



Urteil vom 4. September 2026

mitgeteilt am 9. September 2026

[Gegen dieses Urteil wurde Beschwerde erhoben. Der Fall ist am Bundesgericht
hängig (8C_651/2026)]

Referenz SV2 25 12

Instanz Zweite sozialversicherungsrechtliche Kammer

Besetzung von Salis, Vorsitz
Bäder Federspiel und Pedretti
Jauch, Aktuarin

Parteien **A._____**
Beschwerdeführerin
vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. iur. Hardy Landolt

gegen

B._____ AG
Beschwerdegegnerin
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Peter Jäger

Gegenstand Versicherungsleistungen nach UVG/UVV

Sachverhalt

A. Die 1958 geborene A._____ war für den Verein C._____ als dipl. Hauspflegerin tätig und im Rahmen dieser Anstellung bei der B._____ AG (nachfolgend: B._____) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 21. Juli 2007 erlitt sie einen Autounfall, bei dem sie sich eine inkomplette Tetraplegie (C7) zuzog. Aufgrund der lähmungsbedingten Beeinträchtigungen ist sie dauerhaft auf Betreuungs- und Pflegemassnahmen angewiesen. Diese werden durch ihren Lebenspartner sowie durch die C._____ erbracht.

B. Mit Verfügung vom 19. Februar 2009 sprach die B._____ A._____ aufgrund einer bestehenden vollen Invalidität eine Invalidenrente gemäss UVG ab 1. März 2009, eine Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit schweren Grades sowie eine Integritätsentschädigung für einen Integritätsschaden von 95 % zu. Die monatliche Hilflosenentschädigung betrug CHF 2'076.00 ab 1. April 2009 (ab 1. Januar 2016: monatlich CHF 2'436.00 gemäss Verfügung vom 27. November 2015). Für medizinisch notwendige Massnahmen wurde A._____ ein Pflegeaufwand für die C._____ von CHF 1'485.00 pro Monat (für das Jahr 2010: monatlich CHF 1'530.00, für das Jahr 2011: monatlich CHF 1'471.50, ab April 2017: monatlich CHF 1'876.50 [recte: 1'867.50]) vergütet.

C. Mit Schreiben vom 23. Januar 2019 informierte die B._____ A._____ darüber, dass sie als Unfallversicherer ab dem 1. Januar 2019 keine Leistungen der C._____ mehr übernehmen dürfe, da diese dem Tarifvertrag nicht beigetreten sei.

D. Mit Verfügung vom 6. Juni 2019 stellte die B._____ die Leistungen für den monatlichen Pflegeaufwand der C._____ von CHF 1'876.50 per 31. Januar 2019 ein, da die Pflege durch eine gegenüber dem Unfallversicherer nicht abrechnungsberechtigte Spitex erbracht worden sei. Die dagegen erhobene Einsprache wies die B._____ mit Einspracheentscheid vom 6. November 2019 ab. Das damalige Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden hiess mit Urteil S 19 140 vom 28. Juni 2021 die dagegen erhobene Beschwerde im dem Sinne gut, dass es den angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. November 2019 aufhob und die Angelegenheit zur Abklärung des unfallbedingten, durch den Verein C._____ zu erbringenden Pflege- und Hilfebedarfs von A._____ zu Hause und gestützt darauf zu neuem Entscheid über die A._____ gemäss Art. 18 Abs. 1 und Abs. 2 UVV zustehenden Pflege- und Hilfekosten für die Zeit ab dem 1. Januar 2019 an die B._____ zurückwies. Im Übrigen trat es auf die Beschwerde nicht ein. Die von der B._____ gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht mit

Entscheid BGE 148 V 311 (Urteil des Bundesgerichts 8C_621/2021 vom 18. Mai 2022) ab.

E. Bereits zuvor reichte der Verein C._____ nach gescheitertem Schlichtungsverfahren am 25. September 2021 Klage beim Schiedsgericht Graubünden nach eidgenössischem Sozialversicherungsrecht (nachfolgend: Schiedsgericht Graubünden; Verfahren SVR 21 2) ein und beantragte die Bezahlung der von ihm im Zeitraum vom 1. Februar 2019 bis zum 31. Dezember 2019 für A._____ erbrachten versicherten Dienstleistungen. Dieses Verfahren wurde bis zum rechtskräftigen Abschluss des bundesgerichtlichen Verfahrens sistiert.

F. Am 25. Januar 2022 beauftragte die B._____ die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Hilfsmittelberatung (SAHB) mit der Abklärung der Hilflosigkeit von A._____ sowie mit den von ihr benötigten Pflegeleistungen. Die Abklärung fand am 5. Mai 2022 statt. Mit Abklärungsberichten betreffend Pflegeleistungen und Hilflosigkeit vom 25. Mai 2022 erstattete die SAHB der B._____ ihre Ergebnisse. Mit Stellungnahme vom 2. Mai 2023 nahm die SAHB zu den Fragen des Rechtsvertreters von A._____ Stellung und ergänzte ihre Abklärungen im Bericht vom 5. Juli 2023.

G. Gestützt auf die getätigten Abklärungen der SAHB sowie eigens erstellten Berechnungen sprach die B._____ A._____ mit Verfügung vom 21. September 2023 ab dem 1. Januar 2017 für die Hilfe und Pflege zu Hause nach Art. 18 UVV eine monatliche Pauschale über CHF 2'309.00 zu (CHF 1'540.00 Anteil C._____ pro Monat; CHF 769.00 Anteil pflegender Angehöriger pro Monat) zu. Für den Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Januar 2019 hielt sie eine Nachzahlung im Umfang von CHF 10'812.50 fest.

H. Das Verfahren vor dem Schiedsgericht Graubünden wurde mit Verfügung vom 5. Februar 2024 infolge Gegenstandslosigkeit abgeschrieben, nachdem die Parteien mitgeteilt hatten, dass im Herbst 2023 eine Einigung habe erzielt werden können.

I. Gegen die Verfügung der B._____ vom 21. September 2023 liess A._____ am 19. Oktober 2023 fristgerecht Einsprache erheben. In der Folge tätigte die B._____ weitere Abklärungen. Mit Einspracheentscheid vom 12. Februar 2025 hiess die B._____ die Einsprache aufgrund des angepassten Stundenansatzes für die vom Lebenspartner von A._____ erbrachten Hilfe- und Pflegemassnahmen zu Hause teilweise gut und änderte die Verfügung vom 21. September 2023

dahingehend ab, dass A._____ Anspruch auf monatliche Hilfe- und Pflegemassnahmen durch ihren Lebenspartner für die Zeit vom 1. Januar 2017 bis 30. Mai 2024 im Betrag von insgesamt CHF 929.00, für die Zeit vom 1. Juni 2024 bis zum 30. Juni 2024 im Betrag von CHF 1'000.00 sowie für die Zeit ab dem 1. Juli 2024 im Betrag von CHF 2'380.00 hat. Im Übrigen wurde die Einsprache abgewiesen.

J. Mit Klage vom 27. Februar 2025 gelangte die D._____ GmbH an das kantonale Schiedsgericht im Kanton Glarus für Streitigkeiten gemäss Art. 57 UVG (SG.2025.00002) und klagte im Wesentlichen die vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2024 für A._____ erbrachten Pflegeleistungen ein. Nachdem das Verfahren zunächst sistiert wurde, nahm das Schiedsgericht dieses nach Ergehen des Urteils des Bundesgerichts 9C_279/2025 vom 17. März 2026 formell wieder auf und gab der D._____ GmbH Gelegenheit zu einem Klagerückzug. In der Folge wurde das Verfahren mit Verfügung vom 21. April 2026 als durch Rückzug der Klage erledigt abgeschrieben.

K. Gegen den Einspracheentscheid vom 12. Februar 2025 liess A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 28. Februar 2025 (Datum Poststempel) Beschwerde an das Obergericht des Kantons Graubünden erheben mit folgenden Rechtsbegehren:

1. *Es sei der Einspracheentscheid der B._____ AG vom 12.02.2025 (1010.4062.07.0) aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin folgende Leistungen zu gewähren:*
 - a. *Entschädigung gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV für die vom Lebenspartner der Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2019, eventuell bis zum 12.02.2025 / zukünftig erbrachten Pflegeleistungen von mindestens 3.5 Stunden pro Tag und*
 - b. *Beitrag gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV für die vom Lebenspartner der Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 01.01.2017 bis zum 12.02.2025 / zukünftig erbrachten nichtmedizinischen Hilfeleistungen von mindestens 6 Stunden pro Tag sowie*
 - c. *Zins zu 5 % für die geschuldete Entschädigung gemäss Rechtsbegehren 1a und den geschuldeten Beitrag gemäss Rechtsbegehren 1b je mit Zinspflicht ab dem 1. des Folgemonats der im Vormonat geschuldeten Geldbeträge.*
2. *Eventuell sei der Einspracheentscheid der B._____ AG vom 12.02.2025 (1010.4062.07.0) aufzuheben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.*
3. *Alles unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.*

Die Beschwerdeführerin rügte eine unvollständige Abklärung des unfallbedingten Versorgungsbedarfs (Hilfs-, Betreuungs-, Pflege- und Überwachungsaufwand) und verlangte diesbezüglich eine gerichtliche Begutachtung. Sodann bemängelte sie den von der SAHB ermittelten zeitlichen Pflegebedarf sowie den Bedarf an nichtmedizinischer Hilfe. Ebenso beanstandete sie die von der B._____ vorgenommene rechtliche Qualifikation der Grundpflege sowie die von dieser vorgenommene Anrechnung der Hilfslosenentschädigung an die Grundpflege. Sodann kritisierte sie den Abzug für die Pflegeleistungen der C._____ und rügte zudem, dass die A-Leistungen nicht von den Pflegeleistungen ihres Lebenspartners in Abzug gebracht werden dürften, sondern zusätzlich zu vergüten seien. Ferner brachte die Beschwerdeführerin vor, dass die Entschädigung für die von ihrem Lebenspartner erbrachten Leistungen ab dem 1. Januar 2020 der D._____ GmbH zustehe. Schliesslich rügte sie die monetäre Bewertung der Leistungen ihres Lebenspartners als unrichtig. Im Übrigen machte sie eine Verletzung des Grundrechts auf Selbstbestimmung geltend. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie den Beizug der Akten der Unfallversicherung und der beiden Spitex-Organisationen C._____ und E._____-Spitex (D._____ GmbH) sowie gegebenenfalls deren Beiladung, die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels, einer mündlichen Verhandlung zwecks Ausführungen zu Verletzungen von verfassungsmässigen Grundrechten, der EMRK und der UNO-Behindertenrechtskonvention sowie einer Vergleichsverhandlung. Zudem ersuchte sie um diverse Zeugenbefragungen sowie persönliche Befragung.

L. Die B._____ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) schloss in ihrer Vernehmlassung vom 26. Juni 2025 auf Abweisung der Beschwerde und nahm in ablehnender Weise zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin Stellung.

M. Mit Replik vom 8. August 2025 ergänzte die Beschwerdeführerin ihre Rechtsbegehren um eine neue Ziffer 1a mit folgendem Wortlaut:

Entschädigung gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV für die von der C._____ im Zeitraum ab 01.01.2017 bis zum 12.02.2025 / zukünftig und von der D._____ GmbH ab 01.01.2020 bis zum 12.02.2025 / zukünftig erbrachten Pflegeleistungen.

Ebenso wurde das Zinsbegehren wie folgt angepasst:

Zins zu 5 % für die geschuldete Entschädigung gemäss Rechtsbegehren 1a und 1b sowie den geschuldeten Beitrag gemäss Rechtsbegehren 1c je mit Zinspflicht ab dem 1. des Folgemonats der im Vormonat geschuldeten Geldbeträge.

Im Übrigen hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen vollumfänglich fest und vertiefte im Wesentlichen ihren Standpunkt.

N. Die Beschwerdegegnerin reichte am 31. Oktober 2025 eine ausführliche Duplik mit zusätzlichen neuen Beilagen ein. Darin vertiefte sie insbesondere ihren Standpunkt.

O. Auf entsprechende Nachfrage der Instruktionsrichterin am 5. August 2026 erklärte die Beschwerdeführerin am 17. August 2026, auf eine mündliche Verhandlung zu verzichten.

Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften, den angefochtenen Einspracheentscheid sowie die übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 12. Februar 2025 (vgl. act. B.1). Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 ATSG kann gegen einen Einspracheentscheid innert 30 Tagen seit seiner Eröffnung Beschwerde an das Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Die Beschwerdeführerin ist im Kanton Graubünden wohnhaft, womit die örtliche Zuständigkeit des Obergerichts des Kantons Graubünden gegeben ist. Dessen sachliche und funktionelle Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100). Als formelle und materielle Adressatin des angefochtenen Einspracheentscheids ist die Beschwerdeführerin davon überdies berührt und sie weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung auf (vgl. Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten (vgl. Art. 60 und Art. 61 ATSG).

2.1. Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer unfallbedingten Beeinträchtigungen Anspruch auf Hilfe- und Pflegeleistungen im Sinne von Art. 18 UVV (SR 832.202) hat. Uneinig sind sich die Verfahrensparteien bezüglich des Umfangs, der Höhe und der monetären Bewertung der geleisteten Hilfe- und Pflegemassnahmen gemäss Art. 18 UVV seit dem 1. Januar 2017.

