KV 200 2025 694
JAP/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 19. Oktober 2026

Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Lüthi

A._____
gesetzlich vertreten durch B._____
vertreten durch Rechtsanwältin …. iur. C._____, D._____ GmbH

Beschwerdeführerin

gegen

Philos Krankenversicherung AG
Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, Postfach, 1919 Martigny

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 19. September 2025

Sachverhalt:

A.

Die … geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der Philos Krankenversicherung AG (Philos bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenpflegeversichert (Akten der Philos [act. II] 1; Akten der Philos [act. IIB] 2/3 Ziff. 4.3). Mit E-Mail vom 13. November 2024 (act. II 3/9, 3/11) und 29. April 2025 (act. II 3/127-129) ersuchte die E._____ GmbH unter jeweiliger Vorlage von Pflegeleistungsverordnungen um Kostenvergütung für einen Pflegebedarf in folgendem Umfang:

- 345.50 Stunden (6.5 Stunden für Abklärung und Beratung, 339 Stunden für Grundpflege) für den Zeitraum vom 11. November 2024 bis 6. Mai 2025 sowie
- 355.92 Stunden (2.5 Stunden für Abklärung und Beratung, 353.42 Stunden für Grundpflege) für den Zeitraum vom 7. Mai bis 6. November 2025.

Mit Verfügung vom 2. Juni 2025 (act. II 3/135 f.) entschied die Philos gemäss Dispositiv (Entscheidformel) das Folgende:

> "Die Pflegeleistungen können maximal wie folgt übernommen werden:
>
> Für die Pflegeleistungen vom 11. November 2024 bis 6. Mai 2025
> Tarif A: 1 Stunde 8 Minuten pro Monat
> Tarif B: –
> Tarif C: 15 Stunden 25 Minuten pro Monat (statt 56.50)
>
> Für die Pflegeleistungen vom 7. Mai 2025 bis 6. November 2025 (Enddatum der Verordnung)
> Tarif A: 0.41 Stunden pro Monat
> Tarif B: –
> Tarif C: 26.28 Stunden pro Monat (statt 58.90 Stunden)
>
> Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Versicherte bzw. die E._____ GmbH werden bis zu einem rechtskräftigen Entscheid sistiert."

Nachdem die Versicherte, vertreten durch die E._____ GmbH (auf Briefpapier der D._____ GmbH) hiergegen Einsprache erhoben hatte (act. II 3/140-146), entschied die Philos am 19. September 2025 wie folgt (act. II 4):

> "Gewährt werden für den Zeitraum vom 11. November 2024 bis 6. Mai 2025 maximal Beiträge des Versicherers gemäss folgender Limitierung:
>
> Tarif A: 1 Stunde 8 Minuten pro Monat (gemäss ärztlicher Anordnung)
> Tarif B: nicht beantragt
> Tarif C: 19 Stunden 56 Minuten pro Monat
>
> Gewährt werden für den Zeitraum vom 7. Mai 2025 bis 6. November 2025 maximal Beiträge des Versicherers gemäss folgender Limitierung:
>
> Tarif A: 0 Stunden 24 Minuten pro (gemäss ärztlicher Anordnung)
> Tarif B: nicht beantragt
> Tarif C: 19 Stunden 56 Minuten pro Monat"
>
> Die Beiträge an Leistungen werden nur gemäss Vorlage eines Pflegerapports mit Angabe von Datum, Zeit, Dauer der tatsächlich geleisteten (nicht geplanten) Pflege, Art der Pflege, Position nach Leistungskatalog Spitex, entrichtet.
>
> Die Leistungen des Krankenversicherers werden bis zur Rechtskraft der Verfügung sistiert."

B.

Mit Eingabe vom 17. Oktober 2025 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin …. iur. C._____, D._____ GmbH, Beschwerde und stellte die folgenden Rechtsbegehren bzw. Anträge:

1. Es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 19. September 2025 aufzuheben und diese zu verpflichten, die für den beantragten Zeitraum beantragten Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV vollumfänglich gutzuheissen.
2. Eventuell sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 19. September 2025 aufzuheben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen an die "Vorinstanz" zurückzuweisen.
3. Alles unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Ferner ersuchte die Beschwerdeführerin im Sinne eines Beweisantrags um Einholung eines neutralen pflegerischen Gutachtens durch das Verwaltungsgericht (Beschwerde Rz. 6) bzw. – mangels Aktenkenntnis – im Sinne eines Verfahrensantrags um Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels (Beschwerde Rz. 22).

In der Folge holte der Instruktionsrichter eine auf die Frage der Rechtmässigkeit der Sistierung der anerkannten Leistungen beschränkte Stellungnahme der Beschwerdegegnerin ein (prozessleitende Verfügung vom 4. November 2025), welche am 24. November 2025 einging. Des Weiteren gab er der Beschwerdeführerin die Möglichkeit, ihre Beschwerde in Kenntnis der Vorakten zu ergänzen (prozessleitende Verfügung vom 25. November 2025). Mit Eingabe vom 27. November 2025 stellte die Beschwerdeführerin die folgenden Rechtsbegehren bzw. Anträge:

> 1. Die aufschiebende Wirkung sei teilweise zu entziehen und es sei festzustellen, dass der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 14. November (richtig: 19. September) 2025 teilweise, und zwar in Bezug auf die zugesprochenen Pflegeleistungen:
>
>   - für den Zeitraum vom 11. November 2024 bis 6. Mai 2025 in der Höhe von 1 Stunde 8 Minuten pro Monat nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und 19 Stunden 56 Minuten pro Monat nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV
>   - für den Zeitraum vom 7. Mai bis 6. November 2025 in Höhe von 24 Minuten pro Monat nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und 19 Stunden 56 Minuten pro Monat nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV
>
>   in Rechtskraft erwachsen ist.
> 2. Es sei die Rechtswidrigkeit der Sistierung der
>
>   - für den Zeitraum vom 11. November 2024 bis 6. Mai 2025 in der Höhe von 1 Stunde 8 Minuten pro Monat nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und 19 Stunden 56 Minuten pro Monat nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV
>   - für den Zeitraum vom 7. Mai bis 6. November 2025 in Höhe von 24 Minuten pro Monat nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und 19 Stunden 56 Minuten pro Monat nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV
>
>   festzustellen.

