

KV 200 2025 744  
ACT/GET/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 27. April 2026**

Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Germann

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin ass. iur. B. \_\_\_\_\_, C. \_\_\_\_\_ GmbH  
Beschwerdeführer

gegen

**Mutuel Krankenversicherung AG**  
Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2025



## Sachverhalt:

### A.

Der ... geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist bei der Mutuel Krankenversicherung AG (nachfolgend Mutuel bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert (Akten der Mutuel [act. II] 1). Mit E-Mail vom 13. Januar 2025 (act. II 3) stellte die D. \_\_\_\_\_ GmbH der Mutuel ein den Versicherten betreffendes "Bedarfsformular der Pflege ambulant oder zu Hause" zu, worin sie um Kostenübernahme für einen Pflegebedarf von insgesamt 225.93 Stunden (3 Stunden für Abklärung und Beratung, 222.93 Stunden für Grundpflege) für den Zeitraum vom 8. Januar bis 8. Juli 2025 ersuchte. In der Folge forderte die Mutuel weitere Unterlagen ein (act. II 4), welche die D. \_\_\_\_\_ GmbH mit E-Mail vom 20. Januar 2025 (act. II 5) einreichte. Nachdem die Mutuel über das Leistungsgesuch mittels zweier formloser "Tei ablehnungen" befunden hatte (act. II 6; 9), erliess sie am 23. April 2025 auf Verlangen der D. \_\_\_\_\_ GmbH (act. II 10) eine Verfügung, in welcher sie gemäss Dispositiv was folgt entschied (act. II 14):

"Gewährt werden maximal Beiträge des Krankenversicherers gemäss folgender Limitierung

Tarif A: 00 Stunden 30 Minuten pro Monat (wie angeordnet)

Tarif B: 00 Stunden 00 Minuten pro Monat (wie angeordnet)

Tarif C: 04 Stunden 53 Minuten pro Monat (anstelle von 37 Stunden 10 Minuten)

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 dieser Verfügung sistiert."

Die dagegen vom Versicherten erhobene Einsprache (act. II 15; 17) wies die Mutuel mit Entscheid vom 7. Oktober 2025 (act. II 22) ab, indem sie die Verfügung vom 23. April 2025 bestätigte.

**B.**

Dagegen lässt der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin ass. iur. B.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ GmbH, mit Eingabe vom 3. November 2025 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren bzw. Anträge:

1. Es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. Oktober 2025 aufzuheben und diese zu verpflichten, die für den Zeitraum vom 8. Januar bis 8. Juli 2025 beantragten Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV vollumfänglich gutzuheissen.
2. Eventuell sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. Oktober 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 beantragt der Beschwerdeführer die Einholung eines neutralen pflegerischen Gutachtens durch das Gericht, eventuell durch die Beschwerdegegnerin (Beschwerde S. 3 Rz. 6).

Mit Eingabe vom 16. Dezember 2025 stellte die Beschwerdegegnerin die folgenden Anträge:

1. Das Verfahren KV 200 2025 744 sei aufgrund von Gegenstandslosigkeit ohne Kosten- und Entschädigungsfolgen abzuschreiben.
2. Jegliche anderweitigen Begehren seien abzuweisen.

Gleichzeitig reichte die Beschwerdegegnerin ein mit "Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 3 ATSG" betitelttes Dokument vom 16. Dezember 2025 zu den Akten und machte geltend, nach Prüfung der vorhandenen Akten habe man festgestellt, dass der Sachverhalt unzureichend abgeklärt worden sei. Man habe daher die angefochtene Verfügung vom 23. April 2025 sowie den Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2025 mit Verfügung vom 16. Dezember 2025 aufgehoben und die Akten an die zuständige Abteilung zurückgesandt.

