



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 23. April 2026 (730 25 367)

Krankenversicherung

Anspruch auf (Grund-)Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP); Rückweisung zur Ermittlung des entsprechenden Bedarfs, weil der massgebliche Sachverhalt nicht rechtsgenüglich abgeklärt ist. Im Rahmen einer verwaltungsexternen Erhebung durch eine Pflegefachperson ist insbesondere zu prüfen, in welchem Umfang den Familienangehörigen der Beschwerdeführerin aufgrund der Schadenminderungspflicht (Grund-)Pfleagemassnahmen zumutbar sind. Ebenfalls zu prüfen ist, ob die gemäss Pflegerapport ausgeführte Grundpflege wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Gerichtsschreiber Philipp Bertschy

Parteien **A.**_____, vertreten durch **B.**_____, wiederum vertreten durch Jana Sadiq, Rechtsanwältin ass.iur., PflegeRechtsAnwalt GmbH, Schweizerhofstrasse 14, Postfach 1608, 8750 Glarus

gegen

Mutuel Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, Postfach, 1919 Martigny, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Die 2005 geborene A._____ ist bei der Mutuel Krankenversicherung AG (Mutuel) obligatorisch krankenpflege- und unfallversichert. Aufgrund ihrer multiplen gesundheitlichen Einschränkungen in allen Bereichen des täglichen Lebens ist sie auf umfangreiche Unterstützung angewiesen. Am 22. Januar 2025 führte die C._____ GmbH (Spitex) bei A._____ ein Erstassessment zur Erhebung des Pflegebedarfs für die Periode vom 22. Januar bis 22. Juli 2025 durch. Am 28. Januar 2025 sandte die Spitex der Mutuel das entsprechende Meldeformular, mit welchem sie den Bedarf für Abklärung und Beratung sowie für die Grundpflege im vorerwähnten Zeitraum auf insgesamt 17'860 Minuten bzw. 297,67 Stunden bezifferte. Nachdem sie der Mutuel zusätzliche Angaben sowie die Pflegedokumentation für die Zeit vom 27. Januar bis 16. Februar 2025 eingereicht hatte, teilte ihr diese mit Schreiben vom 28. März 2025 mit, sie beabsichtige die im Umfang von 48,65 Stunden pro Monat beantragten Grundpflegeleistungen auf 26,79 Stunden pro Monat zu kürzen. Die Spitex reichte daraufhin am 3. April 2025 die Pflegedokumentation für die Zeit bis zum 2. April 2025 nach und ersuchte gleichzeitig um Wiedererwägung der vorgesehenen Leistungskürzung. Nach diesbezüglich abschlägigem Bescheid vom 21. April verlangte die Spitex am 29. April 2025 den Erlass einer anfechtbaren Verfügung, woraufhin die Mutuel der Versicherten gegenüber am 21. Mai 2025 eine entsprechende Verfügung eröffnete. Nach Einspracheerhebung am 2. Juni 2025 bestätigte die Mutuel die Verfügung vom 21. Mai 2025 mit Entscheid vom 3. September 2025, wobei sie ebenfalls mitteilte, sie sistiere sämtliche Leistungen bis zum Vorliegen eines rechtskräftigen Entscheids.

B. Dagegen erhob A._____ am 1. Oktober 2025 Beschwerde und stellte die folgenden Rechtsbegehren: Es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 3. September 2025 aufzuheben und diese zu verpflichten, die für den beantragten Zeitraum beantragten Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und c der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 vollumfänglich gutzuheissen. Eventualiter sei die Angelegenheit in Aufhebung des Einspracheentscheids im Sinn der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

C. Am 12. November 2025 schloss die Mutuel vernehmlassend auf Abweisung der Beschwerde, sofern darauf einzutreten sei.

D. Bereits am 6. November 2025 hatte das Kantonsgericht die ebenfalls beantragte unentgeltliche Verbeiständung mit Rechtsanwältin Jana Sadik als Rechtsvertreterin bewilligt.

Die Präsidentin zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen laut Art. 2 ATSG in Verbindung mit (i.V.m.) Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 auf die Krankenversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Krankenversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz

hat. Vorliegend hat die Beschwerdeführerin ihren Wohnsitz in X.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden aus dem Bereich der Krankenversicherung. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 1. Oktober 2025 ist einzutreten.

1.2. Laut § 55 Abs. 1 VPO entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 20'000.-- durch Präsidialentscheid. Im vorliegenden Fall liegt der Streitwert unter dieser Grenze, weshalb die Angelegenheit präsidial zu entscheiden ist.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob sowie gegebenenfalls in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin im Zeitraum vom 22. Januar bis 22. Juli 2025 Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu vergüten hat.

3.1. Nach Art. 24 KVG übernimmt die OKP die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung erbracht werden unter anderen von Pflegefachpersonen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 2^{bis} KVG) oder Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin bzw. eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG). Laut Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die OKP einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche auf Grund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden, wobei der Bundesrat die Pflegeleistungen bezeichnet und das Verfahren der Bedarfsermittlung regelt (Art. 25a Abs. 3 KVG). Der Bundesrat setzt 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 Satz 1 und 2 KVG). Die Übernahmespflicht des Krankenversicherers wird durch Art. 32 Abs. 1 KVG begrenzt, demzufolge nur jene Leistungen zu vergüten sind, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wobei die Wirtschaftlichkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (vgl. auch Art. 56 Abs. 1 KVG).

3.2 Der entsprechende Leistungsbereich wird – gestützt auf Art. 33 lit. b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 – in Art. 7 ff. KLV näher umschrieben. Gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV übernimmt die OKP Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die auf Grund 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. Gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV umfassen die Leistungen im Sinn von Abs. 1 der Bestimmung Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie der

Grundpflege (lit. c). Die Beiträge der OKP an die Leistungen für Bedarfsabklärungen sowie Behandlungs- und Grundpflege sind in Art. 7a Abs. 1 KLV geregelt.

