



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 26. August 2025 (725 23 260)

Unfallversicherung

Anspruch der Angehörigen für die von ihnen zuhause erbrachten Pflegeleistungen gestützt auf Art. 18 UVV

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Andreas Blattner, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Christian Haag, Rechtsanwalt, Häfliger Haag Häfliger AG, Schwanenplatz 7, Postfach, 6002 Luzern

gegen

SWICA Versicherungen AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 37, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A.1 A.____ zog sich bei einem Arbeitsunfall im Januar 2013 ein schweres Schädelhirntrauma zu (vgl. Unfallmeldung vom 22. Januar 2013). Seither leidet er insbesondere an einer motorisch betonten Aphasie, einer Blasenfunktionsstörung, neurokognitiven Defiziten und einem Frontalhirnsyndrom mit pathologischem Weinen und Lachen (vgl. Bericht von Dr. med. B.____,

Klinik C.____, vom 28. Juni 2016). Im Zeitpunkt des Unfallereignisses war er bei der SWICA Versicherungen AG (SWICA) obligatorisch gegen Unfälle versichert. Die SWICA anerkannte in der Folge ihre Leistungspflicht. Nachdem sie zunächst die Kosten der Heilbehandlung übernommen und ein Taggeld ausgerichtet hatte, sprach sie dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 100 % mit Verfügung vom 28. Oktober 2014 ab 1. Juli 2014 eine Komplementärrente im Betrag von Fr. 3'390.-- monatlich zu, bejahte ab 1. Juli 2014 den Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung basierend auf einer Hilflosigkeit schweren Grades im Betrag von monatlich Fr. 2'076.- und richtete eine Integritätsentschädigung im Umfang von Fr. 126'000.-- aus. Von Januar 2014 bis April 2020 bezog A.____ ausserdem eine ganze Rente der Schweizerischen Invalidenversicherung (IV). Seit Mai 2020 ist er Bezüger einer AHV-Altersrente. Er lebt zuhause, wo er von seiner Ehefrau und einem seiner beiden Söhne betreut wird. Per 1. Januar 2016 passte die SWICA die Hilflosenentschädigung an die Teuerung an und setzte den Betrag auf monatlich Fr. 2'436.-- fest.

A.2 Mit E-Mail vom 20. Februar 2020 beantragte Rechtsanwalt Christian Haag im Namen und im Auftrag des Versicherten bei der SWICA die rückwirkende Zusprache von Beiträgen gemäss Art. 18 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 in Verbindung mit Art. 66 UVV. Er wies darauf hin, dass sein Klient seit dem 15. Dezember 2013 von den Angehörigen zuhause gepflegt werde. In der Folge leitete die SWICA die entsprechenden Abklärungsmassnahmen ein. Am 22. Juni 2020 wurde vom SAHB Hilfsmittelzentrum (SAHB) eine Pflegeleistungsabklärung durchgeführt. Mit Schreiben vom 15. Oktober 2020 eröffnete die SWICA dem Rechtsvertreter, sie werde dem Versicherten gestützt auf den Bericht des SAHB vom 27. Juli 2020 pro Monat Fr. 875.10 ausrichten. In Berücksichtigung von Art. 24 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 werde sie ausserdem rückwirkend ab 1. Januar 2015 einen Beitrag von insgesamt Fr. 50'304.60 ausbezahlen. Mit E-Mail vom 5. November 2020 rügte der Rechtsvertreter diese Leistungen als zu tief. Die medizinische Notwendigkeit der 24-stündigen Betreuung sei ausgewiesen, weshalb Beiträge für eine 24-stündige Hauspflege als Folge der Überwachung geschuldet seien. In der Folge liess die SWICA den Pflegeaufwand und die Überwachung des Versicherten nochmals abklären. Die Abklärung fand am 13. August 2021 statt und wurde ebenfalls von einer Fachperson des SAHB vorgenommen. Mit E-Mail vom 30. November 2021 teilte die SWICA dem Rechtsvertreter mit, dass sie eine Nachzahlung im Betrag von Fr. 153'095.40 für die gestützt auf Art. 18 Abs. 2 UVV in den Jahren 2015 bis 2021 geschuldeten Leistungen auslösen werde. Bis Dezember 2021 werde sie monatlich einen Beitrag von Fr. 875.10 und ab Januar 2022 von Fr. 3'028.60 ausrichten. Mit dieser Berechnung erklärte sich der Rechtsvertreter in der Folge erneut nicht einverstanden und beantragte unter Hinweis auf ein Rechtsgutachten von Prof. Dr. iur. D.____ vom 8. Juni 2022 die Zusprache erheblich höherer Leistungen.

A.3 Mit Verfügung vom 4. Januar 2023 hielt die SWICA grundsätzlich an ihrer Auffassung fest, sprach A.____ nun aber auch ab Januar 2015 einen monatlichen Beitrag von Fr. 3'028.60 zu. Sie führte aus, dass die Nachzahlung der Leistungen für die Periode Januar 2015 bis Dezember 2021 im Betrag von Fr. 153'095.40 bereits im November 2021 getätigt worden sei. Die Nachzahlung der Leistungen von Januar 2022 bis Januar 2023 über den Betrag von Fr. 39'371.80 werde demnächst erfolgen. Das Gutachten von Prof. D.____ habe nicht aufgrund ungenügender

Abklärungen erstellt werden müssen, weshalb es nicht entschädigt werde. Die dagegen vom Versicherten mit Eingabe vom 6. Januar 2023 erhobene Einsprache wies die SWICA mit Einspracheentscheid vom 10. August 2023 vollumfänglich ab.

B. Dagegen erhob A.____, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Christian Haag, mit Eingabe vom 23. August 2023 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte unter o/e-Kostenfolge, es sei der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. August 2023 aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin habe dem Beschwerdeführer ab dem Unfall für die ärztlich angeordnete medizinische Pflege sowie die nichtmedizinische Hilfe zu Hause inkl. Betreuung und Überwachung, während total 24 Stunden pro Tag, einen angemessenen Stundenansatz von Fr. 36.50, mindestens aber Fr. 33.50 (oder eventualiter mindestens gemäss Gutachten von Prof. D.____) im Rahmen von Art. 18 UVV zu bezahlen, monatlich somit Fr. 24'647.40, zzgl. Nachzahlung von Zins. Zudem werde beantragt, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die Kosten des Gutachtens von Prof. D.____ im Betrag von Fr. 6'462.-- zurückzuerstatten.

C. Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Vernehmlassung vom 9. Oktober 2023 die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung der instruierenden Präsidentin der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts vom 25. Oktober 2023 wurde die Angelegenheit dem Dreiergericht zur Beurteilung überwiesen.

E. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen und Begründungen fest (vgl. Replik vom 1. November 2023 und Duplik vom 4. Dezember 2023).

F. Die instruierende Präsidentin der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts überwies die Angelegenheit mit Verfügung vom 5. Dezember 2023 erneut der Dreierkammer zur Beurteilung.

G. Anlässlich der Urteilsberatung vom 1. Februar 2024 gelangte das Kantonsgericht zum Schluss, dass der Entscheid auszustellen sei (vgl. Beschluss vom 1. Februar 2024). In Erwägung 9 hielt es zusammenfassend fest, es ziehe in Betracht, die Beschwerde teilweise gutzuheissen, den angefochtenen Einspracheentscheid aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie für die Festsetzung ihrer Leistungspflicht vom 1. Februar 2015 bis 31. Dezember 2016 neue Abklärungen im Sinne der Erwägungen treffe und anschliessend den Anspruch des Beschwerdeführers gestützt auf Art. 18 Abs. 2 UVV in der Version, wie sie bis 31. Dezember 2016 in Kraft gewesen sei, neu berechne und verfüge. Für den Anspruch ab 1. Januar 2017 werde beabsichtigt, die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer in Anwendung von Art. 18 Abs. 2 lit. a und b UVV in der Version, wie sie ab 1. Januar 2017 gültig sei, monatlich einen Beitrag von Fr. 13'023.20 zu bezahlen. Mit der beabsichtigten Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids und der Rückweisung der Angelegenheit zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuentscheidung an die Beschwerdegegnerin wären Bestand und Umfang des Anspruchs des Beschwerdeführers bis 31. Dezember 2016 wieder

offen, weshalb ihm nach erneuter Abklärung durch die Beschwerdegegnerin und dem Erlass einer neuen Verfügung diesbezüglich allenfalls eine Verschlechterung seiner Rechtsposition drohen könnte. Aus diesem Grund werde dem Beschwerdeführer gemäss bundesgerichtlicher Praxis die Gelegenheit eingeräumt, seine Beschwerde zurückzuziehen.

H. Mit Eingabe vom 18. März 2024 liess der Beschwerdeführer mitteilen, dass er seine Beschwerde bezüglich der Periode Januar 2015 bis Dezember 2016 zurückziehe, falls die Zulässigkeit eines Teilrückzuges bejaht werde. Für den Fall, dass das Kantonsgericht seine Auffassung der Zulässigkeit eines Teilrückzuges nicht teile, werde diesbezüglich der Erlass eines anfechtbaren Zwischenentscheids beantragt. Ansonsten halte er an der Beschwerde fest. In materieller Hinsicht sei festzuhalten, dass bis Ende 2014 keine Verwirkung des Leistungsanspruchs eingetreten sei.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht beim örtlich wie sachlich zuständigen Kantonsgericht erhobene Beschwerde vom 23. August 2023 trat das Kantonsgericht bereits anlässlich der ersten Urteilsberatung ein.

2.1 Die versicherte Person hat nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Der Bundesrat kann gemäss Art. 10 Abs. 3 UVG festlegen, unter welchen Voraussetzungen die versicherte Person Anspruch auf Hilfe und Pflege zu Hause hat.

