

Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

8C 569/2019

Urteil vom 28. August 2020

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Maillard, Präsident,
Bundesrichterin Heine, Bundesrichter Wirthlin, Bundesrichterin Viscione, Bundesrichter Abrecht,
Gerichtsschreiberin Berger Götz.

Verfahrensbeteiligte

A. _____, vertreten durch Sebastian Laubscher, Advokat, substituiert durch PD Dr. Hardy Landolt, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand

Unfallversicherung (Pflegeleistung),

Beschwerde gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. August 2019 (UV 2016/83).

Sachverhalt:

A.

Der 1987 geborene A. _____ erlitt bei einem Motorradunfall am 8. Juli 2010 multiple schwere Verletzungen, unter anderem ein schweres Schädel-Hirn-Trauma. Seither ist er gelähmt (Tetraspastik) und auf Pflege angewiesen, wobei er seit 2013 unter der Woche im Heim (B. _____) lebt. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) als zuständiger obligatorischer Unfallversicherer liess am 11. November 2013 durch die Hilfsmittelberatung für Behinderte (SAHB; C. _____, Beraterin, dipl. Pflegefachfrau HF) eine Abklärung von Pflegeleistungsbedarf und Hilflosigkeit vornehmen. Mit Verfügung vom 31. Januar 2014 anerkannte sie einen Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab Februar 2014 sowie - ab demselben Zeitpunkt - einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit mittleren Grades. Zudem sprach sie dem Versicherten für Hauspflege Fr. 1'449.- monatlich zu. Auf Einsprache des Versicherten hin anerkannte die Suva eine schwere Hilflosigkeit; demgegenüber sah sie für eine Erhöhung des Pflegeaufwandes keinen Grund, da bereits mehr anerkannt worden sei als beansprucht werde; die beantragte Erstattung der Kosten eines Berichts des Kompetenzzentrums für Pflegerecht vom 27. Februar 2014 lehnte sie ab (Einspracheentscheid vom 14. August 2014). Nach Aufforderung durch das beschwerdeweise angegangene Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (Entscheid vom 24. Juni 2016) prüfte die Suva die Entschädigung der Hauspflege neu. Mit Einspracheentscheid vom 18. November 2016 sprach sie A. _____ in teilweiser Gutheissung der Einsprache ab 1. Februar 2014 einen monatlichen Pflegebeitrag von Fr. 2'239.- zu. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab, da sie dem Bericht des Kompetenzzentrums für Pflegerecht vom 27. Februar 2014 (D. _____, dipl. Pflegefachfrau HF) nicht folgte. Dessen Kosten übernahm sie nicht, hingegen zeigte

sie sich "entgegenkommenderweise bereit", zusätzlich zur regulären Physiotherapie den Zeitaufwand für das Mobilisationstraining gemäss dem SAHB-Bericht zu berücksichtigen, woraus sich (bei einem gesamten Aufwand von 10.1 Stunden pro Woche) der gesprochene Beitrag ergab.

B.

Die dagegen erhobene Beschwerde des Versicherten wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 6. August 2019 ab.

C.

A. _____ lässt mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beantragen, die Suva sei in Aufhebung des kantonalen Gerichtsentscheids zu verpflichten, ihm ab 1. Februar 2014 eine Pflegeentschädigung für 211.59 Minuten pro Tag (153.56 Minuten nach Art. 18 Abs. 1 UVV und 58.03 Minuten nach Art. 18 Abs. 2 UVV), auszurichten, dies je gemäss den vom Bundesgericht festzusetzenden Ansätzen. Eventuell sei der vorinstanzliche Entscheid aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen an das Versicherungsgericht zurückzuweisen. Ferner erneuert der Versicherte sein Begehren um Erstattung der Kosten der privaten Pflegebedarfsabklärung und des nachmaligen Berichts des Kompetenzzentrums für Pflegerecht (D. _____) vom 27. Februar 2014.

Die Suva schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verzichtet auf eine Stellungnahme, desgleichen das kantonale Gericht.

Erwägungen:

1.

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 und 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist folglich weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen. Immerhin prüft das Bundesgericht, unter Berücksichtigung der allgemeinen Pflicht zur Begründung der Beschwerde (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1 S. 236 mit Hinweisen).

2.

Im Streit liegt die Frage, ob das kantonale Gericht Bundesrecht verletzt hat, indem es den von der Suva letztlich auf 10.1 Stunden pro Woche festgesetzten und mit monatlich Fr. 2'239.- vergüteten Aufwand für Hauspflege bestätigt hat.

3.

3.1. Der anspruchsbegründende Unfall des Beschwerdeführers ereignete sich im Jahr 2010 und der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin in dieser Sache erging am 18. November 2016. Gemäss den allgemeinen intertemporalen Regeln stützte sich die Verwaltung in rechtlicher Hinsicht auf die unfallversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung (BGE 141 V 657 E. 3.5.1 S. 661; 130 V 329 E. 2.3 S. 333; vgl. auch: Urteil 9C 200/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 3.1 und 3.3.2). Gleiches tat das kantonale Gericht, das über den Sachverhalt befinden musste, wie er sich bis zum Einspracheentscheid ergeben hatte (vgl. BGE 144 V 224 E. 6.1.1 S. 232; 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer beruft sich ebenfalls ausschliesslich auf die altrechtlichen Bestimmungen. Nachfolgend werden daher allein die bis 31. Dezember 2016 geltenden Rechtsgrundlagen wiedergegeben. Was die hier nicht zu beurteilenden Verhältnisse nach dem 1. Januar 2017 betrifft, wird immerhin auf das Urteil 8C 706/2019 vom heutigen Tag und die damit eröffnete Möglichkeit der Anpassung an das aktuelle Recht verwiesen.

3.2. Der Versicherte hat nach Art. 10 Abs. 1 UVG Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Der Bundesrat kann gemäss Art. 10 Abs. 3 UVG die Leistungspflicht der Versicherung näher umschreiben

und die Kostenvergütung für Behandlung im Ausland begrenzen. Er kann festlegen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang der Versicherte Anspruch auf Hauspflege hat. Die versicherte Person hat nach Art. 18 Abs. 1 UVV Anspruch auf eine ärztlich angeordnete Hauspflege, sofern diese durch eine nach den Art. 49 und 51 KVV zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird. Ausnahmsweise kann der Versicherer in Anwendung von Art. 18 Abs. 2 UVV auch Beiträge an eine Hauspflege durch eine nicht zugelassene Person gewähren.

4.

4.1.

4.1.1. Hauspflegeleistungen im Sinne von Art. 18 UVV stellen - als Teil der Heilbehandlung (Urteil 8C 896/2009 vom 23. Juli 2010 E. 4.2) - eine Sachleistung dar (Art. 14 ATSG; vgl. Urteil 8C 457/2014 vom 5. September 2014 E. 1.2; Ueli Kieser, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], 4. Aufl. 2020, N. 21 zu Art. 10 und N. 10 zu Art. 64 ATSG; anders hingegen, wenn auch ohne nähere Begründung: Urteil 8C 1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 2). Daran ändert nichts, dass diesbezüglich ausnahmsweise das Kostenvergütungsprinzip gilt (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. 1989, S. 275; vgl. Art. 15 ATSG). Die Ausnahmeregelung des Art. 105 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 97 Abs. 2 BGG kommt daher nicht zum Tragen. Vielmehr bleibt das Bundesgericht hier nach Art. 105 Abs. 1 BGG an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG Umkehrschluss; vgl. BGE 135 V 412). Es kann diese Sachverhaltsfeststellung nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1 und Art. 105 Abs. 2 BGG; vgl. Urteil 8C 281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 1.2).