Am 10. Februar 2026 reichte die Beschwerdeführerin eine weitere Eingabe ein (vgl. dazu prozessleitende Verfügung vom 11. März 2026).

Mit Beschwerdeantwort vom 27. März 2026 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Nach einer im Rahmen eines internen Belastungsausgleichs erfolgten Fallumteilung (vgl. prozessleitende Verfügung des Abteilungspräsidenten vom 14. Juli 2026) trat der nunmehr zuständige Instruktionsrichter auf den Antrag auf teilweisen Entzug des Suspensiveffekts sowie das Feststellungs-

begehren bezüglich Rechtswidrigkeit der Sistierung (Anträge Ziff. 1 der Eingabe vom 27. November 2025) nicht ein und wies das Feststellungsbegehren bezüglich teilweiser Rechtskraft (Antrag Ziff. 2 der Eingabe vom 27. November 2025) ab, soweit er darauf eintrat (prozessleitende Verfügung vom 20. Juli 2026).

Mit Replik vom 27. August 2026 und Duplik vom 29. September 2026 hielten die Parteien an ihren bisherigen Standpunkten fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen und ist durch den angefochtenen Entscheid berührt.

Was das Rechtsschutzinteresse der Beschwerdeführerin an der Beschwerdeerhebung anbelangt, ist Folgendes festzuhalten: Dem Antrag auf Übernahme von Pflegeleistungen C ("C-Leistungen") gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) wurde nicht im geltend gemachten Sinne entsprochen (vgl. dazu auch E. 1.3 hinten), womit insoweit ein schutzwürdiges Interesse an der Beschwerdeerhebung besteht und die Beschwerdeführerin diesbezüglich zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Hinsichtlich der

mitangefochtenen Zusprache von Pflegeleistungen A ("A-Leistungen") gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 1 i.V.m. act. II 3/9-11, 3/127-129) ist ein Rechtsschutzinteresse und in der Folge eine Beschwerdebefugnis dagegen zu verneinen: Die Beschwerdegegnerin setzte die Pflegeleistungen A im angefochtenen Einspracheentscheid (act. II 4) auf 1 Stunde 8 Minuten (1.133 Stunden) bzw. 0 Stunden und 24 Minuten (0.4 Stunden) *"pro Monat"* (Hervorhebung im Urteil) fest, wogegen die Pflegeleistungen für die beiden Verordnungsperioden jeweils einmalig für 6.5 Stunden (11. November 2024 bis 6. Mai 2025) bzw. 2.5 Stunden (7. Mai bis 6. November 2025) beantragt wurden (act. II 3/10, 3/128). Folglich sprach die Beschwerdegegnerin für die erste Periode (5 Monate und 25 Tage bzw. 5 $^{5}/_{6}$ Monate) gut 0.1 Stunden mehr (1.133 Stunden x 5.833 Monate = 6.611 Stunden) und in der zweiten Periode (6 Monate) 0.1 Stunden weniger (0.4 Stunden x 6 Monate = 2.4 Stunden) zu als beantragt, womit sie insgesamt betragsmässig dem Beantragten vollumfänglich entsprach. Damit hat insoweit, als die Beschwerdeführerin auch die Vergütungen betreffend Pflegeleistungen A beanstandet, ein Forumsverschluss zu erfolgen.

Schliesslich ist die örtliche Zuständigkeit gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde – soweit die Pflegeleistungen C betreffend – einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 19. September 2025 (act. II 4). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Kostenvergütung von C-Leistungen für die Zeit vom 11. November 2024 bis 6. November 2025.

1.3 Der Streitwert wird durch das Rechtsbegehren bestimmt (Art. 57 Abs. 1 GSOG i.V.m. Art. 91 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 [Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272]). Die Beschwerdegegnerin setzte die Pflegeleistungen C im angefochtenen Einspracheentscheid (act. II 4) auf 19 Stunden 56 Minuten (19.933 Stunden) pro Monat fest, was für den gesamten Zeitraum (11.833 Monate) 235.87

Stunden entspricht (19.933 Stunden x 11.833 Monate). Hingegen wurde die Pflegeleistungen beschwerdeweise für die beiden Verordnungsperioden jeweils einmalig für 339 Stunden (11. November 2024 bis 6. Mai 2025) bzw. 353.42 Stunden (7. Mai bis 6. November 2025), also insgesamt 692.42 Stunden, beantragt (act. II 3/10, 3/128). Strittig ist folglich eine Differenz von 456.55 Stunden (692.42 Stunden ./. 235.87 Stunden). Mit Blick auf den Beitrag von Fr. 52.60 pro Stunde (vgl. E. 2.2.3 hinten) resultiert somit ein Streitwert unter Fr. 30'000.-- (456.55 Stunden x Fr. 52.60 = Fr. 24'014.53) und fällt die Beurteilung der Streitsache in die einzelrichterliche Zuständigkeit (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Nach Art. 24 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 festgelegten Voraussetzungen. Sie leistet gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim von einer Pflegefachperson (Art. 25a Abs. 1 lit. a KVG), in Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen (Art. 25a Abs. 1 lit. b KVG), oder auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (Art. 25a Abs. 1 lit. c KVG). Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können. Er bestimmt, welche Pflegeleistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können (Art. 25a Abs. 3 KVG). Weiter setzt der Bundesrat die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in

der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden (Art. 25a Abs. 4 KVG).

2.2

2.2.1 Der in Art. 25a KVG umrissene Leistungsbereich wird – gestützt auf Art. 33 lit. b der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) – in Art. 7 KLV näher umschrieben. Als Leistungen gelten demnach Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und nach Art. 8 KLV u.a. – soweit hier von Interesse – von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV) und von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV) erbracht werden (Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV). Leistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 1 KLV sind Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV [A-Leistungen]), Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV [B-Leistungen]) sowie Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV [C-Leistungen]). Unter der jeweiligen Litera werden die von den Leistungen erfassten Vorkehren aufgezählt. Im Gegensatz zu den Leistungskategorien von Art. 7 Abs. 2 lit. a und b KLV ist die Aufzählung der einzelnen Massnahmen in Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV dem Wortlaut nach ("wie", "tels que", "quali") nicht abschliessend (vgl. BGE 131 V 178 E. 2.2.3 S. 185; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_702/2010 vom 21. Dezember 2010 E. 4.2.2).