3.3 Zur Tätigkeit zu Lasten der OKP sind unter anderen 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). 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 infrage.

Familienangehörige einer versicherten Person, die bei einer zugelassenen Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause angestellt sind, können grundsätzlich auch ohne pflegerische Fachausbildung Pflegemassnahmen in Form der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 und 2 KLV zu Lasten der OKP erbringen. Was demgegenüber die Vorkehren der Untersuchungs- und Behandlungspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV (wie auch solche der Abklärung, Beratung und Koordination nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) anbelangt, sind diese nur vergütungspflichtig, wenn die betreffenden Angehörigen eine pflegerische Ausbildung besitzen (BGE 150 V 273 E. 2.3.2 und 145 V 161 E. 5.1 mit Hinweisen).

4.1 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Februar 2019, 9C_296/2018, E. 4).

4.2 Das Kantonsgericht besitzt in Sozialversicherungssachen die vollständige Überprüfungsbefugnis und ist in der Beweiswürdigung frei (§ 57 VPO in Verbindung mit Art. 61 Satz 1 ATSG; Art. 61 lit. c ATSG). 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 (RENÉ WIEDERKEHR/KASPAR PLÜSS, Praxis des öffentlichen Verfahrensrechts, Eine systematische Analyse der Rechtsprechung, Bern 2020, Rz. 1313 mit weiteren Hinweisen). 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 Beweisforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 429 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen).

5.1. Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. September 2025 ihre Leistungspflicht im Zeitraum vom 22. Januar bis 22. Juli 2025 für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) im Umfang der beantragten 0,83 Stunden pro Monat bejaht und diejenige für Massnahmen der Grundpflege im Umfang von maximal 26,79 Stunden pro Monat anstatt der beantragten 48,65 Stunden. Als

Anlass für die Kürzung der beantragten Leistung hat sie einerseits das Arbeitsgesetz erwähnt, das mindestens einen freien Tag pro Woche vorschreibe. Zudem hat sie Bagatelleleistungen – konkret das Schneiden der Zehen- und Fingernägel – sowie generell 30 Minuten als im Rahmen der Verwandtenunterstützungspflicht kostenlos zu erbringende Pflege abgezogen. Gleichzeitig hat sie sämtliche Leistungen aus der OKP bis zum Vorliegen eines rechtskräftigen Entscheids sistiert. Dies hat sie dahingehend begründet, es lägen keine Pflegerapporte, sondern bloss eine pauschale Übersicht der geplanten, nicht jedoch der effektiv erbrachten Leistungen, vor. Es fehlten die Angaben hinsichtlich der Tätigkeiten an den jeweiligen Tagen, der genauen Zeit sowie der Dauer, je nach Pflegeposition und ausgeführter Pflege. Gemäss Art. 52a ATSG könnten Leistungen, die allenfalls nicht rechtmässig erwirkt werden bzw. wie hier nicht kassenpflichtig oder nicht wirtschaftlich seien, vorsorglich eingestellt werden.

5.2. Die Versicherte wendet beschwerdeweise ein, die Leistungspflicht werde im Umfang von 0,83 Stunden pro Monat (nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) bzw. 26,79 Stunden (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) von der Beschwerdegegnerin nicht bestritten, eine Sistierung sei daher rechtswidrig. Es liege weder eine Meldepflichtverletzung gemäss Art. 31 Abs. 1 ATSG vor noch bestehe der begründete Verdacht einer unrechtmässigen Leistungserwirkung. Die entsprechenden Leistungen seien deshalb umgehend zu erbringen. Sodann seien die erfolgten Kürzungen unverhältnismässig. Bezüglich des Pflegebedarfs sei ein neutrales pflegerisches Gutachten durch das Gericht einzuholen. Hinsichtlich der Begleitung zur Toilette sei die Kürzung des von einer Pflegefachperson festgestellten Bedarfs von 160 Minuten pro Woche ohne Begründung oder gar Berücksichtigung der Diagnosen auf 20 Minuten pro Tag erfolgt. Des Weiteren sei die Beschwerdegegnerin nicht für die Kontrolle der Einhaltung des Arbeitsgesetzes sowie der zwingenden Arbeitnehmerschutzbestimmungen zuständig. Abgesehen davon gelangten die Arbeits- und Ruhezeitbestimmungen sowie die Gesundheitsvorschriften des Arbeitsgesetzes nicht zur Anwendung. Eine Kürzung um einen Tag pro Woche sei deshalb nicht zulässig. Auch aufgrund der Fürsorge- bzw. Schadenminderungspflicht dürfe die Grundpflegeentschädigung – im Sinn der Gleichbehandlung – nicht gekürzt werden. Andernfalls müssten sämtliche Leistungserbringer, die Angehörigenpersonen mit gesetzlich versicherten Massnahmen der Heilbehandlung bedienten, von vornherein einen angemessenen Anteil unentgeltlich erbringen. Es fehle hierzu im KVG auch eine gesetzliche Grundlage und das Bundesgericht habe im Zusammenhang mit der Grundpflegeentschädigung keine Kürzung vorgenommen. Abgesehen davon, handle es sich hier um die pflegende Mutter der Beschwerdeführerin, die mangels Ehevertrags bzw. Minderjährigkeit der Beschwerdeführerin keinerlei Beistandsverpflichtungen treffe. Überdies erbringe deren Mutter bereits genügend anderweitige, nicht vergütete Unterstützungsleistungen, womit der familiären Beistandspflicht bereits hinreichend Genüge getan werde. Die Beschwerdeführerin moniert ausserdem, es seien nebst den täglich aufgrund der vermeintlichen Beistandspflicht abgezogenen 30 Minuten zusätzliche Positionen wie Nägel schneiden oder Mithilfe beim Trinken mit der gleichen Begründung unberücksichtigt geblieben, obwohl diese bereits in den erwähnten 30 Minuten enthalten seien. Bestritten wird sodann, dass eine bloss mangelhafte Pflegedokumentation bestehe. Es reiche grundsätzlich aus, wenn die Spitex – wie vorliegend erfolgt – ein detailliertes Leistungsplanblatt erstellt habe, auf welches die pflegende Person dann Bezug nehmen könne und die Durchführung der geplanten Pflege bestätige. Gemäss den gesetzlichen Grundlagen bestehe keine Verpflichtung, die genaue Zeit, Dauer sowie die Pflegeposition und die effektiv ausgeführte

Pflegetätigkeit detailliert zu dokumentieren, da dies weder wirtschaftlich noch praktisch umsetzbar sei.