2.2. Soweit die Beschwerdeführerin in ihrer Replik zudem die Verfügung vom 19. August 2009 (recte: 19. Februar 2009) als qualifiziert falsch rügt und die wiedererwägungsweise Aufhebung dieser Verfügung fordert (act. A.3 Ziff. 197 f.), ist festzuhalten, dass dies weder Teil der Rechtsbegehren noch des Anfechtungs- noch des Streitgegenstandes im vorliegenden Verfahren ist. So wurde dies im

angefochtenen Entscheid nicht thematisiert (UV-act. 277), so dass sich diesbezügliche Weiterungen erübrigen.

3.1.1. Nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK hat jedermann Anspruch darauf, dass seine Sache in billiger Weise öffentlich und innerhalb einer angemessenen Frist von einem unabhängigen und unparteiischen, auf Gesetz beruhenden Gericht gehört wird, das über zivilrechtliche Ansprüche und Verpflichtungen oder über die Stichhaltigkeit der gegen ihn erhobenen strafrechtlichen Anklage zu entscheiden hat. Die Öffentlichkeit des Verfahrens soll dazu beitragen, dass die Garantie auf ein «faïres Verfahren» tatsächlich umgesetzt wird (vgl. BGE 142 I 188 E. 3.1.1 und 3.3). Das kantonale Gericht, welchem es primär obliegt, die Öffentlichkeit der Verhandlung zu gewährleisten (vgl. BGE 136 I 279 E. 1 und 122 V 47 E. 3), hat bei Vorliegen eines klaren und unmissverständlichen Parteiantrags grundsätzlich eine öffentliche Verhandlung durchzuführen (vgl. BGE 136 I 279 E. 1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_71/2021 vom 20. September 2021 E. 2.1). Ein während des ordentlichen Schriftenwechsels gestellter Antrag gilt dabei als rechtzeitig (vgl. BGE 134 I 331 E. 2.3; vgl. zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_538/2024 vom 18. Dezember 2024 E. 2.1).

3.1.2. Von einer ausdrücklich beantragten öffentlichen Verhandlung kann abgesehen werden, wenn der Antrag der Partei als schikanös erscheint oder auf eine Verzögerungstaktik schliessen lässt und damit dem Grundsatz der Einfachheit und Raschheit des Verfahrens zuwiderläuft oder sogar rechtsmissbräuchlich ist. Gleiches gilt, wenn sich ohne öffentliche Verhandlung mit hinreichender Zuverlässigkeit erkennen lässt, dass eine Beschwerde offensichtlich unbegründet oder unzulässig ist. Als weiteres Motiv für die Verweigerung einer beantragten öffentlichen Verhandlung fällt die hohe Technizität der zur Diskussion stehenden Materie in Betracht, was etwa auf rein rechnerische, versicherungsmathematische oder buchhalterische Probleme zutrifft, wogegen andere dem Sozialversicherungsrecht inhärente Fragestellungen materiell- oder verfahrensrechtlicher Natur wie die Würdigung medizinischer Gutachten in der Regel nicht darunterfallen. Schliesslich kann das kantonale Gericht von einer öffentlichen Verhandlung absehen, wenn es auch ohne eine solche aufgrund der Akten zum Schluss gelangt, dass dem materiellen Rechtsbegehren der die Verhandlung beantragenden Partei zu entsprechen ist (vgl. BGE 136 I 279 E. 1 m.H.a. BGE 122 V 47 E. 3b/ee und 3b/ff.; vgl. zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_538/2024 vom 18. Dezember 2024 E. 2.2).

3.1.3. Vorliegend beantragte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde in verfahrensrechtlicher Hinsicht die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels

und einer mündlichen Verhandlung mit der Begründung, es sei ihr Gelegenheit zu geben, ergänzende Ausführungen zur geltend gemachten Verletzung der verfassungsmässigen Grundrechte und der staatsvertraglich garantierten Menschenrechte gemäss der EMRK sowie der Behindertenrechtskonvention der UNO zu machen (act. A.1 Ziff. 8). Auf entsprechende Nachfrage der Instruktionsrichterin erklärte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin am 17. August 2026 jedoch den Verzicht auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung. Damit erübrigen sich Weiterungen zu diesem Verfahrensantrag.

3.2. Soweit die Beschwerdeführerin zudem die Durchführung einer Vergleichsverhandlung beantragt (act. A.1 Ziff. 9 und A.3 Ziff. 7), ist diesem Antrag nicht zu entsprechen. Angesichts der von der Beschwerdegegnerin klar zum Ausdruck gebrachten Haltung, wonach sie keine Aussicht auf eine vergleichsweise Einigung sieht (act. A.2 zu Ziff. 9), bestehen keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass eine Vergleichsverhandlung zu einer gütlichen Beilegung des Rechtsstreits beitragen könnte. Das Gericht erachtet die Durchführung einer solchen Verhandlung daher nicht als zweckmässig, weshalb der entsprechende Antrag abzuweisen ist.

4.1. Nach Art. 10 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Unter dem Titel «Heilbehandlung» wird dem Bundesrat in Art. 10 Abs. 3 UVG die Kompetenz eingeräumt festzulegen, unter welchen Voraussetzungen die versicherte Person Anspruch auf Hilfe und Pflege zu Hause hat. Gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV hat die versicherte Person Anspruch auf ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause, sofern diese durch eine nach den Art. 49 und 51 der KVV (SR 832.102) zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird. Art. 49 KVV nennt die beruflichen Anforderungen an Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Art. 51 KVV enthält Kriterien, nach welchen Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause zugelassen werden. Nach Art. 18 Abs. 2 UVV leistet der Versicherer einen Beitrag an ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause durch eine nicht zugelassene Person, sofern diese Pflege fachgerecht ausgeführt wird (lit. a), sowie an nichtmedizinische Hilfe zu Hause, soweit diese nicht durch die Hilfflosenentschädigung nach Art. 26 UVG abgegolten ist (lit. b). Diese Verordnungsbestimmung umfasst somit die Hauspflege.

4.2.1. Der Begriff der Hauspflege ist vielschichtig, wie das Bundesgericht in einem älteren Grundsatzurteil vor dem Hintergrund der verschiedenen Sozialversicherungszweige mit je verschiedenen Rechtsgrundlagen erkannt hat (BGE 116 V 41 E. 5a). Daran kann ungeachtet der ergangenen terminologischen

Anpassungen im Zuge der jüngsten Revision im Bereich des Unfallversicherungsrechts auch weiterhin grundsätzlich angeknüpft werden (vgl. BGE 147 V 35 E. 5.1.2 [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 108 f.]). Der Begriff umfasst demnach zunächst die – weder ambulant noch in einem Spital, sondern eben zu Hause erbrachten – Heilanwendungen mit therapeutischer Zielrichtung, die von einem Arzt oder einer Ärztin vollzogen oder angeordnet werden (medizinische Leistungen, Physio-, Ergotherapie usw.). Ebenfalls darunter fällt die zu Hause stattfindende medizinische Pflege im Sinne der Krankenpflege, der zwar das therapeutische (heilende) Agens fehlt, die aber für die Aufrechterhaltung des Gesundheitszustandes doch unerlässlich ist (z.B. Einführen von Kathetern, Behandlung von Wunden oder Infusionen). Das trifft insbesondere auf medizinische Vorgehen im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG zu, die lebenswichtige organische Funktionen erhalten, unterstützen, sichern oder gleichsam ersetzen (vgl. auch Art. 7 Abs. 2 lit. b der Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV; SR 832.112.31]: Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung; Kapitel 3.2 der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG mit Empfehlungen zur Anwendung von UVG und UVV, Nr. 01/2022: Hilfe und Pflege zu Hause nach Art. 18 UVV, UV-act. 277 S. 30 ff.). Das Erfordernis der ärztlichen Anordnung ist dabei nicht in einem streng formellen Sinn zu verstehen. Es genügt vielmehr, dass die fraglichen medizinischen Vorgehen, die zu Hause durchgeführt werden, nach der Aktenlage medizinisch indiziert sind (vgl. BGE 147 V 16 E. 8.2.3 mit Hinweis u.a. auf BGE 116 V 41 E. 5c). Die dritte Form der Hauspflege betrifft die nichtmedizinische Hilfe. Diese bezieht sich entweder auf die betroffene Person selber in Form von Hilfeleistungen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen (Körperpflege, An- und Auskleiden, Essen und Trinken; vgl. auch Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV: Massnahmen der Grundpflege) oder auf Hilfestellungen in ihrer Umgebung durch Führung des Haushaltes oder Besorgung der alltäglichen Angelegenheiten (vgl. BGE 148 V 28 E. 2.4, 147 V 16 E. 8.2.2, 147 V 35 E. 5.1 [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 108 f.], 116 V 41 E. 5a; Urteile des Bundesgerichts 8C_626/2024 vom 14. November 2025 E. 4.2.2, 8C_81/2021 vom 27. Oktober 2021 E. 2.4 = BGE 148 V 28, 9C_200/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 3.2.1, 8C_896/2009 vom 23. Juli 2010 E. 2.2, U 213/02 vom 18. August 2003 E. 2.2 und U 188/02 vom 14. März 2003 E. 2.2).

4.2.2. Die Ad-hoc-Kommission Schaden UVG erarbeitete für die Unfallversicherer eine Empfehlung zur Anwendung von Art. 10 Abs. 3 UVG (Empfehlung Nr. 01/2022: Hilfe und Pflege zu Hause nach Art. 18 UVV [UV-act. 277 S. 30 ff.], welche die bisherigen Empfehlungen Nr. 02/1989 und Nr. 07/1990 ersetzt). Gemäss dieser Empfehlung besteht für die reine Haushaltshilfe als Unterstützung bei der Wirtschafts- und Lebensführung (z.B. Waschen, Bügeln, Reinigung und Besorgung

anderer alltäglicher Angelegenheiten) grundsätzlich keine Leistungspflicht aus UVG (vgl. UV-act. 277 S. 32). Die Empfehlung der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG Nr. 01/2022: Hilfe und Pflege zu Hause nach Art. 18 UVV stellt zwar keine Weisung an die Durchführungsorgane der obligatorischen Unfallversicherung dar und ist insbesondere für die Gerichte nicht verbindlich. Sie ist jedoch geeignet, eine rechtsgleiche Praxis sicherzustellen (vgl. BGE 147 V 35 E. 5.1.3 [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 109]).

4.3.1. Nach Art. 18 Abs. 1 UVV, der im Gegensatz zu Art. 18 Abs. 2 UVV nicht von einem «Beitrag» spricht, sind grundsätzlich die effektiven Vollkosten der versicherten Pflegeleistungen zu übernehmen. Der Versicherer hat somit die effektiven Vollkosten der medizinischen Pflege zu Hause zurückzuerstatten, die von einer gemäss Art. 49 (Pflegefachfrau und Pflegefachmann) und Art. 51 (Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause) KVV zugelassenen Person oder Organisation durchgeführt wird (vgl. BGE 147 V 35 E. 5.2.1.2 [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 110], 147 V 16 E. 9.3.2 f.). Laut BGE 147 V 35 (vgl. dortige E. 7.6) sind die Leistungen gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV ohne Kostenbeitrag der versicherten Person zu entschädigen (siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C_580/2020 vom 26. März 2021 E. 4.2.2 und 8C_591/2020 vom 3. Februar 2021 E. 3.2).

4.3.2. Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV sieht vor, dass der Versicherer einen Beitrag an ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause durch eine nicht zugelassene Person leistet, sofern diese Pflege fachgerecht ausgeführt wird. Letztere Voraussetzung dient dem Schutz der versicherten Person und der Gewährleistung einer ausreichenden Qualität der Pflege (vgl. BGE 147 V 35 E. 5.2.2.1 [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 110]). Im Unterschied zu Art. 18 Abs. 1 UVV sieht Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV nur einen «Beitrag» an medizinische Pflege durch eine nicht zugelassene Person vor. Über die Höhe des Beitrags des Versicherers sagt diese Bestimmung nichts aus. Diese kann sich nach Massgabe der von der versicherten Person zu tragenden effektiven Kosten richten, sich am tatsächlichen Erwerbsausfall der pflegenden Person orientieren oder unabhängig von diesen beiden Kriterien an den Kosten, welche die Pflege bei marktgerechter Entlohnung einer Person verursachen würde. Die Ad-hoc-Kommission Schaden UVG schlägt vor, den Stundenansatz gestützt auf die aktuellste Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) Tabelle 1 (T1 Skill level), Pos. 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen, Kompetenzniveau 2), festzulegen (vgl. BGE 147 V 35 E. 5.2.2.2 [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 110 f.]; siehe auch Urteil des Bundesgerichts 8C_591/2020 vom 3. Februar 2021 E. 5.3; vgl. UV-act. 277 S. 33).

4.3.3. Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV sieht vor, dass der Versicherer an nichtmedizinische Hilfe zu Hause einen Beitrag leistet, soweit diese nicht durch die Hilfslosenentschädigung nach Art. 26 UVG abgegolten ist. Diese Pflege kann sowohl von einer gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV zugelassenen Person oder Organisation wie auch von einer gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV nicht zugelassenen Person oder Organisation durchgeführt werden (vgl. BGE 147 V 35 E. 5.2.3.1 [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 111]). Die Höhe des Beitrags des Versicherers kann auch hier (vgl. vorstehend Erwägung 4.3.2) nach Massgabe der Kosten, welche die Pflege bei marktgerechter Entlohnung einer Person verursachen würde, festgesetzt werden. Die Ad-hoc-Kommission Schaden UVG schlägt vor, den Stundenansatz gestützt auf die aktuellste LSE Tabelle 1 (T1 Skill level), Pos. 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen, Kompetenzniveau 1), festzulegen (vgl. BGE 147 V 35 E. 5.2.3.2 [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 111]; siehe auch Urteil des Bundesgerichts 8C_591/2020 vom 3. Februar 2021 E. 5.3; vgl. UV-act. 277 S. 33). Gemäss Wortlaut von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV hat der Versicherer nur dann einen Beitrag zu leisten, wenn die nichtmedizinische Hilfe zu Hause nicht durch die Hilfslosenentschädigung nach Art. 26 UVG abgegolten ist.