2.2.2 Die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV können ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und Art. 8 KLV, jene nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV nur auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und Art. 8 KLV erbracht werden (Art. 7 Abs. 4 KLV).

2.2.3 Die Beiträge der OKP an die Leistungen für Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen sind in Art. 7a Abs. 1 KLV geregelt: Für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination): Fr. 76.90 pro Stunde; b. für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b (Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung):

Fr. 63.-- pro Stunde; c. für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV (Massnahmen der Grundpflege): Fr. 52.60 pro Stunde. Die Vergütung dieser Beiträge erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten, wobei mindestens 10 Minuten zu vergüten sind (Art. 7a Abs. 2 KLV).

2.3 Die Ermittlung des Bedarfs an Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV, die zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung nach Art. 8 KLV notwendig sind (Bedarfsermittlung), erfolgt durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau nach Art. 49 KVV in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder den Angehörigen. Das Ergebnis der Bedarfsermittlung ist umgehend dem Arzt oder der Ärztin zur Kenntnisnahme zuzustellen, welcher oder welche die Anordnung oder den Auftrag erteilt hat (Art. 8a Abs. 1 KLV). Die Ermittlung des Bedarfs an Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV (vgl. E. 2.2.1 vorne), die ohne ärztlichen Auftrag oder ärztliche Anordnung von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau nach Art. 49 KVV erbracht werden können, wird von diesem oder dieser in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder dessen oder deren Angehörigen durchgeführt. Das Ergebnis ist umgehend dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin zur Kenntnisnahme zuzustellen (Art. 8a Abs. 1bis KLV). Die Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes (Art. 8a Abs. 3 KLV). Sie erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular, das von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam erarbeitet wurde, festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitaufwand anzugeben (Art. 8a Abs. 4 KLV).

2.4 Zur Tätigkeit zu Lasten der OKP sind u.a. Personen zugelassen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen (Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG). Dazu gehören etwa Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (JUANA VASELLA, in: BLECHTA/COLATRELLA/RÜEDI/ STAFFELBACH [Hrsg.], Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2019, Art. 35 KVG N. 36; vgl. auch Art. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG, in Kraft seit 1. Juli 2024). Als Leistungserbringer bei der Pflege zu Hause kommen gemäss Art. 7 Abs. 1

lit. a und b KLV Pflegefachfrauen und -männer sowie Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause in Frage (vgl. E. 2.2.1 vorne). Familienangehörige der versicherten Person, die bei einer zugelassenen Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause angestellt sind, können auch ohne pflegerische Fachausbildung allgemeine Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV zulasten der OKP erbringen (BGE 150 V 273).

2.5 Die OKP übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Die Leistungen nach den Art. 25 - 31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG; sog. WZW-Kriterien) und werden periodisch dahingehend überprüft (Art. 32 Abs. 2 KVG; BGE 151 V 158 E. 3.1 S. 160, 145 V 116 E. 3.2 S. 119). Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG).

3.

3.1 Unbestrittenermassen handelt es sich bei der E._____ GmbH um eine im Kanton Bern zugelassene Leistungserbringerin im Sinne von Art. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} bzw. lit. e KVG i.V.m. Art. 51 KVV, welche zur Abrechnung zu Lasten der OKP unter der ZSR-Nr. … (act. II 3/11, 3/129) berechtigt ist (zur Bedeutung der ZSR-Nr. vgl. BGE 132 V 303 E. 4.3.2 S. 305). Die E._____ GmbH ist Mitglied der Association Spitex privée Suisse (ASPS; vgl. <https://E._____.ch> unter: … und …). Dadurch ist sie dem zwischen der Spitex Schweiz und der ASPS einerseits und diversen Versicherern, vertreten durch die damalige tarifsuisse ag (seit 11. November 2025 santéservices ag [vgl. SHAB-Publikation vom 17. November 2025]), andererseits abgeschlossenen "Administrativ-Vertrag Spitex betreffend die Abgeltung von krankenversicherungspflichtigen Leistungen im Bereich Spitex" vom 1. Mai 2023 (Vertragsnummer 42.500.2292Q) bzw. vom 1. Januar 2025 (Vertragsnummer 42.500.2730R) beigetreten (nachfolgend Vertrag vom 1. Mai 2023 bzw. Vertrag vom 1. Januar 2025; vgl. <www.spitex-instrumente.ch> unter: Verträge/Administrativerträge; vgl. ferner Beitrittslis-

ten vom 14. Juni 2024 und 20. April 2026, abrufbar unter <www.spitex-instrumente.ch> unter: Verträge/Downloads). Mit Inkrafttreten des Vertrags vom 1. Januar 2025 fiel jener vom 1. Mai 2023 inklusive aller Anhänge dahin (Art. 21 Abs. 2 des Vertrags vom 1. Januar 2025). Mit Blick auf den streitgegenständlichen Zeitraum vom 11. November 2024 bis 6. November 2025 (vgl. E. 1.2 vorne) gelangt mangels vertraglicher einschlägiger Übergangsbestimmung in Anlehnung an die allgemeine intertemporalrechtliche Regel, wonach in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 150 V 323 E. 4.2 S. 328, 150 V 89 E. 3.2.1 S. 95, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213), bis 31. Dezember 2024 der Vertrag vom 1. Mai 2023 und für die Zeit danach jener vom 1. Januar 2025 zur Anwendung.