4.1.2. Zu den Sachverhaltsfeststellungen - also den Tatfragen - zählt auch die Beweiswürdigung (BGE 144 V 111 E. 3 S. 112). Diese gilt dann als "offensichtlich unrichtig", wenn sie sich als "willkürlich" qualifizieren lässt (zum Ganzen: BGE 145 V 326 E. 1 S. 328). Dafür genügt nicht, dass eine andere Lösung ebenfalls in Betracht fällt, selbst wenn sie als die plausiblere erschiene (Urteil 9C 570/2007 vom 5. März 2008 E. 4.2 mit Hinweisen). Hingegen ist eine Sachverhaltsfeststellung etwa dann offensichtlich unrichtig, wenn das kantonale Gericht den Sinn und die Tragweite eines Beweismittels offensichtlich falsch eingeschätzt, ohne sachlichen Grund ein wichtiges und für den Ausgang des Verfahrens entscheidendes Beweismittel nicht beachtet oder aus den abgenommenen Beweisen unhaltbare Schlüsse gezogen hat (BGE 129 I 8 E. 2.1 S. 9; Urteile 8C 55/2020 vom 2. März 2020 E. 1.3; 9C 629/2015 vom 24. November 2015 E. 1.2 mit diversen Hinweisen). Die Anfechtung der vorinstanzlichen Feststellungen unterliegt der qualifizierten Rüge- und Begründungsobliegenheit, wie sie gemäss Art. 106 Abs. 2 BGG für die Verletzung von Grundrechten gilt (BGE 144 V 50 E. 4.1 S. 52 f.). Wird die Beschwerde diesen Anforderungen nicht gerecht, bleibt es beim vorinstanzlich festgestellten Sachverhalt (BGE 140 III 16 E. 1.3.1 S. 18; zum Ganzen: Urteile 2C 255/2019 vom 9. März 2020 E. 1.4; 1C 373/2019 vom 6. März 2020 E. 2.1).

4.2. Unabhängig von der bundesgerichtlichen Kognition dürfen neue Tatsachen und Beweismittel nach Art. 99 Abs. 1 BGG nur so weit vorgebracht werden, als erst der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt (vgl. BGE 135 V 194). Diese Voraussetzung ist in der Beschwerde näher darzulegen (BGE 133 III 393 E. 3 S. 395). Dabei bildet der vorinstanzliche Verfahrensausgang für sich allein praxisgemäss noch keinen hinreichenden Anlass im Sinne von Art. 99 Abs. 1 BGG für die Zulässigkeit von unechten Noven, die bereits im kantonalen Verfahren ohne Weiteres hätten vorgebracht werden können (Urteile 8C 182/2019 vom 19. Juni 2019 E. 1.3.1; 8C 158/2017 vom 22. August 2017 E. 2). Das Vorbringen von Tatsachen, die sich erst nach dem angefochtenen Entscheid ereigneten oder entstanden sind (echte Noven), ist vor Bundesgericht unzulässig (BGE 143 V 19 E. 1.2 S. 22 f. mit Hinweisen).

5.

5.1. Das Bundesgericht prüft seine Zuständigkeit und die (weiteren) Eintretensvoraussetzungen von Amtes wegen und mit freier Kognition (Art. 29 Abs. 1 BGG; BGE 144 V 97 E. 1 mit Hinweis).

5.2. Nach Art. 83 lit. k BGG ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten unzulässig gegen Entscheide betreffend Subventionen, auf die kein Anspruch besteht. Mit Blick auf diesen Ausschlussgrund scheint fraglich, ob auf die Beschwerde überhaupt eingetreten werden kann, soweit damit eine Entschädigung gestützt auf Art. 18 Abs. 2 UVV geltend gemacht wird. Denn Art. 18 Abs. 2 UVV in der hier anwendbaren, bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung (vgl. E. 3.2 a.E.) begründet keinen Rechtsanspruch der versicherten Person, sondern sieht lediglich vor, dass der Versicherer ausnahmsweise auch Beiträge an eine Hauspflege durch eine nicht zugelassene Person gewähren kann. Es handelt sich dabei um eine Ermessensleistung des Unfallversicherers und nicht um eine Leistungspflicht, wie sie seit dem 1. Januar 2017 gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV neu besteht (vgl. Urteil 9C 200/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 3.3.1 und 3.3.2; KASPAR GEHRING, in: KVG/UVG Kommentar, 2018, Rz. 20 zu Art. 10 UVG). Entsprechend war das damalige Eidg. Versicherungsgericht (als Vorgänger der heutigen sozialrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts) unter der Geltung des Bundesrechtspflegegesetzes (vgl. Art. 129 Abs. 1 lit. c OG, SR 173.110) auf Beschwerden im Zusammenhang mit Art. 18 Abs. 2 UVV denn auch nicht eingetreten (BGE 116 V 41 E. 7c S. 50; Urteil U 479/00 vom 24. April 2002 E. 3).

5.3. Art. 83 lit. k BGG hat nicht nur Art. 99 Abs. 1 lit. h OG abgelöst, sondern gleichermassen Art. 129 Abs. 1 lit. c OG (vgl. Hansjörg Seiler, in: Bundesgerichtsgesetz, 2. Aufl. 2015, N. 89 zu Art. 83 BGG), da es nach heutigem Recht kein eigenständiges Ausschlussgrundregime für den Bereich des Sozialversicherungsrechts (analog zu Art. 129 neben Art. 99 ff. OG) mehr gibt. So gesehen drängt es sich fast schon auf, die soeben dargelegte Rechtsprechung hinsichtlich des bundesgerichtlichen Rechtsschutzes in Zusammenhang mit Art. 18 Abs. 2 UVV (in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung) nunmehr gestützt auf Art. 83 lit. k BGG fortzuführen. Den Ausschlag gibt dabei der fehlende Rechtsanspruch. Was sodann den Begriff der Subvention anbelangt, mag dieser angesichts des bundesrechtlichen Charakters aus Sicht von Art. 3 des Bundesgesetzes über Finanzhilfen und Abgeltungen (Subventionengesetz, SuG; SR 616.1) in nicht geradezu offensichtlicher Weise erfüllt sein (vgl. als Beispiele aus dem kantonalen Recht etwa Stipendien: vgl. BGE 124 II 489 S. 495; Urteil 2C 244/2008 vom 5. Juni 2009 E. 2.2). Allerdings betrifft Art. 18 Abs. 2 UVV die Abgeltung einer spezifischen Leistung, nämlich die dem oder der Versicherten durch eine nicht zugelassene Person erbrachte Hauspflege. Damit hängt die Ausrichtung nicht allein vom Eintritt des allgemeinen Versicherungsfalles (Unfall, Krankheit, Invalidität, Tod, Erreichen eines bestimmten Alters, Arbeitslosigkeit) ab, sondern sie erfolgt im genannten Sinn zweckgerichtet (vgl. BGE 122 V 189 E. 4a S. 198; vgl. ferner BGE 130 V 177 E. 5.2.1 S. 181; Wiederkehr/Richli, Praxis des allgemeinen Verwaltungsrechts, Bd. II, 2014, N. 1463 und 1474). Dies vermag ihre Zuordnung zum Begriff der Subvention im Sinne von Art. 83 lit. k BGG zu rechtfertigen.

5.4. Somit ist auf die Beschwerde insoweit nicht einzutreten, als sie sich auf Leistungen nach Art. 18 Abs. 2 UVV in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung bezieht. Das bedeutet nicht, dass das vorinstanzliche Eintreten auf die Beschwerde auch in Bezug auf Art. 18 Abs. 2 UVV seinerseits nicht rechtens gewesen wäre (vgl. Art. 29a BV; Tschannen/Zimmerli/Müller, Allgemeines Verwaltungsrecht, 4. Aufl. 2014, § 46 Rz. 12), worüber hier freilich nicht abschliessend zu befinden ist.