4.3.4. Gemäss der Empfehlung der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG Nr. 01/2022: Hilfe und Pflege zu Hause nach Art. 18 UVV (vgl. Ziff. 5.4.1) ist die Übernahme von Kosten für Heilbehandlung und medizinische Pflege zu Hause im Sinne von Art. 18 Abs. 1 und Abs. 2 lit. a UVV neben der Hilfslosenentschädigung zu gewähren (UV-act. 277 S. 33).

4.4.1. Eine Abklärung der Bedarfslage im Sinne von Art. 18 UVV hat zunächst den medizinischen Pflegebedarf festzustellen. Der dabei erhobene Bedarf fällt – je nach Leistungserbringer – entweder unter Abs. 1 oder unter Abs. 2 lit. a und ist dementsprechend vollständig (Abs. 1) oder nur beitragsweise (Abs. 2 lit. a) abzugelten. Das erfordert eine genaue Erhebung, und zwar nicht nur des zeitlichen Aufwands (vgl. BGE 147 V 35 E. 8.4 [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 119]), sondern im Hinblick auf die rechtliche Zuordnung ebenso der Art und des Inhalts der konkret anfallenden Verrichtungen. Dies gilt umso mehr, als – entgegen der krankenversicherungsrechtlichen Leistungspflicht – je nach den Umständen auch gewisse Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) unter den Begriff der medizinischen Pflege fallen können, was es in jedem Einzelfall mit Blick auf die konkret anstehenden pflegerischen Handlungen zu prüfen gilt (vgl. BGE 148 V 28 E. 6.3, 147 V 16 E. 8.2.4.2 und 147 V 35 E. 9.1 [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 120]; Urteil des Bundesgerichts 8C_626/2024 vom 14. November 2025 E. 4.2.3 ff., 8C_81/2021 vom 27. Oktober 2021 E. 6.3 = BGE

148 V 28, 8C_1037/2012 vom 12. Juli 2013 E. 7.2). Dazu gehören insbesondere auch notwendige Begleithandlungen, welche untrennbar mit der betreffenden technischen Ausführung der medizinischen Pflegeleistungen verbunden sind, wie z.B. das Desinfizieren der Hände, das Aus- und Wiederanziehen der Kleider sowie das (Zurück-)Setzen des Patienten in den Rollstuhl (vgl. BGE 147 V 35 E. 8.4 [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 119 f.]).

4.4.2. Daneben muss mit Blick auf Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV der Bedarf an nichtmedizinischer Hilfe erfasst werden. Da der Versicherer nur dann einen Beitrag zu leisten hat, wenn die nichtmedizinische Hilfe zu Hause nicht durch die Hilflosenentschädigung nach Art. 26 UVG abgegolten ist, ist für jede einzelne Pflegeleistung abzuklären, ob und in welchem Umfang sie Teil der Hilfe oder der Überwachung ist, die von der Hilflosenentschädigung abgegolten ist (vgl. BGE 147 V 35 E. 5.2.3.3 mit weiteren Hinweisen [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 111 f.]). Dabei kann sich die Abklärung nicht in der Prüfung erschöpfen, ob sich eine konkrete Hilfestellung einer allgemeinen Lebensverrichtung zuordnen lässt, um sie bereits auf diesem Wege von einer beitragsweisen Abgeltung auszunehmen. Denn der Anspruch auf Hilflosenentschädigung nach Art. 26 UVG und derjenige auf die beitragsweise Abgeltung der nichtmedizinischen Hilfe zu Hause gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV überschneiden sich teils und teils ergänzen sie sich. Bei der Festlegung des Beitrags an nichtmedizinischer Hilfe zu Hause gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV ist die Hilflosenentschädigung deshalb in die Anspruchsermittlung einzubeziehen (vgl. BGE 148 V 28 E. 6.4.2 und 6.5.2). Vom gesamthaft zu erhebenden zeitlichen Bedarf an nichtmedizinischen Unterstützungsleistungen bzw. von der gestützt darauf zu ermittelnden Abgeltung ist die Hilflosenentschädigung in Abzug zu bringen. Ausgenommen davon ist eine Quote von 15 % für die alltägliche Lebensverrichtung «Fortbewegung ausserhalb des Hauses» und dessen naher Umgebung, die den bestimmungsgemässen Rahmen von Art. 18 UVV sprengt (vgl. BGE 148 V 28 E. 6.5.2).

5.1. Vorliegend erlitt die Beschwerdeführerin am 21. Juli 2007 einen schweren Autounfall, bei dem sie sich eine inkomplette Tetraplegie (C7) mit diversen Begleitverletzungen wie Gesichtsschädelfrakturen (Sinus maxillaris links, Jochbogen links, Orbitaboden links, Kopfschwartenhämatom rechts parietal), eine dislozierte, offene Humerusschaftfraktur rechts, ein Thoraxtrauma mit Rippenfrakturen 4-6 links ventral und beidseitigen Lungenkontusionen sowie eine Commotio cerebri zuzog (vgl. UV-act. 1 S. 2). Bereits tags darauf am 22. Juli 2007 wurde die Beschwerdeführerin ins Paraplegikerzentrum Nottwil verlegt, wo sie bis am 19. April 2008 behandelt wurde (vgl. UV-act. K1 und K45).

5.2. Mit Verfügung vom 19. Februar 2009 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin aufgrund der bestehenden vollen Invalidität eine monatliche Übergangsrente von CHF 3'397.00 ab 1. März 2009 zu. Gleichzeitig wurde der Beschwerdeführerin eine Integritätsentschädigung auf der Basis eines Integritätsschadens von 95 % in der Höhe von CHF 96'120.00 (gemäss Korrigendum vom 26. Februar 2009: CHF 101'460.00 [vgl. UV-act. K83]) und eine Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit schweren Grades von monatlich CHF 2'076.00 ab 1. April 2009 (ab 1. Januar 2016: monatlich CHF 2'436.00 [vgl. UV-act. K202]) gewährt. Zudem sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin für medizinisch notwendige Massnahmen im Sinne von Art. 18 UVV einen Pflegeaufwand für die C._____ von CHF 1'485.00 pro Monat (45 min. pro Tag x 30 : 60 à CHF 66.00 [Stundenansatz für Pflege C._____]) zu (vgl. UV-act. 80). Mit Verfügung vom 26. August 2009 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine Komplementärrente von CHF 2'601.00 pro Monat ab 1. März 2009 zu (vgl. UV-act. K99). Am 24. Mai 2012 wurde die Komplementärrente angepasst, indem diese für den Zeitraum vom 1. August 2010 bis 31. Januar 2011 auf monatlich CHF 2'453.00 und ab 1. Februar 2011 auf CHF 2'275.00 pro Monat festgesetzt wurde (vgl. UV-act. K154).

5.3. Mit Schreiben vom 28. Dezember 2010 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin betreffend Pflegeaufwand mit, dass sich der Stundenansatz im Jahr 2010 auf CHF 68.00 erhöht habe, weshalb der Pflegeaufwand im 2010 monatlich CHF 1'530.00 (45 x 30 : 60 à CHF 68.00) bzw. insgesamt CHF 18'360.00 (CHF 1530.00 x 12) betragen habe. Der für das Jahr 2010 zu wenig ausbezahlte Betrag werde in den nächsten Tagen überwiesen. Ausserdem ergebe sich für das Jahr 2011 unter Berücksichtigung eines Stundenansatzes von CHF 65.40 ein Pflegeaufwand von monatlich CHF 1'471.50 (45 x 30 : 60 à CHF 65.40) (vgl. UV-act. K138). Am 26. Februar 2018 wurde die Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin betreffend Pflegeaufwand dahingehend informiert, dass nun eine vorübergehende Anpassung (gültig bis zu einer Inkraftsetzung eines neuen Spitex-Tarifvertrags) stattgefunden habe. Für die Behandlungskosten würden nun CHF 83.00 pro Stunde vergütet, weshalb der Pflegeaufwand rückwirkend ab 1. April 2017 monatlich CHF 1'876.50 (recte: CHF 1'867.50 [22.5 x CHF 83.00]) betrage. Die Nachzahlung erfolge separat (vgl. UV-act. K213).

5.4. Mit Verfügung vom 6. Juni 2019 stellte die Beschwerdegegnerin die Leistungen für den monatlichen Pflegeaufwand der C._____ von CHF 1'876.50 per Ende Dezember 2018 ein, da die Pflege durch eine gegenüber dem Unfallversicherer nicht abrechnungsberechtigte Spitex erbracht worden sei (UV-

act. K241). Die dagegen erhobene Einsprache wies die B._____ mit Einspracheentscheid vom 6. November 2019 ab (UV-act. K244). Das damalige Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden hiess mit Urteil S 19 140 vom 28. Juni 2021 die dagegen erhobene Beschwerde im dem Sinne gut, dass es den angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. November 2019 aufhob und die Angelegenheit zur Abklärung des unfallbedingten, durch den Verein C._____ zu erbringenden Pflege- und Hilfebedarfs von A._____ zu Hause und gestützt darauf zu neuem Entscheid über die A._____ gemäss Art. 18 Abs. 1 und Abs. 2 UVV zustehenden Pflege- und Hilfekosten für die Zeit ab dem 1. Januar 2019 an die B._____ zurückwies. Im Übrigen trat es auf die Beschwerde nicht ein (UV-act. K297). Die von der B._____ gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht mit Entscheid BGE 148 V 311 ab.

5.5. Im Zuge dessen liess die Beschwerdegegnerin am 5. Mai 2022 vor Ort sowohl die Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin als auch deren Pflegebedarf (vgl. UV-act. M42 S. 1 ff.) abklären. Die entsprechenden Berichte wurden von der SAHB am 25. Mai 2022 (UV-act. M42 S. 1 ff.) erstattet und mit Bericht vom 5. Juli 2023 (UV-act. M44 S. 1 ff.) ergänzt. Gestützt darauf sowie auf ihre eigens erstellten Berechnungen sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 21. September 2023 ab dem 1. Januar 2017 für die Hilfe und Pflege zu Hause nach Art. 18 UVV eine monatliche Pauschale über CHF 2'309.00 zu (CHF 1'540.00 Anteil C._____ pro Monat; CHF 769.00 Anteil pflegender Angehöriger pro Monat). Für den Zeitraum 1. Januar 2017 bis zum 31. Januar 2019 hielt sie eine Nachzahlung im Umfang von CHF 10'812.50 fest (UV-act. K439).

5.6. Mit Schreiben vom 3. Januar 2025 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, dass der Pauschalbetrag für die C._____ gestützt auf die neuen Stundenansätze des neuen Tarifvertrages ab 1. Oktober 2024 auf CHF 1'861.00 pro Monat erhöht werde (UV-act. K479).

5.7. Mit Einspracheentscheid vom 12. Februar 2025 korrigierte die Beschwerdegegnerin sodann die vom Lebenspartner der Beschwerdeführerin erbrachten Hilfe- und Pflegemassnahmen zu Hause nach Art. 18 UVV für den Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis 30. Mai 2024 auf CHF 929.00 pro Monat, im Juni 2024 auf CHF 1'000.00 und ab 1. Juli 2024 auf CHF 2'380.00 pro Monat (act. B.1 Ziff. 11).

6.1. Die Beschwerdeführerin rügt zunächst eine unvollständige Abklärung des unfallbedingten Versorgungsaufwands (Hilfs-, Betreuungs-, Pflege- und Überwachungsaufwand).

6.2. Für den Beweiswert eines Abklärungsberichtes sind gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Es ist wesentlich, dass als Berichterstatterin eine qualifizierte Person wirkt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der seitens der Mediziner gestellten Diagnosen und der sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen der pflegebedürftigen Person hat. Weiter sind die Angaben der die Pflege Leistenden zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen, konkret in Frage stehenden Massnahmen der Behandlungs- und Grundpflege sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im soeben umschriebenen Sinn darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Dies gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 147 V 35 E. 8.1 [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 117], 130 V 61 E. 6.1.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_80/2021 vom 16. Juni 2021 E. 3.2 und 3.3).

6.3. Die entsprechende Abklärung wurde durch Frau F._____, diplomierte Pflegefachfrau FA IP, vor Ort in der Wohnung der Beschwerdeführerin und ihres Lebenspartners in Chur durchgeführt. Die von der Beschwerdegegnerin beigezogene Abklärungsperson verfügte als diplomierte Pflegefachfrau FA IP über die notwendigen fachlichen Qualifikationen, was die Einschätzung der Hilflosigkeit sowie des individuell-konkreten Pflegebedarfs vor Ort anbelangt. Ihre Erhebungen tätigte sie im Beisein der Beschwerdeführerin, ihres Lebenspartners, einer Mitarbeiterin der C.____ sowie einer Pflegefachfrau der D.____ GmbH (vgl. UV-act. M42 S. 1 ff.). Damit waren sämtliche Personen beteiligt, welche in den Pflegeprozess der Beschwerdeführerin involviert sind und bestand insgesamt Gewähr für eine hinreichend verlässliche Abklärung (vgl. BGE 147 V 16 E. 7.4.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_591/2020 vom 3. Februar 2021 E. 3.3.2.3). Die Beschwerdeführerin bringt im Übrigen auch nichts vor, was gegen die fachliche Kompetenz der Abklärungsperson spräche oder deren Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen vermöchte. Die Abklärungsperson erstattete ihre Erhebungen mit Bericht vom 25. Mai 2022 (UV-act. M42 S. 1 ff.) und ergänzendem Bericht vom 5. Juli 2023 (UV-act. M44 S. 1 ff.).