3.2 Die mit E-Mail der E._____ GmbH vom 28. Februar 2025 (act. II 3/14) der Beschwerdegegnerin zugestellten Bedarfsermittlungen (act. II 3/16 f.) erfolgten offensichtlich standardisiert gestützt auf das Instrument interRAI HC (Resident Assessment Instrument – Homecare; vgl. Art. 7 Abs. 2 des Vertrags vom 1. Mai 2023 bzw. Art. 7 Abs. 3 des Vertrags vom 1. Januar 2025; vgl. dazu auch Beschwerdeantwort S. 5 lit. D Ziff. 3). Der dergestalt ermittelte Pflegebedarf wurde in der Folge basierend auf dem "Spitex Leistungskatalog", welcher auf Art. 7 Abs. 2 KLV fusst und Standardwerte für Dienstleistungen enthält (vgl. Ergänzung zu den interRAI-Handbüchern, Version 1.3, Februar 2023 [nachfolgend Ergänzung interRai], S. 21), in zeitlicher Hinsicht quantifiziert (act. II 3/10, 3/128). Die grundsätzliche Bestimmung des Pflegebedarfs gestützt auf das Bedarfsabklärungsinstrument interRAI HC ist nicht zu beanstanden (Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern KV 200 2025 503 vom 19. März 2026 E. 4.2). Ebenso wenig besteht ein Grund, dem Spitex Leistungskatalog die Anwendung zu versagen: Wohl weist dieser keinen normativen Charakter auf, enthält jedoch grundsätzlich eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben in Art. 7 Abs. 2 KLV und stellt (vorliegend) eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen dar. Gegenteiliges wird denn auch nicht vorgebracht.

3.3 Was schliesslich den von der E._____ GmbH basierend auf den vorgenannten, grundsätzlich beweistauglichen Abklärungsinstrumenten geltend gemachten konkreten Pflegebedarf anbelangt (act. II 3/10, 3/128), so kann dessen Ermittlung nach Art. 8a Abs. 1bis KLV ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erfolgen (vgl. E. 2.3 vorne). Der Arzt ist allein zu informieren, was vorliegend geschah (act. II 3/11, 3/129).

4.

Die vorliegend streitigen (vgl. E. 1.2 vorne) C-Leistungen (Massnahmen der Grundpflege [Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV]) wurden ab Beginn der Geltendmachung im Rahmen der Angehörigenpflege (vgl. E. 2.4 vorne) gewährt. Dabei steht fest und ist unbestritten, dass die E._____ GmbH als zugelassene Leistungserbringerin (vgl. E. 3.1 vorne) zur Anstellung von Angehörigen von Leistungsempfängern berechtigt ist. Vorliegend handelt es sich bei der pflegenden Angehörigen um die Mutter der Beschwerdeführerin, … … (act. II 3/18-48; act. IIB 2/2 Ziff. 2.2, 8/2). Die Beschwerdeführerin leidet an einer (beinbetonten) angeborenen infantilen Zerebralparese (act. II 5/1; act. IIB 2/3 Ziff. 5, 3/2 Ziff. 1.1). Im Zweig der Invalidenversicherung wurden ihr medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 390 gemäss Anhang der Verordnung des EDI vom 3. November 2021 über Geburtsgebrechen (GgV-EDI; SR 831.232.211; act. IIB 9), eine Hilflosenentschädigung (seit April 2017 für mittelgradige Hilflosigkeit [act. IIB 42, 84, 94; Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIA] 162]) sowie diverse Hilfsmittel (act. IIB 34, 36, 39, 70, 102, 108, 121; act. IIA 134 f., 196, 211, 213 f.) und Behandlungsgeräte (act. IIB 18, 104) zugesprochen. Mit Blick auf den hinreichend dokumentierten Gesundheitszustand ist zwischen den Parteien zu Recht unbestritten, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich im gesamten Beurteilungszeitraum (vgl. E. 1.2 vorne) der Grundpflege bedurfte.

5.

5.1 Bei der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV handelt es sich um pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen in grundlegenden alltäglichen Lebensverrichtungen (Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichten der Notdurft; Fortbewegung etc.). Sie kann in verschiedenen Formen gewährt werden, so als Unterstützung, als teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder als Beaufsichtigung sowie Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen (BGE 145 V 161 E. 5.2.2 S. 168). Nach der zu Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 2 KLV ergangenen Rechtsprechung muss es sich um Massnahmen der Personenhilfe und nicht der Sachhilfe (insbesondere Haushaltshilfe) handeln (BGE 131 V 178 E. 2.2.3 S. 187). Dies gilt auch in Bezug auf die Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV (BGE 136 V 172 E. 5.3.2 S. 180).

5.2 Die E._____ GmbH ermittelte in den Bedarfsmeldungen vom 13. November 2024 (act. II 3/10 f.) und 29. April 2025 (act. II 3/128 f.) jeweils folgenden Pflegebedarf:

Zeitraum: 11. November 2024 bis 6. Mai 2025 (act. II 3/10)

Tarif-Nr.	Leistung	Dauer (Min.)
10102	Ganzwäsche im Bad, Dusche oder Lavabo	3'000
10104	Teilwäsche am Lavabo (inkl. Intimwäsche)	2'000
10108	Nägel schneiden Finger	120
10109	Nägel schneiden Zehen	90
10114	Hilfe An- und Auskleiden	1'770
10419	Begleitung bei Toilettengang	7'080
10503	Aufstehen oder Hinlegen mit Hilfe	1'770
10505	Hilfe beim Gehen	885
10506	Aktive/passive Bewegungsunterstützung	1'125

310508	Hilfsmittel anbringen/entfernen	2'500
Total		20'340
		= 339 Stunden

Zeitraum: 7. Mai 2025 bis 6. November 2025 (act. II 3/128)

Tarif-Nr.	Leistung	Dauer (Min.)
10102	Ganzwäsche im Bad, Dusche oder Lavabo	3'120
10104	Teilwäsche am Lavabo (inkl. Intimwäsche)	2'080
10108	Nägel schneiden Finger	120
10109	Nägel schneiden Zehen	90
10114	Hilfe An- und Auskleiden	1'850
10419	Begleitung bei Toilettengang	7'400
10503	Aufstehen oder Hinlegen mit Hilfe	1'850
10505	Hilfe beim Gehen	925
10506	Aktive/passive Bewegungsunterstützung	1'170
10508	Hilfsmittel anbringen/entfernen	2'600
Total		21'205
		= 353.42 Stunden

Der in den Pflegedokumentationen (act. II 3/18-121) geltend gemachte Aufwand für die Zeit vom 11. November 2024 bis 23. Februar 2025 war mit rund 200 Stunden bzw. etwa 58 Stunden monatlich (200 Stunden / 3.42 Monate) jeweils ungefähr gleich und lag jedenfalls über dem von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid anerkannten Pflegebedarf von 19 Stunden und 56 Minuten pro Monat für den gesamten Beurteilungszeitraum vom 11. November 2024 bis 6. November 2025 (act. II 4).