5.3. Die Beschwerdegegnerin hält vernehmlassend dagegen, die vollständige Sistierung sämtlicher Leistungen sei vorliegend geboten. Dies sei etwa bei gravierenden Meldepflichtverletzungen oder einem begründeten Verdacht auf systematischen Missbrauch sachgerecht. Hier komme hinzu, dass für den überwiegenden Zeitraum nur eine ungenügende bzw. pauschale Pflegedokumentation vorliege, weshalb die Grundlage für eine differenzierte Prüfung und Abrechnung fehle. Rechtsprechungsgemäss dürften pauschalisierte Abrechnungen nicht akzeptiert werden. Insbesondere könnten Arbeitsrapporte für wenige Tage nicht als Beleg für den gesamten Zeitraum dienen. Im Zusammenhang mit der vorgenommenen Kürzung sei zusammenfassend zu beachten, dass während des Aufenthalts der Beschwerdeführerin in der Förderstätte die Erbringung von pflegerischen Leistungen faktisch ausgeschlossen sei. Der von der Spitex behauptete Pflegebedarf von knapp zwei Stunden pro Tag erscheine daher nicht gerechtfertigt. Vielmehr dränge sich der Eindruck auf, dass nicht kassenpflichtige Betreuungsleistungen als Grundpflege deklariert worden seien und damit unzulässigerweise der OKP belasten worden sollen. Die eingereichten Unterlagen erfüllten weder die formalen Voraussetzungen noch die inhaltlichen Anforderungen, um die von der Spitex geforderte Kostenübernahme durch die OKP zu rechtfertigen. Zudem stelle oppositionelles Verhalten eines Kindes keine ausreichende Grundlage für die vollständige Übernahme der somatischen Grundpflege dar. Des Weiteren gelange hier das Arbeitsgesetz entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin zur Anwendung, weshalb namentlich Ruhezeiten einzuhalten seien. Sodann werde gemäss Art. 1 Abs. 3 Anhang 5 des Spitex-Administrationsvertrags präzisiert, dass anwendbare Vorschriften des eidgenössischen und kantonalen Arbeitsrechts einzuhalten seien. Es sei insbesondere sicherzustellen, dass die pflegenden Angehörigen physisch und psychisch in der Lage seien, die Pflegeleistungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht sicherzustellen. Die Beschwerdegegnerin sei aufgrund des Legalitätsprinzips verpflichtet, gesetzeskonform zu handeln. Ein wöchentlicher Ruhetag – und nicht bloss jeweils zwei Halbtage – sei als zentrales Element des Arbeitnehmendenschutzes zwingend vorzusehen. Was die Fürsorge- bzw. Schadenminderungspflicht anbelange, könnten gestützt auf diese – gemäss neuerer kantonaler Rechtsprechung – 30 Minuten Grundpflege pro Tag und Position als unentgeltlich zu erbringende Pflege abgezogen werden. Dasselbe gelte für Bagatelldienstleistungen wie Nägel schneiden, die gar nicht erst Teil der von einer Krankenkasse zu vergütenden Leistungen seien. Im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation ergänzt die Beschwerdegegnerin, sich ständig wiederholende pauschale Zeitangaben wie "C: 90 min" oder "C: 115 min" liessen keine Nachvollziehbarkeit der erbrachten Leistungen zu. Es sei nicht ersichtlich, für welche Pflegeleistungen jeweils wie viel Zeit aufgewendet und welche effektiv erbracht worden sei. Gleichzeitig könne nicht ermittelt werden, ob eine Pflegeeinheit den zulässigen Höchstwert überschritten habe. Vielmehr müssten die Tätigkeiten mit Datum, genauer Zeit und Dauer angegeben werden. Pauschalisierte Abrechnungen müssten nicht akzeptiert werden. Als Fazit könne zusammenfassend festgehalten werden, dass die durch die Pflegefachspezialisten der Beschwerdegegnerin vorgenommene Limitierung der C-Leistungen auf 26,79 Stunden pro Monat anstelle von 48,65 Stunden rechtlich und sachlich vollumfänglich gerechtfertigt sei.

6. Vorab ist auf die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene, auf Art. 52a ATSG (vorsorgliche Einstellung von Leistungen) abgestützte "Leistungsassistierung" einzugehen. Beim diesbezüglichen Vorgehen handelt es sich bei genauem Besehen nicht um eine vorsorgliche Leistungseinstellung, da noch gar keine solchen ausgerichtet worden sind. Vielmehr bestreitet die Beschwerdegegnerin das Bestehen eines Anspruchs an sich. Sie verweist zwar auf ihre Fachspezialisten, die den Pflegeaufwand professionell abgeklärt und auf 26,79 Stunden pro Woche beziffert hätten, letztlich anerkennt sie diesen – unter Verweis auf die angeblich nicht nachvollziehbar und bloss pauschal vorgenommene Pflegedokumentation – aber nicht. Damit ist an dieser Stelle nicht näher darauf einzugehen, ob vorliegend die Voraussetzungen für eine vorsorgliche Einstellung von Leistungen erfüllt wären.