2.2 Art. 18 Abs. 1 UVV in der Fassung, wie sie bis 31. Dezember 2016 in Kraft stand (nachfolgend Art. 18 Abs. 1 aUVV), sah unter dem Titel "Hauspflege" vor, dass die versicherte Person Anspruch auf eine ärztlich angeordnete Hauspflege hat, sofern diese durch eine nach den Art. 49 und 51 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird. Gemäss Art. 18 Abs. 2 aUVV kann der Versicherer ausnahmsweise auch Beiträge an eine Hauspflege durch eine nicht zugelassene Person gewähren (vgl. auch BGE 116 V 41 E. 2). Diese Regelung stand im Widerspruch zu den internationalen und von der Schweiz unterzeichneten Abkommen. 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 die Krankenpflege, und zwar unabhängig davon, ob diese zu Hause, im Spital oder in einer anderen medizinischen Einrichtung erfolgt. In der Folge wurde die Verordnungsbestimmung vom Bundesrat geändert. Art. 18 Abs. 1 UVV in der seit 1. Januar 2017 in Kraft stehenden Fassung sieht deshalb unter dem Titel "Hilfe und Pflege zu Hause" vor, dass die versicherte Person Anspruch auf ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause hat, sofern diese durch eine nach den Art. 49 und 51 KVV zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird. Art. 18 Abs. 2 UVV hält fest, dass der Versicherer einen Beitrag an ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause durch eine nicht zugelassene Person zu leisten hat, sofern diese Pflege fachgerecht ausgeführt wird (lit. a). Der Versicherer hat ausserdem einen Beitrag zu leisten an nichtmedizinische

Hilfe zu Hause, soweit diese nicht bereits durch die Hilflosenentschädigung nach Art. 26 UVG abgegolten ist (lit. b). In BGE 146 V 364 entschied das Bundesgericht, dass die neue Bestimmung auch auf Unfälle Anwendung findet, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben.

2.3 Zwischen den Parteien sind Leistungen umstritten, die ausschliesslich von den Angehörigen des Beschwerdeführers erbracht werden. Es geht deshalb nachfolgend einzig um Leistungen gestützt auf Art. 18 Abs. 2 aUVV bzw. Art. 18 Abs. 2 lit. a und b UVV. Nachdem die Bestimmung von Art. 18 UVV per 1. Januar 2017 nicht nur sprachlich, sondern auch inhaltlich geändert wurde, ist es angezeigt, das vorliegende Rechtsverhältnis in zwei unterschiedliche Zeitphasen zu unterteilen: in eine erste Phase bis 31. Dezember 2016 und eine zweite ab 1. Januar 2017.

3. Der Beschwerdeführer beantragt die Ausrichtung von Leistungen ab Unfalltag. Da er sich zwischen dem Unfallereignis im Januar 2013 bis zu seiner Entlassung aus der Klinik E.____ per 15. Dezember 2013 dauernd stationär in einer Heil- oder Pflegeeinrichtung befand, und die vorgenannten Bestimmungen vorsehen, dass die Pflege und Hilfe zu Hause erbracht werden muss, damit die versicherte Person Leistungen der Beschwerdegegnerin beantragen kann (vgl. Art. 18 aUVV: "Hauspflege"; Art 18 UVV: "Hilfe und Pflege zu Hause"), ist ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen bis und mit 14. Dezember 2013 zu verneinen.

4.1 Zunächst ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer seine Beschwerde betreffend die monatlichen Pflegeleistungen für die Zeitperiode von Januar 2015 bis Dezember 2016 zurückziehen kann mit der Folge, dass der angefochtene Einspracheentscheid diesbezüglich in Rechtskraft erwachsen würde. In seiner Stellungnahme vom 18. März 2024 führte er aus, dass das Kantonsgericht den Anspruch aufgrund der per 1. Januar 2017 geänderten Rechtslage in zwei Phasen aufgeteilt habe. Es sei richtig, dass es beabsichtige, den Fall betreffend die erste Phase für neue Abklärungen, eine Neuberechnung des Anspruchs und eine neue Verfügung gestützt auf Art. 18 Abs. 2 aUVV an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und ab Januar 2017 ein materielles Urteil vorsehe. Die Berücksichtigung der nichtmedizinischen Hilfeleistung für die erste Phase sei wegen der Veränderung der Rechtslage kein einzelnes Element, das sich auf die Beurteilung des Anspruchs in der zweiten Phase auswirken könne. Es handle sich beim Anspruch bis Ende 2016 deshalb nicht bloss um einen Teilaspekt desjenigen ab 2017, sondern es bestehe für den Anspruch bis Ende 2016 ein selbständiges Rechtsverhältnis, das separat beurteilt werden könne. Der Anspruch für die erste Phase sei deshalb einer separaten Rechtskraft zugänglich, weshalb ein entsprechender Teilrückzug möglich sei und er die Beschwerde betreffend die erste Phase (1. Januar 2015 bis Ende 2016) zurückziehe, womit das Verfahren diesbezüglich gegenstandslos und der Einspracheentscheid rechtskräftig würde. Betreffend den Anspruch für die zweite Phase ab Januar 2017 halte er an der Beschwerde fest.

4.2 Die Beantwortung dieser Frage hängt davon ab, was Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist. Unter dem Begriff Streitgegenstand ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung das Rechtsverhältnis zu verstehen, das den aufgrund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Gegenstand der Verfügung bzw. des Einspracheentscheids bildet. Der Streitgegenstand umfasst immer ein ganzes Rechtsverhältnis und nicht lediglich einen Teilaspekt desselben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. August 2016, 9C_179/2016, E. 3.1). Einzelne

Teilaspekte des Rechtsverhältnisses oder die bestimmenden Elemente bzw. Anspruchsvoraussetzungen des Rechtsverhältnisses machen in der Regel deshalb weder Anfechtungs- noch Streitgegenstand aus (vgl. ULRICH MEYER, Verfahrensfragen / Der Streitgegenstand im Streit – Erläuterungen zu BGE 125 V 413, in: Ulrich Meyer – Ausgewählte Schriften, Thomas Gächter (Hrsg.), Zürich 2013, S. 400). Sie bilden nur Begründungselemente des Streitgegenstands und können daher im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen von einer Beschwerdeinstanz anders beurteilt werden als von der verfügenden Behörde, auch wenn sie nicht bestritten worden sind, und sie können erst als rechtskräftig beurteilt und damit der richterlichen Überprüfung entzogen gelten, wenn über den Streitgegenstand, also das Rechtsverhältnis, insgesamt rechtskräftig entschieden worden ist. Zu den Begründungselementen gehören zum Beispiel die Höhe des versicherten Verdienstes, der Rentenbeginn, die versicherungsmässigen Voraussetzungen sowie die einzelnen Faktoren für die massliche und zeitliche Festsetzung der entsprechenden Leistung (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 25. September 2018, 8C_819/2017, E. 4.3, und vom 27. Februar 2008, 8C_690/2007, E. 2.3.1, 2.3.2. und E. 3.1). Kann über einzelne Teile, Aspekte oder Begründungselemente eines Rechtsverhältnisses nicht einzeln rechtskräftig entschieden werden, ist diesbezüglich auch kein Teilrückzug möglich. Anders sieht es aus, wenn verschiedene separat beurteilbare Rechtsverhältnisse vorliegen, die einer eigenen Rechtskraft zugänglich sind, weshalb ein entsprechender Teilrückzug der Beschwerde möglich ist.

4.3 Das Dispositiv des vorliegend angefochtenen Einspracheentscheids lautet auf Abweisung der Einsprache, auf Verzicht der Erhebung von Verfahrenskosten sowie auf Verzicht der Zuspreehung einer Parteientschädigung. In der dem Einspracheentscheid zugrundeliegenden Verfügung vom 4. Januar 2023 erliess die Beschwerdegegnerin kein Dispositiv im klassischen Sinne. Stattdessen hielt sie auf Seite 3 fest, dass das Gutachten von Prof. D._____ nicht infolge ungenügender Abklärungen ihrerseits habe erstellt werden müssen. Das Gutachten sei deshalb unnötig gewesen und werde nicht entschädigt. Weiter führte sie aus, dass eine Nachzahlung der Leistungen für die Periode von Januar 2015 bis Dezember 2021 über Fr. 153'095.40 bereits im November 2021 getätigt worden sei. Die Nachzahlung der Leistungen von Januar 2022 bis Januar 2023 werde innerhalb der nächsten Tage erfolgen. Diesem "Dispositiv" sind somit zwei Rechtsverhältnisse zu entnehmen: einerseits der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Entschädigung für die ihm entstandenen Kosten des Gutachtens von Prof. D._____, andererseits der Anspruch des Beschwerdeführers auf Entschädigung des Aufwands für die Pflegeleistungen durch seine Angehörigen von Januar 2015 bis auf Weiteres. Es handelt sich diesbezüglich um eine Dauerleistung, die als Einheit zu verstehen ist, vergleichbar mit der rückwirkenden Zuspreehung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente. Der Umstand, dass die gesetzliche Regelung von Art. 18 UVV per 1. Januar 2017 inhaltlich geändert wurde, führt nicht zu zwei unterschiedlichen Rechtsverhältnissen. Stattdessen liegt ein komplexes, im Wesentlichen jedoch einzig durch die Höhe der Leistung und die Anspruchsperioden definiertes Rechtsverhältnis vor. Dass der Umfang und die Dauer des Leistungsanspruchs über den verfügungsweise bzw. einspracheweise geregelten Zeitraum hinweg variieren, ist unter anfechtungs- und streitgegenständlichem Gesichtswinkel gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht von Bedeutung. Es liegt ein Rechtsverhältnis vor, das im Falle einer Beschwerdeerhebung den Streitgegenstand abgibt, weshalb es der versicherten Person nicht möglich ist, nur einen Teil des Rechtsverhältnisses anzufechten und das

Rechtsbegehren dementsprechend lediglich auf die Anfechtung einer Anspruchsperiode zu beschränken (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d).