6.4. Die Beschwerdeführerin bringt im Wesentlichen vor, die Pflegebedarfsfeststellung vom 25. Mai 2022 sei unvollständig.

6.4.1. Zunächst ist festzuhalten, dass der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin von Anfang an in die diesbezügliche Abklärung einbezogen wurde. Er begrüßte eine solche Abklärung und ersuchte am 9. Juni 2021 zu Recht darum, nicht nur die medizinischen Pflegeleistungen, sondern auch die nichtmedizinische Hilfe abzuklären (UV-act. K291). Die Beschwerdegegnerin kam seinem Ersuchen nach (UV-act. K303), stellte ihm am 11. November 2021 den Fragenkatalog zu und gab ihm Gelegenheit, Zusatzfragen zu stellen (UV-act. K327). Davon machte der Rechtsvertreter Gebrauch, weshalb in der Folge der Fragenkatalog mehrmals angepasst wurde (vgl. UV-act. K330, K335 S. 1 f., K341, K348 S. 1 f.). Entgegen seinen Vorbringen (vgl. act. A.3 Ziff. 52 und Ziff. 88-93) monierte der Rechtsvertreter in keiner dieser Stellungnahmen im Zusammenhang mit der Bedarfsabklärung, dass der Versorgungsbedarf auch für einen früheren Zeitraum, namentlich ab 2017, festgestellt werden müsste. Sodann wurde die Bedarfsabklärung anhand des inter RAI HomeCare (RAI-HC) vorgenommen, welches Instrument von der Beschwerdeführerin selber bevorzugt wird (vgl. act. A.1 Ziff. 55). Der Abklärungsbericht betreffend die Pflegemassnahmen führt über rund zehn Seiten detailliert den gesamten Tagesablauf der Beschwerdeführerin auf. Dabei hat die Abklärungsperson sämtliche (Pflege-)Arbeiten aufgelistet und dabei angegeben, von wem und wie oft die Tätigkeit ausgeführt wird und welche Zeit sie beansprucht (UV-act. M44 S. 1 ff.). Die Beschwerdeführerin legt – abgesehen von der behaupteten ständigen Überwachung (vgl. dazu Erwägung 6.4.3. nachstehend) – nicht dar, welche konkreten Verrichtungen im Tagesablauf zu Unrecht nicht berücksichtigt worden oder inwiefern die konkreten Zeitangaben unzutreffend sein sollen. Soweit die Beschwerdeführerin den ermittelten Pflegebedarf von 205 Minuten pro Tag bei einer versicherten Person, welche an einer Tetraplegie C7 leide, pauschal als zu gering bemängelt und hierzu auf den Entscheid des Bundesgerichts 9C_702/2010 vom 21. Dezember 2010 verweist, greift dies zu kurz. Der Pflegebedarf kann nicht von anderen Fällen abgeleitet werden und ist bei jeder Person individuell festzustellen, was vorliegend gemacht wurde. Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin wurden dabei auch die saisonalen und situativen Gegebenheiten berücksichtigt. So hat die Abklärungsperson ausserplanmässige Vorkommnisse wie z.B. Stuhlgang und Stuhl- und Urininkontinenz beachtet (UV-act. M44 S. 1), darauf hingewiesen, dass der Lebenspartner während der Dauer der Ferien, ca. 12 Wochen, die komplette Pflege übernehme (UV-act. M44 S. 2) sowie saisonale Besonderheiten wie z.B. Erkältungen, Rücken waschen im Sommerhalbjahr und besondere Aktivitäten wie

das auswärtige Training im Fitnessstudio oder Fahrten nach Nottwil zur Kontrolle (UV-act. M44 S. 4-6) mitberücksichtigt. Gleichermassen wurde täglich eine gewisse Zeit für die Hilfe bei Jacke und Schuhe an- und ausziehen festgehalten, wenn die Beschwerdeführerin nach draussen geht (UV-act. M44 S. 4), auch wenn das Anziehen einer Jacke im Sommer sicherlich nicht stets der Fall ist. Inwiefern das Anziehen dickerer Socken oder anderer Schuhe im Winter einen anderen Aufwand als zu einer anderen Jahreszeit verursachen sollte, ist nicht nachvollziehbar. Zudem geht es bei der Bedarfsabklärung um einen durchschnittlichen Aufwand über das ganze Jahr. Ebenso wenig gibt es Anhaltspunkte für eine dauerhafte Verschlechterung bzw. wurde diese von der Beschwerdeführerin nicht substantiiert. Im Übrigen geht es nicht an, jede hypothetische Gegebenheit im Rahmen der Bedarfsabklärung zu berücksichtigen. So sind die Ausführungen der Beschwerdeführerin in Bezug auf den von ihr geltend gemachten saisonalen/situativen Mehraufwand hauptsächlich genereller und hypothetischer Natur.

Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin in ihrer E-Mail vom 20. Juni 2022 gegenüber ihrem Rechtsvertreter festhielt, sie habe die Abklärung studiert. Ein paar Sachen seien noch nicht ganz am richtigen Ort. Auf Seite 7 habe sie die Arbeiten, welche ihr Partner ausführe, mit einem «P» gekennzeichnet. Alles Andere sei in Ordnung, auch die Erhebung für die Hilfflosenentschädigung sei okay (vgl. UV-act. 141 S. 2; vgl. auch den von der Beschwerdeführerin korrigierten Abklärungsbericht [UV-act. 140 S. 4], wobei es sich bei den korrigierten Positionen um Hauswirtschaftstätigkeiten handelt). Gleichermassen äusserte sich die Pflegefachfrau der D._____ GmbH gegenüber dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit E-Mail vom 16. Juni 2022 und führte was folgt aus (vgl. UV-act. 141 S. 1):

Ich habe den Bericht der SAHB geprüft. Die SAHB hat gute Arbeit geleistet. In wenigen Punkten hat sie knappe Zeit für die jeweilige Verrichtung berechnet, dafür in anderen soviel mehr, dass es kumuliert auf eine höhere Zeit für benötigte Leistungen der Klientin A._____ ergibt. Wir haben auch keine extremen Zeitdifferenzen. Ich habe eine Stellungnahme begonnen, bin mir jedoch nicht sicher, ob es sinnvoll ist aufzuzeigen, dass wir weniger Zeit angegeben hätten.

Die Beschwerdeführerin führt selber aus, dass es sich bei der Pflegefachfrau der D._____ GmbH um eine ausgewiesene Pflegeexpertin handle (vgl. act. A.3 Ziff. 97), womit auf ihre Äusserungen abgestellt werden kann. Soweit die Beschwerdeführerin somit vorbringt, dass die D._____ GmbH im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2024 einen höheren Pflegebedarf errechnet habe, steht dies im Widerspruch zur vorstehend genannten Äusserung der D._____

GmbH, wonach die SAHB kumuliert auf einen höheren Pflegebedarf komme. Und im Umkehrschluss bedeutet dies nicht, dass der vorliegende Abklärungsbericht der SAHB nicht beweiskräftig wäre. Denn dieser basiert auf den tatsächlichen Pflegezeiten, welche von der Beschwerdeführerin, ihrem Lebenspartner, einer Mitarbeiterin der C._____ sowie einer Pflegefachfrau der D._____ GmbH als Hauptpflegeleistende erfasst wurden. Ebenso nahm die Abklärungsperson zur E-Mail des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 28. April 2023 am 2. Mai 2023 Stellung und wies darin zu Recht darauf hin, dass im Abklärungsbericht auch die nichtmedizinischen Massnahmen beschrieben und erfasst worden seien (vgl. UV-act. M43). Auf Ersuchen der Beschwerdegegnerin, eine spezifische Trennung der Positionen nach Partner und Spitex vorzunehmen, fand am 27. Juni 2023 nochmals ein persönliches Gespräch zwischen der Beschwerdeführerin, ihrem Lebenspartner sowie der Abklärungsperson statt. Dabei hätten die Beschwerdeführerin und der Partner bestätigt, dass die angegebenen Zeiten und der Ablauf der Pflege den Tatsachen entsprächen. Allerdings stellte sich heraus, dass ausserplanmässiger Stuhlgang und Stuhlinkontinenz nicht erfasst worden seien. Zudem trete seit ca. einem Jahr Urininkontinenz auf. Am 5. Juli 2023 erstattete die Abklärungsperson sodann ihren überarbeiteten Bericht, in welchem zusätzlich die Stuhl- und Urininkontinenz berücksichtigt und die Leistungen klar nach Partner und Spitex getrennt wurden (UV-act. M44 S. 1 ff.). Dass die Einwendungen der Beschwerdeführerin ignoriert worden seien, trifft somit nicht zu. Vielmehr wurden alle involvierten Personen in die Abklärung miteinbezogen und haben diese die ermittelten Verrichtungen und Zeiten als zutreffend bestätigt.

6.4.2. Vor diesem Hintergrund und gestützt auf den Umstand, dass der Rechtsvertreter bei der Zusammenstellung des Fragenkatalogs involviert war und die Abklärung der nichtmedizinischen Hilfe auf sein Ersuchen hin – zu Recht – in den Fragekatalog aufgenommen wurde (UV-act. K291 und K303), ist auch sein Einwand, wonach die Beschwerdegegnerin die nichtmedizinische Hilfe nicht habe abklären lassen, nicht nachvollziehbar. Zudem gehen aus den Berichten der SAHB insbesondere Tätigkeiten wie beispielsweise Ganzwäsche in Bad, Dusche oder Lavabo, Teilwäsche im Bett (inkl. Intimpflege), Teilwäsche am Lavabo (inkl. Intimpflege), Hilfe An-/Auskleiden, beim Trinken unterstützen, beim Essen unterstützen etc. hervor, womit eindeutig ist, dass auch die nichtmedizinische Hilfe erfasst wurde (UV-act. M44 S. 9). Dass die Beschwerdegegnerin dabei den ausserhäuslichen Hilfebedarf entschädigungsmässig nicht berücksichtigt hat, ist nicht zu beanstanden, da Hilfe bei der Fortbewegung und den Kontaktaktivitäten «ausser Haus» den bestimmungsgemässen, räumlichen Rahmen von Art. 18 UVV («Hilfe zu Hause») sprengt (vgl. BGE 148 V 28 E. 6.2.4 f., 6.4.1 und 6.5.2). Gleiches

gilt für die reine Haushaltshilfe, für welche ebenfalls keine Leistungspflicht besteht (BGE 148 V 28 E. 6.4.1). Auf die diesbezüglichen Ausführungen der Beschwerdeführerin ist damit nicht weiter einzugehen.

6.4.3. Ebenso wenig kann der Beschwerdeführerin gefolgt werden, soweit sie eine ständige Überwachungsbedürftigkeit bzw. Rufbereitschaft geltend macht und ausführt, es sei bei tetraplegisch gelähmten Personen offensichtlich, dass als Folge der hohen Lähmung und der damit einhergehenden funktionellen Einschränkungen an allen Gliedmassen eine ständige Überwachungsbedürftigkeit bestehe (act. A.2 Ziff. 61 ff.). Diese pauschalen Äusserungen zu Tetraplegikern ohne konkrete Erläuterungen zum Überwachungsbedarf der Beschwerdeführerin greifen zu kurz. In Bezug auf die Überwachung wurde im Erhebungsblatt für Hilflosenentschädigung festgehalten, dass die Beschwerdeführerin keine kognitiven Einschränkungen habe. Sie könne Smartphone und PC nutzen (Spezialmaus) und die Administration mit erhöhtem Zeitaufwand selbständig erledigen. Zweimal täglich sei ein Kontrollanruf oder -besuch notwendig für den Fall, dass die Beschwerdeführerin stürze (UV-act. M42 S. 3). Dies lässt nun aber nicht bereits auf eine ständige Überwachungsbedürftigkeit schliessen. Ein weiterer Überwachungsbedarf ist dieser Abklärung nicht zu entnehmen. Ein 24-Stunden-Überwachungsbedarf geht auch aus den weiteren Unterlagen nicht hervor. Gleichermassen erhellt aus der persönlichen Besprechung zwischen der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführerin sowie der C._____ vom 21. Januar 2009, dass es der Beschwerdeführerin mit Unterstützung von ca. 2.5 Stunden pro Tag durch die Spitex möglich ist, alleine in ihrer Wohnung zu leben (UV-act. K77), was ebenfalls gegen einen ständigen Überwachungsbedarf bzw. eine Rufbereitschaft und für eine gewisse Selbständigkeit spricht. Zudem geht aus den Ausführungen der C._____ in ihrer Stellungnahme vom 23. März 2020 im Verfahren S 19 140 vor dem damaligen Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden hervor, dass die Beschwerdeführerin nach ihrem Rehabilitationsaufenthalt mit einem Teilzeitpensum bei der C._____ weiter beschäftigt wurde, wozu ihr ein spezieller Arbeitsplatz in der Administration eingerichtet und spezielle Hilfsmittel (Tastatur, Computermouse etc.) angeschafft wurden. Die Beschwerdeführerin zog in das gleiche Mehrfamilienhaus, in welchem sich auch die Büroräumlichkeiten der C._____ befinden, womit sie in der bisherigen vertrauten Umgebung weiterhin wohnen und arbeiten konnte. Sie nimmt an Personalausflügen und -festen etc. teil und pflegt neben ihrem privaten Umfeld auch die Freundschaften zu ihren Arbeitskolleginnen (UV-act. 21 S. 2; vgl. auch Telefonnotiz vom 9. April 2008 [UV-act. K42]). Dass sie bei der Arbeit auf Hilfe von anderen Mitarbeitenden zur Erledigung der Arbeiten angewiesen sein soll, steht der Verneinung eines ständigen Überwachungsbedarfs nicht entgegen. Ebenso ist die