5.3 Wie in E. 3.3 vorne gezeigt, erfolgt die Abklärung des Pflegebedarfs prospektiv, indem im Rahmen der Bedarfsermittlung der "voraussicht-

liche Zeitaufwand" (Art. 8a Abs. 4 KLV) anzugeben ist. Dem sowie den übrigen rechtlichen Vorgaben tragen die vorliegenden Bedarfsmeldungen grundsätzlich Rechnung. Abgerechnet werden schliesslich die effektiv erbrachten Leistungen (Art. 8 Abs. 1 und Art. 10 Abs. 2 der Verträge vom 1. Mai 2023 und 1. Januar 2025). Die Beschwerdegegnerin hat in der Beschwerdeantwort (S. 8 lit. E Ziff. 10, S. 12 lit. E Ziff. 7) erstmals geltend gemacht, es liege ein Dokumentationsmangel vor, es seien mehrheitlich überhaupt keine Pflegeberichte eingereicht worden, es fehle ein Arbeitsrapport, der belege, an welchem Tag, zu welcher Zeit (konkret, von wann bis wann), welche Pflege mit Pflegeposition effektiv erbracht worden seien.

Nach Erhalt des ersten Bedarfsmeldeformulars (act. II 3/10 f.) forderte die Beschwerdegegnerin die E._____ GmbH zwecks Leistungsprüfung auf, weitere Unterlagen (Pflegeplanung, Verlaufsberichte, Wochenplan der Beschäftigungen, Diagnose) einzureichen (act. II 3/12 f.). Am 28. Februar 2025 (act. II 3/14 ff.) stellte die E._____ GmbH der Beschwerdegegnerin einen von der Mutter der Beschwerdeführerin erstellten Wochenplan (act. II 3/15), einen (nach Positionen aufgeschlüsselten) "NANDA Pflegeplan" samt "Pflegediagnose" (act. II 3/16 f.) sowie die bis zu diesem Zeitpunkt angefallenen Rapporte in Form einer Pflegedokumentation (act. II 3/18-121) zu, wobei die Beschwerdegegnerin diese Dokumentation nunmehr als mangelhaft erachtet (Beschwerdeantwort S. 8 lit. E Ziff. 10, S. 12 lit. E Ziff. 7; Duplik Rz. 14-20). Es ist demnach festzuhalten, dass die E._____ GmbH der Aufforderung um Komplettierung der Akten hinreichend nachkam, indem sie die geforderten Unterlagen – soweit damals vorliegend – vollständig einreichte. Was die bereits vorhandenen Pflegedokumentationen anbelangt (act. II 3/18-121), sind die entsprechenden Rapporte genügend detailliert und unterscheiden sich je nach angefallener Tätigkeit. Sie erfüllen weitgehend die von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (S. 8 lit. E Ziff. 10) bzw. in der Duplik (Rz. 19) verlangten Kriterien. Die Leistungen wurden nicht in einem Pflegejournal lediglich pauschal aufgeführt, sondern für jeden Kalendertag dokumentiert, in welchen Zeitfenstern (vormittags [6-11 Uhr], mittags [11-14 Uhr], nachmittags [14-18 Uhr], abends [18-23 Uhr]) welche konkreten Leistungen nach Pflegepositionen erbracht wurden, wobei der tägliche Minutenaufwand und die Personalien des Pflegepersonals festgehalten wurden. Ferner wurden auch

der jeweilige Ablauf, die Einschätzung des Befindens der Beschwerdeführerin sowie allfällige Besonderheiten tagesaktuell formuliert und dokumentiert. Schliesslich liegt – entgegen der sinngemässen Argumentation der Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort S. 8 lit. E Ziff. 11) – kein zu BGE 142 V 203 E. 7.2.3 S. 213 analoger Sachverhalt vor, zumal diesem das für eine Fakturierung nicht hinreichend befundene Abklärungsinstrument PLAISIR zugrunde lag. Somit ist grundsätzlich eine rechtsgenügliche Basis für die Beurteilung des Pflegebedarfs erstellt. Zwar werden die für die Zeit vom 24. Februar bis 6. November 2025 noch fehlenden Pflegedokumentationen – soweit nicht bereits geschehen – noch nachzureichen sein (Duplik Rz. 15). Soweit die Beschwerdegegnerin eine angeblich mangelhafte Dokumentation als Grund für eine Kürzung ihrer Leistungen anführen will, könnte ihr indessen nicht ohne weiteres gefolgt werden.

5.4 Die Beschwerdegegnerin nahm im Einspracheentscheid vom 19. September 2025 (act. II 4) unter den Titeln "Anrechnung 30 Minuten unentgeltliche Pflege im Rahmen der Verwandtenunterstützungspflicht/ehelichen Beistandspflicht" sowie "Arbeitsgesetz – nur 6 Tage verrechenbar bei pflegenden Angehörigen" jeweils pauschale respektive generelle Kürzungen des geltend gemachten Pflegebedarfs vor. Hierzu ist Folgendes festzuhalten:

5.4.1 Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG, heute BGer) hatte bereits im Urteil K 156/04 vom 21. Juni 2006 erwogen, dass der OKP lediglich Kosten in Rechnung gestellt werden können, welche eine Pflege zu Hause durch aussenstehende Spitex-Angestellte verursachen würde. Nicht verrechenbar sei, was dem Familienangehörigen im Rahmen der Schadenminderungspflicht im Allgemeinen und dem Ehegatten im Besonderen aufgrund der ehelichen Beistandspflicht nach Art. 159 Abs. 3 ZGB an Pflege zuzumuten sei (E. 4.2; bestätigt mit Urteil des BGer 9C_702/2010 E. 7.1). Darauf ist weiterhin abzustellen, woran nichts ändert, dass im KVG (und im dazu gehörenden Verordnungsrecht) eine spezifische Bestimmung hinsichtlich einer allfälligen Berücksichtigung der Unterstützungs- bzw. Schadenminderungspflicht im Rahmen der Verwandtenunterstützungsplicht fehlt, zumal es sich bei der Schadenminderungspflicht um einen allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts handelt (BGE 129 V 460

