

GL_GERICHTE GL-2075 vom 19. Februar 2026

GL Gerichte, 2026-02-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_GL-2075

FR: GL_GERICHTE GL-2075 du 19 février 2026

IT: GL_GERICHTE GL-2075 del 19 febbraio 2026

Erwägungen

E. 1

1.1 Die am [] geborene A. _____ leidet an atypischem Parkinsonismus und ist bei der B. _____ Krankenversicherung AG obligatorisch krankenpflegeversichert. Ihr Sohn erbringt pflegerische Leistungen und ist zu diesem Zweck bei der C. _____ GmbH angestellt. Letztere beantragte bei der B. _____ Krankenversicherung AG die Vergütung von Spitexleistungen für den Zeitraum ab dem 1. September 2024.

1.2 Am 10. Oktober 2024 lehnte die B. _____ Krankenversicherung AG die Kostenübernahme teilweise ab, womit sich A. _____ am 13. November 2024 nicht einverstanden erklärte. Nachdem Letztere am 28. März 2025 den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangt hatte, lehnte die B. _____ Krankenversicherung AG mit Verfügung vom 17. April 2025 die geltend gemachten Stunden der C. _____ GmbH ab und sistierte die Leistungen an diese bis zum Vorliegen einer Gesamtbedarfsabklärung der ebenfalls leistungserbringenden Spitex D. _____. Hiergegen erhob A. _____ am 21. Mai 2025 Einsprache. Mit Einspracheentscheid vom 19. Juni 2025 hielt die B. _____ Krankenversicherung AG in der Folge fest, dass unter Vorlage eines entsprechenden Arbeitsrapports die Spitex D. _____ monatlich maximal 7.94 Stunden und die C. _____ GmbH maximal 40 Stunden für Grundpflegeleistungen abrechnen dürften.

E. 1.2

1.2.1 Der Streitgegenstand eines Rechtsmittelverfahrens wird durch zwei Elemente bestimmt: einerseits durch den Gegenstand der angefochtenen Anordnung, andererseits durch die Parteivorbringen. Zum einen kann nur Gegenstand des Rechtsmittelverfahrens sein, was auch Gegenstand der erstinstanzlichen Verfügung war bzw. nach richtiger Gesetzesauslegung hätte sein sollen. Zum andern bestimmt sich der Streitgegenstand nach der im Beschwerdeantrag verlangten Rechtsfolge (vgl. Art. 91 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 4. Mai 1986 [VRG]; Martin Bertschi, in Alain Griffel [Hrsg.], Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich, 3. A., Zürich/Basel/Genf 2014, Vorbemerkungen zu §§ 19-28a N. 44 ff.).

1.2.2 Soweit die Beschwerdegegnerin den Streitgegenstand auf die Monate September 2024 und Januar 2025 beschränkt wissen will, weil für diese Monate Rechnungen der Leistungserbringerin eingereicht worden seien, ist ihr nicht zu folgen. Anfechtungsobjekt im vorliegenden Verfahren bildet ihr Einspracheentscheid vom 19. Juni 2025, mit welchem sie auf die Teilablehnungen vom 10. Oktober 2024 und vom 12. Juni 2025 für die Zeiträume vom 1. September 2024 bis zum 28. Februar 2025 sowie vom 1. Mai 2025 bis zum 31. Oktober 2025 Bezug nahm und festhielt, dass die entsprechenden Limitierungen von einer Pflegefachspezialistin auf einer Tabelle dargestellt worden seien und sie gestützt darauf maximal 40 Stunden Grundpflege pro Monat übernehmen werde. Am 10. Oktober

2025 hielt sie ergänzend fest, dass die Limitierung ab September 2024 gelte und zeitlich nicht beschränkt sei. Streitig und vorliegend zu prüfen ist damit, in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin die in den genannten Zeiträumen erbrachten Grundpflegeleistungen zu vergüten hat. Da auch die übrigen Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde somit einzutreten.

E. 1.3

1.3.1 Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Verwaltungsverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Rechtserheblich sind dabei alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (BGE 146 V 240 E. 8.1; BGer-Urteil 9C_444/2022 vom 1. März 2023 E. 4.2.1).

1.3.2 Die Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin nahm am 25. August 2025 und damit nach Beschwerdeerhebung zum vorliegenden Fall Stellung. Als ordentliches Rechtsmittel kommt der Beschwerde nach Art. 56 ATSG Devolutiveffekt zu. Durch die formgültige Beschwerdeerhebung wird die Zuständigkeit des Gerichts begründet, womit die Verwaltung die Herrschaft über den Streitgegenstand verliert. Das Prinzip des Devolutiveffekts des Rechtsmittels erleidet insofern eine Ausnahme, als gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG die Beschwerdegegnerin den streitbetreffenden Einspracheentscheid bis zu ihrer Stellungnahme in Wiedererwägung ziehen kann. Vor diesem Hintergrund sind Abklärungsmassnahmen der Beschwerdegegnerin während des vorliegend hängigen Verfahrens nicht schlechthin ausgeschlossen. Angesichts der Prozessökonomie, wonach punktuelle Abklärungen in der Regel zulässig sind, sind sowohl die Stellungnahme vom 25. August 2025 als auch die Übersichtstabelle im Sinne einer Ausnahme nach Art. 53 Abs. 2 ATSG zu berücksichtigen (vgl. zum Ganzen: BGE 127 V 228 E. 2b/bb; Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen KV 2019/11 vom 15. Januar 2020 E. 1.2). Die verfahrensrechtliche Stellung der Beschwerdeführerin wird dadurch nicht beeinträchtigt, zumal die Stellungnahme vom 25. August 2025 lediglich die im streitbetreffenden Einspracheentscheid vorgenommenen Kürzungen der Pflegeleistungen bestätigt und die Übersichtstabelle der Beschwerdeführerin unaufgefordert zur Kenntnis gebracht wurde. Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör liegt somit nicht vor.

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, die Pflegedokumentation weise keine Mängel auf, wobei bei angestellten Angehörigen ohnehin keine übertriebenen Anforderungen gestellt werden dürften. Es sei nicht notwendig, die tatsächlichen Ausführungszeiten zu protokollieren. Vielmehr müsse aus den echtzeitlich erstellten Pflegeberichten hervorgehen, dass die mit Standardzeiten hinterlegten Pflegeleistungen gemäss Pflegeplanung erbracht worden seien. Sodann habe die Beschwerdegegnerin die zur Vergütung eingereichten Pflegeleistungen unter Berufung auf eine vermeintliche Schadenminderungspflicht der pflegenden Angehörigen, die Ablehnung einzelner Leistungen sowie eine angeblich geringe Pflegebedürftigkeit gekürzt. Dies sei angesichts ihrer Diagnose eines seit acht Jahren fortschreitenden Morbus Parkinson nicht nachvollziehbar. Es sei mangels weiterer Begründung sodann unklar, weshalb die

Beschwerdegegnerin die erbrachten Leistungen als nicht kassenpflichtig ansehe, da diese nach InterRAI als Grundpflege ausgewiesen seien. Die Streichung der während der Nacht erbrachten Leistungen stehe der bundesgerichtlichen Praxis, wonach die Entscheidung über die angebrachten Massnahmen in zeitlicher Hinsicht sowie in Bezug auf Form und Inhalt im pflichtgemässen Ermessen des Pflegedienstleistungserbringers bzw. der weiteren beteiligten medizinischen Fachpersonen stehe, des Weiteren entgegen. Die Beschwerdegegnerin sei ferner nicht berechtigt, allfällige Einreden und Einwendungen betreffend Arbeitsvertrag zwischen dem angestellten Angehörigen und dem Leistungserbringer zu erheben und damit Kürzungen der Leistungspflicht im Bereich des Versicherungsobligatoriums zu begründen. Die gesetzliche Beistandspflicht erlaube schliesslich keine Kürzung des KVG-Obligatoriums. Ihr für Grundpflegeleistungen angestellter Sohn erbringe zusätzlich zeitlich intensivere Versorgungsleistungen, welche nicht vergütet worden seien, womit der familiären Unterstützungspflicht bereits hinreichend Genüge getan sei.