5.5. Mangels entsprechender Rügen in der Beschwerde (vgl. Art. 106 Abs. 2 und Art. 116 BGG) braucht es auch keine Weiterungen in Bezug auf die Frage, ob und inwieweit im gegebenen Zusammenhang eine subsidiäre Verfassungsbeschwerde in Frage käme (Tschannen/Zimmerli/Müller, a.a.O., § 46 Rz. 13; Aubry-Girardin, Commentaire de la LTF, 2014, N. 116 zu Art. 83 BGG).

6.

6.1. Der Beschwerdeführer rügt zunächst eine Verletzung von Art. 44 ATSG, da die Pflegebedarfsabklärung durch die SAHB in Verletzung der entsprechenden Verfahrens- und Parteirechte erfolgt sei. Weder sei der Name der vorgesehenen Gutachterin mitgeteilt noch die Möglichkeit für ergänzende Fragen gewährt worden.

6.2. Soweit er sich in diesem Zusammenhang darauf beruft, dass die SAHB als privatrechtlicher Verein gemäss ihrem - auch dem Handelsregister zu entnehmenden - Zweck nicht zu solchen Abklärungen berechtigt sei, verfängt dies nicht. Denn es ist nicht ersichtlich, geschweige denn dargetan, inwiefern die Missachtung des Vereinszwecks bei der Vergabe des entsprechenden Abklärungsauftrags dessen Nichtigkeit oder die Nichtverwertbarkeit des betreffenden Berichts zur Folge hätte. Was sodann die gerügte Verletzung der gemäss Art. 44 ATSG bestehenden Verfahrens- und Mitwirkungsrechte angeht, hat das Bundesgericht in BGE 140 V 543 E. 3.2.3 S. 550 erkannt, bei der Abklärung des Hilfebedarfs an Ort und Stelle (Art. 57 Abs. 1 lit. f IVV in Verbindung mit Art. 69 IVV) handle es sich nicht um ein Gutachten nach Art. 44 ATSG, weshalb der Verweis auf BGE 137 V 210 fehl gehe. In dieser Hinsicht verhält es sich im vorliegenden Fall insofern anders, als die Abklärung vor Ort nicht durch einen eigenen internen Dienst der Beschwerdegegnerin, sondern durch eine externe Stelle erfolgte. Die Vorinstanz hat dazu allerdings erkannt, dass die Berufung auf die Verfahrensrechte nicht zu überzeugen vermöge. Der damalige (frühere) Rechtsvertreter des Beschwerdeführers sei über die Bedarfsabklärung durch C. _____ sowie über ihren Inhalt von der SAHB informiert worden und er habe sich bei der Abklärung auch selbst eingebracht, ohne dass dabei irgendwelche Vorbehalte gegen die Abklärungsperson oder die Art und Weise der Abklärung aktenkundig geworden wären. Den Auftrag an die SAHB zur Abklärung der Pflegeleistungen und Hilflosigkeit bei den allgemeinen Lebensverrichtungen habe die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 18. September 2013 erteilt. Dass sie weitergehende Weisungen damit verbunden hätte, sei nicht erstellt und werde bestritten. Die nicht näher substantiierten Vorwürfe, die sich auch gar nicht auf den vorliegenden Fall bezögen, genügten nicht, um die Verwertbarkeit der Bedarfsabklärung in Zweifel zu ziehen.

6.3. In der Beschwerde wird weder eine offensichtliche Unrichtigkeit dieser Feststellungen dargetan noch eine Verletzung von Bundesrecht durch das kantonale Gericht aufgezeigt. Abgesehen von den noch zu behandelnden Einwänden gegen die verwendete Methode bringt der Beschwerdeführer nichts vor, was gegen die fachliche Kompetenz der Abklärungsperson spräche oder deren Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen vermöchte. Was die wiederum angesprochene Einflussnahme durch die Beschwerdegegnerin auf die Abklärungsstelle anbelangt, bleibt die Beschwerde jede Konkretisierung schuldig, was ihren Vorwurf der Hinterlist als eher verfehlt erscheinen lässt. Davon abgesehen fehlt der Nachweis, dass eine solche wie auch immer geartete Einflussnahme gerade im hier zu beurteilenden Fall erfolgt sein könnte, weshalb es müssig scheint, über deren Inhalt zu spekulieren. Gegenteiliges ergäbe sich im Übrigen auch nicht aus der E-Mail des Geschäftsführers der SAHB vom 25. Januar 2019, abgesehen davon, dass es sich dabei um ein unzulässiges neues Beweismittel handelt, das ausser Acht zu bleiben hat (vgl. E. 4.2). Denn es ist nicht ansatzweise dargetan, dass seine Einreichung nicht bereits im vorinstanzlichen Verfahren möglich gewesen bzw. erst durch den angefochtenen Gerichtsentscheid veranlasst worden wäre. Damit bleibt es in diesem Punkt bei den vorinstanzlichen Erwägungen: Der Beschwerdeführer und sein Rechtsvertreter liessen sich vorbehaltlos auf die betreffende Abklärung ein. Deren Durchführung erfolgte im Beisein nicht nur des Rechtsvertreters, sondern ebenso der Eltern des Beschwerdeführers sowie der Leitung des mit seiner Pflege befassten Dienstes. Dementsprechend bestand Gelegenheit zur Einflussnahme auf die Abklärung und zu deren Ergänzung. Dass sich der Beschwerdeführer dabei kein Gehör verschaffen konnte oder allfällige Interventionen von seiner Seite aufgrund der behaupteten Vorgaben seitens der Beschwerdegegnerin abgeblockt oder unterlaufen worden wären, ist nicht erstellt. Deshalb führt der Umstand, dass die Vergabe des Abklärungsauftrags nicht in jeder Hinsicht formell korrekt erfolgt sein mochte, für sich weder zur Unverwertbarkeit des in der Folge verfassten Berichts noch zur Abschwächung seines Beweiswerts. Endlich und davon abgesehen fällt auf, dass sich der Beschwerdeführer mit seinen erst in der vorinstanzlichen Replik erhobenen formellen Einwänden reichlich Zeit liess. Insofern fragt sich, ob dies mit dem aus dem Grundsatz von Treu und Glauben fliessenden Gebot, festgestellte Verfahrensmängel rechtzeitig bzw. unverzüglich anzurufen (vgl. BGE 125 V 373 E. 2b/aa S. 375; Urteil 9C 511/2014 vom 26. September 2014 E. 3.3), noch zu vereinbaren wäre.

7.

7.1. Wie schon angedeutet, rügt der Beschwerdeführer die erfolgte Abklärung insbesondere in methodischer Hinsicht. Der tatsächliche Pflegebedarf, wie er im Abklärungszeitpunkt bestanden habe, sei ohne Beizug ei-

nes anerkannten Abklärungsinstruments erhoben worden. Auch wenn es diesbezüglich für den Bereich der Unfallversicherung (anders als in der Krankenversicherung) an spezifischen gesetzlichen Vorgaben fehle, gebiete Art. 43 ATSG doch eine Abklärung nach den aktuell gültigen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Nur die Verwendung eines anerkannten Instruments stelle sicher, dass die Abklärung umfassend und auf seine Nachvollziehbarkeit hin überprüfbar sei.

7.2. Der Beschwerdeführer verweist im Zuge seiner Vorbringen, namentlich mit Blick auf das von ihm favorisierte Abklärungsinstrument RAI-HC (Resident Assessment Instrument - Homecare) auch auf die einschlägige Rechtsprechung: Demnach handelt es sich beim betreffenden Instrumentarium der Spitex RAI-HC - wie das Bundesgericht im krankenversicherungsrechtlichen Kontext erkannt hat - um Empfehlungen im Bereich der Hauspflege einer Berufsgruppe ohne jeglichen normativen Charakter. Sie sind für das Gericht nicht verbindlich, doch kann es sie bei seiner Entscheidung berücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen (BGE 136 V 172 E. 4.3.3 S. 178 [mit Hinweis auf BGE 124 V 351 E. 2e S. 354 betreffend ein anderes Instrument]; Urteil 9C 702/2010 vom 21. Dezember 2010 E. 4.2.3). Dasselbe wurde vom Bundesgericht im Rahmen einer Streitigkeit betreffend Art. 18 UVV erwogen, wobei es ausdrücklich vermerkte, dass die Suva nicht verpflichtet werden könne, auf das RAI-HC-Bedarfsabklärungsinstrument abzustellen (Urteil 8C 1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 5.2.1 und 5.2.4).