7.1. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einerseits die Pflegedokumentation als nicht nachvollziehbar kritisiert und andererseits aus diesem Grund ihre Leistungspflicht verneint hat.

7.2. Die Ermittlung des Bedarfs an Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a und c, die ohne ärztlichen Auftrag oder ärztliche Anordnung von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau nach Artikel 49 KVV erbracht werden können, wird von diesem oder dieser in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder dessen oder deren Angehörigen durchgeführt (Art. 8a Abs. 1^{bis} 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; vgl. auch Art. 8 des Administrativ-Vertrags Spitex vom 1. Januar 2025 betreffend die Abgeltung von krankenversicherungspflichtigen Leistungen im Bereich Spitex [nachfolgend: Administrativvertrag; abrufbar unter https://spitexprivuee.swiss/images/docs/03_downloads/01_public/02_neue_pflegefinanzierung/01_langzeitpflege/lzp_administrativvertrag_tarifsuisse_de.pdf (23. April 2026)], dem die Spitex gemäss unwidersprochener Darstellung der Beschwerdegegnerin beigetreten ist).

Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Genügen die vorhandenen Angaben nicht für eine zuverlässige Beurteilung der Leistungspflicht, hat der Krankenversicherer ergänzende Unterlagen einzufordern. Wird dieser Aufforderung nicht oder nur ungenügend nachgekommen, ist er befugt, die Leistungspflicht für die beantragten Massnahmen abzulehnen. Es können nur Leistungen vergütet werden, die klar ausgewiesen und effektiv durchgeführt worden sind (Urteil des Bundesgerichts, 9C_1/2018, vom 16. Oktober 2018, E. 2.3.1, mit Hinweis auf BGE 131 V 178 E. 2.4 und 3.3; vgl. auch Art. 10 Abs. 2 Administrativvertrag).

7.3. Die Spitex reichte der Beschwerdegegnerin am 28. Januar 2025 das gleichentags ausgefüllte Bedarfsmeldeformular der Pflege ein, mit welchem erstere für die streitbetroffene Periode vom 22. Januar bis 22. Juli 2025 einen maximalen Pflegebedarf von fünf Stunden für Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a) sowie 292,67 Stunden für die Grundpflege (lit. c) ermittelt hatte.

Am 17. Februar 2025 liess sie der Beschwerdegegnerin ausserdem aufforderungsgemäss unter anderem die Pflegedokumentation (vom 27. Januar bis 16. Februar 2025) sowie einen detaillierten Pflegeplan zukommen. Nachdem die Beschwerdegegnerin die Spitex am 28. März 2025 dahingehend orientiert hatte, sie beabsichtige eine Teillablehnung der beantragten Leistung, ergänzte die Spitex mit Wiedererwägungsgesuch vom 3. April die Pflegedokumentation mit den Angaben bis zum 2. April 2025. Während damit die Phase vom 22. Januar bis 2. April 2025 grundsätzlich dokumentiert worden ist (vgl. nachstehende E. 7.4. zur Frage, ob die Dokumentation auch inhaltlich den Anforderungen für die Beurteilung der Leistungspflicht genügt), fehlt es vom 3. April bis 22. Juli 2025 bereits an entsprechenden Berichten. Es trifft zwar zu, dass Rapporte für wenige Tage nicht als Beleg für den gesamten Zeitraum dienen können. Weil die Beschwerdegegnerin die fehlende Dokumentation nach Lage der Akten bei der Spitex aber noch nicht eingefordert hat, wird sie das Versäumte anlässlich der ohnehin erforderlichen weiteren Abklärungen (vgl. dazu nachstehende E. 8.4.) noch nachzuholen haben (vgl. vorstehende E. 7.2.).

7.4.1. Was sodann die konkreten Beanstandungen an der Pflegedokumentation anbelangt, rechtfertigen diese grundsätzlich keine Anspruchsverneinung. Bereits die Feststellung, es seien mehrheitlich pauschal 90 Minuten pflegerische Massnahmen pro Tag eingetragen worden, ist unzutreffend. Für jeden einzelnen der dokumentierten Tage hat die Mutter der Beschwerdeführerin die jeweils vorgenommenen Handlungen der Grundpflege aufgelistet und täglich wechselnd die detaillierte Beschreibung für eine bestimmte Pflegeposition aufgeführt. Werden die für die einzelnen Positionen in der Bedarfsermittlung zugrundegelegten Zeitangaben zusammengezählt, resultiert an den meisten Tagen ein Aufwand von 90 Minuten. Ein grösserer angegebener Pflegeaufwand ist jeweils darauf zurückzuführen, dass zusätzliche Handlungen vorgenommen wurden (so z.B. am 8. Februar 2025 eine dritte Begleitung beim Toilettengang am Nachmittag) oder pflegeintensivere (z.B. am 15. Februar 2025 eine Ganzwäsche). Wo eine sonst übliche Pflegeverrichtung unterlassen wurde, war der Zeitaufwand entsprechend geringer (vgl. 9. Februar 2025, wo am Vormittag keine Teilwäsche erfolgt ist). Diese Art der Dokumentation der – entgegen der beschwerdegegnerischen Mutmassung – offensichtlich tatsächlich vorgenommenen Grundpflege genügt vorliegend grundsätzlich, um gestützt darauf deren Nachvollziehbarkeit zu überprüfen sowie die Leistungspflicht konkret festzustellen. Es liegt zwar in der Natur der Sache, dass bei durchschnittlich ca. acht vorzunehmenden Grundpflegehandlungen pro Tag nie jede einzelne exakt gleich viele Minuten in Anspruch nehmen wird. Bei der hier zur Diskussion stehenden Angehörigenpflege erscheint indessen das Erfordernis, den jeweiligen Aufwand pro Pflegeposition minutengenau zu dokumentieren, als zu weitgehend (der von der Beschwerdegegnerin zitierte BGE 142 V 203 E. 7.2.3 ist in der vorliegenden Konstellation nicht einschlägig, da es hier gerade nicht um die Krankenpflege im Pflegeheim, sondern bei der Versicherten zu Hause geht), zumal davon auszugehen ist, dass der entsprechende Zeitaufwand wohl regelmässig sowohl nach unten als auch nach oben von den in der Bedarfsermittlung festgestellten Normwerten abweichen wird. Dabei gilt es insbesondere zu beachten, dass letztere von der Beschwerdegegnerin nie konkret beanstandet wurden. Eine Leistungslimitierung wurde ausschliesslich aufgrund der Schadenminderungspflicht, des Ausschlusses von Bagatelleistungen sowie der Berücksichtigung eines Ruhetages pro Woche vorgenommen. Unbehelflich ist deshalb auch ihr Einwand, oppositionelles bzw. aggressives Verhalten stelle keine Grundlage für die vollständige Übernahme der somatischen Grundpflege dar. Die Pflegefachperson der Spitex hat in der Bedarfsermittlung bei