2.2 Die Beschwerdegegnerin bringt demgegenüber vor, gegen Vorlage eines rudimentären Pflegerapports mit differenzierter Ausweisung der tatsächlich erbrachten Grundpflege nach Datum, Zeit, Pflegeposition und im Rahmen der Grenzen des Spitex-Leistungskatalogs wären Beiträge geleistet worden. Solche Rapporte seien indessen nicht vorgelegt worden. Es liege lediglich ein tagebuchartiger Beschrieb der Tätigkeiten vor, was ungenügend sei. Es liege in der Verantwortung der Spitex, ihre Angestellten entsprechend auszustatten, um die kassenpflichtige Pflege auszuweisen. Aus den Pflegerapporten hätte zumindest die nicht kassenpflichtige Pflege ausgeschieden und die übermässig lang dauernden Pflegehandlungen gemäss Richtzeiten des Spitex-Leistungskatalogs gekürzt werden müssen. Sodann habe sie die Pflegeplanung ihrer Vertrauensärztin vorgelegt, welche einen Bedarf an 40 Stunden Grundpflege für notwendig und angemessen erachtet habe. Demgegenüber könne der von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Bedarf von 4.5 Stunden Grundpflege pro Tag keine reine Grundpflege darstellen und müsse auch eine nicht kassenpflichtige Betreuung beinhalten, wofür bereits Assistenzbeiträge bezogen würden. Die beantragten Leistungen seien entsprechend gekürzt worden. Namentlich seien die nächtlich geplanten Einsätze nicht akzeptiert worden, da von einer ambulanten Pflege analog einer externen Spitexpflege mit Einsätzen während des Tages auszugehen und deren generelle Notwendigkeit aus der Diagnose nicht ersichtlich sei. Allfällig dennoch notwendige Einsätze könnten nicht geplant und müssten auf wirklich notwendige Einsätze beschränkt werden, wobei auch hierbei der Vergleich mit einer externen Spitex zu ziehen sei. Unter Berücksichtigung des vorliegend anwendbaren Bundesgesetzes über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel vom 13. März 1964 (ArG) sei die während sieben Tagen pro Woche geplante Pflege auf die zulässige Sechs-Tage-Woche gekürzt worden. Als Behörde sei sie zur Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet, sodass sie keine gesetzwidrigen Leistungen vergüten könne. Ferner sei im Lichte der aktuellen kantonalen Rechtsprechung die familiäre Unterstützungspflicht mit einer halben Stunde pro Tag an kostenlos zu erbringender Pflege berücksichtigt worden. Schliesslich seien die von den involvierten Spitexorganisationen doppelt verrechneten Leistungen gekürzt worden.

E. 3

3.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt die Kosten für die in Art. 25 ■ 31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in den Art. 32 ■ 34 KVG festgelegten Voraussetzungen (vgl. Art. 24 Abs. 1 KVG). Die Übernahmepflicht wird durch

Art. 32 Abs. 1 KVG begrenzt. Danach sind nur jene Leistungen zu vergüten, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG).

3.2 Nach Art. 25a Abs. 1 lit. c KVG leistet die OKP einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, und auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden. Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung (Art. 25a Abs. 3 und Abs. 3 quater KVG). Der entsprechende Leistungsbereich wird in Art. 7 ff. der Verordnung des EDI über Leistungen in der OKP vom 29. September 1995 (KLV) näher umschrieben. Gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV übernimmt die OKP Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, welche aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV und nach Art. 8 KLV auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden. Leistungen i.S.v. Art. 7 Abs. 1 KLV sind gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a); Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie Massnahmen der Grundpflege (lit. c).

E. 3.3

Zur Tätigkeit zu Lasten der OKP sind unter anderem Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen, zugelassen (Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG). Als Leistungserbringer bei der Pflege zu Hause kommen gemäss Art. 7 Abs. 1 lit. a und lit. b KLV Pflegefachpersonen sowie Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause in Frage. Familienangehörige von Versicherten, die bei einer (zugelassenen) Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause angestellt sind, können grundsätzlich auch ohne pflegerische Fachausbildung Massnahmen der allgemeinen Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV zu Lasten der OKP erbringen (BGer-Urteil 9C_385/2023 vom 8. Mai 2024 E. 2.3.1 f.). Die Bedarfsermittlung i.S.v. Art. 7 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 KLV hat dagegen durch eine Pflegefachperson zu erfolgen (Art. 8a Abs. 1 KLV). Sie umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds (Art. 8a Abs. 3 KLV), worin insbesondere der voraussichtliche Zeitaufwand anzugeben ist (Art. 8a Abs. 4 letzter Satz). Entscheidend für die Leistungspflicht des Krankenversicherers ist insbesondere, dass es sich um krankheitsbedingte Pflegemassnahmen und nicht um Vorkehren handelt, die aus anderen persönlichen oder sozialen Gründen erbracht werden (BGE 150 V 273 E. 4.5.2, mit Hinweis).

3.4 Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen und alle Angaben machen, die Letzterer benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können (Art. 42 Abs. 3 KVG). Die Leistungserbringer haben auf dieser Rechnung die Diagnosen und Prozeduren nach den Klassifikationen in den jeweiligen vom zuständigen Departement herausgegebenen schweizerischen Fassungen codiert aufzuführen, wobei der Bundesrat ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips erlässt (vgl. Art. 42 Abs. 3 bis KVG). Gemäss Art. 59 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV) haben die Leistungserbringer in ihren Rechnungen alle administrativen und medizinischen Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Art. 42 Abs. 3 f. KVG notwendig sind. Insbesondere sind das Kalendarium der Behandlungen (lit. a); die erbrachten Leistungen im

Detailierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht (lit. b) sowie die Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind (lit. c), anzugeben. Der Leistungserbringer muss für die von der OKP übernommenen Leistungen und die anderen Leistungen zwei getrennte Rechnungen erstellen (Art. 59 Abs. 2 KVV). Die Leistungserbringer stellen sicher, dass die Rechnung für die versicherte Person nachvollziehbar ist und dass insbesondere Art, Dauer und Inhalt der Behandlung verständlich dargestellt werden (Art. 59 Abs. 4 KVV). Für den ambulanten Bereich erlässt das EDI ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips. Es legt darin die für die Codierung schweizweit anwendbaren Klassifikationen fest (Art. 59abis KVV). Eine entsprechende Departementsverordnung liegt bisher nicht vor. Damit gilt weiterhin Abs. 2 der Übergangsbestimmung zur Änderung der KVV vom 4. Juli 2012 (in der seit dem 1. Januar 2015 in Kraft stehenden Fassung), wonach die Leistungserbringer bis zur Festlegung der für sie anwendbaren Klassifikationen durch das EDI unter anderem im ambulanten Bereich die Diagnosen und Prozeduren nach den in den anwendbaren Tarifverträgen vereinbarten Modalitäten und Codierungen weitergeben (BGE 151 V 30 E. 2.2.3.2, mit Hinweis).

E. 3.5

3.5.1 Für die Beurteilung des Gesundheitszustands und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsträger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen. Deren Aufgabe ist es, sämtliche Auswirkungen einer Krankheit oder eines Unfalls auf den Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen und zu umschreiben. Diese Einschätzungen haben die Verwaltung und die kantonalen Versicherungsgerichte nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) ohne Bindung an förmliche Beweisregeln umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, mit Hinweis).