4.4 Der Beschwerdeführer fordert die frühere Zusprechung der Pflegeleistungen sowie eine höhere Entschädigung derselben. Der Anspruch auf Pflegeleistungen unterliegt deshalb insgesamt der uneingeschränkten richterlichen Überprüfung. Die entsprechende Zeitspanne bis Dezember 2016 macht nur einen Teil des Leistungsanspruchs aus und stellt damit lediglich einen Teilaspekt der streitgegenständlichen Pflegeleistungen und nicht ein separat beurteilbares Rechtsverhältnis dar. Damit kann der Rückzug nur bezüglich der gesamten Beschwerde, bezüglich des Antrags auf Zahlung der Gutachterkosten oder bezüglich des Anspruchs auf Ausrichtung von Pflegeleistungen erfolgen. Der Anspruch vom 1. Januar 2015 bis Ende Dezember 2016 dagegen ist keiner separaten Rechtskraft zugänglich, weshalb auch kein entsprechender Teilrückzug durch den Beschwerdeführer für diese Zeitspanne möglich ist. Soweit der Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 18. März 2024 auf das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 28. August 2014, VSBES.2013.225, hinweist, kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. In diesem Urteil gelangte das kantonale Gericht zwar zum Schluss, dass die Beschränkung eines Rechtsbegehrens im Laufe des Einspracheverfahrens grundsätzlich zulässig sei und im Ergebnis einem Teilrückzug entspreche mit der Folge, dass die angefochtene Verfügung diesbezüglich in Rechtskraft erwachse. Da es sich im betreffenden Fall aber um einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung handelte, der ein selbständiges Rechtsverhältnis und nicht nur ein einzelnes Element eines Anspruchs darstellt, ist er einer separaten Rechtskraft zugänglich. Folglich ist auch ein entsprechender Teilrückzug der Beschwerde möglich.

4.5 Der Beschwerdeführer ersuchte in der Eingabe vom 18. März 2024 um Erlass einer anfechtbaren Zwischenverfügung für den Fall, dass das Kantonsgericht einen Teilrückzug als unzulässig erachten sollte. Zwischenverfügungen stellen einen Schritt auf dem Weg zur Verfahrenserledigung dar und sind insofern ein (rein) organisatorisches Instrument zur Verfahrensleitung. In Anbetracht des Umstands, dass mit dem vorliegenden Urteil direkt in der Hauptsache entschieden wird, wird das Gesuch um Erlass einer Zwischenverfügung gegenstandslos. Eine Zwischenverfügung ist ausserdem obsolet, da der Beschwerdeführer bereits mitteilen liess, er werde an seiner Beschwerde integral festhalten, falls eine Splittung nicht als möglich erachtet werde.

5.1 Zu prüfen ist der vom Beschwerdeführer mit Eingabe vom 18. März 2024 erhobene Einwand, es sei für die Phase vom 15. Dezember 2013 bis 31. Januar 2015 noch keine Verwirkung eingetreten.

5.2 Gemäss Art. 24 Abs. 1 ATSG erlischt der Anspruch auf Nachzahlung von ausstehenden Leistungen fünf Jahre nach Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war. Es handelt sich hierbei um eine gesetzliche Verwirkungsfrist, was bedeutet, dass der Anspruch nach Ablauf der Frist untergeht. Bei den vorliegend umstrittenen Pflegeleistungen handelt es sich um periodische Geldleistungen. Dies hat zur Folge, dass nur die einzelnen monatlichen Leistungen durch Zeitablauf untergehen können. Der Eintritt der Verwirkung führt zum vollständigen Erlöschen des subjektiven Rechts und ist vom Gericht – anders als derjenige einer Verjährung – von

Amtes wegen festzustellen (vgl. MARCO REICHMUTH, in: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, Kieser/Kradolfer/Lendfers [Hrsg.], 5., vollständig revidierte Auflage, Zürich 2024, N 18 zu Art. 24). Durch eine rechtzeitige Anmeldung wird die Frist von Art. 24 Abs. 1 ATSG grundsätzlich gewahrt.

5.3 Der Beschwerdeführer weist zunächst darauf hin, dass BGE 146 V 364 erst am 28. August 2020 gefällt worden sei. Bis zu diesem Zeitpunkt habe nicht festgestanden, dass der per 1. Januar 2017 revidierte Art. 18 Abs. 2 UVV auch auf Unfälle anwendbar sei, die sich vor der Rechtsänderung ereignet hätten, weshalb er keinen Anlass gehabt habe, entsprechende Leistungen zu beantragen. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Im Unfallzeitpunkt war Art. 18 Abs. 2 aUVV bereits in Kraft. Es existierte somit bereits damals schon eine gesetzliche Bestimmung, um bei der Beschwerdegegnerin einen Antrag auf Ausrichtung eines Beitrags für die durch die Angehörigen erbrachte Hauspflege zu stellen.

5.4 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, dass die Verwirkung seitens der Beschwerdegegnerin weder in der Verfügung noch im Einspracheentscheid oder im Schriftenwechsel vor dem Kantonsgericht ein Thema gewesen sei, weshalb es formaljuristisch sei, wenn das Kantonsgericht mangels eines expliziten Antrags die Verwirkung eines Teils des Anspruchs bejahe. Auch diesem Einwand kann nicht gefolgt werden. Aus den Unterlagen der Beschwerdegegnerin geht hervor, dass sie dem Rechtsvertreter bereits im Rahmen der ersten Berechnung der Pflegeleistungen unter Hinweis auf Art. 24 ATSG eine Nachzahlung der Leistungen erst ab 1. Januar 2015 in Aussicht stellte (vgl. Schreiben vom 15. Oktober 2020, SWICA-act. 303). In der Folge meldete sich der Rechtsvertreter, bestritt den Eintritt der Verjährung und forderte eine Entschädigung auch für das Jahr 2014. Die Sachbearbeiterin wies den Rechtsvertreter nach Rücksprache mit dem Vorgesetzten erneut auf Art. 24 ATSG hin. Der Rechtsvertreter teilte mit, dass der Haftpflichtversicherer eventuell das Jahr 2014 bezahlen werde (vgl. verschiedene Telefonnotizen der Beschwerdegegnerin, SWICA-act. 315).

5.5 Auch der Hinweis des Beschwerdeführers auf das Urteil des Bundesgerichts vom 12. Dezember 2023, 4A_183/2023, E. 5, verfängt nicht, da sich die vorliegende Konstellation grundlegend vom Sachverhalt unterscheidet, den das Bundesgericht im zitierten Entscheid zu beurteilen hatte. Darin ging es um eine privatrechtliche Streitigkeit zwischen einer versicherten Person und einer Versicherung in Anwendung der Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2. April 1908 und der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) vom 19. Dezember 2008, weshalb es dem kantonalen Versicherungsgericht eigentlich verwehrt gewesen wäre, von sich aus eine Versicherungsklausel zu berücksichtigen, auf die sich keine der Parteien berief und die auch nicht der Verteidigungslinie einer der Parteien entsprach. Vielmehr wäre es Sache der betreffenden Partei gewesen, zu behaupten (und zu beweisen), dass die Versicherungsklausel anzuwenden und gestützt darauf keine Leistung geschuldet sei.

5.6.1 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, dass sich aus den Unterlagen ein formeller, mindestens aber materieller, eventualiter konkludent gestellter Antrag auf Leistungen und damit eine rechtzeitige Anmeldung ergebe. So habe die Beschwerdegegnerin bereits am

28. August 2013 anlässlich eines Telefonats mit dem Sozialdienst der Klinik E.____ Kenntnis davon erlangt, dass der Beschwerdeführer zu Hause eins zu eins betreut werden müsse. Der Sozialdienst habe nach finanziellen Möglichkeiten der Unfallversicherung bei Pflege und Betreuung zuhause angefragt. Dies könne als Antrag auf entsprechende Leistungen nach Art. 18 UVV verstanden werden. Aufgrund der Anmeldung Hilflosenentschädigung IV habe die Beschwerdegegnerin erneut erfahren, dass selbständiges Wohnen nicht möglich sei und der Beschwerdeführer im Rahmen einer schweren Hilflosigkeit rund um die Uhr Hilfestellung und Überwachung benötige. Auch im Fragebogen zur Festsetzung der Hilflosigkeit vom 23. Januar 2014 sei für die Beschwerdegegnerin die Notwendigkeit von 24 Stunden Betreuung, Pflege und Überwachung offensichtlich gewesen, die durch die Ehefrau und den Sohn geleistet würden. Trotz all dieser Hinweise habe die Beschwerdegegnerin die Leistungen nach Art. 18 UVV nicht geprüft, obschon sie dazu gemäss Art. 27 und 43 ATSG von Amtes wegen verpflichtet gewesen wäre.