Mit Eingabe vom 18. Dezember 2025 machte der Beschwerdeführer geltend, die "Wiedererwägungsverfügung" der Beschwerdegegnerin entspreche weder dem Hauptantrag noch dem Eventualantrag und sei unzulässig

(S. 1). Sodann ergänzte er die mit Beschwerde vom 3. November 2025 gestellten Anträge wie folgt (S. 3):

3. Die aufschiebende Wirkung sei teilweise zu entziehen und es sei festzustellen, dass der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. Oktober 2025 teilweise, und zwar in Bezug auf die für den Zeitraum vom 8. Januar 2025 bis 8. Juli 2025 zugesprochenen Pflegeleistungen:
  - in Höhe von 00 Stunden 30 Minuten pro Monat nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV
  - in Höhe von 04 Stunden 53 Minuten pro Monat nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV

in Rechtskraft erwachsen ist.

4. Es sei die Rechtswidrigkeit der Sistierung der zugesprochenen Leistungen festzustellen.
5. Alles unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit prozessleitender Verfügung vom 5. Januar 2026 stellte der Instruktionsrichter fest, dass das Verfahren – weil den gestellten Anträgen nicht vollumgänglich entsprochen worden und mit der fehlenden Einverständniserklärung das Interesse an einem Sachurteil nicht entfallen sei – nicht gegenstandslos geworden und fortzusetzen sei.

Mit Stellungnahme vom 3. Februar 2026 schliesst die Beschwerdegegnerin mit folgenden Rechtsbegehren bzw. Anträgen (S. 9):

1. Die eingereichte Wiedererwägungsverfügung vom 16. Dezember 2025 im Sinne eines "reinen Widerrufs" sei zu bestätigen.
2. Die aufschiebende Wirkung der Wiedererwägungsverfügung vom 16. Dezember 2025 sei zu bestätigen.
3. Das Verfahren KV 200 2025 744 sei aufgrund der Einwände der Gegenseite bis zum Erlass der durch den Versicherer angekündigten Verfügung zu sistieren.
4. Sämtliche weitere Forderungen des Beschwerdeführers seien abzuweisen.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beschwerdeführers.

Mit Verfügung vom 5. Februar 2026 entschied der Instruktionsrichter – soweit vorliegend von Interesse – was folgt:

2. Der Antrag der Beschwerdegegnerin, die eingereichte Wiedererwägungsverfügung vom 16. Dezember 2025 im Sinne eines "reinen Widerrufs" sei zu bestätigen, wird abgewiesen.
3. Der Antrag der Beschwerdegegnerin, die aufschiebende Wirkung der Wiedererwägungsverfügung vom 16. Dezember 2025 sei zu bestätigen, wird abgewiesen.
4. Der Antrag der Beschwerdegegnerin auf Sistierung des vorliegenden Verfahrens bis zum Erlass der angekündigten Verfügung wird abgewiesen.
5. Der Antrag des Beschwerdeführers auf Feststellung, dass der angefochtene Einspracheentscheid teilweise in Rechtskraft erwachsen sei, wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
6. Auf den Antrag des Beschwerdeführers, die aufschiebende Wirkung der Beschwerde sei teilweise zu entziehen, wird nicht eingetreten.
7. Auf den Antrag des Beschwerdeführers, es sei die Rechtswidrigkeit der Sistierung der zugesprochenen Leistungen festzustellen, wird nicht eingetreten.

Mit Eingabe vom 4. Februar 2026 (Eingang beim Gericht: 9. Februar 2026) stellte der Beschwerdeführer die folgenden Anträge:

1. Es sei der Beschwerdegegnerin im Rahmen einer vorsorglichen Massnahme zu untersagen, weitere Abklärungen ohne Erwägungen des Gerichts vorzunehmen.
2. Es sei die als "Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 3 ATSG" bezeichnete "Verfügung" der Beschwerdegegnerin vom 16. Dezember 2025 als nichtig zu erklären.
3. Eventuell sei die als "Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 3 ATSG" bezeichnete "Verfügung" der Beschwerdegegnerin vom 16. Dezember 2025 aufzuheben.
4. Alles unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Verfügung vom 9. Februar 2026 entschied der Instruktionsrichter – soweit vorliegend von Interesse – was folgt:

2. Der Antrag des Beschwerdeführers, der Beschwerdegegnerin sei im Rahmen einer vorsorglichen Massnahme zu untersagen, weitere Ab-

klärungen ohne Erwägungen des Gerichts vorzunehmen, wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

3. Die Anträge des Beschwerdeführers, die eingereichte Wiedererwägungsverfügung vom 16. Dezember 2025 sei als nichtig zu erklären beziehungsweise abzuweisen, werden abgewiesen.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. März 2026 schliesst die Beschwerdegegnerin mit folgenden Rechtsbegehren bzw. Anträgen (S. 12):

1. Die Beschwerde sei abzuweisen, sofern darauf einzutreten ist.
2. Der Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2025 sei zu bestätigen.
3. Sämtliche weitere Forderungen des Beschwerdeführers seien abzuweisen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beschwerdeführers.

### **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. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen und ist durch den angefochtenen Entscheid berührt. 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, womit insoweit ein schutzwürdiges Interesse an der Beschwerdeerhebung besteht und der Beschwerdeführer insoweit zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Was die mitangefochtene Zusprechung von Pflegeleistungen A ("A-Leistungen") gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV anbelangt (Beschwerde S. 2 Rz. 1 der Rechtsbegehren), ist ein Rechtsschutzinteresse und in der Folge eine Beschwerdebefugnis dagegen zu verneinen, so dass insoweit nicht auf die Beschwerde einzutreten ist, hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid dem entsprechenden Antrag (3.00 Stunden entsprechend 0.5 Stunden pro Monat [act. II 3]) doch vollumfänglich entsprochen (act. II 22 S. 4). Im Übrigen 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 7. Oktober 2025 (act. II 22). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Vergütung von C-Leistungen für die Zeit vom 8. Januar bis 8. Juli 2025.

**1.3** Dem Beschwerdeführer wurden statt der beantragten 37.155 Stunden pro Monat (222.93/6 Monate [act. II 3]) 4.88 Stunden pro Monat für die Grundpflege (C-Leistungen) zugesprochen (act. II 22 S. 4), was einer Differenz von 193.65 Stunden entspricht (222.93 – [6 x 4.88]). Die Beiträge an die Kosten der Grundpflege belaufen sich auf Fr. 52.60 pro Stunde (Art. 7a Abs. 1 lit. c KLV; vgl. E. 3.2.3 hinten), was einem Betrag von gesamthaft Fr. 10'186.-- entspricht (193.65 Stunden x Fr. 52.60). Damit liegt der Streitwert unterhalb von Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (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.**

Soweit die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 3. März 2026 erneut die Sistierung sämtlicher Leistungen für geboten erachtet (S. 4-6 Rz. 1 ff.), ist darauf nicht mehr einzugehen, nachdem der Sistierungsantrag mit prozessleitender Verfügung vom 5. Februar 2026 abgewiesen wurde (Ziff. 4).

## **3.**

**3.1** 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).

## **3.2**

**3.2.1** 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.

**3.2.2** 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).

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

**3.3** 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. 3.2.1 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. 1<sup>bis</sup> 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).

**3.4** 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<sup>bis</sup> 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. 3.2.1 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 obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen (BGE 150 V 273).

**3.5** 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 Leis-

tungserbringer 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).

#### **4.**

**4.1** Unbestrittenermassen handelt es sich bei der D. \_\_\_\_\_ GmbH um eine im Kanton Bern zugelassene Leistungserbringerin im Sinne von Art. 35 Abs. 2 lit. d<sup>bis</sup> bzw. lit. e KVG in Verbindung mit Art. 51 KVV, welche zur Abrechnung zu Lasten der OKP unter der ZSR-Nr. ... (act. II 3) berechtigt ist (zur Bedeutung der ZSR-Nr. vgl. BGE 132 V 303 E. 4.3.2 S. 305). Die D. \_\_\_\_\_ GmbH ist Mitglied der Association Spitex privée Suisse (ASPS; vgl. <...ch> unter Partner und Siegel). Dadurch ist sie dem zwischen der Spitex Schweiz und der ASPS einerseits und diversen Versicherern, vertreten durch die damalige tarifsuisse ag (seit 1. Januar 2026 santéservices ag), andererseits abgeschlossenen "Administrativ-Vertrag Spitex betreffend die Abgeltung von krankenversicherungspflichtigen Leistungen im Bereich Spitex" vom 1. Januar 2025 (Vertragsnummer 42.500.2730R) beigetreten (nachfolgend Administrativ-Vertrag Spitex; vgl. <www.spitex-instrumente.ch> unter Verträge -> Administrativverträge).