3.5.2 Die Verwaltung als verfügende Instanz und ■ im Beschwerdefall ■ das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht (BGE 138 V 218 E. 6).

E. 4

4.1 Gemäss Austrittsbericht vom 25. Juli 2024 befand sich die Beschwerdeführerin vom 16. Juli 2024 bis am 25. Juli 2024 im Spital E._____. Im Rahmen dieses stationären Aufenthalts diagnostizierten die behandelnden Ärzte einen atypischen Parkinsonismus mit prominenter Dystonie, Pyramidenbahnzeichen, posturaler Instabilität und Myoklonus, formal nicht dopa-responsiv, sowie eine reaktive Anpassungsstörung mit Depression und Burnout. Klinisch bestehe eine rigide Muskeltonuserhöhung rechtsbetont, Nackensteifigkeit sowie Dystonie des rechten Arms und Fusses. Mit der posturalen Instabilität würden eine Gangunsicherheit und zuletzt gehäuft aufgetretene Stürze einhergehen. Die Verwendung einer Ganghilfe werde dringend empfohlen. Überdies werde die Fortführung der physiotherapeutischen Behandlung zum aktiven Stand- und Gangtraining mit Eigenübungsprogramm und besonderem Fokus auf Freezing und Sturzprävention, eine erneute Aufnahme der logopädischen Therapie zur Verbesserung der Sprach- und Schluckfunktion sowie die Fortführung der Ergotherapie empfohlen.

4.2 Gemäss Austrittsbericht vom 7. November 2024 wurde die Beschwerdeführerin vom 27. September 2024 bis am 7. November 2024 stationär in der Klinik F._____ behandelt. Dabei stellten die behandelnden Ärzte einen atypischen Parkinsonismus noch ungeklärter Zuordnung mit prominenter Dystonie, Pyramidenbahnzeichen, posturaler Instabilität und generalisiertem Myoklonus, formal nicht dopa-responsiv, eine reaktive Anpassungsstörung mit Depression und Burnout sowie eine distale Clavículaschaftfraktur rechts fest. Im weiteren Verlauf sei es aufgrund regelmässiger physiotherapeutischer Massnahmen zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Mobilität gekommen, ohne dass eine weitere Anpassung der Medikation erfolgt sei. Physiotherapeutisch sei die Beschwerdeführerin bei Austritt aus der Klinik selbständige Fussgängerin gewesen und habe die Treppe sowohl mit als auch ohne Handlauf bewältigen können. Für eine ambulante therapeutische Nachsorge werde eine Verbesserung der Symmetrie der Gewichtsverteilung (mehr Stabilität beim Gehen), eine selektive Aktivierung des Rumpfs, das Lösen der Fixierung in der Seitneigung/Shift des Brustkorbs nach rechts und die Kräftigung der unteren Extremitäten empfohlen. Ergotherapeutisch habe sich die Performanz in Alltagsaktivitäten verbessert. Selbständiges Anziehen sei wieder zuverlässig und selbständig möglich. Logopädisch habe sich eine verzögerte Schluckreflexauflösung, eine spontane Schluckfrequenz und eine orale Transportphase (Tabletten hätten nicht immer suffizient geschluckt werden können) gezeigt. Wichtig sei bei der chronisch-progredienten neurologischen Grunderkrankung ein gutes und engmaschiges ambulantes Therapiesetting.

E. 5

5.1 Nach bisheriger verwaltungsgerichtlicher Rechtsprechung sind Leistungskürzungen der OKP unzulässig, wenn sie lediglich mit einem pauschalen Verweis auf die familienrechtliche Fürsorgepflicht begründet werden (vgl. VGer-Urteil VG.2024.00115 vom 2. Juni 2025 E. II/4.1.2, nicht publiziert, VG.2024.00037 vom 16. Januar 2025 E. II/4.3, nicht publiziert, VG.2022.00045 vom 24. November 2022 E. II/5.3). Diese Rechtsprechung geht davon aus, dass die Abgrenzung zu allfälligen familienrechtlichen Pflichten bereits im Rahmen der medizinischen Abklärungen und der Prüfung gemäss Art. 32 KVG erfolgt und dass Leistungen mit medizinischer Notwendigkeit sowie entsprechender Vergütungspflicht der OKP das übliche Mass der familienrechtlichen Fürsorgepflicht überschreiten (vgl. VGer-Urteil VG.2022.00045 vom 24. November 2022 E. II/5.3).

5.2 Mit Blick auf das oben Ausgeführte (vgl. obenstehende E. II/5.1) gilt zunächst festzuhalten, dass der Grundsatz der Schadenminderungspflicht in der OKP allgemeine Geltung hat (vgl. BGE 118 V 107 E. 7b, mit Hinweisen) und das Bundesgericht in dessen Weiterführung auch bei Familienangehörigen und im Besonderen bei Ehegatten gestützt auf Art. 159 Abs. 3 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs vom 10. Dezember 1907 (ZGB) eine Schadenminderungs- bzw. Beistandspflicht anerkannt hat (vgl. BGE 145 V 161 E. 3.3.2; BGer-Urteil 9C_702/2010 vom 21. Dezember 2010 E. 7.1, K 156/04 vom 21. Juni 2006 E. 4.2, jeweils mit Hinweisen). Danach sind die Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Einsatzfähigkeit durch die Mithilfe der Familienangehörigen möglichst zu mildern. Diese Mithilfe geht weiter als die ohne Gesundheitsschaden üblicherweise zu erwartende Unterstützung, jedoch darf den Familienangehörigen keine unverhältnismässige Belastung entstehen (vgl. BGE 141 V 642 E. 4.3.2, mit Hinweisen; David Husmann/Aurelia Jenny, in Gabor P. Blechta et al. [Hrsg.], Basler Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz/Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, Basel 2020, Vor Art. 67 ff. KVG N. 29 ff.). Obschon es hierfür in der OKP an einer gesetzlichen Grundlage fehlt, ist für deren Umfang dabei nicht die rechtliche Durchsetzbarkeit massgebend, sondern das, was in der sozialen Realität üblich und zumutbar ist (vgl. BGer-Urteil 9C_525/2023 vom 26. Oktober 2023 E. 4.2; Urteil des Obergerichts des Kantons Graubünden SV1 25 49 vom 26. November 2025 E. 7.2). Folglich kann in Fällen, in denen eine Beistandspflicht weder klagbar noch vollstreckbar ist, die Schadenminderungspflicht nur bemüht werden, wenn auch tatsächliche Beistandsbereitschaft gegeben ist. Eine bloss prinzipiell realisierbare Schadenminderung genügt indes nicht (vgl. Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG, Grundriss für Praxis und Studium, Basel 2025, Rz. 819; Gebhard Eugster, in Ulrich Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bd. XIV, Soziale Sicherheit, 3. A., Basel 2016, Rz. 379). Den Spitex-Verantwortlichen ist bei der Frage, was an Hilfestellung von den Familienangehörigen erwartet werden kann, ein vernünftiger und praktikabler Beurteilungsspielraum zuzugestehen (vgl. BGer-Urteil 9C_702/2010 vom 21. Dezember 2010 E. 7.1, K 156/04 vom 21. Juni 2006 E. 4.2).

5.3 Soweit ersichtlich bejaht die bisherige kantonale Rechtsprechung eine Schadenminderungs- bzw. Beistandspflicht von pflegenden Angehörigen im Rahmen der Grundpflegeleistungen (vgl. zum Ganzen: Urteil des Obergerichts des Kantons Graubünden SV1 25 49 vom 26. November 2025; Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau VBE.2024.560 vom 21. August 2025; Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen KV 2023/8 vom 3. Dezember 2024; Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern 200 14 879 KV vom 24. Februar 2017), wobei selbst der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin davon ausgeht, dass die Beistandspflicht von pflegenden Angehörigen nur zumutbare Pflege- und Betreuungsleistungen umfassen könne und eine Kürzung lediglich bei einer "Ohnehinversorgung" zulässig sei (vgl. Hardy Landolt, Familiäre Solidaritätspflicht versus sozialversicherungsrechtliche Pflegeleistungspflicht, in Pfl gerech 2/2025, S. 87 ff., 87 und 91).