5.6.2 Wie vom Beschwerdeführer dargelegt, wahrt die versicherte Person gemäss bundesgerichtlicher Praxis mit ihrer Anmeldung beim Versicherungsträger nicht nur diejenigen Ansprüche, die sie ausdrücklich auf dem Anmeldeformular aufzählt. Vielmehr umfasst die Anmeldung alle Ansprüche, die nach Treu und Glauben mit dem angemeldeten Risikoeintritt in Zusammenhang stehen. Die im Anschluss an ein Leistungsgesuch durchzuführenden Abklärungen des Versicherungsträgers erstrecken sich jedoch nur auf die vernünftigerweise mit dem vorgetragenen Sachverhalt und allfälligen bisherigen oder neuen Akten im Zusammenhang stehenden Leistungen. Wird später geltend gemacht, es bestehe noch Anspruch auf eine andere Versicherungsleistung, so ist nach den gesamten Umständen des Einzelfalles im Lichte von Treu und Glauben zu prüfen, ob jene frühere ungenaue Anmeldung auch den zweiten, allenfalls später substantiierten Anspruch umfasst. Dabei ist ein solcher Zusammenhang relativ grosszügig anzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. Februar 2013, 8C_888/2012, E. 3.4). Selbst wenn nun aber ein Versicherungsträger eine hinreichend substantiierte Anmeldung übersieht, ist gemäss gefestigter Praxis des Bundesgerichts jedoch eine fünfjährige Nachzahlungsfrist, rückwärts gerechnet ab dem Zeitpunkt der Neuansmeldung, zu beachten. Eine weitergehende Nachzahlung ist hingegen ausgeschlossen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Dezember 2023, 8C_103/2023, E. 3.2.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch vgl. MARCO REICHMUTH, a.a.O., N 36 zu Art. 24).

5.6.3 Der Sachverhalt zeigt sich wie folgt: Gemäss einer Aktennotiz vom 30. August 2013 habe der Sozialdienst der Klinik E.____ darüber informiert, dass der Versicherte nach der Entlassung aus der Rehabilitation zuhause eine eins zu eins Betreuung benötigen werde, die nicht durch die Ehefrau alleine abgedeckt werden könne, weshalb man sich erkundige, welche finanziellen Möglichkeiten der Unfallversicherer bieten könne, um auf externe Hilfe zurückgreifen zu können. In der Folge wurde vereinbart, dass sich die Klinik E.____ um die Einholung einer Offerte für die Pflege- und Betreuungsunterstützung kümmern und der Beschwerdegegnerin zukommen lassen werde (vgl. SWICA-act. 60). Mit Schreiben vom 30. September 2013 stellte die damalige Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Advokatin F.____, der Beschwerdegegnerin eine Kopie der von der Klinik E.____ am 20. September 2013 zuhanden der IV ausgefüllten Anmeldung betreffend Hilflosenentschädigung zu, worin festgehalten wurde, dass der Versicherte seit dem 18. Januar 2013 während 24 Stunden auf eine eins zu eins Betreuung angewiesen sei (vgl. SWICA-act. 63 ff.). Mit E-Mail vom 10. Oktober 2013 teilte die SWICA der Rechtsvertreterin mit, dass

derzeit kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung bestehe, da sich der Versicherte noch in einer Heilanstalt aufhalte. Laut Anmeldung könne von einer schweren Hilflosigkeit ausgegangen werden (vgl. SWICA-act. 74). Im Rahmen eines Telefongesprächs am 18. November 2013 informierte der Sohn über die baldige Entlassung des Vaters aus der Reha. Die Familie wolle ihn nicht in ein Pflegeheim geben, weshalb er die Pflege des Vaters mit seiner Mutter teilen werde. Er wohne noch zuhause (vgl. SWICA-act. 88). Mit E-Mail vom 22. Januar 2014 teilte die Rechtsvertreterin der Beschwerdegegnerin mit, dass der Versicherte seit dem 15. Dezember 2013 wieder zu Hause wohne und dort gepflegt werde. Weiter bat sie um Ausrichtung der Hilflosenentschädigung ab 15. Dezember 2013 (vgl. SWICA-act. 152). Dem Bericht vom 27. Januar 2014 ist zu entnehmen, dass die Angehörigen im Rahmen des Gesprächs vom 24. Januar 2014 mitgeteilt hätten, dass sie den Vater rund um die Uhr pflegen und betreuen müssten und selber an den Anschlag kommen würden. Sie würden eine Person benötigen, die sie in der Betreuung und Überwachung ablösen könne. Als Ziele und Massnahmen wurden vereinbart, zusätzliche Personen zu organisieren, die bei der Pflege unterstützen und die Familie entlasten könnten, geeignete Therapien zu prüfen, den Kontakt mit der IV wegen der Rente zu suchen und den regelmässigen Kontakt mit der Anwältin zu pflegen. Im Rahmen dieser Abklärung wurde auch der Fragebogen zur Festsetzung der Hilflosigkeit ausgefüllt. Daraus geht unter anderem hervor, dass der Versicherte während 24 Stunden pro Tag Hilfe brauche und überwacht werden müsse (vgl. SWICA-act. 155 ff.). In zwei internen E-Mails der Beschwerdegegnerin vom 5. bzw. 6. Februar 2014 wurde festgehalten, dass die Spitex die Pflege nicht übernehmen könne, da der Aufwand zu gross sei. Die Familie könne sich nicht vorstellen, den Versicherten in ein Heim zu geben (vgl. SWICA-act. 163 f.). Mit Schreiben vom 21. Juli 2014 gewährte die Beschwerdegegnerin der Rechtsvertreterin das rechtliche Gehör betreffend die Rechtsverhältnisse, die sie zu regeln beabsichtigte. Es handelte sich um die Einstellung der Übernahme der Heilbehandlungskosten im Rahmen von Art. 21 UVG, die UVG-Rente, die Hilflosenentschädigung sowie die Integritätsentschädigung (vgl. SWICA-act. 197 ff.). In der Folge nahm die Rechtsvertreterin mit Schreiben vom 18. August 2014 die Möglichkeit zur Stellungnahme wahr und monierte die Einstellung der Übernahme der Heilbehandlungskosten. In diesem Zusammenhang wies sie darauf hin, dass die Familie zur Entlastung Hilfe bei der medizinischen Pflege des Versicherten benötigen werde. Diese Kosten müssten von der Unfallversicherung vergütet werden (vgl. SWICA-act. 205 f.). Mit Schreiben vom 28. Oktober 2014 hielt die Beschwerdegegnerin fest, dass sie bereit sei, in Zukunft die Übernahme weitere Behandlungskosten zu prüfen (vgl. SWICA-act. 212). Mit dieser Ergänzung erklärte sich die Rechtsvertreterin in der Folge einverstanden (vgl. SWICA-act. 213 f.). Mit Verfügung vom 20. November 2014 regelte die Beschwerdegegnerin die Integritätsentschädigung, die Rente, die Hilflosenentschädigung und die Übernahme zukünftiger Behandlungskosten (vgl. SWICA-act. 215 ff.). In der Folge erwuchs die Verfügung in Rechtskraft. Im Jahr 2015 wurde dem Beschwerdeführer ein neuer Rollstuhl zugesprochen. Zudem wurde per 1. Januar 2016 der monatliche Anspruch auf Hilflosenentschädigung teuerungsbedingt auf Fr. 2'436.-- pro Monat erhöht (vgl. SWICA-act. 238). Weiter wurde im November 2017 die Übernahme einer Narkose für eine Zahnbehandlung im Jahr 2017 beantragt (vgl. SWICA-act. 246 ff.). Schliesslich gab Rechtsanwalt Christian Haag der Beschwerdegegnerin mit E-Mail vom 28. Juni 2018 bekannt, dass er am 19. Juni 2018 die Rechtsvertretung des Beschwerdeführers übernommen habe (vgl. SWICA-act. 249 ff.). Mit E-Mail vom

20. Februar 2020 wandte er sich erstmals wieder an die Beschwerdegegnerin und beantragte die rückwirkende Zusprache von Beiträgen gestützt auf Art. 18 Abs. 2 UVV (vgl. SWICA-act. 270).

5.6.4 Obwohl sich in den vorgenannten Aktenstücken aufgrund der medizinischen Unterlagen und der Abklärungen vor Ort zuhause, insbesondere im Zusammenhang mit der Sachverhaltserhebung bezüglich der Hilflosenentschädigung, konkrete Hinweise auf eine umfassende Betreuung des Beschwerdeführers durch seine Ehefrau und einen seiner Söhne zuhause finden lassen, erfolgte bis zum Zeitpunkt der E-Mail des Rechtsvertreters vom 20. Februar 2020 weder eine Geltendmachung des Anspruchs durch die Rechtsvertreter des Beschwerdeführers noch nahm die Beschwerdegegnerin selbst die Abklärung des Anspruchs auf Pflegeleistungen gestützt auf Art. 18 Abs. 2 UVV an Hand. Abgeklärt wurde hingegen auf Ersuchen der ehemaligen Rechtsvertreterin der Beizug der Spitex oder von anderen Leistungserbringern zur Unterstützung und Entlastung der Angehörigen zuhause. Derartige Massnahmen wurden aber aufgrund der besonderen Umstände im vorliegenden Fall allesamt verworfen. Ebenfalls sicherte die Beschwerdegegnerin die Übernahme weiterer Behandlungskosten zu. Ob sich die Beschwerdegegnerin in Anbetracht dieser speziellen Ausgangslage im Lichte von Treu und Glauben dazu hätte veranlasst sehen müssen zu prüfen, ob sie ausnahmsweise einen Beitrag an die Hauspflege der Angehörigen gemäss Art. 18 Abs. 2 aUVV gewähren soll, kann offengelassen werden. Denn selbst wenn davon ausgegangen würde, dass die Beschwerdegegnerin eine hinreichend substantiierte Anmeldung übersehen hätte, was zu einem Unterbruch der fünfjährigen Verwirkungsfrist führen würde, ist gestützt auf die Praxis des Bundesgerichts in jedem Fall eine fünfjährige Nachzahlungsfrist, rückwärts gerechnet ab dem Zeitpunkt der Neuankündigung vom 20. Februar 2020, zu beachten. Weiter zurückliegende Pflegeleistungen sind deshalb aufgrund des Zeitablaufs von der Beschwerdegegnerin ohnehin nicht mehr auszurichten. Damit richtete die Beschwerdegegnerin zu Recht erst ab 1. Januar 2015 Pflegeleistungen aus, weshalb die Beschwerde in diesem Punkt abzuweisen ist.