**4.2** Die mit E-Mail der D. \_\_\_\_\_ GmbH vom 13. Januar 2025 (act. II 3) der Beschwerdegegnerin zugestellte Bedarfsermittlung erfolgte standardisiert gestützt auf das Instrument interRAI HC (Resident Assessment Instrument – Homecare; act. II 8; 8a; vgl. Art. 7 Abs. 3 des Administrativ-Vertrags Spitex). 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 Ergänzungsbericht interRai], S. 21), in zeitlicher Hinsicht quantifiziert (act. II 3). 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, zumal dieser eine überzeugenden

de Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben in Art. 7 Abs. 2 KLV enthält und (vorliegend) eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen darstellt. Gegenteiliges wird denn auch nicht vorgebracht.

**4.3** Was schliesslich den von der D. \_\_\_\_\_ GmbH basierend auf den vorgenannten, grundsätzlich beweistauglichen Abklärungsinstrumenten geltend gemachten konkreten Pflegebedarf anbelangt (act. II 3), so kann dessen Ermittlung nach Art. 8a Abs. 1<sup>bis</sup> KLV ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erfolgen (vgl. E. 3.3 vorne). Der Arzt ist allein zu informieren, was vorliegend geschehen ist (act. II 3).

## **5.**

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. 3.4 vorne) gewährt (act. II 26g). Dabei steht fest und ist unbestritten, dass die D. \_\_\_\_\_ GmbH als zugelassene Leistungserbringerin (vgl. E. 4.1 vorne) zur Anstellung von Angehörigen von Leistungsempfängern berechtigt ist. Vorliegend handelt es sich bei der pflegenden Angehörigen um die Ehefrau des Beschwerdeführers (act. II 8a Position P2Xa; 26).

## **6.**

**6.1** 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).

**6.2** Die D. \_\_\_\_\_ GmbH ermittelte in der Bedarfsmeldung vom 13. Januar 2025 (act. II 3) für die Zeit vom 8. Januar bis 8. Juli 2025 folgenden Pflegebedarf:

<b>Tarif-Nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>Dauer (Min.)</b>
10102	Ganzwäsche in Bad, Dusche oder am Lavabo	7280
10109	Nägel schneiden Zehen	90
10114	Hilfe An- und Auskleiden	2730
10419	Begleitung bei Toilettengang	1820
10505	Hilfe beim Gehen	1456
Gesamt		13376 (222.93 Std.)

Die Beschwerdegegnerin kürzte den geltend gemachten Pflegebedarf von 222.93 Stunden bzw. 37.155 Stunden monatlich auf 4.88 Stunden pro Monat (vgl. act. II 22 S. 4). Dieser Wert ist anhand der Akten (vgl. namentlich die Berechnungstabelle in act. II 22 S. 6, welche einen Monatswert von 4.33 Stunden ausweist) nicht nachvollziehbar. Im Einzelnen anerkannte die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid hinsichtlich der Positionen 10419 (Begleitung bei Toilettengang), 10505 (Hilfe beim Gehen) und 10114 (Hilfe An- und Auskleiden) mangels hinreichender Dokumentation keinen Pflegebedarf. Aus denselben Gründen berücksichtigte sie im angefochtenen Einspracheentscheid auch bei der Position 10102 (Ganzwäsche in Bad, Dusche oder am Lavabo) keinen Pflegebedarf (act. II 22 S. 3). Ein solcher wurde jedoch in der Berechnungstabelle (act. II 22 S. 6) im Umfang von 4.33 Stunden anerkannt. Zur (ebenfalls – implizit – abgelehnten) Position 10109 (Nägel schneiden Zehen) äusserte sich die Beschwerdegegnerin gar nicht. Ferner rechnete sie beim Pflegebedarf 30 Minuten pro Tag "unentgeltliche Pflege im Rahmen der Verwandtenunterstützungspflicht/ehelichen Beistandspflicht" an und berücksichtigte unter Hinweis auf das Bundesgesetz vom 13. März 1964 über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz, ArG; SR 822.11) statt sieben nur sechs vergütungsfähige Pflergetage (act. II 22 S. 3).