fast sämtlichen Positionen ein oppositionelles Verhalten der Beschwerdeführerin festgestellt und diesem entsprechend Rechnung getragen. Es sind aktuell keine Gründe ersichtlich, weshalb der so bezifferte Pflegeaufwand nicht krankheitsbedingt notwendig wäre. Abschliessend lässt sich dies aufgrund der unvollständigen Sachverhaltsabklärung aber zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beantworten (vgl. nachstehende E. 9.4.). Ob stattdessen pädagogische Unterstützung des Kindes angezeigt wäre, ist deshalb zu bezweifeln, jedenfalls wäre dies durch eine diesbezügliche Fachperson festzustellen.

7.4.2. Des Weiteren spricht der Umstand, dass die Beschwerdeführerin sich unter der Woche zwischen 8 und 17 Uhr in einer Förderstätte befindet, nicht gegen die Vornahme der deklarierten Grundpflegeleistungen. Diese sind selbstredend davor bzw. danach zu erbringen. Die Zeitangaben "Vormittags (6-11)", "Nachmittags (14-18)" und "Abends (18-23)" beziehen sich dabei offensichtlich bloss auf ein entsprechendes Zeitfenster, das wohl vom Dokumentationsprogramm der Spitex so definiert wird. Aufgrund des vorerwähnten Aufenthalts erstaunt es deshalb nicht, dass an Wochentagen nachmittags keine Leistungen eingetragen sind. Und falls trotzdem Leistungen eingetragen wurden, bedeutet dies lediglich, dass diese zwar nach der Rückkehr aus der Förderstätte, aber noch vor 18 Uhr erfolgt sind. Soweit die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang insinuiert, die Mutter der Beschwerdeführerin habe für den 2. April 2025 pflegerische Leistungen dokumentiert, die sie gar nicht habe vornehmen können ("Nägel und Zehen geschnitten haben will"), gilt auch hier das soeben Ausgeführte.

7.4.3. Hinsichtlich des konkret veranschlagten Pflegeaufwands (für die pauschalen Kürzungen vgl. nachstehende E. 8. und 9.) wurden lediglich die Positionen "Nägel schneiden Finger" und "Nägel schneiden Zehen" als Bagatelleleistungen gestrichen sowie die "Begleitung bei Toilettengang" von 16 Mal auf 14 Mal pro Woche (und anschliessend aufgrund eines berücksichtigten Ruhetags auf zwölf Mal pro Woche) reduziert. Vernehmlassend führte die Beschwerdegegnerin aus, Bagatelleleistungen seien ebenfalls der nicht verrechenbaren familiären Unterstützungspflicht zuzuschreiben. Ergänzend führte sie aus, diesbezügliche Leistungen seien gar nicht erst Teil der von einer Krankenkasse zu vergütenden Leistungen. Dazu im Widerspruch steht allerdings, dass das – vorliegend von der Pflegefachfrau der Spitex verordnete und der Vertrauenspflegefachperson soweit ersichtlich weder grundsätzlich noch umfangmässig beanstandete – Schneiden der Finger- bzw. Zehennägel im Spitex Leistungskatalog unter den Ziffern 10108 und 10109 mit einem maximalen Zeitaufwand von zwei Mal 15 bzw. ein Mal 15 Minuten pro Monat aufgeführt ist (https://www.spitex-instrumente.ch/fileadmin/user_upload/Dateien/Zusatzinstrumente/2025-10-15_LIST_Leistungskatalog_fuer_die_Spitex_2025_dt.pdf [10. März 2026]). Auch das zitierte Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Dezember 2024, KV 2023/8, ist als Stütze des beschwerdegegnerischen Standpunktes nicht geeignet, da es die entsprechende Position nicht als Bagatelleleistung aus der grundsätzlichen Entschädigungspflicht der Krankenversicherung ausgenommen hat. Vielmehr hat es jene im Rahmen der ehelichen Beistandspflicht berücksichtigt und der diesbezügliche Kürzung zugeschlagen. Ob diese vorliegend ebenfalls angezeigt ist, wird unter nachstehender Erwägung 9. zu prüfen sein.

Weshalb die Beschwerdegegnerin die "Begleitung beim Toilettengang" zusätzlich zum Ruhetag um zwei Mal pro Woche gekürzt hat, ist an keiner Stelle begründet worden. Entsprechende

Ausführungen der Vertrauenspflegefachperson der Beschwerdegegnerin finden sich ebenfalls nicht in den Akten. Die Spitex hat diesbezüglich explizit einen Bedarf von 16 Begleitungen ausgewiesen (zwei Mal täglich unter der Woche, drei Mal täglich am Wochenende; vgl. Pflegedokumentation). Es ist vorliegend kein Grund ersichtlich, weshalb vom ausgewiesenen Bedarf abzuweichen wäre, weshalb diese Kürzung, solange sie nicht nachvollziehbar medizinisch begründet worden ist, nicht zulässig ist.