6.1 Den medizinischen Unterlagen ist zu entnehmen, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 15. Dezember 2013 mehr oder weniger stationär geblieben ist. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass die medizinischen und nichtmedizinischen Hilfeleistungen, die von den Angehörigen geleistet werden, ebenfalls über die ganze Zeit in etwa gleichgeblieben sind, weshalb zunächst auf die zwischen den Parteien umstrittene Frage einzugehen ist, ob der Beschwerdeführer während 24 Stunden pro Tag betreut und überwacht werden muss, wobei insbesondere strittig ist, ob rund um die Uhr eine medizinische Überwachungsbedürftigkeit besteht.

6.2 Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der Verfügung auf den Standpunkt, gestützt auf die Abklärungen sei keine ständige Anwesenheit der Angehörigen ausgewiesen, insbesondere nicht während der Nacht. Eine Lohnzahlungspflicht für 24 Stunden pro Tag sei deshalb nicht angebracht. Im angefochtenen Einspracheentscheid legte sie zudem dar, dass der vorliegende Sachverhalt nicht mit demjenigen des Urteils des Bundesgerichts vom 5. September 2014, 8C_457/2014, vergleichbar sei. Der zeitliche Bedarf an nichtmedizinischen Unterstützungsleistungen (besonderer Überwachungsbedarf, Unterstützung in den alltäglichen Lebensverrichtungen) sei in der Beurteilung des SAHB vom 31. August 2021 erfasst worden. Aus diesem Bericht

gehe nicht hervor, dass der Versicherte ohne Unterbruch einer aktiven Überwachung bedürfe. Er sei nicht auf medizinische Vorkehren angewiesen, die einer ständigen Überwachung bedürften, sondern benötige in der Nacht nur Hilfe bei einem zweimaligen Toilettengang. Es sei den Angehörigen möglich, während der restlichen Nacht zu schlafen. Auch in Anbetracht der ehelichen Unterstützungspflicht sei ein zusätzlicher Abzug zu berücksichtigen. Eine Entschädigungspflicht für 24 Stunden pro Tag sei daher nicht angebracht. In der Vernehmlassung und in der Duplik hielt die Beschwerdegegnerin an ihrer Auffassung fest.

6.3 In der Beschwerde wird geltend gemacht, das SAHB habe anerkannt, dass der Beschwerdeführer faktisch ein Kleinkind sei, bei dem behinderungsbedingt eine Selbstgefährdung bestehe. Daher sei die ständige Anwesenheit einer Bezugsperson erforderlich, um zwar nicht unbedingt einen ständigen lebensbedrohlichen Zustand, aber doch eine Selbstgefährdung, die auch lebensbedrohliche Ausmasse annehmen könne, abwenden zu können. Niemand käme auf die Idee, ein zweijähriges Kleinkind während über 20 Stunden täglich sich alleine zu überlassen. Der Beschwerdeführer könne jederzeit stürzen, ohnmächtig werden, ein medizinisches Problem erleiden oder versuchen, etwas zu trinken oder zu essen und sich dabei verschlucken. Analog des Urteils des Bundesgerichts vom 5. September 2024, 8C_457/2014, sei bei einem solchen Problem sofort Intervention notwendig, um Lebensgefahr abzuwenden. Somit sei nicht nur der besondere Überwachungsbedarf, sondern auch die Zeit der passiven Überwachung zu berücksichtigen. Dies entspreche auch der bundesgerichtlichen Praxis im Bereich des KVG und des IVG: dort habe das Bundesgericht entschieden, dass auch die Wartezeiten, die anfallen würden, um gegebenenfalls einen lebensbedrohlichen Zustand abwenden zu können, vollumfänglich als Pflege zu qualifizieren und dementsprechend zu vergüten seien. Hinzu komme, dass die Beschwerdegegnerin eine gewinnorientierte private Unfallversicherung sei. Es sei nicht einzusehen, wieso ihre Leistungspflicht weniger weit gehen sollte als jene der nicht gewinnorientierten Invalidenversicherung. Die eheliche Beistandspflicht und die familienrechtliche Unterstützungspflicht würden nicht so weit gehen, dass von der Ehefrau und/oder vom 44 Jahre alten Sohn eine 24-stündige Pflege, Betreuung und Überwachung verlangt werden könne. Die massiv über die Zumutbarkeit und die familienrechtliche Beistands- und Unterstützungspflicht hinausgehenden, in Zeit und Umfang singulären Engagements von Ehefrau und Sohn zugunsten des Vaters dürften nicht zu einer Reduktion der Leistungspflicht der Unfallversicherung führen. Ausserdem würden die Ehefrau und der Sohn die hauswirtschaftliche Versorgung des Versicherten gewährleisten. Hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen im Rahmen von Art. 18 Abs. 2 UVV gänzlich mit dem Argument auszublenden, dies betreffe keine nichtmedizinische Pflege, verletze die Behindertenrechtskonvention, weil sie im Ergebnis ein selbstbestimmtes Wohnen in den eigenen vier Wänden verunmögliche. Diese konventionsrechtlichen Garantien wären nicht gewährleistet, wenn der Beschwerdeführer während über 20 Stunden pro Tag sich selber überlassen würde, weil die nichtmedizinische Hilfeleistung (Pflege und Betreuung, inkl. passiver Überwachung) durch Ehefrau und Sohn nicht im Rahmen von Art. 18 Abs. 2 UVV übernommen würde. Zudem sei der Beschwerdeführer dem Goodwill seiner Angehörigen ausgeliefert, was mit dem Anspruch auf Selbstbestimmung des Lebens (Art. 19 BRK) nicht vereinbar sei. Internationale Konventionen seien justiziabel. Es bestehe punkte Behindertenrechtskonvention eine Umsetzungspflicht für alle staatlichen Instanzen, also auch für obligatorische Sozialversicherungen wie die Beschwerdegegnerin. Im Hinblick auf die Vorgaben der BRK müsse das schweizerische

Sozialversicherungssystem sicherstellen, dass eine behinderte Person die realistische Möglichkeit habe, sich ausserhalb eines institutionellen Umfelds aufhalten zu können. Wenn dem aber so sei, müsse der Gesetzgeber sicherstellen, dass die versicherte Person hinreichende finanzielle Versicherungsleistungen erhalte, um diese (selbstgewählte) Versorgungsmöglichkeit auch umsetzen zu können. Dies sei bei der Plafonierung gemäss Beschwerdegegnerin und der Nichtberücksichtigung der 24/7 nötigen passiven Überwachung nicht gewährleistet, sei es, dass man diese rechtlich mangels Anspruchs, gesetzlicher Einschränkung und/oder Zumutbarkeit ausblende, sei es spätestens dann, wenn Ehefrau und/oder Sohn des Beschwerdeführers die Pflege, Betreuung, Hilfe und Überwachung nicht mehr während 24 Stunden täglich leisten könnten und wollten. Darüber hinaus sei der Ausschluss von hauswirtschaftlichen Versorgungsleistungen, welche die existenziellen Bedürfnisse des Versicherten abdecken würden, nicht verhältnismässig im Sinne von Art. 36 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 und verletze Art. 8 Abs. 2 BV und Art. 10 Abs. 2 BV.

Mit Replik vom 1. November 2023 führte der Beschwerdeführer ausserdem aus, dass auch eine passive Überwachung nichtmedizinische Hilfe im Sinne von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV darstelle. Das von den Angehörigen erforderliche Ausmass der Überwachung und Betreuung insbesondere in der Nacht übersteige das sozial Übliche oder einen punktuellen Einsatz bei Weitem. Es sei praktisch eine dauernde persönliche Anwesenheit notwendig, vergleichbar mit einer Sitzwache in einem Spital. 24 Stunden pro Tag abzüglich des laut Beschwerdegegnerin entschädigungswürdigen Aufwands für Pflegeleistungen von 9.44 Stunden pro Tag ergebe eine Differenz von 14.56 Stunden täglich. Diese Differenz wolle die Beschwerdegegnerin nicht entschädigen, obschon der Beschwerdeführer 24 Stunden pro Tag überwacht und betreut werden müsse. Dieses Ausmass gehe weit über die Zumutbarkeit und damit über die innerfamiliäre Schadenminderungspflicht hinaus. Das zeige ein Blick in die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung SAKE 2020, Frauen in Paarhaushalten, Haushaltstyp 2. Demnach würden nichterwerbstätige Frauen in Paarhaushalten im Alterssegment 45-64 Jahre pro Woche Haus- und Familienarbeit von insgesamt 27.9 Stunden, ab Alter 65 noch 26.7 Stunden leisten. Dies seien täglich 3.98 Stunden resp. 3.81 Stunden. In der Rubrik Betreuung pflegebedürftiger Haushaltsmitglieder zeige die Statistik gar einen Aufwand von lediglich 10.9/7.7/8.3 Stunden pro Woche. Dies seien täglich 1.52 respektive 1.1 Stunden.