7.3. Das kantonale Gericht hat diese Rechtsprechung in seinem Entscheid aufgenommen. Darüber hinaus hat es erkannt, dass das Unfallversicherungsrecht, im Gegensatz zum Krankenversicherungsrecht (Art. 8 KLV) oder zur Invalidenversicherung (Art. 69 Abs. 2 IVV), für die Abklärung des Pflegebedarfs weder konkretisierende Bestimmungen noch einen Verweis auf die Vorgaben in der KLV (oder der IVV) enthalte. Gemäss dem nach Art. 1 Abs. 1 UVG anwendbaren Art. 43 Abs. 1 ATSG seien die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. In welcher Form dies zu geschehen habe, schreibe der Gesetzgeber nicht vor. Demnach sei die Beschwerdegegnerin frei gewesen in der Wahl der Methode zur Bestimmung des Pflegeaufwands und es lasse sich nicht beanstanden, dass sie diesen individuell für den Einzelfall bestimmt und nicht auf RAI-HC abgestellt habe. In der Würdigung der betreffenden Abklärungsergebnisse könnten grundsätzlich aber auch die im Rahmen der privaten Pflegebedarfsabklärung mittels RAI-HC erhobenen Werte berücksichtigt werden.

7.4.

7.4.1. Diese Erwägungen lassen sich aus Sicht des Bundesrechts nicht bemängeln, woran die beschwerdeweisen Vorbringen nichts ändern, dies umso weniger, als sie teils wiederum mit unzulässigen Noven unterlegt werden (vgl. Studie des Bundesamtes für Gesundheit vom 10. März 2017). Wie der Beschwerdeführer selber einräumt, fehlt es an einer spezifischen unfallversicherungsrechtlichen Vorgabe hinsichtlich der anzuwendenden Abklärungsmethode (vgl. E. 7.2 oben), womit ein wesentlicher Unterschied zur Rechtslage insbesondere im Krankenversicherungsbereich besteht (vgl. Art. 7 Abs. 1 und Art. 8a Abs. 3 bis 5 KLV). Insofern bleiben all seine Hinweise auf Kommissionsempfehlungen oder kantonale rechtliche Vorschriften aus bundesrechtlicher Sicht belanglos. Der Beizug eines standardisierten Instruments mag zur zusätzlichen Objektivierung der Abklärung beitragen, namentlich die Vergleichbarkeit der Ergebnisse, auch im Hinblick auf einen allfälligen künftigen Revisionsbedarf, erleichtern und unter diesem Gesichtspunkt sinnvoll oder wünschbar sein. Entgegen dem Beschwerdeführer wird das Fehlen der normativen Vorgabe eines solchen Instruments im Rahmen des Unfallversicherungsrechts jedoch nicht durch die allgemeine Abklärungspflicht gemäss Art. 43

Abs. 1 und 2 ATSG kompensiert. In dieser Hinsicht verfügt der abklärungspflichtige Versicherungsträger auch in Bezug auf die zu verwendenden Methoden über "einen grossen Ermessensspielraum" (vgl. Urteile 8C 828/2013 vom 19. März 2014 E. 2.1; 9C 28/2010 vom 12. März 2010 E. 4.1; 8C 733/2010 vom 10. Dezember 2010 E. 5.2; Jacques Olivier Piguet, in: *Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales*, 2018, N. 10 zu Art. 43 ATSG; Cristina Schiavi, in: *Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts*, 2020, N. 6 zu Art. 43 ATSG). Dass sich die dabei benutzten Mittel auf der Höhe der Zeit zu befinden haben, versteht sich von selbst. Das bezieht sich vorab auf die Pflege an sich, auf deren Mittel und Verfahren, notwendigerweise aber ebenso auf die Abschätzung des konkreten Pflege- bzw. Zeitbedarfs. Hingegen geht damit keine Rechtspflicht dergestalt einher, dass durch Art. 43 ATSG eine bestimmte Methode, genau definierte Verfahren oder Standards für die Abklärung zwingend vorgeschrieben würden. Dafür bedürfte

es einer spezifischen normativen Vorgabe, die nicht auf dem Weg der Rechtsprechung, sondern durch den zuständigen Verordnungsgeber zu schaffen wäre, wobei auch diesfalls - analog zum Krankenversicherungsrecht - wohl nicht einfach ein bestimmtes Bedarfsermittlungssystem vorgeschrieben würde. Deshalb geht auch die Forderung des Beschwerdeführers von vornherein fehl, dass in seinem Fall zwingend das Instrument RAI-HC zu nutzen gewesen wäre; gleiches gilt für den Einwand, wonach die beigezogene Pflegefachfrau über kein entsprechendes Zertifikat verfüge.

7.4.2. Davon abgesehen ist schliesslich auch an dieser Stelle nochmals hervorzuheben, dass die von der Beschwerdegegnerin beigezogene Abklärungsperson als dipl. Pflegefachfrau HF über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügte, was die Einschätzung des individuell-konkreten Pflegebedarfs vor Ort anbelangt. Ihre Erhebungen führte sie, wie schon vermerkt, im Austausch mit den Eltern und der Leiterin des Pflegedienstes sowie unter Einbezug des damaligen Rechtsvertreters durch. Damit bestand insgesamt Gewähr für eine hinreichend verlässliche Abklärung, in deren Rahmen sich auch allfällige erfahrungsbedingte interpersonelle Differenzen bezüglich des konkreten Bedarfs erkennen und bereinigen liessen. Und was sodann die Beurteilung des Beweiswerts des dabei verfassten Berichts oder Gutachtens betrifft, kann sich der Rechtsanwender an den Vorgaben orientieren, wie sie sich insbesondere im Bereich der Invalidenversicherung (analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) zur Abklärung des Betreuungsaufwandes vor Ort etabliert haben (BGE 128 V 93 E. 4 S. 93 f.; Urteil 9C 802/2018 vom 25. Januar 2019 E. 5.1; vgl. ferner BGE 140 V 453 E. 3.2.1 S. 547 betreffend Hilflosigkeit sowie allgemein: Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, Rz. 1611 ff., insb. Rz. 1613).

7.5.

7.5.1. Was die dabei erhobenen Ergebnisse anbelangt, hat sich das kantonale Gericht im Rahmen seiner Beweiswürdigung damit befasst. Dabei hat es auch die vom Beschwerdeführer veranlasste Bedarfsermittlung durch das Kompetenzzentrum für Pflegerecht (D._____) einer näheren Prüfung unterzogen. Diese ergab unter Verwendung des Abklärungsinstruments RAI-HC laut vorinstanzlicher Feststellung für den Beschwerdeführer einen Pflegebedarf von 3.53 Stunden pro Tag. Das gründe auf standardisierten (statistischen) Zeitangaben und entspreche nicht dem tatsächlichen (konkreten) Pflegebedarf, wie ihn C._____ (SAHB) im Beisein der vorerwähnten Beteiligten widerspruchsfrei erhoben habe.