5.4 Das Verwaltungsgericht hat nach vertiefter Prüfung erkannt, dass an der bisherigen Praxis (vgl. obenstehende E. II/5.1) nicht festgehalten werden kann bzw. diese zu präzisieren ist. Die Frage der Schadenminderungspflicht von Familienangehörigen in der OKP stellt hinsichtlich der vorangegangenen Verfahren (VG.2024.00115, VG.2024.00037, VG.2022.00045 [vgl. obenstehende E. II/5.1]) zwar keinen neuen Aspekt dar. Sie bildet im

vorliegenden Fall jedoch ein weiteres Element der Gesamtwürdigung, wobei das Interesse an der richtigen Rechtsanwendung im Lichte der zitierten bundesgerichtlichen und kantonalen Rechtsprechung jenes an der Rechtssicherheit überwiegt. Überdies scheint die Beachtung der Schadenminderungspflicht von Familienangehörigen in der OKP eine allgemeine Verbreitung erfahren zu haben (vgl. obenstehende E. II/5.2 f.), weshalb eine unterschiedliche Behandlung bzw. deren Nichtbeachtung als Verstoß gegen das Gleichheitsgebot ausgelegt werden könnte. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil die bisherige Praxis des Verwaltungsgerichts nur in Bezug auf eine geringe Zahl von versicherten Personen beibehalten wurde. Damit liegen triftige Gründe für eine Praxisänderung vor, zumal sie überdies auch grundsätzlich und für die Zukunft erfolgt (vgl. zum Ganzen: BGE 147 V 342 E. 5.5.1; Ulrich Häfelin/Georg Müller/Felix Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 8. A., Zürich/St. Gallen 2020, Rz. 589 ff.). Die neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (BGer-Urteil 9C_132/2020 vom 7. Juni 2021 E. 2.2, mit Hinweis). Entsprechend ist die Schadenminderungspflicht des Sohns der Beschwerdeführerin vorliegend im Ergebnis zu berücksichtigen. Er zog aufgrund ihres Pflegebedarfs denn auch zu ihr und liess sich bei der Leistungserbringerin anstellen, weshalb von einer tatsächlichen Beistandsbereitschaft auszugehen ist. Daran vermag das Vorbringen der Beschwerdeführerin, das Bundesgericht habe bis anhin lediglich im Sinne eines obiter dictum auf die familiäre Fürsorgepflicht hingewiesen und im Zusammenhang mit der Grundpflegeentschädigung bei Familienmitgliedern im selben Haushalt keine Kürzungen vorgenommen, nichts zu ändern. Das Bundesgericht hat wiederholt festgehalten, dass nicht verrechenbar ist, was dem Familienangehörigen im Rahmen der Schadenminderungspflicht zugemutet werden kann (BGE 145 V 161 E. 3.3.2; BGer-Urteil 9C_702/2010 vom 21. Dezember 2010 E. 7.1, 9C_597/2007 vom 19. Dezember 2007 E. 3, K 156/04 vom 21. Juni 2006 E. 4.2).

E. 6

6.1 Die gesetzlichen Bestimmungen geben nicht explizit vor, wie Grundpflegeleistungen abzurechnen sind, wenn ■ wie vorliegend ■ ein Tarifvertrag fehlt (vgl. Art. 59 Abs. 1 lit. b und lit. c KVV e contrario; obenstehende E. II/3.4). Nur, aber immerhin, besteht der Grundsatz, dass lediglich effektive Pflegeleistungen, welche im Leistungskatalog von Art. 7 Abs. 2 KLV enthalten sind, übernommen werden können, wobei eine pauschale Fakturierung unzulässig ist (vgl. BGE 142 V 203 E. 7.2.3). Entscheidend für die Leistungspflicht des Krankenversicherers ist, dass es sich um krankheitsbedingte Pflegemassnahmen und nicht um Vorkehren handelt, die aus anderen persönlichen oder sozialen Gründen erbracht werden (BGE 131 V 178 E. 2.2). Die in der Pflegedokumentation enthaltenen Angaben müssen sodann eine zuverlässige Beurteilung der Leistungspflicht ermöglichen, andernfalls der Krankenversicherer ergänzende Unterlagen einzuverlangen hat und bei ungenügendem Nachkommen dieser Aufforderung die Vergütung der geltend gemachten Leistungen ablehnen kann (vgl. BGE 131 V 178 E. 2.4; BGer-Urteil 9C_307/2020 vom 10. August 2020 E. 3.2). Um den pflegerischen Bedarf als solchen überprüfen zu können, sind neben der Pflege- und Therapieplanung auch Unterlagen erforderlich, welche über den gesundheitlichen Zustand des Patienten Aufschluss geben. Dies trifft namentlich für den Pflegebericht zu. Diese Unterlagen sind für die Überprüfung der Richtigkeit der Pflegebedarfsermittlung und für die Verbesserung der Wirtschaftlichkeitskontrolle gemäss Art. 56 Abs. 2 KVG geeignet und erforderlich (vgl. BGE 133 V 359 E. 7.3).

E. 6.2

6.2.1 Hinsichtlich der Dokumentationspflicht verweist die Beschwerdeführerin auf einen Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen (KV 2023/8 vom 3. Dezember 2024), wonach im Grundsatz die Nachvollziehbarkeit der verrechneten Leistungen genüge. Die vom pflegenden Angehörigen im üblichen Tagesablauf stichwortartig festgehaltenen sowie nicht detailliert zeitlich bezifferten Leistungen liessen nicht auf eine pauschale Fakturierung schliessen. Die (Regel-)Dauer der einzelnen aufgeführten Pflegeleistungen sei den eingereichten Leistungsplanungsblättern zu entnehmen, wobei sich eine erhöhte Detailliertheit der Pflegerapporte weder der Gesetzgebung, der Rechtsprechung noch dem Administrativ-Vertrag der Spitex entnehmen lasse (vgl. E. 3.1.2). Mit der Beschwerdeführerin ist darin einig zu gehen, dass die erbrachten Grundpflegeleistungen nachvollziehbar sein müssen, zumal die Angaben in der Pflegedokumentation eine zuverlässige Beurteilung der Leistungspflicht ermöglichen müssen und die OKP in die Lage versetzt werden soll, anhand dieser Unterlagen die Pflegebedarfsermittlung auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen sowie eine Wirtschaftlichkeitskontrolle vorzunehmen (vgl. obenstehende E. II/6.1). Hierfür ist hinsichtlich der allgemeinen Grundpflege grundsätzlich auf die Angaben in der Bedarfsmeldung abzustellen, wobei der notwendige Zeitaufwand gestützt auf die Unterlagen der Pflegeplanung und -dokumentation sowie auf den RAI-HC Katalog oder vergleichbaren Bedarfserfassungsinstrumenten ermittelt werden kann (vgl. BGer-Urteil 9C_528/2012 vom 20. Juni 2013 E. 5.3). Den zuständigen Personen (Pflegefachperson, Spitex, die für die Anordnung der Leistungen zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt) kommt bei der Beurteilung des konkreten Bedarfs in zeitlicher Hinsicht sowie in Bezug auf Form und Inhalt ein gewisser Spielraum zu. Soweit der RAI-HC-Katalog, der zwar keinen normativen Charakter hat und für das Gericht nicht verbindlich ist, eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulässt, kann dieser bei der Entscheidung mitberücksichtigt werden (vgl. BGer-Urteil 9C_307/2020 vom 10. August 2020 E. 4.2, 9C_528/2012 vom 20. Juni 2013 E. 4, je mit Hinweisen).