6.4.1 Zur Beurteilung dieser Frage liegen die IV-Anmeldung der Klinik E.____ vom 20. September 2013 (vgl. SWICA-act. 64 ff.), der Bericht des SAHB Hilfsmittelzentrums vom 27. Juli 2020 betreffend die Abklärung vom 22. Juni 2020 (vgl. SWICA-act. 280 ff.), die Unterlagen der Klinik E.____ betreffend den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 29. April 2021 bis 19. Mai 2021 (vgl. SWICA-act. 345 ff.) sowie der Bericht des SAHB Hilfsmittelzentrums vom 31. August 2021 betreffend die Abklärung vor Ort vom 28. August 2021 (vgl. SWICA-act. 394 ff.) vor. Hinsichtlich des Beweiswerts derartiger Abklärungsberichte sind – analog zur Rechtsprechung zur Beweis kraft von Arztberichten – verschiedene Faktoren zu beachten. Eine Abklärung vor Ort ist beweiskräftig, wenn sie durch eine qualifizierte Person erfolgt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der Beeinträchtigungen und Behinderungen hat, die sich aus den medizinischen Diagnosen ergeben. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der beteiligten Personen im Bericht aufzuzeigen sind.

Schliesslich muss der Berichtstext plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juni 2021, 9C_80/2021, E. 3.2 mit Hinweisen). Die vorgenannten Berichte der qualifizierten Fachpersonen erfüllen allesamt diese Bedingungen, was im vorliegenden Beschwerdeverfahren von den Parteien auch nicht mehr in Frage gestellt wird. In Berücksichtigung des Untersuchungsgrundsatzes sowie des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) ist mit den Parteien deshalb davon auszugehen, dass insbesondere die Berichte des SAHB Hilfsmittelzentrums eine verlässliche Basis zur Beurteilung des Pflegeaufwands der Angehörigen bilden.

6.4.2 Der Abklärungsbericht vom 27. Juli 2020 wurde mithilfe des Erhebungsblatts für Hilflo-senentschädigung erstellt. Gestützt darauf stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer im Schreiben vom 15. Oktober 2020 in Aussicht, ab 1. Januar 2015 einen Aufwand von rund einer Stunde pro Tag für die Lagerung, Hilfe beim Verrichten der Notdurft sowie der Bereitstellung und Verabreichung der Medikamente zu übernehmen (vgl. SWICA-act. 303). Nachdem sich der Beschwerdeführer mit der Höhe der Leistungen nicht einverstanden erklärt und eine 24-stündige Überwachung pro Tag geltend gemacht hatte (vgl. E-Mail vom 5. November 2020, SWICA-act. 324 f.), liess die Beschwerdegegnerin am 28. August 2021 eine zweite Abklärung durch das SAHB durchführen. Dort wurden detailliert alle Hilfestellungen der Angehörigen chronologisch aufgelistet, der entsprechende Zeitbedarf erfasst und dieser – anders als noch im Bericht vom 27. Juli 2020 – einer der drei Kategorien von Art. 7 Abs. 2 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 zugeteilt (vgl. SWICA-act. 394 ff.). In Bezug auf die Überwachung wurde festgehalten, dass der Versicherte an einem schweren kognitiven Defizit leide, vergleichbar mit einem Kleinkind. Alle Tätigkeiten müssten für ihn vollständig übernommen werden. Anleitungen könne er nur beschränkt verstehen und umsetzen. Er trage Pants. Verbal könne er sich nicht äussern. Einzige verbale Ausdrucksform sei ein Schreien. Die Familie lese die Körpersprache und Mimik, um seine Bedürfnisse zu erfassen. Er könne nicht allein gelassen werden, wiederum vergleichbar mit einem Kleinkind, sei er der Umwelt hilflos ausgeliefert. Er könne Situationen nicht erfassen und darauf entsprechend reagieren. Er sei nicht fähig sich selber, ohne äussere Impulse und Führung, fortzubewegen. Es bestehe eine Selbstgefährdung, eine komplette Hilflosigkeit und ein Versorgungsdefizit. Aufgrund des schweren kognitiven und körperlichen Defizits müsse jemand während 24 Stunden anwesend sein. Der Versicherte könne auf keine Weise für sich selber sorgen, sei es, sich melden, eine Situation verstehen und einschätzen, aufstehen, laufen, selber trinken und essen. Auch von den Fachpersonen der Klinik E. _____ wurde anlässlich der stationären Abklärungen eine stete Hilfeleistung durch die Angehörigen berichtet. Im Rahmen der Abklärung der Hilflo-senentschädigung im September 2013 wurde in den Ziffern 4.4, 5.2 f. ebenfalls vermerkt, dass der Versicherte aufgrund der Sturzgefahr und der Selbstgefährdung persönlich Tag und Nacht überwacht werden müsse und während 24 Stunden auf eine eins zu eins Betreuung angewiesen sei.

6.4.3 Die Stellungnahmen der spezialisierten Einrichtungen zeigen somit widerspruchsfrei und in nachvollziehbarer Weise auf, dass der Beschwerdeführer Tag und Nacht auf die Hilfe seiner Angehörigen angewiesen ist und während 24 Stunden eine umfassende Betreuung im Sinne

einer Überwachung benötigt. Von der Ehefrau und dem Sohn wird aufgrund der Gesamtheit der somatischen und psychischen bzw. geistigen Einschränkungen des Beschwerdeführers eine überdurchschnittlich hohe Aufmerksamkeit und eine ständige Interventionsbereitschaft gefordert. Dies bedeutet, dass sich jemand von den Familienangehörigen permanent in unmittelbarer Nähe des Beschwerdeführers aufhalten muss, da dauernd die Möglichkeit eintreten könnte, dass sich der Beschwerdeführer selbst gefährdet. Aufgrund dieser intensiven Betreuung kann sich die betreuende Person kaum anderen Aktivitäten widmen. Damit ist auch die "passive" Überwachung, bei der keine aktive Pflegehandlung oder Hilfeleistung getätigt wird, zu berücksichtigen.

6.4.4 Die Beschwerdegegnerin setzte sich weder in der Verfügung noch im Einspracheentscheid detailliert mit den Feststellungen der Abklärungsfachpersonen auseinander, sondern hielt fest, dass keine ständige Anwesenheit notwendig sei. Sie setzte sich damit über die Beurteilungen der Fachpersonen hinweg, ohne aber den Beweiswert der Abklärungen in Frage zu stellen. Stattdessen wurde behauptet, aus dem Bericht des SAHB gehe nicht hervor, dass der Versicherte ohne Unterbruch einer aktiven Überwachung bedürfe. Der Versicherte benötige während der Nacht zwei Mal beim Toilettengang Hilfe, es sei den Angehörigen jedoch möglich, während der restlichen Nacht zu schlafen. Eine derartige Feststellung lässt sich aber in den Berichten des SAHB nicht finden. Darüber hinaus ändert der Umstand, dass die Person, die die Überwachung übernommen hat, zwischendurch auch für kürzere Phasen schlafen kann, am Erfordernis der 24-stündigen Überwachung nichts, da die dauernde Anwesenheit dennoch erforderlich ist.

6.4.5 Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung geht aber aus den Unterlagen kein 24-stündiger medizinischer Pflegebedarf hervor. Gerade der Vergleich mit dem Zustand eines Kleinkinds zeigt, dass der Beschwerdeführer zwar nicht alleine gelassen werden kann, es aber keine medizinischen Pflegeleistungen während 24 Stunden pro Tag braucht. Soweit der Beschwerdeführer auf das Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2014, 8C_457/2014, hinweist, unterscheidet sich der dort geschilderte Sachverhalt wesentlich vom vorliegend zu beurteilenden. Im zitierten Entscheid musste die dauernde Überwachung durch medizinisch geschultes Personal sichergestellt werden, da es aufgrund des Gesundheitszustands der versicherten Person (vollständige Lähmung und konstante Beatmung) notwendig war, dass die überwachende Person im Falle eines Problems mit dem Beatmungsgerät oder einer Sekretbildung in der Kanüle sofort intervenieren konnte. Es ging im Entscheid um die Notwendigkeit einer dauerhaften medizinischen Interventionsmöglichkeit, weshalb das Bundesgericht einen medizinischen Überwachungsbedarf von 24 Stunden guthiess. Vorliegend handelt es sich zwar um eine Dauerüberwachung, die von den Angehörigen geleistet wird. Diese ist aber nicht durchwegs medizinisch-pflegerisch indiziert.

6.5 Da das Erfordernis einer 24 Stunden Überwachung bejaht wird, braucht vorliegend nicht näher geprüft zu werden, wie es sich mit den Rügen des Beschwerdeführers, wonach eine fehlende Berücksichtigung der Überwachung seine Rechte gemäss der BV und der Behindertenrechtskonvention verletze, verhält.

7.1 Zu berechnen bleibt die Höhe der monatlichen Entschädigung. Die Beschwerdegegnerin erstellte basierend auf der zweiten Erhebung des SAHB vom 31. August 2021 am 20. Oktober

2021 eine Berechnung des Anspruchs des Beschwerdeführers auf Pflegeleistungen. Darin übernahm sie die von der Abklärungsperson des SAHB gewählte Einteilung der Hilfeleistungen in die Kategorien der Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (Massnahmen der der Abklärung, Beratung und Koordination), Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV (Leistungen der Untersuchung und Behandlung) und Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV (Massnahmen der Grundpflege) mittels des RAI-HC-Instruments und teilte die einzelnen Unterstützungsmassnahmen den medizinischen Leistungen nach Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV und den nichtmedizinischen Hilfeleistungen gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV zu (vgl. SWICA-act 514). Diese Zuteilung der einzelnen Tätigkeiten in eine der Kategorien ist schlüssig und nachvollziehbar. Ein Vergleich der Berechnungstabelle mit dem Bericht des SAHB zeigt keine Widersprüche oder Unklarheiten. Auch der Beschwerdeführer zieht die Richtigkeit der Aufstellung nicht in Zweifel. Damit ist auf die Tabelle der Beschwerdegegnerin vom 20. Oktober 2021 abzustellen, um den zu entschädigenden Aufwand zu berechnen. Es hat sich aber insofern ein Fehler in der Aufstellung eingeschlichen, als der erhobene Aufwand betreffend die Begleitung zum Toilettengang (Nr. 11, 10419) im Umfang von 27.88 Stunden pro Monat in der Endabrechnung von der Beschwerdegegnerin vergessen wurde. Dieses Versäumnis ist zu korrigieren und der Aufwand ist zum Beitrag gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV zu addieren.