7.5.2. Im Detail stellte das kantonale Gericht weiter fest, dass der Beschwerdeführer gemäss den SAHB-Erhebungen zwei Mal pro Woche (Dienstag und Freitag) geduscht und an den anderen Tagen gewaschen werde. Für die Morgenroutine habe C._____ einen Zeitaufwand von 75 Minuten veranschlagt (08:00 bis 09:15 Uhr). Dazu gehöre das Anziehen der Schuhe, der Transfer in den Duschstuhl, das Entkleiden, das Duschen, das Trocknen, die Hautkontrolle und -pflege (Dekubitusprophylaxe und Ekzembehandlung), das Anziehen des Urinal-Kondoms und die Befestigung der Urinalableitung, ferner das Anziehen, der Transfer in den Rollstuhl und die Befestigung der Beinschienen. Die RAI-HC-basierte Abklärung von D._____ weist demgegenüber gemäss vorinstanzlicher Feststellung folgende Zeiten aus: Duschen: 40 Minuten, An- und Auskleiden: 15 Minuten, Mobilisation in und aus dem Rollstuhl: 15 Minuten, Anlegen des Urinals: 8 Minuten, Ekzem eincremen: 5 Minuten, Dekubitusprophylaxe: 10 Minuten, Beinschienen anbringen: 5 Minuten, Anziehen der orthopädischen Schuhe: 5 Minuten. Das ergebe einen Zeitaufwand von 103 Minuten, wobei das Verabreichen des Klistiers alle drei Tage (10 Minuten) noch nicht berücksichtigt sei. Der so ermittelte Zeitaufwand lasse sich - so das kantonale Gericht - nicht mit dem tatsächlichen Zeitplan im Pflegeheim vereinbaren. Laut Stellungnahme von D._____ vom 5. Dezember 2016 habe sie bei den aufgelisteten Zeiten nicht nur die reine Zeit der jeweiligen Verrichtung einberechnet, sondern den für die Verrichtung als Ganzes benötigten Zeitaufwand; das umfasse bspw. bei der Verabreichung eines Klistiers auch das Entkleiden, die Drehung in Seitenlage und zurück sowie das Ankleiden. Dem hat das kantonale Gericht entgegengehalten, dass bei der Pflege Synergien genutzt würden, sodass etwa das Ent- und Ankleiden nicht bei jeder Verrichtung (Klistier, Eincremen von Ekzemen, Urinal-Kondom) mitgerechnet werden müsse. Das erkläre gemäss Vorinstanz unter anderem auch die Unterschiede im erhobenen Zeitaufwand. Der RAI-HC-basiert erhobene Bedarf möge zwar für die einzelnen Verrichtungen korrekt sein, gebe aber im gesamten Kontext nicht die tatsächlichen Verhältnisse wieder. Zudem

lägen unerklärliche Abweichungen von der SAHB-Abklärung vor; so habe C._____ unter Einbezug der Beteiligten zweimaliges wöchentliches Duschen erhoben, sodass nicht einleuchte, weshalb D._____ von drei Malen ausgehe.

7.5.3. Zusammenfassend schloss das kantonale Gericht, dass nicht auf die vom Beschwerdeführer angerufene Bedarfsabklärung von D._____ abgestellt werden könne. Weder lägen formelle Gründe vor noch bestünden Anhaltspunkte, die gegen den von C._____ (SAHB) ermittelten Zeitaufwand sprächen. Daher könne von Weiterungen, namentlich von einem Gerichtsgutachten, abgesehen werden.

7.6. Diese Würdigung orientiert sich an den bundesgerichtlichen Vorgaben gemäss Urteil 8C 1037/2012 vom 12. Juli 2013, wonach die RAI-HC-basierten Abklärungsergebnisse dann herangezogen werden können, wenn sie eine einzelfallgerechte Lösung ermöglichen (vgl. E. 7.2 oben). Insofern ist das kantonale Gericht mit seinen Erwägungen und insbesondere dem Einbezug des vom Beschwerdeführer präsentierten Gutachtens grundsätzlich korrekt verfahren. Was die konkreten Abklärungsergebnisse und deren vergleichsweise Gegenüberstellung im Einzelnen angeht, hat das kantonale Gericht damit Feststellungen zum Sachverhalt getroffen, die im vorliegenden Verfahren nur auf offensichtliche Unrichtigkeit oder auf Bundesrechtswidrigkeit hin überprüfbar sind (E. 4.1.1 oben). Ersteres wäre vom Beschwerdeführer in einer Weise darzutun, die dem qualifizierten Rügeprinzip (Art. 106 Abs. 2 BGG) genügt, was ihm mit seinen Vorbringen nicht gelingt (vgl. E. 4.1.2 oben). Seine Ausführungen zum Duschaufwand und zur Diskrepanz zwischen Abklärungsaufwand und ergänzender Stellungnahme, aber auch zum Beweiswert seines Privatgutachtens erschöpfen sich im Appellatorischen, was rechtsprechungsgemäss nicht ausreicht (Urteile 8C 695/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.3; 8C 199/2019 vom 7. November 2019 E. 9.2.1). Dass das kantonale Gericht den Sinn und die Tragweite der Beweismittel offensichtlich falsch eingeschätzt, ohne sachlichen Grund ein wichtiges und für den Ausgang des Verfahrens entscheidendes Beweismittel nicht beachtet oder aus den abgenommenen Beweisen unhaltbare Schlüsse gezogen hätte (vgl. E. 4.1.2 oben), ist damit wie auch mit seinen weiteren Vorbringen jedenfalls nicht dargetan. Davon abgesehen ist auch nicht ersichtlich, dass es die allgemeinen formalen Anforderungen an den Beweiswert eines Abklärungsberichts (vgl. oben E. 7.4.2 a.E.) verkannt hätte.

7.7. Damit ist nicht abschliessend darüber befunden, wie es sich mit der Frage der Bundesrechtskonformität der getroffenen Feststellungen unter dem Gesichtspunkt des spezifischen Abklärungsbedarfs gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV verhält. Das entscheidet sich danach, welche Pflegeleistungen der Beschwerdeführer aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht beanspruchen kann, was zwischen den Parteien umstritten ist.

8.

8.1. Der Beschwerdeführer hält dafür, dass gemäss Art. 18 UVV auch für jene Grundpflegeleistungen aufzukommen sei, die notwendigerweise zu einem medizinischen Pflegekomplex zählten (sogenannte "akzessorische Grundpflege"), was in jedem Einzelfall mit Blick auf die konkret zur Diskussion stehende pflegerische Handlung geprüft werden müsse. Solche grundpflegerischen Massnahmen würden auch im Rahmen von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG anfallen und seien von Art. 18 UVV erfasst. Als Beispiel einer derartigen "präventiven Grundpflege" sei die Dekubitusprophylaxe zu erwähnen, die gemäss Krankenversicherungsrecht zur Grundpflege gehöre (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV). Die Beschwerdegegnerin hätte daher nicht nur die Behandlungspflege, sondern auch die "akzessorische" und die "präventive Grundpflege" abklären müssen, was die Vorinstanz zu Unrecht verneint habe, indem sie Grundpflegemassnahmen generell von Art. 18 UVV ausnehme.

8.2.

8.2.1. Die einzelnen Sozialversicherer haben, sofern in ihren Bereichen überhaupt eine entsprechende gesetzliche Grundlage besteht, unter dem Titel der Hauspflege nicht für die Gesamtheit dieser Massnahmen aufzukommen, sondern nur so weit, als für die verschiedenen Formen der Hauspflege eine Leistungspflicht gesetzlich oder verordnungsrechtlich normiert ist. Dies entspricht gefestigter Rechtsprechung, in dieser expliziten Form - soweit ersichtlich - seit BGE 116 V 41 E. 5b S. 47 f., und hat seinen Niederschlag (ungeachtet des zwischenzeitlichen Inkrafttretens des revidierten Krankenversicherungsrechts und des ATSG) auch in jüngeren Urteilen

gefunden (vgl. Urteil 9C 200/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 3.2.2).