E. 4.2 S. 463; SVR 2020 EL Nr. 6 S. 21, 9C_251/2019 E. 7.3.1). Bei der vorliegend pflegenden Angehörigen handelt es sich um die Mutter der Beschwerdeführerin (vgl. E. 4 vorne). Die seitens der Beschwerdegegnerin ins Feld geführte Verwandtenunterstützungspflicht (Art. 328 f. des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [ZGB; SR 210]) betrifft Verwandte in auf- und absteigender Linie (KOLLER/EGGEL, in: GEISER/FOUNTOULAKIS [Hrsg.], Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I, 7. Aufl. 2022, Art. 328/329 N. 6). Sie ist subsidiär gegenüber der Unterhaltspflicht der Eltern gemäss Art. 276 ff. ZGB (vgl. KOLLER/EGGEL, a.a.O., Art. 328/329 N. 11; CHRISTIANA FOUNTOULAKIS, in: GEISER/FOUNTOULAKIS [Hrsg.], a.a.O., vor Art. 276-295 N. 3). Nach Art. 276 Abs. 1 ZGB wird Unterhalt u.a. durch Pflege und Erziehung im Sinne eines Naturalunterhalts geleistet. Der Anwendungsbereich dieses Naturalunterhalts ist sehr weit. Er umfasst neben der unmittelbaren Kinderbetreuung Tätigkeiten wie Kochen, Waschen, Einkaufen, Hausaufgabenhilfe, Krankenbetreuung, Nacht- und Taxisdienste oder die Unterstützung des Kindes bei Alltagssorgen. Naturalunterhalt wird ausserdem geleistet, wenn die Eltern ihr Kind ins Bett bringen, mit ihm spielen, ihm beim Anziehen helfen oder es in die Kita, zur Schule oder zu Freizeitaktivitäten fahren (vgl. DIEGO STOLL, Überlegungen zur Überwindung der Kippschalter-Effekte in der aktuellen Unterhaltspraxis, in: ALEXANDRA JUNGO [Hrsg.], Unterhalt – unter allen Aspekten, 2026, S. 32; EVELYNE GMÜNDER, in: WOLF/FANKHAUSER [Hrsg.], Kommentar zum ZGB, 5. Aufl. 2026, Art. 276 N. 3 f.). Vor diesem Hintergrund kommt vorliegend die Schadenminderungspflicht grundsätzlich zum Tragen. Dabei sind jeweils die konkreten Verhältnisse – namentlich der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person und der dadurch bedingte Grad der Erschwerung der alltäglichen Verrichtungen hinsichtlich der in Rechnung gestellten Positionen, aber auch die konkrete Situation der pflegenden Angehörigen – zu berücksichtigen. Entsprechend ist im Rahmen der Feststellung von Bestand und Umfang des Naturalunterhalts bzw. bei der Frage, was an Hilfestellung von der Mutter erwartet und zugemutet werden kann, die Schadenminderungspflicht hinsichtlich Tätigkeiten und Zeitdauer – nach Massgabe einer hinreichenden medizinischen Dokumentation oder durch Abklärung vor Ort – zu spezifizieren und quantifizieren, damit sie nachvollziehbar und durch das Gericht überprüfbar ist. Diesen Vorgaben trägt die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene pauschale Kürzung von 30 Minuten pro Tag (act. II 4/5) nicht Rechnung.

Die Sache ist deshalb insoweit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.4.2 Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte sodann unter dem Titel "Arbeitsgesetz – nur 6 Tage verrechenbar bei pflegenden Angehörigen" einen "Ruhetag", wobei sie den vergütungsfähigen Pflegeaufwand entsprechend kürzte (vgl. Berechnungstabelle [act. II 4/5]). Dieser Einwand beschlägt indes das Verhältnis zwischen der pflegenden Angehörigen und der E._____ GmbH. Der Krankenversicherer hat den tatsächlich erbrachten Aufwand gemäss Pflegebedarf zu entschädigen, solange die entsprechenden persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. E. 2.4 vorne; VGE 200 2025 503 E. 7.5.2). Damit fällt eine Leistungskürzung allein unter Verweis auf das Bundesgesetz vom 13. März 1964 über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz, ArG; SR 822.11) grundsätzlich ausser Betracht. Immerhin ist festzuhalten, dass die Mutter von der E._____ GmbH angestellt ist und nicht von der Beschwerdeführerin (vgl. E. 4 vorne), womit die Unterstellung unter das Arbeitsgesetz nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen ist. Es steht der Beschwerdegegnerin frei, deshalb eine Meldung an die zuständige Behörde für die Arbeitsgesetzgebung sowie an das Bundesamt für Gesundheit (BAG), der Aufsichtsbehörde der E._____ GmbH, vorzunehmen.

Mit den Bedarfsmeldungen der E._____ GmbH wurde in Bezug auf die Positionen Hilfe An- und Auskleiden (Position 10114), Begleitung bei Toilettengang (Position 10419), Aufstehen oder Hinlegen mit Hilfe (Position 10503) sowie Hilfe beim Gehen (Position 10505) ein täglicher Pflegebedarf geltend gemacht (act. II 3/10, 3/128). Bei einem täglichen Bedarf und einem entsprechend für sieben Tage festgestellten, beantragten und genehmigten Aufwand wäre es jedoch nicht möglich und statthaft, die Kostengutsprache für die jeden Tag zu erbringenden Positionen durch allein an sechs oder weniger Tagen pro Woche erbrachte Leistungen vollumfänglich auszuschöpfen. Insoweit ist eine auf den tatsächlichen Verhältnissen basierende, anteilsmässige, konkret zu begründende Kürzung nicht von vornherein ausgeschlossen (vgl. Urteile des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern KV 200 2025 685 vom 18. August 2026 E. 5.3.2 und KV 200 2025 812 vom 7. Mai 2026 E. 4.2.4.2). Auch in dieser Hinsicht hat die Beschwer-

degegnerin den Sachverhalt jedoch weiter abzuklären, bevor über den Leistungsanspruch abschliessend befunden werden kann.