8.1. Nachdem die Pflegedokumentation vorliegend keine Leistungskürzung rechtfertigt, ist in einem zweiten Schritt zu untersuchen, ob eine solche aufgrund einer pauschalen Berücksichtigung eines Ruhetages pro Woche rechtmässig ist. Die Beschwerdegegnerin sieht sich, als im Rahmen der OKP einer Verwaltung gleichgestellte Institution, in der Pflicht, sich an diese zwingende Vorschrift des Arbeitsgesetzes zu halten, was überdies der Administrativvertrag in Art. 1 Abs. 3 Anhang 5 so festhalte. Es sei insbesondere sicherzustellen, dass die pflegenden Angehörigen physisch und psychisch in der Lage seien, die Pflegeleistungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht sicherzustellen. Demgegenüber bestreitet die Beschwerdeführerin die Anwendbarkeit des Arbeitsgesetzes, da die privaten Haushalte von diesem ausgenommen seien. Abgesehen davon seien die Krankenversicherungen ausschliesslich für den Vollzug der OKP, nicht aber für die Kontrolle der Einhaltung des Arbeitsgesetzes zuständig.

8.2. Laut Art. 329 Abs. 1 OR hat die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber den Arbeitnehmenden jede Woche einen freien Tag zu gewähren, in der Regel den Sonntag oder, wo dies nach den Verhältnissen nicht möglich ist, einen vollen Werktag (vgl. auch Art. 20 des Bundesgesetzes über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel [Arbeitsgesetz, ArG] vom 13. März 1964). Unter besonderen Umständen können den Arbeitnehmenden mit deren Zustimmung ausnahmsweise mehrere freie Tage zusammenhängend oder statt eines freien Tages zwei freie Halbtage eingeräumt werden (Art. 329 Abs. 2 OR). Während sich die Zivilgerichte um privatrechtliche Ansprüche kümmern, obliegt der Vollzug des Arbeitsgesetzes im Kanton Basel-Landschaft dem KIGA; dieses führt namentlich in den Betrieben Kontrollen durch (Art. 41 Abs. 1 ArG i.V.m. § 2 Abs. 1 und 8 Abs. 2 der Verordnung zum Vollzug des eidgenössischen Arbeitsgesetzes [Arbeitsgesetzvollzugsverordnung] vom 5. April 2005).

8.3. Vorliegend geht es weder um die Durchsetzung arbeitsvertraglicher Rechte noch um die Einhaltung arbeitsgesetzlicher Vorschriften, auch wenn das Bundesgericht mit BGE 148 II 203 entschieden hat, dass ein Unternehmen, das mit seinen Angestellten in einem privaten Haushalt Betreuungs- und Pflegedienstleistungen erbringt, grundsätzlich dem Arbeitsgesetz untersteht, wenn zwischen ihm (dem Unternehmen) und der zu betreuenden Person ein Vertragsverhältnis besteht (E. 3.4 sowie Regest). Ebenfalls nicht in diesem Verfahren zu prüfen ist, ob die Spitex den Administrativvertrag einhält. Hier geht es vielmehr um den Umfang des Pflegebedarfs der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehende E. 7.2). Dieser ist nicht davon abhängig, ob die erforderliche Pflege unter Beachtung vertraglicher oder gesetzlicher Bestimmungen geleistet wird (vgl. dazu auch Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 12. Januar 2026, KV.2025.00014, E. 7.3), weshalb die vorgenommene pauschale Kürzung unter diesem Titel nicht zulässig ist.

8.4. Soweit die Beschwerdegegnerin allerdings geltend macht, es sei insbesondere sicherzustellen, dass die pflegenden Angehörigen physisch und psychisch in der Lage seien, die Pflegeleistungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht sicherzustellen, beruft sie sich – zumindest implizit – auf allfällige negative Auswirkungen fehlender Ruhezeiten auf die Qualität der zu erbringenden Pflegeleistungen. Laut Bundesgericht besteht in atypischen Konstellationen durchaus ein Missbrauchspotenzial (Urteil des [damaligen] Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 21. Juni 2006, K 156/04, E. 4.2, bestätigt mit BGE 145 V 161 E. 3.3.2, auch für das Folgende); namentlich wo die Tätigkeit als Angestellte oder Angestellter der Spitex einzig in der Pflege von Familienangehörigen bestehe, seien deshalb die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Art. 32 Abs. 1 KVG allenfalls durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin genauer zu überprüfen (vgl. Art. 57 Abs. 4 KVG i.V.m. Art. 8c KLV; Administrativvertrag Anhang 6).

Die konkrete Kontrolle der entsprechenden Kriterien ist hier nach Lage der Akten indessen unterblieben. Beabsichtigt die Beschwerdegegnerin, eine Leistung zu verweigern, weil diese nicht wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sei, hat sie im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes die Verhältnisse indessen abzuklären (z.B. durch Einholung eines Gutachtens) und hernach im Einzelfall über ihre Leistungspflicht zu verfügen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2025, 9C_281/2024, E. 4.3). Hierfür hat die Beschwerdegegnerin vorab das Dossier zu vervollständigen, namentlich für die gesamte streitbetreffende Zeitdauer die Pflegedokumentation sowie Unterlagen bezüglich der Instruktion und Überwachung der pflegenden Angehörigen (Administrativvertrag Anhang 5 Art. 2) beizuziehen. Sodann hat sie, unter Einbezug einer Pflegefachperson, zu überprüfen, ob die von der Mutter der Beschwerdeführerin erbrachten Grundpflegeleistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Dabei wird sie ebenfalls die Frage zu beantworten haben, ob und gegebenenfalls wie sich die gemäss Angaben der Spitex an sieben Tagen pro Woche geleistete, hochbelastende Pflegearbeit auf die vorerwähnten Kriterien auswirkt.