Beschwerdeführerin gemäss Abklärung der SAHB für die Fortbewegung in ihrer Wohnung nicht auf die Hilfe Dritter angewiesen, da die Wohnung rollstuhlgängig ist und die Beschwerdeführerin über ein Rollstuhlmobil verfügt. Auch im Freien benötigt sie lediglich Hilfe bei Hindernissen und der Benutzung von ÖV (UV-act. M43 S. 6; vgl. auch Bedarfsabklärung der C._____ vom 22. März 2019 [Beilage zu UV-act. K237]; Persönliche Besprechungsnotiz vom 21. Januar 2009 [UV-act. K77 S. 1]). Eine angebliche ständige Überwachungsbedürftigkeit steht auch im Widerspruch dazu, dass die Beschwerdeführerin offenbar ihre Enkelkinder hütet und zur Kita begleitet (vgl. UV-act. 209), was wohl kaum möglich wäre, wenn auch die Beschwerdeführerin selbst ständig überwacht werden müsste. Auch aus den Vorbringen, wonach die Beschwerdeführerin regelmässig repositioniert und bei Stürzen aufgerichtet werden müsse, die Hilfsmittel von einer Hilfsperson bereit gestellt und unter Umständen angezogen werden müssten und sie der Unterstützung beim Essen und Trinken bedürfe (vgl. act. A.3 Ziff. 16), kann sie keinen ständigen Überwachungsbedarf ableiten. So wurden die Zeiten hierfür im Abklärungsbericht unter den Positionen «Aktive/passive Bewegungsunterstützung», «Hilfsmittel anbringen/entfernen» sowie «Beim Essen unterstützen» und «Beim Trinken unterstützen» berücksichtigt (vgl. UV-act. M44). Demzufolge ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin eine ständige Überwachungsbedürftigkeit verneint hat. Infolgedessen braucht vorliegend auf die Ausführungen betreffend Bereitschaftsdienst und dessen Entlöhnung bzw. über die Abgeltung der Anwesenheitszeiten des Lebenspartners als nichtmedizinische Hilfeleistungen nicht weiter einzugehen.

6.4.4. Nicht zu hören ist sodann der Einwand der Beschwerdeführerin, wonach die SAHB anzuhalten gewesen wäre, in analoger Anwendung der für den Assistenzbeitrag der Invalidenversicherung geltenden Abklärungsvorschriften den massgeblichen Hilfebedarf bzw. Zeitbedarf in den in Art. 39c IVV erwähnten Lebensbereichen festzustellen (act. A.1 Ziff. 69 f.). Diese Auffassung findet in dem von der Beschwerdeführerin zitierten Entscheid BGE 140 V 113 keine Stütze. Zutreffend ist, dass das Bundesgericht festhielt, dass die Leistungen bei einem UVG-versicherten Unfall beträchtlich umfangreicher sind als diejenigen aus der Invalidenversicherung (E. 5 jenes Entscheids). Wie die Beschwerdegegnerin korrekt ausführt, bezieht sich dies aber auf die Leistungen insgesamt und kann nicht auf eine Einzelleistung wie die nichtmedizinische Hilfe gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV hinuntergebrochen werden. Ferner besteht auch keine gesetzliche Grundlage, welche eine analoge Anwendung der Regelungen für Assistenzbeiträge der Invalidenversicherung aufdrängen würde. Damit zielt dieser Einwand ins Leere.

6.4.5. Ebenfalls kann dem Einwand der Beschwerdeführerin, wonach es sich beim ermittelten Pflegebedarf um eine Momentaufnahme handle, nicht gefolgt werden. Vielmehr wurde hinsichtlich jeder Tätigkeit ihre Häufigkeit pro Tag, pro Woche oder pro Jahr angegeben. Sodann fand nach der Abklärung vor Ort am 5. Mai 2022 über ein Jahr später am 27. Juni 2023 eine nochmalige Besprechung mit der Beschwerdeführerin und ihrem Lebenspartner statt, wobei diese den ein Jahr zuvor ermittelten Bedarf erneut bestätigten (UV-act. M44 S. 1). Gleichermassen verfährt der Einwand der Beschwerdeführerin nicht, wonach die im Jahr 2022 erfolgte Abklärung nicht für die Leistungspflicht seit dem Jahr 2017 herangezogen werden könne. Den medizinischen Unterlagen ist zu entnehmen, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit 2014 stabil geblieben ist (vgl. Zwischenbericht UVG vom 18. Februar 2019 [UV-act. M40]). Es mag allenfalls zutreffen, dass in den Jahren seit 2017 unterschiedliche Personen in ebenfalls unterschiedlichem Ausmass Versorgungsleistungen erbracht haben. Dies bedeutet im Umkehrschluss aber nicht, dass der Umfang der Leistungen insgesamt höher ausgefallen wäre. Dafür spricht auch der Umstand, dass gemäss Pflegebedarfsabklärung der C._____ vom 18. November 2019 damals ein Aufwand von 63 Minuten pro Tag für Behandlungs- und Grundpflege ermittelt wurde (act. B.8), was wiederum in etwa dem von der SAHB ermittelten Umfang für die Spitex entspricht ($1.7 + 8.08 + 44.31 = 54.09$ Minuten [UV-act. M44 S. 10]). Dass die im Jahr 2019 von der C._____ vorgenommene Pflegebedarfsabklärung nicht den gesamten unfallbedingten Pflegebedarf beinhalten soll, ist vorliegend nicht relevant und durch die Abklärung der SAHB überholt. So wurden gestützt auf Letztere Beiträge nach Art. 18 UVV rückwirkend seit 1. Januar 2017 berechnet und der Beschwerdeführerin zugesprochen. Die Beschwerdeführerin legt ferner nicht dar und es bestehen nach Aktenlage keine Anhaltspunkte, inwiefern sich der Pflegebedarf über die Jahre verändert haben soll bzw. welche Leistungen ab dem Jahr 2017 zusätzlich zu den in der Abklärung der SAHB ermittelten Leistungen angefallen und welche anderen Personen involviert gewesen sein sollen. Die diesbezüglichen Ausführungen der Beschwerdeführerin sind genereller Natur und nicht substantiiert. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass die medizinischen und nichtmedizinischen Hilfeleistungen – ebenfalls wie der Gesundheitszustand – im relevanten Zeitraum von 2017 bis 2025 in etwa gleichgeblieben sind. Im Übrigen brachte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin im Rahmen seiner Stellungnahmen zur Bedarfsabklärung bzw. zum Fragenkatalog nicht vor, dass der Versorgungsbedarf in den früheren Jahren, mithin ab 2017, im Detail abzuklären sei.

6.4.6. Schliesslich liegt auch keine Verletzung des Grundrechts auf Selbstbestimmung vor. Diesbezüglich führt die Beschwerdeführerin aus, dass sie einen geschützten Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben ausserhalb eines Heimes und auf Zugang zu den behinderungsbedingt benötigten Versorgungsleistungen am Wohnort sowie auf rechtsgleiche und diskriminierungsfreie Behandlung habe. Ebenso sei sie berechtigt, ihren Aufenthaltsort frei zu bestimmen und mit ihrem Lebenspartner zusammenzuleben (act. A.1 Ziff. 17; act. A.3 Ziff. 34 ff.). Das Bundesgericht hat zu den von der Beschwerdeführerin angerufenen verfassungsmässigen Rechten und Grundrechten bereits mehrfach festgehalten, diese seien als Abwehrrechte konzipiert; daraus lasse sich kein direkter Anspruch auf staatliche Leistungen ableiten. Sie gäben insbesondere keinen Anspruch auf Übernahme sämtlicher gesundheitsbedingter Kosten durch eine Sozialversicherung. Insbesondere stelle der Umstand, Eltern oder Familienangehörige zu haben, die Hilfe-, Pflege- oder Betreuungsleistungen erbringen könnten, oder nicht, kein nach Art. 8 Abs. 2 BV verpöntes Kriterium dar. Es liege keine unzulässige Diskriminierung vor, weil die Unterscheidung sachlich begründet sei (vgl. BGE 134 I 105 E. 5 und 126 V 334 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 9C_285/2020 vom 25. März 2021 E. 5.1, 9C_773/2020 vom 15. März 2021 E. 4.2.5, 9C_618/2020 vom 17. Dezember 2020 E. 6.3.1, 9C_88/2016 vom 12. Mai 2016 E. 2 und 9C_886/2010 vom 10. Juni 2011 E. 3.2). Im Übrigen zielt die Argumentation der Beschwerdeführerin (vgl. act. A.1 Ziff. 11 ff., 17 ff., 27; act. A.3 Ziff. 34 ff.) letztlich genau auf eine solche Übernahme sämtlicher Kosten ab, womit sie hieraus nichts zu ihren Gunsten ableiten kann.

In Bezug auf die geltend gemachte Verletzung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK; SR 0.109) ist festzuhalten, dass die Festsetzung des Pflegebedarfs der Beschwerdeführerin zu Hause unter Berücksichtigung der zumutbaren Mithilfe ihres mit ihr zusammenlebenden Lebenspartners, der (unstrittig) umfangreiche Pflegeleistungen zu erbringen vermag, weder sachlich unbegründet ist, noch einen Heimaufenthalt erzwingt, zu Armut führt oder ihre Gesundheit gefährdet.

6.5. Insgesamt ist die Abklärung der SAHB, welche vor Ort und unter Einbezug der Betroffenen erhoben wurde, plausibel, angemessen detailliert und begründet. Von einer klar feststellbaren Fehleinschätzung kann keine Rede sein, zumal auch sämtliche involvierten Pflegepersonen die Abklärung für in Ordnung befunden haben. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin für die anfallenden Tätigkeiten und den Zeitbedarf auf die SAHB-Abklärung abgestellt hat.

Ein gerichtliches Gutachten erübrigt sich folglich, da der Sachverhalt umfassend und ausreichend festgestellt wurde.

7.1. Die Beschwerdegegnerin erstellte basierend auf den Erhebungen der SAHB vom 25. Mai 2022 und 5. Juli 2023 eine Berechnung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf Hilfe und Pflege zu Hause nach Art. 18 UVV. Darin übernahm sie die von der Abklärungsperson der SAHB gewählte Einteilung der Leistungen in die Kategorien der Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination), Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV (Leistungen der Untersuchung und Behandlung) und Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV (Massnahmen der Grundpflege) mittels des RAI-HC-Instruments und teilte die einzelnen Unterstützungsmassnahmen den medizinischen Leistungen nach Art. 18 Abs. 1 und Abs. 2 lit. a UVV und den nichtmedizinischen Hilfeleistungen gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV zu (vgl. UV-act. 277 S. 21 ff.). Davon, dass die Beschwerdegegnerin nur die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV abgeklärt haben soll, kann keine Rede sein. Aus den Stundenansätzen ist nämlich ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin zwischen Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV), die als medizinische Pflege zu zählen sind, und Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV), die nicht zur medizinischen Pflege zu zählen sind, unterschied (UV-act. 277 S. 21, 24 und 27, jeweils Zellen 17-19). Damit trifft der Einwand der Beschwerdeführerin, wonach die Beschwerdegegnerin der Auffassung sei, dass die unfallbedingte Grundpflege nicht als medizinische Pflege im Sinne von Art. 18 Abs. 1 UVV bzw. Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV, sondern als nichtmedizinische Hilfe im Sinne von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV zu qualifizieren sei (vgl. act. A.1 Ziff. 57 und 75), nicht zu. Sodann kann der Auffassung der Beschwerdeführerin, wonach die Pflegeleistungen unter Einschluss der Grundpflege integral als medizinische Pflege im Sinne von Art. 18 Abs. 1 UVV bzw. Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV zu qualifizieren seien und eine andere Handhabung mit dem verfassungsmässigen Gebot der rechtsgleichen Behandlung nicht vereinbar sei (act. A.1 Ziff. 76 f.), nicht beigeplant werden. Insbesondere ist hierfür nicht die frühere Rechtslage und Rechtsprechung massgebend, sondern die aktuelle. So hat das Bundesgericht wiederholt – und zwar auch nach Abschluss der Tarifverträge zwischen den Spitexverbänden und den Versicherern (UV-act. 277 S. 38 ff.) – festgehalten, dass es die Frage, ob gewisse Massnahmen der Grundpflege unter den Begriff der medizinischen Pflege fallen, in jedem Einzelfall mit Blick auf die konkret anstehenden pflegerischen Handlungen zu prüfen gilt (vgl. BGE 148 V 28 E. 6.3, 147 V 16 E. 8.2.4.2 und 147 V 35 E. 9.1 [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 120]; Urteil des Bundesgerichts 8C_626/2024 vom 14. November 2025 E. 4.3). Die Beschwerdeführerin legt nun aber nicht dar, welche einzelnen von der

SAHB ermittelten Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV im vorliegend konkreten Fall von der Beschwerdegegnerin in ihrer eigens erstellten Tabelle (vgl. UV-act. 277 S. 21 ff.) als medizinische Leistungen gemäss Art. 18 Abs. 1 und Abs. 2 lit. a UVV statt als solche gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV hätten qualifiziert werden müssen. Aus dem Abklärungsbericht der SAHB (UV-act. M44) ergeben sich alsdann auch keine Anhaltspunkte dafür, die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Zuteilung der Tätigkeiten in Frage zu stellen. Unzutreffend ist auch die Behauptung der Beschwerdeführerin, wonach die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Grundpflegeleistungen, welche von der C._____ erbracht worden seien, von einer Leistungspflicht gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV ausgehe und damit anerkenne, dass es sich bei der Grundpflege um medizinische Pflege handle (act. A.1 Ziff. 79). So hat die Beschwerdegegnerin beispielsweise die Tätigkeit «Anziehen von Einlagen/Urinal anlegen» auch bei der C._____ den nichtmedizinischen Hilfeleistungen gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV zugeordnet (UV-act. 277 S. 21, 24 und 27).