**6.3** Was die geltend gemachte unzureichende Dokumentation anbelangt, ist zunächst in Erinnerung zu rufen, dass die Abklärung des Pflegebedarfs prospektiv erfolgt, indem im Rahmen der Bedarfsermittlung der "voraussichtliche Zeitaufwand" (Art. 8a Abs. 4 KLV) anzugeben ist (vgl. E. 3.3 vorne). Abgerechnet werden jedoch die effektiv erbrachten Leistungen (so denn auch Art. 8 Abs. 1 und Art. 10 Abs. 2 Administrativ-Vertrag Spitex).

Nach Erhalt des Bedarfsmeldeformulars vom 13. Januar 2025 (act. II 3) forderte die Beschwerdegegnerin die D. \_\_\_\_\_ GmbH zwecks Leistungsprüfung auf, weitere Unterlagen (Pflegeplanung, Verlaufsberichte) einzureichen (act. II 4). Am 20. Januar 2025 (act. II 5) hat die D. \_\_\_\_\_ GmbH der Beschwerdegegnerin einen (nach Positionen aufgeschlüsselten) "NANDA Pflegeplan" (act. II 5a) sowie die bis zu diesem Zeitpunkt angefallenen Rapporte in Form einer Pflegedokumentation (act. II 5) zugestellt, wobei die Beschwerdegegnerin diese Dokumentation erstmals im Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2025 als mangelhaft erachtete. Es ist festzuhalten, dass die D. \_\_\_\_\_ GmbH der Aufforderung um Komplettierung der Akten (act. II 4) hinreichend nachgekommen ist, indem sie die geforderten Unterlagen vollständig eingereicht hat. Insbesondere liegen die notwendigen Pflegedokumentationen vor und es handelt sich hierbei entgegen der Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort S. 5 Rz. 4) nicht um pauschalisierte Abrechnungen, sind die Rapporte doch genügend detailliert, unterscheiden sich je nach angefallener Tätigkeit und dokumentieren auch allfällige Abwesenheiten (vgl. 19. – 24. Juni 2025 [act. II 26g]). Dass sich gewisse Angaben wiederholen (Beschwerdeantwort S. 10 Rz. 23), liegt in der Natur der Sache, bezieht sich der Pflegebedarf doch auf alltägliche Verrichtungen, weshalb auch die Wiederholung gewisser Formulierungen nicht gegen eine hinreichende Spezifizierung der Pflegedokumentation spricht. Schliesslich wurde auch der jeweilige Ablauf sowie die Einschätzung des Befindens des Beschwerdeführers tagesaktuell formuliert und dokumentiert. Schliesslich liegt entgegen der Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort S. 10 Rz. 25) 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 – eingedenk des in zeitlicher Hinsicht stets gleich

deklarierten Bedarfs – eine rechtsgenügende Basis für die Beurteilung des Pflegebedarfs erstellt. Soweit die Beschwerdegegnerin eine Kürzung bzw. Verneinung eines Pflegebedarfs infolge mangelnder Dokumentation geltend macht, kann ihr deshalb nicht gefolgt werden. Ebenso wenig bedarf es der Einholung eines neutralen pflegerischen Gutachtens (Beschwerde S. 3 Rz. 6).