7.2.1 Zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers ab 1. Januar 2017. Für diese Zeitperiode schuldet die Unfallversicherung auch für nichtmedizinische Hilfeleistungen der Angehörigen zu Hause Beiträge. Wie bereits in Erwägung 6.4.5 hiavor dargelegt, ist zwar nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer während 24 Stunden pro Tag medizinische Hilfe-massnahmen benötigt. Es ist aber erstellt, dass er während 24 Stunden pro Tag betreut und überwacht werden muss. Von dieser 24-stündigen Anwesenheit abzuziehen sind nun die klarerweise nicht zu entschädigenden Haushaltstätigkeiten, die die Angehörigen so oder so erledigen müssen. Ebenfalls unberücksichtigt gelassen werden müssen die ausserhäuslichen Pflegeleistungen, da diese ja nicht "zu Hause" erbracht werden. Die übrigen Stunden der Überwachung und Anwesenheit sind von der Beschwerdegegnerin hingegen zu entschädigen.

7.2.2 In Anbetracht des Umstands, dass der Unfall vor mehr als elf Jahren stattfand und der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Einspracheentscheids bereits seit mehr als neun Jahren zuhause bei gleichbleibendem Aufwand gepflegt und unterstützt wird, erscheint es als unrealistisch, heute abklären zu wollen, welche Arbeiten die Ehefrau in den letzten Jahren ausgeführt hätte, wäre es nicht zum Unfall des Ehemannes gekommen. Es würde sich um eine hypothetische Einschätzung handeln, die zu keinem grossen Mehrwert führen würde. Wie vom Beschwerdeführer in der Replik vom 26. Oktober 2023 vorgetragen, ist daher zur Ermittlung der nicht zu entschädigenden Haushaltstätigkeiten auf die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2020 abzustellen. Dieser Erhebung entsprechend sind nichterwerbstätige Frauen zwischen 45 und 64 Jahren in Paarhaushalten während 27.9 Stunden pro Woche mit dem Haushalt beschäftigt. Das entspricht, wie auch in der Replik angeführt, pro Tag einem Aufwand von 3.98 Stunden (27.9 Std. durch 7 Tage). Dieser Aufwand ist von der 24-stündigen Überwachung abzuziehen. Weiter in Abzug zu bringen sind die ausserhäuslichen Hilfeleistungen, die nicht unter Art. 18 UVV fallen. Diese wurden vom SAHB erhoben und von der Beschwerdegegnerin in der Tabelle vom 20. Oktober 2021 ebenfalls aufgeführt. Es handelt sich um insgesamt 83.67 Stunden pro Monat. Pro Tag ergibt sich somit ein zusätzlicher Abzug von 2.75 Stunden (83.67 Std. durch 30.4 Tage).

Wenn nun von den 24 Stunden der Betrag von insgesamt 6.732 Stunden (3.98 Std. + 2.75 Std.) abgezogen wird, verbleiben 17.27 Stunden pro Tag, die von der Beschwerdegegnerin zu entschädigen sind. Klar ist gestützt auf die Ziffern 101 und 102 der Aufstellung der Beschwerdegegnerin weiter, dass davon insgesamt 48.46 Stunden pro Monat bzw. 1.59 Stunden täglich als medizinische Pflege einzustufen und gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV zu einem höheren Stundentarif zu vergüten sind. Die konkrete Bewertung dieses Aufwands als pflegerische Leistungen wird vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt. Damit bleibt ein täglicher Aufwand von insgesamt 15.68 Stunden, der unter dem Titel "nichtmedizinische Hilfe zu Hause" von der Beschwerdegegnerin zu entschädigen ist. Pro Monat ergibt sich somit ein Aufwand von insgesamt 476.67 Stunden im Sinne von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV.

7.2.3 Zwischen den Parteien ist weiter strittig, zu welchem Tarif bzw. Stundenansatz die Massnahmen zu entschädigen sind. Die Beschwerdegegnerin berief sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf die Empfehlung der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG vom 21. Juni 2022 (Nr. 01/22: Hilfe und Pflege zu Hause) und veranschlagte für die medizinischen Hilfeleistungen einen Stundenansatz von Fr. 30.15 und für die nichtmedizinischen Massnahmen einen Stundenansatz von Fr. 28.60. Sie berücksichtigte dabei die Ergebnisse der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Pos. 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen), Kompetenzniveau 1, und wies darauf hin, dass es sich bei Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV nicht um eine Vollkostendeckung der Unfallversicherung handle. In BGE 147 V 35 habe das Bundesgericht eine Entschädigung von Fr. 30.-- für Pflegeleistungen nach Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV und von Fr. 27.-- für Leistungen nach Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV als zulässig erachtet. Der Beschwerdeführer rügt die Höhe dieser Stundenansätze als zu tief und beantragt einen Stundenansatz von Fr. 36.50, mindestens aber von Fr. 33.50 oder eventualiter einen solchen gemäss Einschätzung von Prof. D.____. Er weist darauf hin, dass es fraglich sei, Stundenansätze heranzuziehen, die unter den Ansätzen für den Assistenzbeitrag liegen würden. Art. 39f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sehe einen Ansatz von Fr. 34.30 für unqualifizierte Arbeiten vor. Die Plafonierung auf das Kompetenzniveau 1 gemäss Empfehlung der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG überzeuge nicht, da die Ehefrau und der Sohn hoch spezialisiert seien. Die Erbringung dieses ausgewiesenen, teils hochqualifizierten Pflegebedarfs, regelmässig auch nachts und am Wochenende, rechtfertige es, den Stundenansatz einer hypothetischen Ersatzkraft mindestens mit Befähigung eines Fachangestellten für Gesundheit zugrunde zu legen. Dies spreche für die Anwendung des Kompetenzniveaus 2. Art. 18 Abs. 2 UVV sehe keine Beschränkung auf einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art vor, wie sie dem Kompetenzniveau 1 der TA1 zugrunde liegen würden. Ergänzend sei anzumerken, dass die Betreuung, Pflege, nichtmedizinische Hilfe und Überwachung durch die Angehörigen zu Hause für die Beschwerdegegnerin, die Versichertengemeinschaft der zuständigen Sozialversicherungen und die steuerzahlende Bevölkerung gesamthaft betrachtet günstiger sei als ein Aufenthalt in einem Pflegeheim, jedenfalls wenn die effektiven Totalkosten mitgerechnet würden.

7.2.4 Wie von der Beschwerdegegnerin erwähnt, prüfte das Bundesgericht in BGE 147 V 35 die von der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG in der zum damaligen Zeitpunkt anwendbaren Empfehlung vom 23. Juni 2017 (Nr. 07/90) verwendeten Ansätze von Fr. 30.-- für Pflegeleistungen nach Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV und von Fr. 27.-- für Leistungen nach Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV,

die auf der LSE beruhen. Es erachtete sowohl die Höhe der Stundenlöhne als auch die gewählte Ermittlungsmethode als zulässig. Im Lichte dieses Entscheids sowie in Anbetracht des Umstands, dass die Unfallversicherung einen Beitrag an die Leistungen der Angehörigen leisten muss, es sich aber nicht um eine Vollkostenrechnung handelt, worauf die Beschwerdegegnerin zu Recht hinweist, erscheinen die von der Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall festgelegten Stundenansätze als angemessen.

7.3 Unbestritten ist zwischen den Parteien, dass der Anspruch der versicherten Personen auf einen Beitrag für die nicht medizinische Hilfe nur so weit gilt, als diese nicht durch eine Hilflosenentschädigung abgegolten wird (Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV). Der Beschwerdeführer hat seit dem 1. Juli 2014 gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung schweren Grades, die seit dem 1. Januar 2016 monatlich Fr. 2'436.-- beträgt. Gemäss bundesgerichtlicher Praxis sind in einem derartigen Fall von der Abgeltung für die nicht medizinische Hilfe 85 % der Hilflosenentschädigung abzuziehen (vgl. BGE 148 V 28 E. 6.5.2).

7.4 Ab dem 1. Januar 2017 ergibt sich somit folgende Berechnung:

- monatliche Entschädigung für medizinische Hilfe gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV:
48.46 Stunden à Fr. 30.15 = Fr. 1'461.05
- monatliche Entschädigung für nichtmedizinische Hilfe gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV:
476.67 Stunden à Fr. 28.60 = Fr. 13'632.75
- monatlicher Anspruch vor Abzug von 85 % der Hilflosenentschädigung:
Fr. 1'461.05 + Fr. 13'632.75 = Fr. 15'093.80
- monatlicher Anspruch nach Abzug von 85 % (= Fr. 2'070.60) der Hilflosenentschädigung:
Fr. 15'093.80 – Fr. 2'070.60 = Fr. 13'023.20

Damit hat der Beschwerdeführer gestützt auf Art. 18 Abs. 2 lit. a und lit. b UVV rückwirkend ab 1. Januar 2017 monatlich Anspruch auf einen Beitrag in der Höhe von Fr. 13'023.20. Soweit die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer einen monatlichen Beitrag von Fr. 3'028.60 zusprach, erfolgte dies zu Unrecht.