7.2. Soweit die Beschwerdeführerin im Weiteren eine unzulässige Anrechnung der Hilflosenentschädigung an die Grundpflege rügt, kann ihr nicht gefolgt werden. Das Bundesgericht hat sich in seinem Leitentscheid BGE 148 V 28 umfassend mit dem Verhältnis des Beitrags an die nichtmedizinische Hilfe (Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV) zur Hilflosenentschädigung (Art. 26 UVG) auseinandergesetzt und festgehalten, wie diesbezüglich vorzugehen ist (vgl. dortige Erwägung 6.4 ff.). Namentlich ist vom gesamthaft zu erhebenden zeitlichen Bedarf an nichtmedizinischen Unterstützungsleistungen (besonderer Überwachungsbedarf; Unterstützung in den alltäglichen Lebensverrichtungen, soweit sie nicht lokal-räumlich ausscheidet) bzw. von der gestützt darauf zu ermittelnden Abgeltung die Hilflosenentschädigung (bzw. 85 % davon) in Abzug zu bringen (BGE 148 V 28 E. 6.5.2). Daran ändert auch der von der Beschwerdeführerin zitierte bundesgerichtliche Entscheid 9C_480/2022 vom 29. August 2024 nichts. So handelt es sich dabei – wie die Beschwerdeführerin selber ausführt – um einen Entscheid im Krankenversicherungsrecht und nicht im Unfallversicherungsrecht. Zudem hat das Bundesgericht darin auch explizit festgehalten, dass die dortigen Erwägungen für das Zusammentreffen von Pflegebeiträgen der Krankenkassen und Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung gälten (vgl. dortige E. 8.4). Demgegenüber findet sich mit Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV für diese Konstellation eine ausdrückliche Regelung, woraus die Subsidiarität des Beitrags gemäss dieser Bestimmung im Verhältnis zur Hilflosenentschädigung hervorgeht (vgl. auch BGE 148 V 28 E. 6.2.2 m.w.H.). Im Weiteren ist der Vorwurf, wonach die fachtechnische Beurteilung vom 5. Juli 2023 willkürlich zwischen Grundpflegeleistungen, die durch

die Hilflosenentschädigung abgegolten bzw. noch nicht abgegolten seien, unterscheide, nicht nachvollziehbar. So hat die Abklärungsperson in ihren Berichten vom 25. Mai 2022 sowie vom 5. Juli 2023 die Spalte «HE» leergelassen und zu Recht darauf hingewiesen, dass diese durch die SAHB nicht ausgefüllt werde und die Einteilung Sache des Versicherers sei (vgl. UV-act. M43 und M44). Diese Einteilung hat die Beschwerdegegnerin in ihrer eigens erstellten Tabelle «Hilfe und Pflege zu Hause» zur Berechnung des Anspruchs der Beschwerdeführerin vorgenommen (UV-act. 277 S. 21 ff.). Die Beschwerdeführerin macht nicht geltend, dass irgendeine Position falsch zugeordnet worden wäre, was überdies auch nicht ersichtlich ist.

7.3. Damit kann für die Qualifizierung der einzelnen Tätigkeiten als medizinische Leistungen nach Art. 18 Abs. 1 und Abs. 2 lit. a UVV bzw. als nichtmedizinische Hilfeleistungen gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV auf die von der Beschwerdegegnerin erstellte Tabelle (UV-act. 277 S. 21 ff.) abgestellt werden

8. Die Beschwerdeführerin beanstandet im Weiteren die Abgeltung der Leistungen ihres Lebenspartners.

8.1. Dabei bringt sie zunächst vor, dass sämtliche Leistungen, welche ihr Lebenspartner seit seiner Anstellung bei der D._____ GmbH ab dem 1. Januar 2020 erbrachte habe, gemäss dem einschlägigen Spitex-Tarif zu vergüten seien (act. A.1 Ziff. 87).

8.2. Die versicherte Person hat Anspruch auf ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause nach Art. 18 Abs. 1 UVV, sofern diese u.a. durch eine nach Art. 49 und Art. 51 KVV zugelassene Person oder Organisation durchgeführt wird.

Gemäss Art. 49 KVV werden Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen: Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann (...) (lit. a); sie haben während zwei Jahren eine praktische Tätigkeit ausgeübt bei einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann, die oder der nach dieser Verordnung zugelassen ist (lit. b Ziff. 1), bzw. in einem Spital oder in einem Pflegeheim, unter der Leitung einer Pflegefachfrau oder eines Pflegefachmanns, die oder der die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt (lit. b Ziff. 2), oder in einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt (lit. b Ziff. 3); sie üben ihren

Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung aus (lit. c) und sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Art. 58g erfüllen (lit. d).

Gemäss Art. 51 KVV werden Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen: Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen (lit. a); sie verfügen über einen kantonalen Leistungsauftrag nach Art. 36a Abs. 3 KVG (lit. a^{bis}); sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt (lit. b); sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat (lit. c); sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen (lit. d); sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV erfüllen (lit. e), nämlich: Sie verfügen über das erforderliche qualifizierte Personal (Art. 58g lit. a KVV); sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem (lit. b); sie verfügen über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und haben sich, sofern ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen (lit. c) und sie verfügen über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen (lit. d).

8.3. Soweit die Beschwerdegegnerin ausführt, der Lebenspartner der Beschwerdeführerin gelte nicht als zugelassene Person im Sinne von Art. 18 Abs. 1 UVV, d.h. nicht als Pflegefachperson im Sinne von Art. 49 KVV (vgl. act. A.2 S. 29 zu Ziff. 82), ist festzuhalten, dass dies von der Beschwerdeführerin auch nicht behauptet wird. Die Parteien sind sich einig, dass es sich beim Lebenspartner der Beschwerdeführerin nicht um eine zugelassene Person im Sinne von Art. 49 KVV handelt. Die Beschwerdegegnerin verkennt bei ihrer Argumentation, dass Art. 49 KVV die Zulassung von Pflegefachpersonen regelt, die ihre Leistungen selbstständig auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbringen und demnach Leistungserbringer im Sinne von Art. 35 KVG sind. Davon unterscheidet sich der hier zu beurteilende Fall. Vorliegend soll der Lebenspartner seine Pflegeleistungen nicht selbstständig erbringen, sondern als Angestellter der D._____ GmbH. Damit hat die D._____ GmbH als Leistungserbringerin zu gelten, weshalb Art. 49 KVV nicht zur Anwendung gelangt. Massgebend ist vielmehr die Zulassung der D._____ GmbH als Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, welche sich nach Art. 51 KVV bestimmt. Bei dieser handelt es sich unbestrittenermassen um eine im Kanton Graubünden zugelassene Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause im Sinne von Art. 51 KVV (vgl. https://____/, zuletzt besucht am 4. September 2026). Erstellt ist sodann auch, dass der Lebenspartner der

Beschwerdeführerin seit dem 1. Januar 2020 bei der D._____ GmbH als Pflegehilfsperson angestellt ist, wobei er vom 15. August 2023 bis 5. November 2023 den berufsbegleitenden Zertifikatslehrgang Pflegehilfe bei der Arana Care Academy besuchte und diesen am 21. Juni 2024 erfolgreich abschloss (vgl. UV-act. 256 S. 2 f. und S. 4 ff.). Dieses Zertifikat berechtigt den Absolventen, innerhalb einer Spitex-Organisation mit kantonaler Betriebsbewilligung Tätigkeiten der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV durchzuführen. Der Lehrgang ist schweizweit anerkannt – u. a. von Krankenkassenverbänden (Tarifsuisse, HSK, CSS) und Spitex-Dachverbänden (UV-act. 256 S. 2; <https://aranacare.ch/lehrgang-zertifizierte-pflegende-angehorige>), zuletzt besucht am 4. September 2026).

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (vgl. BGE 145 V 161 E. 5.1.2) müssen Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause nicht über Fachpersonal verfügen, das – wie selbständig tätige Pflegefachpersonen – die in Art. 49 KVV genannten ausbildungsmässigen Voraussetzungen erfüllt (Diplom einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz über die Berufsbildung [SR 412.10] anerkanntes Diplom, zweijährige praktische Tätigkeit bei einer Pflegefachperson, die nach KVV zugelassen ist, oder in einem Spital oder einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause unter der Leitung einer Pflegefachperson, welche die Zulassungsvoraussetzung der KVV erfüllt). Gemäss Art. 51 lit. c KVV hat das eingesetzte Fachpersonal aber ebenfalls «eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung» vorzuweisen.

Es ist damit nachfolgend zu prüfen, ob der Lebenspartner der Beschwerdeführerin während seiner Anstellung bei der D._____ GmbH eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende ausreichende Ausbildung hatte.

8.4.1. Was die fachliche Qualifikation eines bei einer zugelassenen Spitex-Organisation angestellten Familienangehörigen anbelangt, hielt das Bundesgericht in BGE 145 V 161 fest, diese könnten grundsätzlich auch ohne pflegerische Fachausbildung Massnahmen der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbringen. Diese Massnahmen setzten keine hochstehende pflegerische Fachausbildung voraus; ein «gewisses Anlernen» genüge (vgl. dortige E. 5.1; siehe ferner Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 156/04 vom 21. Juni 2006 E. 3.2). Das Bundesgericht präzisierte dabei, bei der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV handle 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. [Urteil des Bundesgerichts 9C_702/2010 vom 21. Dezember 2010 E. 2.1]). Sie könne 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 (vgl. BGE 145 V 161 E. 5.2.2).

8.4.2. Weiter hielt das Bundesgericht fest, für den Bereich der anspruchsvolleren Behandlungspflege sei auch beim angestellten Fachpersonal eine den selbstständig tätigen Pflegefachpersonen vergleichbare Grundausbildung als erforderlich zu betrachten, lasse sich doch kein sachlicher Grund anführen, weshalb bei angestellten Medizinalpersonen für diese Art der pflegerischen Massnahmen eine weniger fundierte fachliche Ausbildung genügen sollte als bei selbstständig Tätigen. Für diese Betrachtungsweise spreche überdies die Tatsache, dass der Verordnungsgeber in Art. 7a Abs. 1 KLV für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV höhere Beiträge an die Kosten vorgesehen habe als für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV. Damit werde dem Umstand Rechnung getragen, dass Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung, die auf die Behebung des Gesundheitsschadens gerichtet seien und einen eigentlichen Behandlungszweck erfüllen, nur durch Personen mit entsprechender fachlicher Qualifikation ausgeführt werden dürfen. Anders zu entscheiden hiesse, versierte Pflegefachpersonen und medizinische Laien in Bezug auf diesen höheren Anforderungen stellenden Pflegebereich abgeltungsmässig gleichzusetzen (vgl. BGE 145 V 161 E. 5.1.2 und 5.1.3).

8.4.3. Die Anforderungen an die Ausbildung sind in Art. 51 lit. c KVV bewusst abstrakt formuliert und hängen wesentlich vom konkreten Tätigkeitsgebiet ab. So hat der Verordnungsgeber klar zwischen Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV) und denjenigen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) sowie Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) unterschieden. Im Gegensatz zu den ausbildungsmässigen Anforderungen an Pflegefachmänner und -frauen sind die Anforderungen an Spitex-Organisationen nicht starr. Die Kantone dürfen nähere gesundheitspolizeiliche Anforderungen an die Ausbildung aufstellen. Die bundesrechtlichen Anforderungen an die berufliche Qualifikation sind bloss als Minimalstandards zu verstehen (vgl. JÄGER/HELMLE, Rechtsgutachten zu Massnahmen der Grundpflege in Spitex-Organisationen nach Art. 51 KVV vom 21. März 2025, Rz. 42 ff.; KIESER, Zulassung der Spitex-Organisation in der Krankenversicherung, Pflegerecht 2020, S. 81).