6.2.2 Vorliegend ist unbestritten, dass den Pflegeberichten des pflegenden Angehörigen keine Zeitangaben für die erbrachten Pflegeleistungen zu entnehmen sind und die Bedarfsabklärung durch G._____, diplomierte Krankenschwester AKP/GKP/KWS/PsyKP der Leistungserbringerin, vorgenommen wurde. Ab März 2025 kontrollierte und bestätigte Dr. med. H._____, Allgemeine Innere Medizin FMH, den ermittelten Leistungsbedarf, sodass diesbezüglich die gesetzliche Vermutung gilt, wonach ärztlich verordnete Leistungen i.S.v. Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (sog. WZW-Kriterien) sind (vgl. BGE 151 V 158 E. 3.4, 129 V 167 E. 3.1; BGer-Urteil 9C_528/2012 vom 20. Juni 2013 E. 4). Da seit dem 1. Juli 2024 keine ärztliche Anordnung mehr notwendig ist (vgl. Art. 7 Abs. 4 KLV), sind die in Art. 7 ff. KLV enthaltenen Voraussetzungen als erfüllt zu betrachten, womit grundsätzlich auf die Bedarfsmeldungen abzustellen ist (vgl. aber nachstehende E. II/8). Sodann ist in Anbetracht der im Recht liegenden Pflegeberichte, der Pflegeplanung und der Verlaufsberichte entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin genügend erstellt, welche Leistungen der pflegende Angehörige in den streitbetroffenen Monaten erbracht hat. Dass diese in einem tagebuchartigen Beschrieb aufgeführt sind, gereicht der Beschwerdeführerin schliesslich nicht zum Nachteil, weil die Dauer der streitbetroffenen Pflegeleistungen den Leistungsplanungsblättern zu entnehmen ist und gestützt darauf der notwendige Zeitaufwand ermittelt werden kann (vgl. obenstehende E. II/6.2.1). Im Ergebnis kann der Beschwerdegegnerin somit nicht

darin gefolgt werden, dass die Leistungen lediglich pauschal aufgeführt wurden, woran der Verweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 142 V 203 E. 7.2.3) nichts ändert. Wie bereits dargelegt, geht aus der Diagnosestellung und der Pflegedokumentation genügend klar hervor, dass die Beschwerdeführerin täglich der Grundpflege bedarf und diese Leistungen auch effektiv von ihrem Sohn erbracht wurden, womit es an dieser Stelle sein Bewenden hat.

E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin nahm Kürzungen wegen der Nichteinhaltung von arbeitsgesetzlichen Vorschriften vor. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist die Ausnahmebestimmung von Art. 2 Abs. 1 lit. g ArG betreffend private Haushaltungen auf Dreiparteienverhältnisse nicht anwendbar. Ein Dreiparteienverhältnis liegt vor, wenn die Betreuungsarbeit den privaten Bedürfnissen der zu betreuenden Person dient und die vom Arbeitnehmer erbrachte Leistung zugleich die Erfüllung der Leistungspflicht der Betreuungsorganisation gegenüber der zu betreuenden Person bewirkt. Diesfalls ist es möglich, die Einhaltung der Arbeits- und Ruhezeiten bei der Betreuungsorganisation zu kontrollieren (vgl. zum Ganzen: BGE 148 II 203 E. 4.5 f.). Der Bundesrat führt in seinem Bericht in Erfüllung des Postulats 22.3273 vom 17. März 2022 demgegenüber aus, das ArG gelte für berufliche Tätigkeiten und nicht für die Tätigkeit von pflegenden Angehörigen, weshalb insbesondere die Bestimmungen über die Arbeits- und Ruhezeit auf die Tätigkeit von pflegenden Angehörigen keine Anwendung finden würden (vgl. Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 22.3273 vom 17. März 2022 S. 31, abrufbar unter: <https://www.wbf.admin.ch> [zuletzt besucht am: 19. Februar 2026]).

7.2 Vorliegend schloss die Beschwerdeführerin mit der Leistungserbringerin ab dem 1. September 2024 einen Pflegedienstleistungsvertrag. Am selben Tag stellte Letztere den pflegenden Angehörigen ein, welcher mit der Beschwerdeführerin im gleichen Mehrfamilienhaus wohnt. Insofern liegt ein Dreiparteienverhältnis im Sinne der oben genannten bundesgerichtlichen Rechtsprechung vor (vgl. obenstehende E. II/7.1). Allerdings gilt zu beachten, dass die Beschwerdegegnerin für die Kontrolle der Einhaltung des ArG sowie der zwingenden Arbeitnehmerschutzbestimmungen des Obligationenrechts vom 30. März 1911 (OR) und eines allfällig anwendbaren Normalarbeitsvertrags nicht zuständig ist. Die Aufsicht über den kantonalen Vollzug obliegt vielmehr dem Departement Volkswirtschaft und Inneres des Kantons Glarus, wobei das Arbeitsinspektorat für konkrete Kontrollen betreffend die Einhaltung der Arbeits- und Ruhezeiten zuständig ist (vgl. Art. 41 Abs. 1 ArG i.V.m. Art. 2 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zu den bundesrechtlichen Bestimmungen in den Bereichen Arbeit, Unfallverhütung und Sicherheit von technischen Einrichtungen und Geräten vom 3. Mai 1992 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 und Art. 8 Abs. 1 der Verordnung über den Vollzug der bundesrechtlichen Bestimmungen in den Bereichen Arbeit, Unfallverhütung und Produktesicherheit vom 21. März 2006). Die Einhaltung der arbeitsgesetzlichen Vorschriften ist demnach bei der jeweiligen Spitex-Organisation durch die zuständige Behörde zu kontrollieren. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist vorliegend sodann nicht ersichtlich, inwiefern besondere Umstände gemäss Art. 329 Abs. 2 OR, wonach ausnahmsweise und mit Zustimmung des Arbeitnehmers mehrere freie Tage zusammenhängend oder statt eines freien Tags zwei freie Halbtage eingeräumt werden können, vorliegen würden. Diese Regelung wurde mit Blick auf Branchen wie Land-, Alp- oder Gastwirtschaft geschaffen, in denen lange Arbeits- oder Präsenzzeiten üblich sind (vgl. Urteil des Obergerichts des Kantons Graubünden SV1 24 117 vom

24. März 2025 E. 7.7; Wolfgang Portmann/Roger Rudolph, in Corinne Widmer Lüchinger/David Oser [Hrsg.], Basler Kommentar Obligationenrecht I, 8. A., 2026, Art. 329 N. 1; Thomas Pietruszak/Nina Rabaeus, in Isabelle Wildhaber/Daniel Häusermann [Hrsg.], Kurzkommentar Obligationenrecht I, 2. A., 2026, Art. 329 N. 3). Allein die Anstellung eines pflegenden Angehörigen durch eine Spitex-Organisation stellt für sich genommen noch keinen besonderen Umstand i.S.v. Art. 329 Abs. 2 OR dar, wobei pflegende Angehörige in Dreiparteien-Konstellationen unter den Schutz der arbeitsgesetzlichen Arbeits- und Ruhezeiten fallen. Dies ändert aber nichts an der Ausgangslage, wonach die Beschwerdegegnerin die effektiv erbrachten Pflegeleistungen, die im Leistungskatalog gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV enthalten sind, zu übernehmen hat (BGE 142 V 203 E. 7.2.3). Ohnehin kann sich die Beschwerdegegnerin lediglich gestützt auf koordinationsrechtliche Mechanismen von ihrer Leistungspflicht (teilweise) befreien bzw. wird ihre Übernahmepflicht durch Art. 32 Abs. 1 KVG begrenzt, indem nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen zu vergüten sind. Allenfalls kann eine Leistungskürzung auch aufgrund der familiären Beistands- bzw. Schadenminderungspflicht vorgenommen werden. In diesem Sinne entlasten die arbeitsgesetzlichen Bestimmungen die Beschwerdegegnerin nicht von ihrer Pflicht, für die erbrachten Pflegeleistungen aufzukommen. Nach dem Gesagten ist die Beschwerdegegnerin somit nicht berechtigt, die im Lichte von Art. 7 Abs. 2 KLV erbrachten Leistungen wegen Nichteinhaltung der Arbeits- und Ruhezeit gemäss ArG zu kürzen, weshalb sie die Pflegeleistungen für sieben Tage pro Woche zu vergüten hat. Es ist an der hierfür zuständigen Behörde, über die arbeitsrechtliche Zulässigkeit dieses Modells zu befinden.