5.5 Was sodann die im Einspracheentscheid vom 19. September 2025 zu den einzelnen Pflegepositionen geltend gemachten spezifischen Einwände betrifft, ist Folgendes festzuhalten:

5.5.1 Die Beschwerdegegnerin (bzw. deren Vertrauensärztin Dr. med. F._____, Fachärztin für Chirurgie) erklärte hinsichtlich der Position 10419 (Begleitung bei Toilettengang), es handle sich um eine Kombinationsleistung mit der Position 10102 (Ganzwäsche im Bad, Dusche oder Lavabo) und 10104 (Teilwäsche am Lavabo [inkl. Intimwäsche]), weshalb nur zweimal täglich acht Minuten im Tarif C akzeptiert werde. Des Weiteren lehnte sie die Position 10505 (Hilfe beim Gehen) mit der Begründung vollständig ab, zusätzlich zu den Grundpflegeleistungen sei das Begleiten in der Wohnung keine Leistung im Sinne der KLV; die Begleitung sei in den Positionen 10102, 10104 und 10419 integriert (act. II 4/155, 5; vgl. auch Beschwerdeantwort S. 5 lit. E Ziff. 1).

Gemäss NANDA Pflegeplan (Evaluationstermin vom 6. Mai 2025 [act. II 3/16 f.]) besteht bei der Beschwerdeführerin eine beinbetonte spastische Zerebralparese sowie ein psychomotorischer Entwicklungsrückstand. Sie kann nicht allein gehen, es bestehen verminderte fein- und grobmotorische Fähigkeiten sowie spastische Bewegungen. Durch die pflegerischen Massnahmen werden die physische Mobilität gefördert und Sturzverletzungen verhindert. Die pflegende Angehörige führt täglich ein Gehtraining mit der Beschwerdeführerin durch, hilft ihr beim Aufstehen und hält sie aufrecht fest. Die pflegende Angehörige und die Beschwerdeführerin gehen einige Schritte zusammen in der Wohnung, soweit die letztere genügend Kraft hat.

Im von der Beschwerdegegnerin zur Begründung ihrer Haltung ins Feld geführten BGE 136 V 172 E. 5.3.4 S. 181 hielt das BGer fest, die Hilfe beim Fortbewegen sei grundsätzlich nicht von der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV erfasst. Allerdings erfolgte diese Beurteilung in Zusammenhang mit der Vorkehr "Hilfe beim Essen", wonach etwa die Begleitung der dort am Recht stehenden Versicherten in den Speisesaal als nicht

der Grundpflege zugehörig beurteilt wurde. Vorliegend steht indes eine Leistung unter dem Titel "Mobilisation" gemäss Spitex Leistungskatalog – konkret Position 10505 (Hilfe beim Gehen) – zur Diskussion, womit eine Massnahme der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV ("Bewegungsübungen; Mobilisieren") im Sinne der Fortbewegung (vgl. E. 5.1 vorne) zumindest im Raum steht. Vorliegend ist die Position 10505 unter den gegebenen Umständen bzw. mit Blick auf die im NANDA Pflegeplan geschilderten Zielbeschreibungen als Mobilisierungsübung im Sinne der normativen Vorgaben zu werten (vgl. auch Ergänzung interRai S. 35). Zwar wendet die Beschwerdegegnerin grundsätzlich zu Recht sinngemäss ein, dass die Positionen 10419, 10102 und 10419 bereits eine Mobilisation der Beschwerdeführerin beinhalten. Indessen bestreitet sie weder den im NANDA Pflegeplan (act. II 3/16 f.) geltend gemachten Mobilisierungsbedarf noch quantifiziert sie den von ihr behaupteten Bereich der Überschneidungen. Insbesondere aber erscheint es vorliegend plausibel, dass bei der Beschwerdeführerin in Anbetracht der aktenmässig dokumentierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein Aktivierungs- bzw. Mobilisierungsbedarf besteht, welcher deutlich über jenen im Rahmen der von der Beschwerdegegnerin genannten (und anerkannten) übrigen Positionen hinausgeht (vgl. dazu auch Eingabe vom 27. November 2025 Rz. 62). Damit ist ein entsprechender Hilfebedarf bei der Position 10505 "Hilfe beim Gehen" erstellt und eine Kürzung der Leistungen aufgrund geltend gemachter, indes nicht substanziierter Überschneidungen nicht statthaft.

5.5.2 Die Position 10506 (aktive/passive Bewegungsunterstützung) lehnte die Beschwerdegegnerin ab, wobei sie als Begründung die Beurteilung ihrer Vertrauensärztin wiedergab, wonach die geltend gemachte Leistung nicht den WZW-Kriterien (vgl. dazu E. 2.5 vorne) entspreche (act. II 5 f.).

Im NANDA Pflegeplan (act. II 3/16 f.) wurde im Zusammenhang mit dieser Position ausgeführt, die pflegende Angehörige ziehe der Beschwerdeführerin die Streckorthesen an beiden Beinen an und bringe sie in eine stehende Position. Sodann halte die pflegende Angehörige die Beschwerdeführerin fest und gehe mit dieser wenige Schritte. Anschliessende setze die pflegende Angehörige die Beschwerdeführerin in den Langsitz, sodass man

deren Beine strecken könne, um die Spastiken zu vermindern. Die pflegende Angehörige sitze dafür hinter die Beschwerdeführerin und stütze sie, die erstere strecke jeweils ein Bein der letzteren und positioniere dieses so, dass es möglichst gerade und in anatomisch korrekter Position sei. Da die hintere Beinmuskulatur stark verkürzt sei, sei diese Übung sehr schwierig durchzuführen, jedoch essenziell notwendig. In ihrer Eingabe vom 27. November 2025 (Rz. 62) wies die Beschwerdeführerin zusätzlich darauf hin, dass sie sich in der Wachstums- und Entwicklungsphase befinde und es auch deshalb zwingend erforderlich sei, dass sie die Bewegungsübungen mit Unterstützung der pflegenden Angehörigen regelmässig durchführe.

