hälfte zu entschädigen sind.

\* \* \*

Das vorliegende Gutachten wurde auf Grund der erhaltenen Angaben und übergebenen Unterlagen sowie den persönlich gemachten Feststellungen und Abklärungen nach bestem Wissen und Gewissen weisungsfrei erstellt. Die Begutachtung erfolgt unter Ausschluss einer Gewähr für die Übernahme der gutachterlichen Schlussfolgerungen durch die beteiligten Versicherer bzw. zuständigen Gerichte.

3. April 2017/20. August 2018

Cécile Fäh



Prof. Dr. iur. Hardy Landolt LL.M.



Anhang

RAI-HC Dokumente

1. ADuA SG
2. MDS- HC
3. Leistungsblatt

## Anhang

---

### RAI-HC Dokumente

1. ADuA SG
2. MDS- HC
3. Leistungsblatt