E. 8

8.1 Am 20. September 2024 ermittelte G. _____ für die Zeit vom 1. September 2024 bis zum 28. Februar 2025 einen Bedarf an Grundpflegeleistungen (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) von 135:54 Stunden pro Monat, ab dem 1. März 2025 einen solchen von 115:19 Stunden und ab dem 1. Mai 2025 einen solchen von 126:06 Stunden. Der in den Bedarfsmeldeformularen vom 21. Februar 2025 sowie vom 29. April 2025 als erforderlich erachtete Umfang der Pflegeleistungen wurde vom behandelnden Arzt zur Kenntnis genommen. Für die Massnahmen der Grundpflege hat die Beschwerdegegnerin demgegenüber 40 Stunden pro Monat zugesprochen.

8.2 Es ist eine Kostenausscheidung vorzunehmen, wenn kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Leistungen zusammentreffen (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich KV.2011.00004 vom 30. Mai 2012 E. 4.2, mit Hinweis), da lediglich die effektiv erbrachten Leistungen gemäss Leistungskatalog von Art. 7 Abs. 2 KLV und damit krankheitsbedingte Vorkehren zu vergüten sind. Aus den Pflegeberichten ergeben sich dabei gewisse Hinweise, dass nicht kassenpflichtige Leistungen bzw. Leistungen aufgeführt wurden, die unter die Schadenminderungspflicht fallen. So können der Beschwerdegegnerin namentlich die vom pflegenden Angehörigen mit der Beschwerdeführerin geführten kurzen Gesprächseinheiten zur Beruhigung, das Aushändigen einer warmen Decke für ihren Komfort oder die Begleitung bei Spaziergängen nicht in Rechnung gestellt werden. Mit Blick darauf führt die Beschwerdegegnerin zwar zu Recht aus, dass anhand der Pflegedokumentation nicht ersichtlich ist, wieviel Zeit für die nicht kassenpflichtigen Betreuungsleistungen verrechnet worden ist. Auf den Leistungsplanungsblättern wird allerdings explizit darauf hingewiesen, dass diese darin nicht aufgeführt bzw. verrechnet wurden, was sich denn auch aus der

entsprechenden Leistungsbeschreibung ergibt.

E. 8.3

8.3.1 Den Leistungsplanungsblättern ist sodann zu entnehmen, dass bei der Position "Teilwäsche Lavabo" (Ziff. 10104) täglich zehn Minuten pro Woche und ab dem 1. Mai 2025 dreimal zehn Minuten pro Woche für die Morgenpflege sowie täglich 15 Minuten für die Abendpflege geplant wurden. Da lediglich die effektiv erbrachten Leistungen von der Beschwerdegegnerin zu vergüten sind, sind für den Zeitraum vom 1. September 2024 bis zum 30. April 2025 70 Minuten pro Woche und ab dem 1. Mai 2025 insgesamt 135 Minuten pro Woche zuzusprechen. Die von der Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin aufgrund von arbeitsgesetzlichen Bestimmungen vorgenommene Kürzung, wonach sechs statt sieben Tage zu gewähren seien, ist demgegenüber unzulässig (vgl. obenstehende E. II/7.2).

8.3.2 Als Bagatelleleistung taxierte die Beschwerdegegnerin die Positionen "Nagelpflege" (Ziff. 10108 f.), welche im Rahmen der familiären Unterstützungspflicht vom pflegenden Angehörigen zu erbringen sei. Der Beschwerdegegnerin ist darin zuzustimmen, dass es dem pflegenden Angehörigen zumutbar ist und es sich überdies im sozial üblichen Mass bewegt, der Beschwerdeführerin zweimal monatlich die Fingernägel bzw. einmal im Monat die Zehennägel zu schneiden. Dies auch deshalb, weil es sich hierbei nicht um eine sehr zeitintensive Hilfeleistung handelt (vgl. Entscheid Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen KV 2023/8 vom 3. Dezember 2024 E. 3.3.3). Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Kürzung ist dementsprechend nicht zu beanstanden. Demgegenüber kann der pauschale Abzug von 30 Minuten Grundpflege pro Tag aufgrund der Schadenminderungspflicht des Familienangehörigen nicht bestätigt werden. Die Beschwerdeführerin bringt nämlich vor, dass ihr Sohn bereits andere, im vorliegenden Fall zeitlich intensive(re) Versorgungsleistungen erbringe, welche nicht vergütet würden. In diesem Zusammenhang ist nicht ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin mit Blick auf die WZW-Kriterien abgeklärt hätte, ob der Sohn der Beschwerdeführerin bereits weitere und nicht in Rechnung gestellte zumutbare sowie sozial übliche Leistungen getätigt hat und er seiner Schadenminderungspflicht damit nachgekommen ist. Ohnehin müssten sämtliche nicht verrechenbaren Leistungen ■ wie die Nagelpflege ■ in dieser Kürzung mitberücksichtigt werden (vgl. Entscheid Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen KV 2023/8 vom 3. Dezember 2024 E. 3.3.3). Hinzu kommt, dass die Beschwerdegegnerin durch eine ohne nähere Begründung vorgenommene Kürzung den rechtsprechungsgemäss zugestandenen Beurteilungsspielraum der Leistungserbringerin nicht wahrt (vgl. obenstehende E. II/6.2.1).

8.3.3 Bei der Position "Zahnpflege" (Ziff. 10112) gewährt die Beschwerdegegnerin zehn Minuten statt den beantragten 15 Minuten täglich. Dies begründet sie einerseits mit der fehlenden Dokumentation, welche ■ wie bereits ausgeführt (vgl. obenstehende E. II/6.2) ■ den in der Rechtsprechung gestellten Anforderungen genügt. Andererseits gab die Vertrauensärztin an, dass kein Mehrbedarf ersichtlich sei. Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, dass ihre Krankheit zu Mundgesundheitsproblemen führe, weshalb eine intensivere Pflege wichtig sei. Angesichts der unstrittig vorhandenen Schluckstörung sowie des Tremors erscheint der beantragte Pflegebedarf nachvollziehbar. Eine Kürzung ist damit nicht angezeigt.

8.3.4 Die Kürzung der Position "An- und Auskleiden" (Ziff. 10114) wurde durch die Leistungserbringerin akzeptiert, durch die Beschwerdeführerin vor Verwaltungsgericht aber wiederum gerügt. Dies mit der Begründung, die Spitex D._____ führe die Ganzkörperwäsche nur zweimal pro Woche durch, während sie aber nicht nur zu diesem Zeitpunkt Hilfe beim An- und Auskleiden benötige. Die Beschwerdeführerin verkennt indes, dass die Ganzwäsche (Ziff. 10102) an den restlichen Tagen vom pflegenden Angehörigen geleistet wird und die Leistungserbringerin das An- und Auskleiden in die Position Ganz- bzw. Teilkörperwäsche inkludiert. Vor diesem Hintergrund bringt die Beschwerdegegnerin zu Recht vor, dass die Position "An- und Auskleiden" doppelt verrechnet worden sei, wobei die Klinik F._____ am 7. November 2024 überdies festgehalten hat, dass sich die Beschwerdeführerin selbständig an- und ausziehen könne. Im Ergebnis ist die Kürzung somit nicht zu beanstanden.