8.2.2. Vor dem Hintergrund der verschiedenen Sozialversicherungszweige mit je verschiedenen Rechtsgrundlagen erscheint der Begriff der Hauspflege als vielschichtig (vgl. ebenfalls bereits BGE 116 V 41 E. 5a S. 47). Er umfasst zunächst die - weder ambulant noch in einem Spital, sondern eben zu Hause erbrachten - Heilwendungen mit therapeutischer Zielrichtung, die von einem Arzt oder einer Ärztin vollzogen oder angeordnet werden. Hauspflege ist aber auch die zu Hause stattfindende medizinische Pflege im Sinne der Krankenpflege, der zwar das therapeutische (heilende) Agens fehlt, die aber für die Aufrechterhaltung des Gesundheitszustands doch unerlässlich ist. Das trifft insbesondere auf medizinische Vorkehren im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG zu (Pflegeleistungen und Kostenvergütungen an einen UVG-Rentenbezüger, wenn dieser erwerbsunfähig ist und sein Gesundheitszustand u.a. vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann), die lebensnotwendige organische Funktionen ermöglichen, unterstützen, sichern oder gleichsam ersetzen. Eine dritte Form von Hauspflege bildet die nichtmedizinische Pflege, sei es an der betroffenen Person selber in Form von Hilfeleistungen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen, sei es als Hilfestellungen in ihrer Umgebung durch Führung des Haushalts oder Besorgung der alltäglichen Angelegenheiten (BGE 116 V 41 E. 5a S. 47; Urteil 9C 200/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 3.2.1; vgl. ferner dazu und zum Folgenden: Urteile 8C 896/2009 vom 23. Juli 2010 E. 2.2; U 213/02 vom 18. August 2003 E. 2.2 sowie U 188/02 vom 14. März 2003 E. 2.2).

8.2.3. In Zusammenhang mit Art. 18 Abs. 1 UVV stellte das damalige Eidg. Versicherungsgericht klar, dass von ärztlicher Anordnung im Sinne dieser Bestimmung sinnvollerweise nur bei Vorkehren medizinischen Charakters gesprochen werden kann; nichtmedizinische Betreuung bedarf ihrer Natur nach keiner ärztlichen Anordnung. Diese Einschränkung ist angesichts des weiten Gestaltungsspielraums nach Art. 10 Abs. 3 UVG gesetzmässig. Andererseits gilt es dabei das Erfordernis der ärztlichen Anordnung nicht in einem streng formellen Sinne zu verstehen. Es genügt vielmehr, dass die fraglichen medizinischen Vorkehren, die zu Hause durchgeführt werden, nach der Aktenlage medizinisch indiziert sind (BGE 116 V 41 E. 5c S. 48). Es sind somit Leistungen der Pflege zu Hause abzugrenzen von der nichtmedizinischen Pflege im Sinne von Hilfeleistungen bei alltäglichen Lebensverrichtungen, Führung des Haushalts, Besorgung der alltäglichen Angelegenheiten usw., die von der Unfallversicherung nicht übernommen werden müssen, was das Bundesgericht in jüngerer Zeit bekräftigt hat (Urteil 9C 200/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 3.3.1; vgl. bereits BGE 116 V 41 E. 5a a. E.S. 47; vgl. ferner Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, UVG, 4. Aufl. 2012, S. 103; Gehring, a.a.O., Rz. 20 zu Art. 10 UVG; Hardy Landolt, Behandlungspflege - medizinische Pflege - Grundpflege: ein Abgrenzungsversuch, in: Pflegerecht 2014, S. 27 ff., insb. 32).

8.2.4. Im Verhältnis zur Entschädigung für schwere Hilflosigkeit, die dem Beschwerdeführer gemäss Einspracheentscheid vom 14. August 2014 anerkanntermassen ebenfalls zusteht, gilt sodann Folgendes:

8.2.4.1. Rechtsprechungsgemäss erfasst der Begriff der dauernden Pflege, die zusätzlich zur Hilfsbedürftigkeit in allen sechs massgeblichen Lebensverrichtungen verlangt wird (Art. 38 Abs. 2 UVV), eine Art medizinische oder pflegerische Hilfeleistung, deren es infolge des physischen oder psychischen Zustandes bedarf. Darunter fällt etwa die Notwendigkeit, täglich Medikamente zu verabreichen oder eine Bandage anzulegen. Ist die (direkte oder indirekte) Dritthilfe bei Vornahme der einzelnen Lebensverrichtungen bereits derart umfassend, dass der weiteren Voraussetzung der dauernden Pflege oder der dauernden persönlichen Überwachung nur noch untergeordnete Bedeutung zukommt, genügt im Rahmen der genannten Vorschrift zur Annahme schwerer Hilflosigkeit bereits die minimale Erfüllung eines dieser zusätzlichen Erfordernisse (BGE 116 V 41 E. 6b S. 48). Wenn demnach bei manifester Hilfsbedürftigkeit in allen sechs massgeblichen alltäglichen Lebensverrichtungen für die Annahme schwerer Hilflosigkeit die weiteren Erfordernisse der dauernden Pflege (oder Überwachung) nur noch minimal erfüllt sein müssen, bleibt Raum für eine zusätzliche Vergütung im Rahmen von Art. 18 Abs. 1 UVV, die ihrerseits nicht in einer vollen Übernahme der Pflege, sondern lediglich in einer Beitragsgewährung daran besteht (BGE 116 V 41 E. 6c S. 49). Im Einzelnen erkannte sodann die Rechtsprechung, dass das Katheterisieren, ebenso das Klopfen und Pressen der Blase durch Drittpersonen, medizinische Vorkehren sind, desgleichen das Anlegen eines Kondoms mit Urinal und das digitale

Stuhlausräumen. Denn die richtige Wahl dieser Massnahmen, ihre Abstimmung mit den anderen Vorkehren und ihre fachlich einwandfreie Durchführung sind entscheidend für den Erhalt des prekären Gesundheitszustandes. Unterbleibt dies in der ärztlich empfohlenen Weise, erhöht dies zwangsläufig das Risiko von Harnwegsinfekten und anderen gesundheitlichen Störungen beträchtlich (BGE 116 V 41 E. 4b S. 46; vgl. auch Urteil 8C 1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 7.1).

8.2.4.2. Daraus folgt, dass die Grundpflege bzw. die "akzessorische Grundpflege", wie sie beschwerdeweise genannt wird, in der Tat nicht in jedem Fall bereits durch die Hilflosenentschädigung abgedeckt wird. Ob dem so ist oder ob dafür noch eine Leistungspflicht nach Art. 18 Abs. 1 UVV in Frage kommt, lässt sich nicht in allgemeiner Weise generell beantworten, sondern bedarf der einzelfallweisen Prüfung bezogen auf die konkret in Frage stehende pflegerische Handlung (Urteil 8C 1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 7.2).

8.3.

8.3.1. Nach dem Gesagten ergibt sich, dass im Rahmen von Art. 18 UVV Anspruch auf Leistungen besteht, die als medizinisch indiziert gelten. Eine solche Indikation lässt sich bei der Behandlungspflege, im Rahmen der vorstehenden Erwägungen freilich fallweise auch bei Teilen der Grundpflege, bejahen (zu den Begriffen: Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3. Aufl. 2016, S. 519 f., Rz. 369 und 371, mit Hinweisen). Die medizinische Ausrichtung ist der Heilbehandlung (Art. 10 UVG) inhärent. Sie gilt namentlich auch im Rahmen von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG, den Heilbehandlungsanspruch nach erfolgter Rentenfestsetzung betreffend, wo schon der Gesetzeswortlaut ausdrücklich von medizinischen Vorkehren ("mesures médicales"; "cure mediche") spricht (vgl. BGE 124 V 52 E. 4 S. 58; aus der jüngeren Rechtsprechung ferner: Urteil 8C 275/2016 vom 21. Oktober 2016 E. 6.1 mit Hinweis auf Urteil U 233/98 vom 19. April 2000). Dazu gehören gemäss ausdrücklichem Gesetzeswortlaut auch solche Vorkehren, die bei einem vollständig erwerbsunfähigen Versicherten (ausschliesslich) vor einer wesentlichen Beeinträchtigung des Gesundheitszustands bewahren (vgl. BGE 124 V 52 E. 4 S. 57; Kieser, a.a.O., N. 25 zu Art. 14 ATSG; vgl. ferner BGE 116 V 41 E. 5a sowie Volker Pribnow/Sarah Eichenberger, in: Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 2018, N. 11 f. zu Art. 21 UVG).