9.1. Eine zusätzliche Leistungskürzung hat die Beschwerdegegnerin aufgrund der Fürsorge- bzw. Schadenminderungspflicht sowie hinsichtlich des von ihr als Bagatelilleistung bezeichneten Schneidens der Finger- bzw. Zehennägel (vgl. dazu bereits vorstehende E. 7.4.3) und der Mithilfe beim Trinken vorgenommen. Die Beschwerdeführerin kritisiert dieses Vorgehen im Wesentlichen als gesetzeswidrig, abgesehen davon leiste ihre Mutter schon genügend anderweitige, nicht vergütete Unterstützung.

9.2. Im Zusammenhang mit dem bereits erwähnten Missbrauchspotenzial in atypischen Konstellationen, insbesondere wo die Tätigkeit als Angestellter oder Angestellte der Spitex einzig in der Pflege von Familienangehörigen bestehe, ist ebenfalls zu beachten, dass der OKP lediglich Kosten in Rechnung gestellt werden können, welche eine Pflege zu Hause durch aussenstehende Spitex-Angestellte verursachen. Nicht verrechenbar ist, was den Familienangehörigen im Rahmen der Schadenminderungspflicht – einem allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Oktober 2023, 9C_525/2023, E. 4.3, mit Hinweis auf BGE 145 V 2 E. 4.2.2) – an Pflege zuzumuten ist. Dabei ist den Spitex-Verantwortlichen von der Natur der Sache her bei der Frage, was an Hilfestellung von den Familienangehörigen

erwartet werden kann, ein vernünftiger und praktikabler Beurteilungsspielraum zuzugestehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2010, 9C_702/2010, E. 7.1, Urteil des EVG vom 21. Juni 2006, K 156/04, E. 4.2, bestätigt mit BGE 145 V 161 E. 3.3.2).

9.3. Als allgemeiner Grundsatz des Sozialversicherungsrechts ist die Schadenminderungspflicht auch im Bereich der OKP (BGE 118 V 107 E. 7b), namentlich bei der Pflege durch Angehörige, anwendbar (vgl. neben der unter vorstehender E. 9.2 zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung auch den Bericht des Bundesrats "Pflegeleistungen von Angehörigen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" vom 15. Oktober 2025, S. 43). Das Fehlen einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage vermag daran nichts zu ändern. Es trifft zwar zu, dass sich das Bundesgericht bis anhin nicht dazu geäußert hat, in welchem Umfang bei der Pflege durch Angehörige eine familiäre Mithilfe im Rahmen der Schadenminderungspflicht der versicherten Person zu berücksichtigen ist. Es hat indessen stets darauf verwiesen, dass nicht verrechenbar sei, was den Familienangehörigen – und nicht bloss dem Ehepartner oder der Ehepartnerin – an Pflege zuzumuten sei. Es hielt zudem wiederholt fest, dass bei der Beurteilung des konkreten Bedarfs nur zurückhaltend in den Spielraum der zuständigen Personen einzugreifen sei, namentlich dann, wenn die Leistungen vom Hausarzt angeordnet würden, und den Spitex-Verantwortlichen bei der Frage, was an Hilfestellung von den Familienangehörigen erwartet werden könne, ein vernünftiger und praktikabler Beurteilungsspielraum zuzugestehen sei. Damit steht fest, dass grundsätzlich auch hier bei der Ermittlung des konkreten Pflegebedarfs der Beschwerdeführerin die Schadenminderungspflicht ihrer Familienangehörigen zu berücksichtigen ist, zumindest soweit ihnen dies zumutbar ist.

9.4. Aus der Bedarfsabklärung der Spitex vom 28. Januar bzw. vom 17. Februar 2025 geht nicht hervor, inwieweit die Schadenminderungspflicht in der Form der Mithilfe der Mutter der Beschwerdeführerin berücksichtigt worden wäre. Aus den Schilderungen der Pflegefachperson der Spitex vom 17. Februar 2025, wonach eine Reduktion der Pflegeleistungen im Rahmen der Schadenminderungspflicht nicht möglich sei, wird aber deutlich, dass keine entsprechende Anrechnung stattgefunden hat. Es ist indessen nicht ersichtlich, ob die Mutter der Beschwerdeführerin gewisse Grundpflegehandlungen übernimmt, die in der Bedarfsermittlung keine Erwähnung gefunden haben. Indem die Versicherte geltend macht, ihre Mutter übernehme bereits zeitlich intensive Versorgungs-, Organisations- sowie Koordinationsleistungen, die nicht vergütet würden, womit ihrer familiären Beistandspflicht bereits hinreichend Genüge getan sei, zielt dieser Einwand schon deshalb an der Sache vorbei, als es sich dabei nicht um Grundpflegeleistungen handelt. Allerdings ist auch die Begründung der Beschwerdegegnerin unbehelflich, wonach gemäss neuerer kantonaler Rechtsprechung ein Abzug von täglich 30 Minuten Grundpflege vorgenommen werden könne. Dabei lässt sie ausser Acht, dass stets die gesamten konkreten Verhältnisse zu würdigen sind. Im Schreiben der Beschwerdegegnerin betreffend Tei ablehnung vom 28. März 2025 wurde zwar festgestellt, die verordneten Leistungen erfüllten die Kontrollkriterien nach Art. 32 KVG (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) nicht. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit diesen hat aber, auch in der anschliessenden Verfügung vom 21. Mai sowie im angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. September 2025, nicht stattgefunden. In ihrer Vernehmlassung vom 12. November 2025 erwähnt die Beschwerdegegnerin zwar wiederum, ihre Pflegefachspezialisten hätten den Pflegeaufwand professionell unter Beachtung des

Wirtschaftlichkeitsprinzips sowie des Legalitätsprinzips abgeklärt, Entsprechendes ist in den Akten allerdings nicht dokumentiert. Aufgrund der atypischen Konstellation (vgl. vorstehende E. 9.2.) drängt es sich indessen auf, das Versäumte nachzuholen.