8.1 Zu prüfen bleibt der Anspruch des Beschwerdeführers für die Phase bis 31. Dezember 2016 gestützt auf Art. 18 aUVV.

8.2 Hauspflege im Sinne von Art. 18 aUVV umfasst die Heilanzeigen mit therapeutischer Zielrichtung, die von einer Ärztin oder einem Arzt vollzogen oder angeordnet werden, und die medizinische Pflege im Sinne der Krankenpflege, wobei hier behandlungspflegerische Verrichtungen und damit zusammenhängende grundpflegerische Massnahmen gemeint sind. Der Begriff der Hauspflege ist in Art. 18 Abs. 1 und Abs. 2 aUVV identisch. Nicht von Art. 18 aUVV abgedeckt ist hingegen die nichtmedizinische Pflege, sei es an der betroffenen Person selber in Form von Hilfeleistungen bei alltäglichen Lebensverrichtungen, sei es als Hilfestellungen in ihrer Umgebung durch Führung des Haushalts oder Besorgung der alltäglichen Angelegenheiten (vgl. BGE 147 V 16 E. 8.2.2). Derartige Unterstützungsleistungen müssen und dürfen vom Unfallversicherer nicht übernommen werden, unabhängig von der Frage, wer die Leistungen erbringt (vgl.

BGE 147 V 16 E. 8.2.3). Weiter ist davon auszugehen, dass Art. 18 Abs. 1 aUVV der versicherten Person einen Rechtsanspruch auf Beiträge an die medizinische Hauspflege gewährt, wenn diese von zugelassenen Personen ausgeführt wird. Die Gewährung eines Beitrags an die medizinische Hauspflege, die von nicht zugelassenen Personen ausgeführt wird, liegt dagegen gemäss Art. 18 Abs. 2 aUVV im Ermessen des Unfallversicherers.

8.3 Wie in Erwägung 6.4.5 hiervor dargelegt, benötigt der Beschwerdeführer zwar eine 24-stündige Überwachung durch seine Angehörigen. Es handelt sich dabei aber nicht um eine medizinische Hilfeleistung. Da die nichtmedizinische Hilfeleistung der Angehörigen von Art. 18 Abs. 2 aUVV nicht erfasst wird, steht eine Entschädigung für die 24-stündige Überwachung in dieser Zeitspanne nicht zur Diskussion. Eine Ausrichtung derartiger Beiträge liegt auch nicht im Ermessen der Beschwerdegegnerin.

8.4 Die Beschwerdegegnerin berechnete gestützt auf die Tabelle vom 20. Oktober 2021 auch vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2016 einen Anspruch des Beschwerdeführers in der Höhe von monatlich Fr. 3'028.60. Sie sah somit davon ab, die altrechtlichen Bestimmungen anzuwenden und berücksichtigte auch die nichtmedizinischen Hilfeleistungen der Angehörigen bei der Berechnung des monatlichen Anspruchs. In Anbetracht des Umstands, dass im Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht das Gebot der Rechtsanwendung von Amtes wegen gilt, hat das Kantonsgericht das geltende Recht auf den erhobenen Sachverhalt anzuwenden, ohne dabei an die Begehren der Parteien gebunden zu sein (vgl. BGE 143 V 295 E. 4.1.5). In diesem Punkt hat demzufolge ebenfalls eine Korrektur des angefochtenen Einspracheentscheids zu erfolgen. Die Beschwerdegegnerin wird eine neue Berechnung ohne den Aufwand für nichtmedizinische Hilfeleistungen zu erstellen haben. Im Rahmen der Neuberechnung wird sie zudem zu berücksichtigen haben, dass in dieser Zeitperiode kein Abzug im Betrag von 85 % der Hilflo-senentschädigung (= Fr. 2'070.60) erfolgen darf. Da die nichtmedizinischen Hilfeleistungen unter dem alten Recht nicht zu entschädigen sind und bei der Berechnung des Beitrags unberücksichtigt gelassen werden müssen, gibt es keine Überschneidung mit der Hilflo-senentschädigung. Ein Abzug ist daher nicht gerechtfertigt.

9. Der Beschwerdeführer beantragt im Weiteren die Bezahlung von Verzugszinsen auf die Nachzahlung. Gemäss Art. 26 Abs. 2 ATSG werden die Sozialversicherungen, sofern die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist, für ihre Leistungen nach Ablauf von 24 Monaten nach der Entstehung des Anspruchs, frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung verzugszinspflichtig. Der Satz für den Verzugszins beträgt nach Art. 7 Abs. 1 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) vom 11. September 2002 5 % im Jahr. Der Anspruch des Beschwerdeführers ist vorliegend am 15. Dezember 2013 entstanden. Zudem ist er seiner Mitwirkungspflicht immer vollumfänglich nachgekommen. Die Geltendmachung erfolgte am 20. Februar 2020, weshalb die ausstehenden Pflegeleistungen ab 20. Februar 2021 nach den Grundsätzen von Art. 26 Abs. 2 ATSG zu 5 % zu verzinsen sind.

10. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. August 2023 aufgehoben wird. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem

Beschwerdeführer in Anwendung von Art. 18 Abs. 2 lit. a und b UVV ab dem 1. Januar 2017 monatlich einen Beitrag von Fr. 13'023.20 für die von den Angehörigen erbrachten Pflege- und Hilfeleistungen zu bezahlen und ab 20. Februar 2021 nach den Grundsätzen von Art. 26 Abs. 2 ATSG zu 5 % zu verzinsen. Betreffend die Zeitspanne vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2016 wird die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie den Sachverhalt gemäss den in Erwägung 8.4 hievordargelegten Grundsätzen nochmals abklärt und anschliessend über die Höhe der monatlichen Entschädigung und die Höhe einer allfälligen Nachzahlung neu verfügt. Die Beschwerde ist in diesem Sinne teilweise gutzuheissen.

11.1 Nach Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

11.2.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist dem Beschwerdeführer deshalb eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen.

11.2.2 Der Beschwerdeführer beantragt in Ziffer 3 der Rechtsbegehren, die Beschwerdegegnerin habe ihm die Kosten des Gutachtens von Prof. D.____ vom 8. Juni 2022 im Betrag von Fr. 6'462.-- zurückzuerstatten und führte aus, dass die Beschwerdegegnerin die rechtlichen Grundlagen falsch interpretiert habe. Zwar habe sie die rechtliche Argumentation von Prof. D.____ im Einspracheentscheid nicht übernommen. Im Falle der Gutheissung der Beschwerde erweise sich das Gutachten allerdings als notwendig für den Beschwerdeführer, um zu seinem Recht zu kommen. Diesfalls habe die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Kosten zu ersetzen. Die Beschwerdegegnerin führte dazu in der Vernehmlassung vom 9. Oktober 2023 unter Hinweis auf Art. 52 Abs. 3 ATSG aus, dass das Gutachten für die Beurteilung der vorliegenden Angelegenheit nicht massgebend gewesen sei.

11.2.3 Nach der Rechtsprechung können der obsiegenden Beschwerde führenden Partei unter dem Titel der Parteientschädigung auch die Kosten eines privat eingeholten Gutachtens vergütet werden, soweit die Parteiexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (vgl. BGE 115 V 62 E. 5c). Dieser Grundsatz ist für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten. Gestützt darauf hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Dies ist vorliegend nicht der Fall. Beim Rechtsgutachten von Prof. D.____ handelt es sich nicht um eine Massnahme, die der Abklärung des Sachverhalts diene. Stattdessen lieferte das Gutachten dem Beschwerdeführer rechtliche Argumente, um seinen Anspruch geltend zu machen. Hinzu kommt, dass die Ausführungen von Prof. D.____ nicht unerlässlich waren, um die vorliegende Angelegenheit beurteilen zu können. Unter diesen Umständen sind die Kosten des Parteigutachtens nicht der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

11.3 Der Beschwerdeführer lässt zudem in Ziffer 4 der Beschwerde die Zusprache einer Parteientschädigung beantragen. Der Rechtsvertreter machte in seiner Honorarnote vom 7. Dezember 2023 einen Zeitaufwand von 24,85 Stunden sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 48.10 geltend. Dieser Aufwand ist nicht zu beanstanden. Hinzu kommt der Aufwand für die Eingabe vom 18. März 2024, der mit vier Stunden zu veranschlagen ist. Entgegen des in der Kostennote vom 7. Dezember 2023 geltend gemachten Stundenansatzes von Fr. 280.-- sind die entsprechenden Bemühungen zu dem in Sozialversicherungsprozessen zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Dem Beschwerdeführer ist demnach für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 7'823.60 (24,85 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 48.10 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer und vier Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich 8,1 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

12. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2). Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. August 2023 aufgehoben wird.

2. Die Angelegenheit wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie für die Anspruchsperiode vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2016 neue Abklärungen im Sinne der Erwägungen trifft und anschliessend ihre Leistungen gestützt auf Art. 18 Abs. 2 aUVV für diese Zeitdauer neu berechnet und über eine allfällige Nachzahlung erneut verfügt.
3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer in Anwendung von Art. 18 Abs. 2 lit. a und b UVV ab 1. Januar 2017 monatlich einen Beitrag von Fr. 13'023.20 zu bezahlen und ab dem 20. Februar 2021 nach den Grundsätzen von Art. 26 Abs. 2 ATSG zu 5 % zu verzinsen.
4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
5. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 7'823.60 (inkl. 7,7 % bzw. 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
6. Die Beschwerdegegnerin erhält eine Kopie der Eingabe des Beschwerdeführers vom 18. März 2024 zur Kenntnisnahme zugestellt.

Gegen dieses Urteil erhoben der Beschwerdeführer am 11. September 2025 (8C_503/2025) und die Beschwerdegegnerin am 29. September 2025 (8C_562/2025) Beschwerde beim Bundesgericht.