8.3.5 Gemäss Pflegebericht vom September 2024 benötige die Beschwerdeführerin aktive Hilfe beim Trinken, weil sie nicht gut schlucken könne und der Trinkhalm zum Mund geführt werden müsse. Aus der Pflegeplanung vom 11. September 2024 ergibt sich ferner, dass das Glas der Beschwerdeführerin gehalten werden müsse, da sie wegen eines starken Tremors und einer Seitwärtsrotation zur rechten Körperseite nicht in der Lage sei, sich selbständig aufzurichten und die Nackensteifigkeit das Trinken direkt aus dem Glas verunmögliche. Weiter ist den im Recht liegenden Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin oft ans Trinken erinnert worden sei, weil sie selber keinen Durst verspüre und sie wegen ihrer motorischen Einschränkung und der Schluckstörung stark eingeschränkt sei. Sie werde rasch müde und benötige mehrmals Pausen, damit sie sich nicht verschlucke. Überdies könne sie ihre Arme teilweise nicht nach oben bewegen, sodass sie ohne Unterstützung dehydrieren würde. Als Massnahmen der Grundpflege gilt die Hilfe beim Essen und Trinken bei pflegebedürftigen Personen, die namentlich nicht in der Lage sind, die Speisen im Teller zu zerkleinern oder sie zum Mund zu führen (vgl. BGE 136 V 172 E. 5.3.2). Die vom pflegenden Angehörigen erbrachte Hilfeleistung ist als Massnahme zur Bewältigung grundlegender alltäglicher Lebensverrichtungen zu qualifizieren, welche die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen nicht selbst vornehmen kann (vgl. zum Ganzen: BGer-Urteil 9C_528/2012 vom 20. Juni 2013 E. 5.4.3). Vor diesem Hintergrund ist die Hilfeleistung bei der Position "Beim Trinken unterstützen" (Ziff. 10301) nicht mehr als sozialüblich und zumutbar anzusehen, weshalb sie entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht unter die Schadenminderungspflicht des Sohns der Beschwerdeführerin fällt. Dass diese Position im vorliegenden Fall nicht als Bagatelleleistung bezeichnet werden kann, geht überdies aus der vertrauensärztlichen Beurteilung hervor, gemäss welcher das Trinken teilweise bei der Position "Beim Essen helfen" (Ziff. 103029) berücksichtigt wurde. Die Beschwerdegegnerin hat damit täglich dreimal sechs Minuten zu vergüten (vgl. hierzu nachfolgende E. II/8.3.6).

8.3.6 Für die Position "Beim Essen helfen" (Ziff. 10302) hält die Beschwerdegegnerin zweimal täglich 15 Minuten für angemessen. Im Widerspruch dazu anerkennt die Vertrauensärztin 240 Minuten pro Woche, was zweimal täglich 20 Minuten innerhalb von sechs Tagen entspricht und die Unterstützung beim Trinken einschliesst. Gemäss Stellungnahmen der Leistungserbringerin vom 10. Oktober 2024 sowie vom 29. April 2025 habe die Beschwerdeführerin eine bekannte Schluckstörung, weshalb das Kauen der Nahrung lange dauere. Die Blockaden würden sie am Schlucken hindern und die fehlende

Kraft sowie der Tremor erforderten eine Unterstützung durch ihren Sohn. Sie habe eine rechtsseitige Dystonie der Rumpfmuskeln. Da sie mit dem Oberkörper nach rechts kippe, müsse die Haltung während des Essens mehrfach korrigiert werden. Sie leide zudem an Mangelernährung und habe zum Zeitpunkt der Stellungnahme bei einer Körpergrösse von 1.57 Metern 49 Kilogramm gewogen, wobei das Gewicht nur durch die notwendige Unterstützung habe erreicht werden können. Diese Einschätzung findet in den weiteren medizinischen Unterlagen durchaus Stütze. Die Klinik F._____ empfiehlt alsdann das Beibehalten einer energie- und proteinreichen Kost mit zusätzlichen Desserts und Zwischenmahlzeiten sowie eine weitere Einnahme von ein bis zwei hochkalorischen Trinknahrungen. Unter diesen Umständen erweist sich eine Kürzung bei der Position "Beim Essen helfen" als nicht gerechtfertigt, zumal die Nahrungsaufnahme bei einer Verschlechterung der Feinmotorik und bei Schluckstörungen notwendigerweise eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt. Nachvollziehbar erscheint jedoch die Annahme der Beschwerdegegnerin, dass die Unterstützung beim Trinken zumindest zweimal täglich im Rahmen der Nahrungsaufnahme vorgenommen wird und entsprechend nicht doppelt abgerechnet werden darf. Damit ist eine Kürzung um zweimal sechs Minuten pro Tag bei der Position "Beim Trinken unterstützen" (Ziff. 10301) vorzunehmen.

8.3.7 Bei der Position "Begleitung beim Toilettengang" (Ziff. 10419) ging die Beschwerdegegnerin von einem Bedarf von wöchentlich 160 Minuten statt der beantragten 210 Minuten aus. Dies begründete sie damit, dass die Hilfestellung als kombinierte Leistung mit der Position "Ganzwäsche" (Ziff. 10102) durchzuführen sei. Dies erscheint plausibel, zumal die Leistungserbringerin in ihrer Stellungnahme vom 10. Oktober 2024 einräumt, in Kombination mit der Körperpflege zu viel berechnet zu haben und daher zumindest eine teilweise Leistungskürzung von täglich zehn Minuten akzeptiert hat. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Kürzung ist somit nicht zu beanstanden.

8.3.8 Bei der Position "Aufstehen/Hinlegen" (Ziff. 10503) akzeptierte die Beschwerdegegnerin wöchentlich lediglich 54 statt den beantragten 168 Minuten. Diesfalls stützte sie sich auf die vertrauensärztliche Begründung, wonach acht Einsätze nicht nachvollziehbar seien, zumal lediglich drei Einsätze täglich dokumentiert seien. Dies genügt zwar grundsätzlich nicht, um die Ablehnung der korrekt abgeklärten Pflegeleistungen zu begründen, nicht zuletzt weil den zuständigen Personen bei der Beurteilung des konkreten Bedarfs ein gewisses Ermessen zukommt (vgl. obenstehende E. II/6.2.1). Es erscheint aufgrund der vorliegenden Akten und mangels anderer medizinischer Einschätzungen aber nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin sich nicht achtmal täglich ins Bett legt bzw. wiederum daraus aufsteht, was mit dieser Position regelmässig gemeint ist (vgl. Ergänzung zu den interRAI-Handbüchern der Spitex Schweiz S. 34, abrufbar unter: <https://www.spitex-luzern.ch> [zuletzt besucht am: 19. Februar 2026]). Die Kürzung ist damit nachvollziehbar, wobei der Abzug von einem Tag gestützt auf das ArG nicht vorgenommen werden kann.