8.3.2.

8.3.2.1. Die damit verbundene Begrenzung der Hauspflege nach Art. 18 UVV auf medizinisch gebotene Pflegevorkehren, unter Ausscheidung der allgemeinen bzw. nicht medizinischen Grundpflege wird - entgegen den beschwerdeweisen Vorbringen - auch im Urteil 8C 1037/2012 vom 12. Juli 2013 keineswegs in Frage gestellt. Dort geht es ausschliesslich um die Abgrenzung zur Hilflosenentschädigung und die Ergründung der Frage, ob und inwieweit neben der Entschädigung für schwere Hilflosigkeit noch ein Anspruch auf Hauspflege besteht. Dabei ist im Rahmen der gebotenen fallbezogenen Betrachtung hinsichtlich der einzelnen pflegerischen Handlung danach zu fragen, ob ein Konnex zur medizinischen Behandlungspflege besteht bzw. die Zuordnung zu dieser näher liegt als diejenige zu einer alltäglichen Lebensverrichtung (vgl. insb. E. 7.3 u. 7.4 des Urteils 8C 1037/2012 vom 12. Juli 2013 und die dort beurteilten Vorkehren).

8.3.2.2. Ebenso wenig besteht ein Widerspruch zwischen diesem Urteil und dem Urteil 9C 200/2018 des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2018, wo eine Leistungspflicht des Unfallversicherers für die strittige Grundpflege nichtmedizinischer Art ausgeschlossen wurde. Dies geschah just in expliziter Abgrenzung von derjenigen für medizinische Hauspflege - im Sinne der Behandlungspflege - gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV sowie den Pflegeleistungen und Kostenvergütungen gestützt auf Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG (vgl. E. 4.1). Dass und inwiefern damit das im Urteil 8C 1037/2012 vom 12. Juli 2013 Erwogene widerrufen oder übergangen worden wäre, ist weder dargetan noch ersichtlich.

8.3.3. Es ist unklar, ob der Beschwerdeführer mit den von ihm erwähnten "akzessorischen" oder "präventiven" Pflegeleistungen eine anders konturierte Kategorie ins Spiel bringt. Soweit er damit auf jene Grundpflegeleistungen abzielt, die - wie beschwerdeweise ausgeführt - notwendigerweise zu einem medizinischen Behand-

lungskomplex zählten, bleibt offen, was genau dazu gehören soll und ob nicht schon die bisherige Rechtsprechung ihren Einbezug gebieten würde. Eine nähere Konkretisierung in der Beschwerde wäre umso gebotener gewesen, als die Vorinstanz eben gerade auch solche Pflegeleistungen der akzessorischen Grundpflege zuordnet, die "im Anschluss an die Behandlungspflege" anfallen und die - da keiner ärztlichen Anordnung bedürftig - von der medizinischen Pflege auszunehmen seien. An anderer Stelle hält sie fest, dass Verrichtungen, die in den Bereich der nichtmedizinischen Pflege fallen und bereits von der Hilfflosenentschädigung abgegolten würden, bei der Aufwanderhebung korrekterweise nicht erhoben wurden. Das kann auf Anhieb Anlass zu Missverständnissen geben. Allerdings lässt die Vorinstanz nicht den geringsten Zweifel daran aufkommen, dass sie die unter Verweis auf Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV aufgeführten und daselbst ausdrücklich der Grundpflege zugeordneten Pflegeleistungen (Dekubitusprophylaxe, Urinalkondom an- und ausziehen, Mobilisation, Lagern vor dem Schlafen und in der Nacht) ebenfalls als medizinische Pflegemassnahmen taxiert, die von der Leistungspflicht nach Art. 18 UVV erfasst werden.

8.3.4. Demnach wäre der Beschwerdeführer gehalten gewesen, nebst der Konkretisierung des Begriffs der akzessorischen Pflegeleistung vor allem darzulegen, welche konkreten Vorkehren bei der Bedarfserhebung oder bei der Festsetzung des Leistungsumfangs in seinem Fall zu Unrecht nicht einbezogen worden seien. Das tut er nicht, obwohl dies erst eine Beurteilung im Lichte der von der Rechtsprechung erarbeiteten Grundsätze erlauben würde. Stattdessen erschöpfen sich seine Ausführungen in allgemeinen Vorbringen ohne näheren Bezug zum konkreten Fall, dies unter Verwendung einer Terminologie, die ihrerseits unscharf bleibt. Dabei trifft der Vorwurf, dass das kantonale Gericht die Grundpflegeleistungen zu Unrecht generell von der Leistungspflicht des Unfallversicherers ausnehme, insofern nicht zu, als diese "Ausnahme" nach den in dieser Hinsicht klaren vorinstanzlichen Erwägungen nur für diejenige nichtmedizinische Pflege gelten soll, die bereits durch die Hilfflosenentschädigung erfasst wird. Im Übrigen hat das kantonale Gericht - wie soeben gezeigt - keineswegs verkannt, dass im Rahmen von Art. 18 UVV auch Massnahmen der Grundpflege zu berücksichtigen sind, die sich heute im Leistungskatalog gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV aufgeführt finden. Solche Vorkehren sind denn auch im Fall des Beschwerdeführers anerkannt worden. Daher wäre anhand einzelner Beispiele beschwerdeweise darzutun, welche Aspekte der Grundpflege zu Unrecht ausser Acht bzw. nicht der medizinischen Pflege zugeschlagen wurden; oder inwiefern im Hinblick auf die normative Bewertung des von der SAHB erhobenen Abklärungsbedarfs korrigierend einzugreifen wäre (vgl. Urteil 8C 1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 5.2.3). Vor dem Hintergrund der unterbliebenen diesbezüglichen Substanziierung stossen auch die weiteren Vorbringen in der Beschwerde ins Leere: Dass und inwieweit das nach BGE 116 V 41 in Kraft getretene KVG und die Prioritätenordnung gemäss Art. 64 Abs. 2 ATSG anderes verlangen würden oder weshalb eine Überversicherungsberechnung durchzuführen wäre, erschliesst sich nicht. Genauso unklar bleibt, was hier eine staatsvertragskonforme Auslegung von Art. 18 UVV bezüglich der getroffenen Abklärung zur Folge hätte (vgl. Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit [EOSS]; Übereinkommen Nr. 102 der IAO über die Mindestnorm der Sozialen Sicherheit; SR 0.831.102; vgl. Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 30. Mai 2008, BBl 2008 5412 Ziff. 2.1.3.1).

8.3.5. Nach diesen Erwägungen ist weder dargetan noch ohne Weiteres ersichtlich, dass die im vorliegenden Fall von der Beschwerdegegnerin veranlasste Abklärung des Pflegebedarfs in Verletzung von Bundesrecht erfolgt wäre. Dementsprechend besteht auch kein Grund zur Annahme, dass das kantonale Gericht bundesrechtswidrige Feststellungen getroffen hätte, weshalb von Weiterungen im Beweis, namentlich von der beantragten Begutachtung, abgesehen werden kann.

9.