Gemäss der seit dem 1. Januar 2018 in Kraft stehenden und bis zum 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung des Art. 29 der kantonalen Verordnung zum Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Verordnung zum Krankenpflegegesetz, VOzKPG; BR 506.060) können pflegende Angehörige auf ihr Begehren hin durch die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung im Umfang des Ergebnisses der Bedarfsklärung und im Rahmen ihrer Kompetenzen angestellt werden, wenn sie über ein Zertifikat «Pflegehelferin oder Pflegehelfer» des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) oder über eine abgeschlossene Ausbildung in einem auf der Liste gemäss Art. 10 Abs. 2 der kantonalen Verordnung zum Gesundheitsgesetz (VOzGesG; BR 500.010) aufgeführten Beruf verfügen (Abs. 1 lit. a), der Einsatz einer Langzeitsituation entspricht und die Anstellung auf mindestens zwei Monate angelegt ist (lit. b) und sie noch nicht das AHV-Alter erreicht haben (lit. c) (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_276/2024 vom 22. Mai 2025 E. 4.3). Diese Bestimmung wurde per 1. Januar 2024 dahingehend angepasst, wonach eine Anstellung von pflegenden Angehörigen möglich ist, wenn sie einen vom Amt anerkannten Kurs in der Grundpflege und Betreuung für Bezugspersonen absolviert haben oder sich verpflichten, innerhalb eines Jahres ab Anstellung einen solchen zu absolvieren, oder über eine abgeschlossene Ausbildung in einem auf der Liste gemäss Art. 10 Abs. 2 VOzGesG aufgeführten Beruf verfügen (lit. a), der Einsatz einer Langzeitsituation entspricht und die Anstellung auf mindestens zwei Monate angelegt ist (lit. b). Gemäss Art. 10 Abs. 2 VOzGesG führt das Gesundheitsamt eine Liste der Berufe des Fachbereichs Pflege und Betreuung; sie enthält die Berufe der Fach- und Assistenzpersonen. Gemäss Abs. 1 dieser Bestimmung dürfen pflegerische Verrichtungen nur von Pflegefach- und -assistentenpersonen des Fachbereichs Pflege und Betreuung vorgenommen werden.

8.4.4. Ebenso können nach Art. 70 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 43 Abs. 2 lit. d KVG Tarifverträge zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen von Art. 36-40 KVG hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (sog. Tarifausschluss). Der Tarifausschluss muss die Sicherung der Qualität der Leistungen bezwecken; damit zusammenhängend müssen die Massnahmen geeignet sein, die finanziellen Lasten der Versicherung zu vermindern. Zu solchen Bedingungen gehören namentlich Vorgaben über das Vorliegen der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers. Insoweit ist nicht ausgeschlossen, dass ein Tarif auch Regelungen über die Bildung enthält (vgl. JÄGER/HELMLE, a.a.O., Rz. 71; KIESER,

a.a.O., S. 77). Deshalb ist bei der Tätigkeit von Spitex-Organisationen mitzuberücksichtigen, ob im massgebenden Tarifvertrag eine solche spezifische Nennung von Aus-, Weiter- oder Fortbildungsvoraussetzungen vorgenommen wird.

Vorliegend findet sich im massgebenden Tarifvertrag zwischen dem Verband der Spitex Schweiz und dem Verband Association Spitex privée Suisse ASPS sowie der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK), der Militärversicherung (MV) sowie der Invalidenversicherung (IV) vom 1. Juli 2018 (Inkrafttreten per 1. Januar 2019) bzw. vom 10. September 2024 (Inkrafttreten per 1. Oktober 2024) in Art. 2 Abs. 2 hinsichtlich der Qualifikation des Pflegepersonals Folgendes (UV-act. 277 S. 39 und S. 53):

Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination gemäss Art. 7 Abs. 2 Bst. a KLV zulasten der Unfall- und Militärversicherung werden ebenfalls ausschliesslich von Pflegepersonal der Tertiärstufe durchgeführt, [...]. Bei Massnahmen der Untersuchung und Behandlung sowie Leistungen der Grundpflege Art. 7 Abs. 2 Bst. b und c KLV zulasten der Unfall- und Militärversicherung garantiert die Spitexorganisation eine der Komplexität der Versorgung entsprechende Qualifikation des Pflegepersonals.

Sodann halten die entsprechenden Vereinbarungen über die Ausführungsbestimmungen Anforderungen an das Ausbildungsniveau fest. Hier wird im Anhang 1 bei der Ausbildung als Mindeststufe genannt: «Pflegeassistentin, Pflegehelfer/in SRK, Haushelfer/in mit SRK-Pflegehelfer-Kurs» (UV-act. 277 S. 51) (Fassung vom 1. Juli 2018) bzw. «Pflegeassistentin, Pflegehelfer/in» (UV-act. 277 S. 65), Letztere mit Anerkennung gemäss geltenden Anerkennungsverfahren (Fassung vom 10. September 2024). Die Tätigkeit dieser Personen darf «keine umfassende, fallführende Grundpflege» umfassen. Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) sowie der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) sind explizit ausgeschlossen bei Ausgebildeten der Mindeststufe. In der Fassung vom 10. September 2024 ist sodann explizit festgehalten, dass Regelungen in einzelnen Kantonen, die von diesem Grundsatz abweisen, zu befolgen sind (UV-act. 277 S. 51 und S. 65). Es ist vorliegend unbestritten, dass dieser Tarifvertrag auch für die D._____ GmbH gilt (vgl. act. A.3. Ziff. 183; act. A.4 S. 18 zu Ziff. 79-87; vgl. auch BGE 148 V 311 E. 7.2).

8.4.5.1. Der Lebenspartner der Beschwerdeführerin erbringt gemäss Abklärungsbericht der SAHB zum Einen Grundpflegeleistungen, die nicht zur medizinischen Pflege zu zählen sind, und notwendige nichtmedizinische Hilfe (UV-act. 277 S. 21, 24 und 27). Diese fallen – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – unter Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV und nicht unter Art. 18 Abs. 1 UVV, auch wenn der Lebenspartner seit dem 1. Januar 2020 bei der D._____ GmbH angestellt ist und unabhängig davon, ob er als Angestellter solche

Leistungen erbringen durfte. So gelten als anerkannte Leistungserbringer gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV sowohl anerkannte Leistungserbringer gemäss Art. 18 Abs. 1 UVV wie auch nicht zugelassene Personen gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV, sofern sie versicherte Hilfeleistungen erbringen (vgl. vorstehend Erwägung 4.3.3). Sofern der Lebenspartner diese Leistungen seit dem 1. Januar 2020 als Angestellter der D._____ GmbH versieht, ist festzuhalten, dass er bis zum Abschluss des Zertifikatslehrgangs Pflegehilfe im Juni 2024, über keine pflegerische Ausbildung verfügte. Demzufolge darf die D._____ GmbH die von ihm erbrachten Leistungen – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin und gemäss den vorstehend wiedergegebenen kantonalen Bestimmungen (vgl. vorstehend Erwägung 8.4.3) sowie den Bestimmungen des massgebenden Tarifvertrages (vgl. vorstehend Erwägung 8.4.4) – auch nicht zum Spitex-Tarif abrechnen, da nicht die D._____ GmbH als Leistungserbringerin gilt, sondern der Lebenspartner als nicht zugelassene Person. Die von diesem bis zum 1. Juli 2024 erbrachten Leistungen gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV sind damit der Beschwerdeführerin zu den Stundenansätzen gemäss nachfolgender Erwägung 8.5.2 zu vergüten.

8.4.5.2. Ab Erlangen des Zertifikats Pflegehelfer im Juni 2024 gilt dann jedoch in Bezug auf die vom Lebenspartner der Beschwerdeführerin erbrachten Leistungen nach Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV die D._____ GmbH als Leistungserbringerin. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin sind ab dem 1. Juli 2024 diese Leistungen nach dem anwendbaren Spitex-Tarif für C-Leistungen (Grundpflege) im Geltungsbereich der Unfallversicherung zu entschädigen und nicht nach dem Ansatz von CHF 52.60, welcher im Krankenversicherungsrecht zur Anwendung kommt. So ist die formelle Einordnung des Leistungserbringers massgebend dafür, welcher Tarif zum Tragen kommt (vgl. BGE 150 V 281 E. 5.2). Da die D._____ GmbH formell als Spitex-Organisation nach Art. 51 KVV zugelassen ist, der bei ihr angestellte Lebenspartner der Beschwerdeführerin die (kantonal) vorgesehenen fachlichen Voraussetzungen ab Juli 2024 erfüllt und es um Pflegeleistungen im Unfallversicherungsrecht geht, kommt auch der tarifvertragliche Ansatz im Geltungsbereich der Unfallversicherung zum Zug.

Eine Abweichung von diesem Tarif zugunsten einer an den effektiven Gestehungskosten orientierten Bemessung findet im geltenden Recht keine Stütze. Eine solche Korrektur liefe darauf hinaus, das Tarifsysteem im Einzelfall durch eine richterliche Nachkalkulation zu ersetzen; dies ist dem Gericht mit Blick auf das Legalitätsprinzip verwehrt. Insoweit besteht für das Gericht kein Raum, die formelle Tarifanknüpfung im vorliegenden Fall zu durchbrechen, mag das Ergebnis – die

Vergütung zum vollen C-Tarif trotz einer einzig zur Pflege der eigenen Angehörigen begründeten Anstellung – auch nicht gänzlich zu überzeugen.

Es ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass bei angestellten pflegenden Angehörigen, welche im selben Haushalt wie die pflegebedürftige Person wohnen, die Wegkosten wegfallen. Die zusätzlich anfallenden Kosten dürften insbesondere die Kosten der Pflegefachpersonen beinhalten, welche die pflegenden Angehörigen begleiten und überwachen. Die zusätzlichen Mehrkosten für Überwachung und Begleitung dürften in aller Regel tiefer sein als die Minderkosten durch den Wegfall der Wegkosten. Insgesamt dürften die Gestehungskosten der Grundpflegeleistungen durch pflegende Angehörige dadurch tiefer sein, als wenn diese Leistungen von anderen Angestellten erbracht werden. Ungeachtet dessen ist aus Sicht des Bundesrates – zumindest im Krankenversicherungsrecht – eine Anpassung der OKP-Beiträge an die Pflegeleistungen oder die Schaffung einer separaten Kategorie für die Pflegeleistungen von Angehörigen nicht angezeigt, da der Beitrag an zugelassene Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause geleistet wird, unabhängig davon, welche Angestellten die Pflegeleistungen effektiv erbringen (vgl. Bericht des Bundesrates zu Pflegeleistungen von Angehörigen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 15. Oktober 2025, S. A-11; abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/TODPM1JGU4IH/Bericht%20BR%2020251015%20Pflegende%20Angeh%C3%B6rige.pdf>). Zu berücksichtigen dabei ist allerdings, dass die Anstellung bei einer Spitex-Organisation im Krankenversicherungsrecht der einzige Weg bildet, damit pflegende Angehörige überhaupt entschädigt werden können. Im Unfallversicherungsrecht ist die Ausgangslage insofern anders gelagert, als mit Art. 18 Abs. 2 lit. a und lit. b UVV eine Grundlage auf Verordnungsstufe besteht, die eine Entschädigung von Familienangehörigen für gewisse Leistungen auch ohne Anstellung bei einer Spitex-Organisation zulässt. Vor diesem Hintergrund erscheint fraglich, ob eine Anstellung bei einer Spitex-Organisation, die einzig der Pflege der eigenen Angehörigen dient, im Unfallversicherungsrecht sachlich angezeigt ist. Sie tritt neben den bereits bestehenden direkten Entschädigungsweg, ohne eine zusätzliche Versorgungsleistung zu erbringen, und führt zugleich zu einer Vergütung zum vollen Spitex-Tarif, deren Differenz zum tatsächlich ausgerichteten Lohn an den pflegenden Angehörigen zu hohen Gewinnen bei den Spitex-Organisationen führt und ein erhebliches Missbrauchspotential mit sich bringt. Die Behebung dieses Widerspruchs liegt indessen nicht in der Zuständigkeit des Gerichts, sondern obliegt dem Verordnungs- bzw. Gesetzgeber. Es bleibt diesem überlassen, die Vergütung von Pflegeleistungen angestellter Angehöriger im Unfallversicherungsrecht zu präzisieren bzw. zu korrigieren, namentlich das

Verhältnis zwischen der direkten Entschädigung nach Art. 18 Abs. 2 UVV und der Abrechnung aufgrund der Anstellung bei einer Spitex-Organisation zu klären.

8.4.5.3. Gemäss Abklärungsbericht der SAHB erbringt der Lebenspartner der Beschwerdeführerin sodann eine gewisse Behandlungspflege, namentlich die Pflege/Überwachung des Blasenkatheters, die Verabreichung gerichteter Medikamente sowie das Anlegen eines kleinen Verbandes (vgl. UV-act. M44 und UV-act. 277 S. 21 ff.). Angestellte einer Spitex-Organisation dürfen diese Art von Pflege jedoch nur ausüben, wenn sie über die entsprechende fachliche Qualifikation, mithin eine den selbständig tätigen Pflegefachpersonen vergleichbare Grundausbildung, verfügen, ansonsten sich der höhere Tarif nicht rechtfertigt. Da der Lebenspartner diese Voraussetzungen unbestrittenermassen nicht erfüllt, darf die D._____ GmbH diese Leistungen auch nicht im Rahmen von Art. 18 Abs. 1 UVV abrechnen und gilt wiederum nicht sie als Leistungserbringerin.

Allerdings sieht Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV explizit vor, dass ärztlich angeordnete medizinische Pflege zu Hause durch eine nicht zugelassene Person, u.a. einen Familienangehörigen, zulässig ist. Das gilt aber nur, wenn die Pflege fachgerecht ausgeführt wurde. An diese Voraussetzung dürfen keine hohen Anforderungen gestellt werden. Es muss ausreichen, dass die Privatpersonen von Fachleuten instruiert wurden und die Pflegeleistungen entsprechend den Anordnungen vorgenommen werden (GEHRING/KIESER/BOLLINGER, KVG/UVG-Kommentar, 2. Aufl. 2026, N. 22 zu Art.10 UVG).