Die Beschwerdegegnerin hat den Pflegebedarf namentlich unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht detailliert zu erheben. Dieser Aspekt war bis anhin nicht Gegenstand der Abklärungen. Die Pflegefachperson der Spitex hat sich gar nicht zur Mithilfe der Mutter der Beschwerdeführerin geäußert und die Beschwerdegegnerin hat lediglich unter Berufung auf die "neuere Rechtsprechung" einen täglichen Pauschalabzug von 30 Minuten vorgenommen, ohne die konkreten Verhältnisse zu berücksichtigen. Aus diesem Grund ist es nicht angezeigt, diese Frage durch ein Gerichtsgutachten abzuklären (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Vielmehr ist die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese ist dabei, als Organ des Gesetzesvollzuges, zu Neutralität und Objektivität verpflichtet (AURELIA JENNY/CRISTINA SCHIAVI in: Basler Kommentar ATSG, Frésard-Fellay/Klett/Leuzinger [Hrsg.], 2. Aufl., Basel 2025, N 3a zu Art. 43). Da sie sich hinsichtlich der anrechenbaren Schadenminderungspflicht – ohne entsprechende Abklärungen – umfangmässig bereits festgelegt hat, ist der effektive Pflegebedarf durch eine verwaltungsexterne Pflegefachperson bei der Beschwerdeführerin zu Hause zu ermitteln. Diese hat die konkreten Verhältnisse zu berücksichtigen und insbesondere zu beurteilen, welche Grundpflegeleistungen den Familienangehörigen der Versicherten zumutbar sind (nebst der Mutter kommt hierfür auch der Vater, D.____, in Betracht). Zu beachten ist überdies, dass der OKP lediglich die Kosten in Rechnung gestellt werden können, die eine Pflege zu Hause durch aussenstehende Spitex-Angestellte verursachen würde (BGE 145 V 161 E. 3.3.2). In diesem Zusammenhang ist z.B. ebenfalls zu überprüfen, ob die pflegende Angehörige bereits aufgrund der effektiv zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen oder der familiären Beziehung bzw. einer allfälligen dadurch bedingten besonderen Empathie der Versicherten eine aufwändigere Pflege angedeihen lässt, als diese unter Beachtung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit notwendig wäre. Dies gilt namentlich bei oppositionellem Verhalten der Beschwerdeführerin, das bei fast allen Grundpflegemassnahmen beschrieben wurde. Die vorerwähnten Kriterien können zudem, bei einem ermittelten Bedarf von mehr als 60 Stunden Pflege pro Quartal, von der Vertrauensärztin bzw. dem Vertrauensarzt überprüft werden (Art. 8c KLV i.V.m. Art. 57 KVG), wobei dies in den Akten entsprechend zu dokumentieren ist.

10. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der massgebliche Sachverhalt vorliegend nicht rechtsgenüglich abgeklärt ist. Eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs im Zusammenhang mit der Grundpflege erweist sich deshalb zum jetzigen Zeitpunkt als unmöglich. Die Sache ist somit zur Vervollständigung der Aktenlage (vgl. vorstehende E. 7.3. und 8.4.) sowie anschliessenden Klärung der offenen Fragen und Ermittlung des Pflegebedarfs an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat – im Rahmen einer verwaltungsexternen Erhebung durch eine Pflegefachperson – insbesondere zu prüfen, in welchem Umfang den Familienangehörigen der Beschwerdeführerin aufgrund der Schadenminderungspflicht (Grund-)Pflegetmassnahmen zumutbar sind. Ebenfalls vertieft zu prüfen ist, ob die gemäss Pflegerapport ausgeführte Grundpflege wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist, dies namentlich vor dem Hintergrund, dass die Mutter der Versicherten gemäss Angaben der Spitex vom 17. Februar 2025 an sieben Tage pro Woche bzw. ohne Ruhetag rund um die Uhr Unterstützung leistet,

solange sich die Beschwerdeführerin nicht in der Förderstätte aufhält (vgl. vorstehende E. 8.4). Gestützt auf die noch vorzunehmenden Erhebungen wird die Beschwerdegegnerin erneut über den Anspruch der Versicherten auf Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV im Zeitraum vom 22. Januar bis 22. Juli 2025 zu entscheiden haben. In diesem Sinn ist die Beschwerde gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. September 2025 aufzuheben.

11.1. Es bleibt, über die Kosten zu befinden:

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

11.3.1. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und Entscheidung (mit noch offenem Ausgang) für die Frage der Auferlegung der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen der Beschwerde führenden Person, unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE 137 V 210 E. 7.1 mit Hinweisen). Dieser Grundsatz gilt ausdrücklich auch für das kantonale Beschwerdeverfahren (Urteil des Bundesgerichts vom 23. August 2023, 9C_379/2022, E. 4.2; vgl. auch BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2 mit Hinweisen). Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Beschwerdeführerin deshalb eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen.

11.3.2. Die Rechtsvertreterin macht in ihrer Honorarnote vom 19. November 2025 einen Zeitaufwand von fünf Stunden sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 42.-- geltend. Dieser Aufwand ist nicht zu beanstanden. Entgegen des in der Kostennote vom 19. November 2025 geltend gemachten Stundenansatzes von Fr. 350.-- sind die entsprechenden Bemühungen zu dem in Sozialversicherungsprozessen zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Der Beschwerdeführerin ist demnach für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 1'396.65 (fünf Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 42.-- zuzüglich 8,1 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

12. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einer Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinn von Art. 93 Abs. 1 BGG.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinn gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. September 2025 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinn der Erwägungen sowie zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'396.65 (inkl. 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.