Mit Blick auf die beschriebene Beschwerdesymptomatik scheint das Erfordernis einer Bewegungsunterstützung zwar prima Vista nachvollziehbar. Soweit im NANDA Pflegeplan unter dieser Position jedoch das Anziehen der Streckorthesen erwähnt wird, stellt sich die Frage, ob hinsichtlich des geltend gemachten Umfangs (dreimal wöchentlich 15 Minuten [act. II 3/10, 3/16]) eine teilweise Überschneidung mit der Position 10508 (Hilfsmittel anbringen/entfernen) besteht (vgl. dazu E. 5.5.3 hinten). Sodann beschlagen insbesondere die Vergütungsvoraussetzungen der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit primär eine medizinisch-wissenschaftliche Frage. Dazu fehlt allerdings eine beweiskräftige Beurteilung. Dr. med. F._____ hielt ohne jegliche Erläuterung lediglich fest, die WZW-Kriterien seien nicht erfüllt (act. II 5). Auch im Beschwerdeverfahren wurden diese Aspekte seitens der Beschwerdegegnerin nicht beleuchtet. Somit bedarf es auch diesbezüglich weiterer Sachverhaltserhebungen.

5.5.3 Was die Position 10508 (Hilfsmittel anbringen/entfernen) anbelangt, hielt die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid (act. II 5) fest, es seien korrekt zwölf Einsätze pro Woche anerkannt und berechnet worden (zwei Einsätze à täglich fünf Minuten an sechs Tagen). Die E._____ GmbH habe jedoch 20 Einsätze pro Woche verrechnet, was den tatsächlichen Bedarf um acht Einsätze übersteige (vgl. auch act. II 5).

Mit ihrer Begründung blendet die Beschwerdegegnerin (bzw. deren Vertrauensärztin) aus, dass die Beschwerdeführerin über verschiedene Orthesen verfügt, die an einzelnen Tagen nacheinander zum Einsatz kommen.

So wurde im NANDA Pflegeplan (act. II 3/16 f.) unter der besagten Position denn auch zwischen den Unterschenkelorthesen einerseits sowie den Streckorthesen andererseits differenziert. Die Ersteren würden täglich (2 x 7 = 14) und die Letzteren dreimal wöchentlich (2 x 3 = 6) an- bzw. ausgezogen (vgl. auch Eingabe vom 27. November 2025 S. 10 in fine). Dies stimmt mit den prospektiven Angaben in den Bedarfsmeldeformularen (act. II 3/10, 3/128) überein und leuchtet ein. Fraglich ist in diesem Zusammenhang jedoch, ob es bezüglich der Streckorthesen zu einer teilweisen Überschneidung mit der Position 10506 (aktive/passive Bewegungsunterstützung) kommt, was abzuklären sein wird (vgl. E. 5.5.2 vorne).

5.5.4 Soweit die Beschwerdegegnerin vorbringt, eine "Bagatellleistung wie Nägel schneiden Position 10108 [sei] ebenso der nicht verrechenbaren ehelichen Beistandspflicht bzw. der familiären Unterstützungspflicht im Rahmen der Schadenminderungspflicht zuzuschreiben und somit nicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu belasten" (Beschwerdeantwort S. 7 lit. E Ziff. 7), ist festzuhalten, dass die Hilfe beim Schneiden der Nägel (Positionen 10108 und 10109) einen Teilaspekt der Hilfe bei der Körperpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV bildet und folglich zu berücksichtigen ist (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern KV 200 2025 685 vom 18. August 2026 E. 5.4.1). Aufgrund der verminderten feinmotorischen Fähigkeiten und der spastischen Bewegungen (act. II 3/16) erscheint ein entsprechender Hilfebedarf denn auch plausibel (vgl. dazu auch Beschwerde Rz. 40; Eingabe vom 27. November 2025 Rz. 48 f.).

5.6 Zusammenfassend ist die Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, gutzuheissen, und der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. September 2025 (act. II 4), soweit er die C-Leistungen betrifft, aufzuheben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und neuer Festlegung der C-Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Mithin hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt in einem ersten Schritt weiter abzuklären. Danach hat sie die Leistungspositionen an sich wie auch allfällige Überschneidungen und den Umfang einer allfälligen Schadenminderungspflicht je Position zu spezifizieren und quantifizieren und so den vergütungsfähigen Pflegebedarf neu festzulegen und hierüber

neu zu verfügen. Der Einholung eines neutralen pflegerischen Gutachtens durch das Gericht, eventuell durch die Beschwerdegegnerin (Beschwerde Rz. 6), bedarf es bei diesem Ergebnis nicht (vgl. dazu auch Beschwerdeantwort S. 9 lit. E Ziff. 1). Sollte es sich schliesslich als unmöglich erweisen, im Rahmen der Beweiserhebung und -würdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen, wird die allgemeine Beweislastregel greifen, wonach im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 138 V 218 E. 6 S. 222; SVR 2025 UV Nr. 30 S. 107, 8C_437/2024 E. 6.1).

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBl 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2020 KV Nr. 23 S. 107, 9C_805/2019 E. 11.1).

Mit nicht zu beanstandender Kostennote vom 8. Oktober 2026 macht Rechtsanwältin …. iur. C._____ ein Honorar von Fr. 2'306.50 (6.59 Stunden x Fr. 350.--) sowie Auslagen von Fr. 193.10, insgesamt ausmachend einen Aufwand von Fr. 2'499.60 geltend. Unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer (MWST) von 8.1 %, ausmachend Fr. 202.47, beläuft sich der Aufwand somit auf Fr. 2'702.07. Demnach ist die Parteientschädigung

auf Fr. 2'702.07 festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Soweit darauf einzutreten ist, wird in Gutheissung der Beschwerde der angefochtene Einspracheentscheid der Philos Krankenversicherung AG vom 19. September 2025 hinsichtlich der Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV aufgehoben. Die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach den Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu über den Leistungsanspruch verfüge.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'702.07 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):
   - Rechtsanwältin …. iur. C._____ z.H. der Beschwerdeführerin
   - Philos Krankenversicherung AG
   - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter: Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.