9.1. Der Beschwerdeführer beanstandet schliesslich die Abgeltung der anerkannten Leistung im Rahmen von Art. 18 Abs. 1 UVV im Umfang von Fr. 65.40 für Behandlungspflege sowie von Fr. 54.60 für Grundpflege. Wegen des Naturalleistungsprinzips sei der obligatorische Unfallversicherer gehalten, die versicherten Pflegeleistungen selber zu erbringen oder die tatsächlich anfallenden Kosten zu übernehmen. Da die im angefochtenen Entscheid erwähnten Ansätze dem krankenversicherungsrechtlichen Beitrag entsprächen, würden damit nicht die tatsächlichen Vollkosten abgedeckt. Art. 25a KVG, wonach der Krankenversicherer nur noch einen Beitrag an die Kosten der versicherten Pflegeleistungen zu erbringen habe, gelte für den Unfallversicherer nicht. Dieser

habe die gesamten Kosten zu übernehmen, entweder gemäss Tarifvertrag oder in Anlehnung an die kantonalen Vorgaben für die Festlegung der Höhe der Pflegekosten.

9.2. Soweit er im gleichen Zug auch die im Rahmen von Art. 18 Abs. 2 UVV erfolgte Abgeltung bemängelt, ist darauf nicht einzutreten (E. 5.4 oben).

9.3.

9.3.1. Was die Vergütung nach Art. 18 Abs. 1 UVV angeht, trifft es zu, dass bezüglich Heilbehandlung das Naturalleistungsprinzip gilt (vgl. Urteile 8C 560/2018 vom 17. Mai 2019 E. 2.1.2; 8C 126/2017 vom 5. September 2017 E. 1.1; Jean-Maurice Frésard/ Margit Moser-Szeless, Unfallversicherungsrecht, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3. Aufl. 2016, S. 968 N. 196). Das bedeutet zunächst, dass der Unfallversicherer - wenn er die Leistung nicht selbst erbringt - Schuldner gegenüber dem Leistungserbringer ist (BGE 144 V 418 E. 3.1 S. 421; Urteil I 302/01 16. April 2002 E. 3b; Kieser, a.a.O., N. 15 zu Art. 14 ATSG; Alexia Heine, in: Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 2018, N. 7 zu Art. 10 UVG). In der Konsequenz ginge mit der damit verbundenen Wahlmöglichkeit eine Verpflichtung zur vollständigen Abgeltung einher.

9.3.2. Gemäss Art. 10 Abs. 3 UVG in der hier anwendbaren Fassung wird dem Verordnungsgeber die Kompetenz eingeräumt, die Leistungspflicht der Versicherung näher zu umschreiben und festzulegen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang der Versicherte Anspruch auf Hauspflege hat (vgl. E. 3.2 oben). Damit verfügt er über einen weiten Gestaltungsspielraum (BGE 116 V 41 E. 5b S. 48; Urteil 9C 200/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 3.3.1). Davon hatte er unter anderem in der Weise Gebrauch gemacht, dass die ursprüngliche Fassung von Art. 18 Abs. 1 UVV lediglich die Ausrichtung von Beiträgen an die ärztlich angeordnete Hauspflege und deren Festsetzung durch Tarifvereinbarung vorsah (vgl. BGE 116 V 41 E. 2b S. 44 sowie Maurer, a.a.O., S. 285). Demgegenüber lautet die hier massgebliche Fassung anders, indem die versicherte Person Anspruch auf eine ärztlich angeordnete Hauspflege hat (vgl. E. 3.2 oben; Fassung gemäss Ziff. I der Verordnung vom 20. September 1999, in Kraft seit 1. Januar 2000 [AS 1999 2879]). Mithin ist darin nicht mehr nur von Beiträgen die Rede, sondern es wird ein unlimitierter Anspruch begründet.

9.3.3. Weshalb das Bundesgericht im Urteil 8C 1037/2012 vom 12. Juli 2013 in E. 7.1 ohne weitere Ausführungen, unter Hinweis auf BGE 116 V 41 E. 6c S. 49, erwog, dass die Vergütung im Rahmen von Art. 18 Abs. 1 UVV nicht in einer vollen Übernahme der Pflege, sondern lediglich in einer Beitragsgewährung bestehe, leuchtet darum nicht ein. Gründe für eine Abweichung vom klaren Verordnungstext sind nicht ersichtlich; solche ergeben sich nicht aus der Abgrenzung gegenüber der Hilfslosenentschädigung oder aus dem Umstand, dass das Erfordernis der ärztlichen Anordnung nicht in einem streng formellen Sinn verstanden wird. Daran kann zufolge besserer Einsicht folglich nicht festgehalten werden, womit im Rahmen des Art. 18 Abs. 1 UVV in der hier anwendbaren Fassung - über Art. 25a Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. i KVV und Art. 7a KLV hinaus (vgl. BGE 142 V 94 E. 1 S. 98 f.; 138 V 377 E. 5.1 S. 381; vgl. ferner Eugster, a.a.O., Rz. 1186 und 1188, S. 761 f.) - die gesamten Kosten des fallweise erhobenen Bedarfs abzugelten sind (vgl. Ueli Kieser/Hardy Landolt, Unfall - Haftung - Versicherung, 2011, S. 447 Rz. 1344). Demnach kann es mit den von der Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall verwendeten Ansätzen gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV (in Verbindung mit Art. 25a Abs. 1 KVG) nicht sein Bewenden haben.

9.4. Unter diesen Umständen ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die Kostenvergütung für die strittige Hauspflege im Rahmen von Art. 18 Abs. 1 UVV auf der Grundlage des bereits erhobenen Zeitbedarfs neu festlege. Dabei wird sie sich grundsätzlich an den einschlägigen Tarifen und allfälligen kantonalrechtlichen Vorgaben zu orientieren haben. Falls dabei zugleich die Verhältnisse nach dem 1. Januar 2017 in den Blick gelangen, sei hier nochmals an das oben Erwogene (vgl. E. 3.1 a.E.) erinnert.

10.

Soweit der Beschwerdeführer auch vor Bundesgericht die Erstattung der Kosten der privaten Pflegebedarfsabklärung und des nachmaligen Berichts des Kompetenzzentrums für Pflegerecht (D._____) vom 27. Februar

2014 beantragt, ist diesem Begehren nicht stattzugeben. Denn die betreffende Abklärung und der darauf basierende Bericht waren für die Beurteilung des strittigen Anspruchs nicht unerlässlich (vgl. Urteil 8C 383/2017 vom 24. Oktober 2017 E. 4), wie schon das kantonale Gericht zu Recht erkannt hat.

11.

11.1. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerde - soweit auf sie eingetreten werden kann - teilweise gutgeheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Im Übrigen wird sie abgewiesen.

11.2. Diese im Kostenpunkt als Obsiegen zu betrachtende Rückweisung (statt vieler: Urteil 9C 584/2019 vom 26. Februar 2020 E. 6 mit Hinweis) erfasst nur einen Teil des Rechtsstreits, nämlich die Bemessung der Kostenvergütung, nicht aber die zeitliche Erfassung des Pflegebedarfs. Dem ist bei der Kostenverlegung mit einer anteilmässigen Aufteilung nach Massgabe des Obsiegens Rechnung zu tragen (Art. 66 Abs. 1, Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG). Die Vorinstanz hat über die Parteientschädigung des kantonalen Beschwerdeverfahrens neu zu befinden (Art. 68 Abs. 2 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen, soweit darauf einzutreten ist. Der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. August 2019 und der Einspracheentscheid der Suva vom 18. November 2016 werden in Bezug auf die Bemessung der Kostenvergütung aufgehoben und die Sache wird zur Neufestlegung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden zu drei Vierteln (Fr. 600.-) dem Beschwerdeführer und zu einem Viertel (Fr. 200.-) der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 700.- zu bezahlen.

4. Die Sache wird zur Neuverlegung der Parteientschädigung des vorangegangenen Verfahrens an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen zurückgewiesen.

5.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 28. August 2020

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Maillard

Die Gerichtsschreiberin: Berger Götz