8.3.9 Die Vertrauensärztin stufte die "Hilfe beim Gehen" (Ziff. 10505) als Betreuungsleistung separat zur Körperhygiene ein und führte in Bezug auf die "aktive/passive Bewegungsunterstützung" (Ziff. 10506) lediglich die in den Leistungsplanungsblättern vermerkten Zeiten von täglich 8x2 Minuten sowie wöchentlich 2x15 Minuten an, ohne zu erläutern, weshalb diese Leistung nicht akzeptiert wurde. Mobilisieren und Bewegungsübungen stellen entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin grundsätzlich kassenpflichtige Leistungen dar (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. c

KLV). In Anbetracht der medizinischen Unterlagen erscheint es nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Gangstörung, der posturalen Instabilität, eines Myoklonus und der damit verbundenen Sturzgefahr Unterstützung beim Gehen und bei der Ausführung der aktiven/passiven Bewegungsübungen benötigt. Einerseits sei die Fallrichtung unterschiedlich. Andererseits habe sie infolge eines Sturzes an der Clavicula versorgt werden müssen, wobei sich die entsprechende Operation vom 27. September 2024 nachteilig auf ihre Mobilität ausgewirkt habe. Seit Februar 2025 verwendet die Beschwerdeführerin überdies einen Rollstuhl. Aus dem Bericht der Klinik F. _____ vom 7. November 2024 geht zwar hervor, dass die Beschwerdeführerin bei Austritt selbständige Fussgängerin gewesen sei und die Treppe sowohl mit als auch ohne Handlauf habe bewältigen können. Mit Blick auf die gestellten Diagnosen und den bisherigen Beschwerdeverlauf kann daraus jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass die Beschwerdeführerin bezüglich der Positionen "Hilfe beim Gehen" und "aktive/passive Bewegungsunterstützung" keine Hilfe mehr benötigt. Vielmehr wird im selben Bericht der Klinik F. _____ auf die mobilitätsbezogene Einschränkung infolge der am 27. September 2024 vorgenommenen Operation hingewiesen sowie darauf, dass die Beschwerdeführerin an einer chronisch-progredienten neurologischen Grunderkrankung leidet. Mit Blick darauf seien bei erneuter Verschlechterung Intervallrehabilitationen zur Verlaufsmodifikation sowie zum bestmöglichen Erhalt von Selbständigkeit, Teilhabe und Verhinderung von Pflegeabhängigkeit und generell ein gutes sowie engmaschiges ambulantes Therapiesetting sinnvoll. Im Übrigen gehen die weiteren medizinischen Beurteilungen übereinstimmend von einer Gangstörung sowie von regelmässigen Stürzen aus, weshalb von einer Notwendigkeit einer entsprechenden Unterstützung auszugehen ist. Schliesslich hat die Beschwerdegegnerin bereits bei der Position "Begleitung beim Toilettengang" (Ziff. 10419) richtigerweise entsprechende Kürzungen vorgenommen, da diese in Kombination mit der Position "Ganzwäsche" (Ziff. 10102) auszuführen ist (vgl. obenstehende E. II/8.3.7). Eine erneute Kürzung im Rahmen der Körperhygiene ist damit nicht angezeigt.

8.4 Die Parteien sind sich ebenfalls darüber uneinig, ob und inwiefern pflegende Angehörige Leistungen in der Nacht abrechnen können. Konkret erscheinen die nächtlichen Einsätze im Zusammenhang mit der Begleitung beim Toilettengang (Ziff. 10419) und der Lagerung im Bett (Ziff. 10501) strittig. Die Beschwerdegegnerin geht dabei von einer ambulanten Pflege im Sinne einer externen Spitexpflege mit Einsätzen während des Tages und allenfalls mit nächtlichen Einsätzen bei Notfällen aus und erachtet die Notwendigkeit der Leistungen gestützt auf die gestellten Diagnosen als nicht ausgewiesen. Ein solcher Vergleich entspricht zwar grundsätzlich der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den WZW-Kriterien, da der OKP nur Kosten in Rechnung gestellt werden können, welche eine Pflege zuhause durch aussenstehende Spitex-Angestellte verursachen würde (vgl. BGE 145 V 161 E. 3.3.2; Urteil des Obergerichts des Kantons Graubünden SV1 24 117 vom 24. März 2025 E. 8.4, je mit Hinweisen). Allein aufgrund der Tatsache, dass eine Spitexorganisation aus wirtschaftlichen bzw. praktischen Gründen keine Nachteinsätze durchführen würde, lässt jedoch nicht auf eine mangelnde Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen schliessen (vgl. VGer-Urteil VG.2024.00115 vom 2. Juni 2025 E. II/4.1.3, nicht publiziert). Vielmehr hätte die Beschwerdegegnerin auch diesfalls konkret prüfen müssen, ob die WZW-Kriterien bei den umstrittenen Grundpflegeleistungen erfüllt sind, was sie indes unterlassen hat. Weiter ist auf Art. 25a Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 7 Abs. 2ter KLV hinzuweisen, wonach die versicherten Pflegeleistungen, unabhängig davon, ob sie während des Tages oder der Nacht

erbracht werden, gedeckt sind (vgl. auch Hardy Landolt, in Gabor P. Blechta et al. [Hrsg.], Basler Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz/Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, Basel 2020, Art. 25a N. 89). Dass ein nächtlicher Toilettengang nicht notwendig wäre, legt die Beschwerdegegnerin nicht näher dar und erscheint angesichts des Austrittsberichts des Spitals E._____ vom 25. Juli 2024 wonach bei der Beschwerdeführerin eine zweimalige Nykturie (nächtlicher Harndrang) auftrate, denn auch nicht überwiegend wahrscheinlich. Betreffend die Notwendigkeit der nächtlichen Lagerung im Bett wird anamnestisch berichtet, dass der Beschwerdeführerin zuverlässig jede Nacht die Beine aus dem Bett fielen und ihre Unterschenkel über die laterale Bettkante hängen würden. Die daraus resultierende Körperhaltung löse bei ihr Muskelschmerzen aus. Den Leistungsplanungsblättern sind (zumindest implizit) die Nachteinsätze für die umstrittenen Grundpflegeleistungen zu entnehmen, wovon auch die Beschwerdegegnerin auszugehen scheint, zumal sie beispielsweise bei der Position "Lagerung im Bett" (Ziff. 10501) keine Nachteinsätze akzeptiert hat. Mit Blick auf die medizinischen Akten, den von Dr. H._____ zur Kenntnis genommenen Grundpflegebedarf und darauf, dass rechtsprechungsgemäss der Pflegefachperson, der Spitex oder der zuständigen Ärztin bzw. dem zuständigen Arzt bei der Beurteilung des konkreten Bedarfs sowohl in zeitlicher Hinsicht als auch in Bezug auf Form und Inhalt ein Ermessensspielraum zukommt (vgl. obenstehende E. II/6.2.1), ist mit der Beschwerdeführerin darin einig zu gehen, dass die nächtlichen Pflegemassnahmen als krankheitsbedingt und notwendig zu qualifizieren sind. Eine Kürzung der Leistung wegen nächtlichen Einsätzen kann im Ergebnis nicht vorgenommen werden.

E. 9

Zusammenfassend gibt die bundesgerichtliche Rechtsprechung Anlass, Pflegeleistungen, welche in der sozialen Realität üblich und zumutbar sind, im Rahmen der Schadenminderungs- bzw. Beistandspflicht von Familienangehörigen zu berücksichtigen. Sodann kann die Beschwerdegegnerin die Leistungsvergütung nicht mit dem Verweis auf eine ungenügende Dokumentationspflicht, auf die arbeitsgesetzlichen Bestimmungen und die Erbringung von nächtlichen Einsätzen verweigern bzw. kürzen. Sie war demgegenüber befugt, einzelne Leistungen aufgrund fehlender medizinischer Notwendigkeit zu kürzen.

Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. Der Einspracheentscheid vom 19. Juni 2025 ist aufzuheben und die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, die beantragten Grundpflegeleistungen im Sinne der Erwägungen zu vergüten.

III.

Die Gerichtskosten sind von Gesetzes wegen auf die Staatskasse zu nehmen (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG e contrario). Da die Beschwerdeführerin teilweise obsiegt, ist ihr zu Lasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung in der Höhe von pauschal Fr. 1'800.- (inkl. Mehrwertsteuer) zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG).

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