**6.4** Im Weiteren macht die Beschwerdegegnerin eine "Anrechnung 30 Minuten unentgeltliche Pflege im Rahmen der Verwandtenunterstützungspflicht/ehelichen Beistandspflicht" geltend (act. II 22 S. 3; Beschwerdeantwort S. 6 f. Rz. 10 ff.).

**6.4.1** Bei der pflegenden Angehörigen handelt es sich um die Ehefrau des Beschwerdeführers (vgl. E. 5 vorne). Nach Art. 159 Abs. 3 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) schulden die Ehegatten einander Treue und Beistand. Die Beistandspflicht umfasst materielle und immaterielle Leistungen, so insbesondere die gegenseitige Kranken- und Gesundheitspflege, Betreuung bei Gebrechlichkeiten, Ausgleich von körperlichen und mentalen Defiziten, aber auch das Stützen der Autonomie des anderen Ehegatten, wenn dieser in seiner Selbständigkeit, Gesundheit und Persönlichkeit gefährdet ist (MAIER/SCHWANDER, in: GEISER/FOUNTOULAKIS [Hrsg.], Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I, 7. Aufl. 2022, Art. 159 Nrn. 12, 12b). Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG, heute Bundesgericht [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 vom 21. Dezember 2010 E. 7.1). Darauf ist weiterhin abzustellen, woran nichts ändert, dass – wie der Beschwerdeführer vorbringt (Beschwerde S. 6 Rz. 30) – im KVG (und im dazu gehörenden Verordnungsrecht) eine spezifische Bestimmung hinsichtlich einer allfälligen Berücksichtigung der Unterstützungs- bzw. Schadenminderungspflicht im Rahmen der ehelichen Beistandspflicht 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). Die aus der ehelichen Beistandspflicht fliessende Unterstützungspflicht des anderen Ehegatten ist deshalb bei Leistungen der Grundpflege, welche alltägliche Lebensverrichtungen beinhalten (vgl. E. 6.1 vorne), zu berücksichtigen, da gewisse dieser Tätigkeiten grundsätzlich vom im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten zu übernehmen sind und nicht als entgeltliche Dienstleistungen ausgelagert und bezahlt werden können. Dabei sind jeweils die konkreten Verhältnisse – namentlich der Gesundheitszustand des pflegebedürftigen Ehegatten und der dadurch bedingte Grad der Erschwerung der alltäglichen Verrichtungen, aber auch die konkrete Situation des pflegenden Ehegatten – zu berücksichtigen. Nichts Anderes hat dem Grundsatz nach vorliegend zu gelten, zumal der Beschwerdeführer nicht darlegt, welche anderen, zeitlich intensiveren nicht bezahlten Betreuungshandlungen erbracht würden (Beschwerde S. 6 Rz. 31).

**6.4.2** Im Rahmen der Feststellung von Bestand und Umfang der Unterstützungspflicht bzw. bei der Frage, was an Hilfestellung vom Ehegatten erwartet und zugemutet werden kann, ist 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 22 S. 3) nicht Rechnung. Die Sache ist deshalb insoweit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**6.5** Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte sodann unter dem Titel "Arbeitsgesetz - nur 6 Tage verrechenbar bei pflegenden Angehörigen" (act. II 22 S. 3) einen "Ruhetag", wobei sie den vergütungsfähigen Pflegeaufwand entsprechend kürzte (vgl. Berechnungstabelle [act. II 22 S. 6]). Dieser Einwand beschlägt indes das Verhältnis zwischen der pflegenden Angehörigen und der D.\_\_\_\_\_ GmbH. Zudem hat der Krankenversicherer den Aufwand gemäss Pflegebedarf zu entschädigen, unabhängig von wem die Leistung erbracht worden ist (VGer 200 2025 503 E. 7.5.2 in fine). Damit fällt eine Leistungskürzung unter diesem Titel ausser Betracht. Immerhin ist festzuhalten, dass die Ehefrau von der D.\_\_\_\_\_ GmbH an-

gestellt ist und nicht vom Beschwerdeführer (vgl. E. 5 vorne), womit die Unterstellung unter das ArG 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 D.\_\_\_\_\_ GmbH, vorzunehmen.

**6.6** Was schliesslich die einzelnen Positionen anbelangt, ist Folgendes festzuhalten:

Nebst den Positionen 10419 (Begleitung bei Toilettengang) und 10505 (Hilfe beim Gehen) wurden im Bedarfsmeldeformular für die Hilfe beim Gehen pro Tag acht Minuten angegeben (act. II 3), dies, weil die gravierenden Fortbewegungsprobleme zur gesundheitlichen Hauptproblematik gehörten (Beschwerde S. 5 Rz. 25 f.). Die Position 10419 (Begleitung bei Toilettengang) – welche mit zehn Minuten täglich geltend gemacht wird (act. II 3) – enthält jedoch den Gang zur und von der Toilette (vgl. Ergänzungsbericht interRai S. 33), so dass – entgegen der Beschwerde (S. 5 Rz. 26) – die entsprechende Zeit nicht nochmals in der Position 10505 (Hilfe beim Gehen) berücksichtigt werden kann, zumal diese ihrerseits die Hilfe beim Gehen in der Wohnung berücksichtigt (Ergänzungsbericht interRai S. 35). Ebenso ist die Begleitung in der Position 10102 (Ganzwäsche in Bad, Dusche oder am Lavabo) integriert (Ergänzungsbericht interRai S. 24). Mithin ergeben sich bei diesen Positionen Überschneidungen und die Beschwerdegegnerin wird deshalb – soweit mit Blick auf den streitgegenständlichen Zeitraum (vgl. E. 1.2 vorne) noch möglich – abzuklären haben, ob die zehn Minuten zusätzliche Hilfe beim Gehen notwendig sind, und anschliessend allenfalls die Position 10505 (Hilfe beim Gehen) zu kürzen haben. Sollte es sich als unmöglich erweisen, im Rahmen der Beweiserhebung und -würdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen, greift die allgemeine Beweislastregel, 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).

**7.**

Zusammenfassend ist der Pflegebedarf der Positionen 10102 (Ganzwäsche in Bad, Dusche oder am Lavabo), 10109 (Nägel schneiden Zehen), 10114 (Hilfe An- und Auskleiden) sowie 10419 (Begleitung bei Toiletten-gang) dem Grundsatz nach erstellt. Hinsichtlich der Position 10505 (Hilfe beim Gehen) wird die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen hinsichtlich allfälliger Überschneidungen mit anderen Positionen vorzunehmen haben (vgl. E. 6.6 vorne). Schliesslich wird die Beschwerdegegnerin bei sämtlichen Positionen (act. II 3) den Umfang einer allfälligen Schadenminderungspflicht zu spezifizieren und quantifizieren (vgl. E. 6.4.2 vorne) und hernach den vergütungsfähigen Pflegebedarf vermindert um einen allfälligen Anteil der Schadenminderung neu festzulegen haben.

**8.**

Demnach ist die Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, gutzuheissen, der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. Oktober 2025 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese im Sinne der Erwägungen verfare und neu verfüge.

**9.**

**9.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**9.2** 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 Kostennote vom 18. März 2026 macht Rechtsanwältin ass. iur. B. \_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 1'547.-- (4.42 Stunden x Fr. 350.--) sowie Auslagen von Fr. 169.15, insgesamt ausmachend einen Aufwand von Fr. 1'716.15 geltend. Unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer (MWST) von 8.1 %, ausmachend Fr. 139.--, beläuft sich der Aufwand somit auf Fr. 1'855.15. Demnach ist die Parteientschädigung auf Fr. 1'855.15 festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Soweit darauf einzutreten ist, wird in Gutheissung der Beschwerde der angefochtene Einspracheentscheid der Mutuel Krankenversicherung AG vom 7. Oktober 2025 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen verfare und neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'855.15 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin ass. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Mutuel 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.