Die Beschwerdegegnerin bringt vorliegend nicht vor, dass der Lebenspartner für diese Pflegeleistungen nicht entsprechend instruiert worden sei oder diese nicht lege artis erfolgt seien. Folglich darf der Lebenspartner diese Tätigkeiten vornehmen, jedoch nicht als Angestellter einer Spitex-Organisation und damit nicht zum Spitex-Tarif, sondern als nicht zugelassene Person gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV zu den Stundenansätzen gemäss nachfolgender Erwägung 8.5.2.

8.4.5.4. Soweit die Beschwerdeführerin alsdann vorbringt, es sei widersprüchlich, die C._____ anders zu behandeln als die D._____ GmbH, da es sich bei beiden um eine Spitex-Organisation und damit um zugelassene Leistungserbringer handle (act. A.3 Ziff. 47), greift dies zu kurz. Zutreffend ist, dass die D._____ GmbH als zugelassene Leistungserbringerin auch Pflegeleistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. a und lit. b KLV abrechnen darf, sofern diese von einer Pflegefachperson erbracht werden. Vorliegend hat die D._____ GmbH nun aber ihre Leistungen ausschliesslich durch den Lebenspartner der Beschwerdeführerin erbracht, welcher kein Pflegefachmann ist. Etwas Gegenteiliges lässt sich der

SAHB-Abklärung nicht entnehmen. Ebenso ergibt sich aus dem Arbeitsvertrag zwischen der D._____ GmbH und dem Lebenspartner, dass im Pflegedienstleistungsauftrag zwischen der D._____ GmbH und der Beschwerdeführerin vereinbart wurde, dass die versicherten Pflegeleistungen ausschliesslich vom Lebenspartner zu erbringen sind (UV-act. 256 S. 4). Damit ist die D._____ GmbH – im Gegensatz zur C._____ – jedoch nur berechtigt, die vom Lebenspartner erbrachten Leistungen nach Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV nach Abschluss des Zertifikatslehrgangs Pflegehilfe, mithin ab 1. Juli 2024, zum Spitex-Tarif abzurechnen und entschädigt zu erhalten.

8.5.1. Die Beschwerdeführerin beanstandet im Weiteren die Abgeltung der Leistungen ihres Lebenspartners als nicht zugelassene Person im Rahmen von Art. 18 Abs. 2 lit. a und lit. b UVV. Sie macht geltend, dass von höheren Stundenansätzen auszugehen sei und der tatsächliche Erwerbsausfall, den der pflegende Angehörige erleide, bzw. mindestens der Assistenzbeitrag samt Sozialversicherungsbeiträgen zu vergüten sei und zwar im vollen Umfang.

8.5.2. Für die Leistungen im Rahmen von Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV hat die Beschwerdegegnerin den Stundenansatz auf CHF 34.00 (ab 1. Januar 2017) bzw. auf CHF 34.30 (ab 1. Juni 2024) und im Rahmen von Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV auf CHF 29.45 (ab 1. Januar 2017) bzw. auf CHF 30.55 (ab 1. Juni 2024) festgelegt (vgl. angefochtener Einspracheentscheid [act. B.1] Ziff. 7.2 und 8.5).

Bei der Bestimmung des für den geleisteten Beitrag massgebenden Stundenansatzes hat sich die Beschwerdegegnerin an die Empfehlung Nr. 01/2022 der Ad-Hoc-Kommission Schaden UVG: Hilfe und Pflege zu Hause nach Art. 18 UVV, gehalten. Diese nimmt Bezug auf die gemäss LSE im Gesundheits- und Sozialwesen ausgerichteten Löhne, wobei für medizinische Pflege zu Hause durch eine nicht zugelassene Person (Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV) das Kompetenzniveau 2 und für die nichtmedizinische Hilfe durch eine nicht zugelassene Person (Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV) das Kompetenzniveau 1 Anwendung findet (vgl. UV-act. 277 S. 33). Diese Empfehlung ist geeignet, eine rechtsgleiche Umsetzung der Verordnungsbestimmung zu gewährleisten, und die damit einhergehende Differenzierung entsprechend dem Erfordernis der Fachkompetenz ist nachvollziehbar und einleuchtend. Im Übrigen verweist auch das Bundesgericht in diesen Zusammenhang auf diese Empfehlung (BGE 147 V 35 E. 5.2.2.1 ff. [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 110 f.]; vgl. auch Erwägungen 4.3.2 und 4.3.3 vorstehend). Damit erübrigen sich weitere Ausführungen zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit dem monetären Ansatz für diese Leistungen.

8.5.3. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin hat die Beschwerdegegnerin für Leistungen nach Art. 18 Abs. 2 lit. a und lit. b UVV entsprechend dessen Wortlaut nur einen Beitrag zu leisten. So hat das Bundesgericht im Zusammenhang mit dem in Art. 18 Abs. 2 UVV verwendeten Begriff des «Beitrags» unter anderem nach näherer Erörterung der Vorgaben in der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit (EOSS; SR 0.831.104) und dem Übereinkommen Nr. 102 der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit (IAO-Übereinkommen Nr. 102; SR 0.831.102) erkannt, dass von diesen weder die Pflege durch nicht zugelassene Personen (vgl. Art. 18 Abs. 2 lit. a UVV) noch die nichtmedizinische Pflege im Sinne einer Hilfe zu Hause (vgl. Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV) erfasst werden. Eine vollständige Übernahme der dadurch bedingten Kosten werde demnach aus staatsvertraglicher Sicht nicht vorgegeben; mithin lasse sich aus dieser nichts gewinnen, was gegen eine Beschränkung der Leistungspflicht im Sinne eines («blossen») Beitrags gemäss Art. 18 Abs. 2 UVV anzuführen wäre (BGE 148 V 28 E. 5.2 und 147 V 35 E. 5.1.1, 5.2.2.1, 5.2.3.1, 7.1 und 7.5 [übersetzt in: Die Praxis 110/2021, Nr. 13, S. 108, 110 f., 114 ff.], 148 V 28 E. 5.2 f; Urteil des Bundesgerichts 8C_591/2020 vom 3. Februar 2021 E. 3.2). Gleichermassen besteht auch keine gesetzliche Grundlage zur Anwendung der Tarife im Rahmen des Assistenzbeitrages der Invalidenversicherung. Ferner geht es in Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV um eine «intrasystemische» Koordination, die ausserhalb des Geltungsbereichs der Überentschädigungsregel von Art. 69 ATSG liegt (BGE 148 V 28 E. 6.2.2).

8.5.4. Insgesamt sind damit die von der Beschwerdegegnerin angewandten Stundenansätze für die Abgeltung der Leistungen des Lebenspartners der Beschwerdeführerin als nicht zugelassene Person bis Juni 2024 im Rahmen von Art. 18 Abs. 2 lit. a und lit. b UVV nicht zu beanstanden.

9.1. Die Beschwerdeführerin kritisiert schliesslich die Entschädigung für die Pflegeleistungen der C._____ bzw. macht geltend, dass der C._____ zulasten des Lebenspartners zu viel vergütet worden sei. So habe die C._____ im April 2020, vom 1. Dezember 2020 bis 31. Mai 2021, vom 1. Juli 2021 bis 30. September 2021 sowie im Juli 2022 keine Leistungen erbracht (vgl. act. A.1 Rz. 23).

9.2. Vorliegend stützte sich die Beschwerdegegnerin für die Leistungen der C._____ ebenfalls auf den beweiskräftigen Abklärungsbericht der SAHB, in welchem die Leistungen der C._____ mit «S» bezeichnet wurden. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin hat die C._____ sowohl Massnahmen der Abklärung, Beratung und Organisation (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV), Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) und Massnahmen der

Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV), die als medizinische Pflege zu zählen sind, sowie Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV), die nicht zur medizinischen Pflege zu zählen sind, und notwendige nichtmedizinische Hilfe erbracht (vgl. UV-act. M44 und UV-act. 277 S. 21 ff.). Soweit die Beschwerdeführerin bemängelt, dass nirgends erläutert werde, welche Leistungen der C._____ mit der monatlichen Zahlung von CHF 1'540.00 bzw. CHF 1'861.00 abgegolten würden, ist ihr zwar beizupflichten, dass die von der Beschwerdegegnerin erstellte Berechnung nicht sehr übersichtlich ist. Allerdings ist der Betrag von CHF 1'540.00 in den Tabellen «Hilfe und Pflege zu Hause» jeweils in Zelle 67 zu finden (UV-act. 277 S. 22, 25 und 28). Der Betrag errechnet sich, indem man die gemäss Tabelle von der Spitex ausgeführten Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a, lit. b und lit. c KLV, welche nicht von der Hilflosenentschädigung erfasst sind, jeweils auf einen Monat hochrechnet und mit den entsprechenden Stundenansätzen gemäss Tabelle multipliziert. Der Betrag setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen (vgl. auch angefochtener Einspracheentscheid [UV-act. 277 Ziff. 11]):

Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV – Art. 18 Abs. 1 UVV:

Reassessment	0.33	Minuten/Tag
Pflegebedarf bestimmen und evaluieren	0.50	Minuten/Tag
Konsultation Arzt – Spitex	0.37	Minuten/Tag
<u>Koordination</u>	<u>0.50</u>	<u>Minuten/Tag</u>
Total	1.70 0.86	Minuten/Tag bzw. Stunden/Monat

Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV – Art. 18 Abs. 1 UVV:

Pflege/Überwachung Blasenkatheter	01.81	Minuten/Tag
Medikamente richten	01.43	Minuten/Tag
Verabreichung gerichtete Medikamente	01.81	Minuten/Tag
Kleiner Verband	03.01	Minuten/Tag
<u>Urin abnehmen/Uricult anlegen/Glucosebestimmung</u>	<u>00.02</u>	<u>Minuten/Tag</u>
Total	8.08 4.10	Minuten/Tag bzw. Stunden/Monat

Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV – Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV:

Kompressionsstrümpfe/Verband	06.11	Minuten/Tag
Anziehen von Einlagen/Urinal anlegen	01.22	Minuten/Tag
Aktive/passive Bewegungsunterstützung	03.06	Minuten/Tag
Massnahmen zur Dekubitusprophylaxe	12.22	Minuten/Tag
Total	22.61	Minuten/Tag bzw. 11.46 Stunden/Monat

Multipliziert man die Stunden mit den jeweiligen Spitex-Tarifen ergibt sich ein Total von CHF 1'540.10 ($[0.86 \times \text{CHF } 114.96 = \text{CHF } 98.85] + [4.1 \times \text{CHF } 99.96 = \text{CHF } 409.85] + [11.46 \times \text{CHF } 90.00 = \text{CHF } 1'031.40]$). Ab 1. Oktober 2024 hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die ab dann geltenden höheren Spitex-Tarife angewendet (vgl. UV-act. K479), womit sich ein Total von CHF 1'860.65 ($[0.86 \times \text{CHF } 125.04 = \text{CHF } 107.55] + [4.1 \times \text{CHF } 120.00 = \text{CHF } 492.00] + [11.46 \times \text{CHF } 110.04 = \text{CHF } 1'261.10]$) ergibt. Somit ist die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Berechnung in diesem Punkt korrekt.

9.3.1. Gemäss Akten ergibt sich, dass bis Ende Januar 2019 sowie ab September 2023 die Leistungen für die Pflege und Hilfe zu Hause gemäss Art. 18 UVV im Sinne einer Pauschalentschädigung, mithin für die Leistungen der C._____ wie auch für die Leistungen des Lebenspartners, von der Beschwerdegegnerin direkt der Beschwerdeführerin bezahlt wurden (vgl. UV-act. K241, K439 und K440; act. B.9). Obwohl Zahlungen für Spitexleistungen im engeren Sinne an die Beschwerdeführerin rechtlich betrachtet nicht der gesetzlich vorgesehenen Konzeption entsprechen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_241/2024 vom 3. Dezember 2024 E. 6.2), erklärte sich sowohl die C._____ als auch die Beschwerdeführerin mit diesem Vorgehen einverstanden (vgl. UV-act. K440 und K472; act. B.9), womit dies nicht weiter zu beanstanden ist. Anzumerken ist allerdings, dass ab Juli 2024 der Beitrag für die vom Lebenspartner erbrachten Leistungen gemäss Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV, welche nicht von der Hilflosenentschädigung gedeckt sind, – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – entsprechend der gesetzlich vorgesehenen Konzeption direkt der D._____ GmbH als Leistungserbringerin zu vergüten ist.

9.3.2. Von Februar 2019 bis August 2023 (55 Monate) erfolgten die Zahlungen seitens der Beschwerdegegnerin sodann separat an die C._____ und an die Beschwerdeführerin. Die Beschwerdeführerin bemängelt, dass die C._____ in diesem Zeitraum in gewissen Monaten, u.a. wegen der Corona-Pandemie, gar keine Leistungen erbracht habe und dieser damit zulasten des Lebenspartners zu

viel bezahlt worden sei. Dem kann nicht beigespflichtet werden. Die Beschwerdegegnerin und die C._____ haben im schiedsgerichtlichen Verfahren auf Grundlage der Pflegerapporte der C._____ sowie des Abklärungsberichts der SAHB eine Einigung erzielt. So ergibt sich gemäss Akten, dass die Beschwerdegegnerin der C._____ für diese Zeitspanne soweit ersichtlich mutmasslich insgesamt CHF 63'530.35 bezahlt hat, und zwar CHF 14'250.35 für die Zeit vom 1. Februar 2019 bis zum 31. Dezember 2020 gestützt auf die Pflegerapporte der C._____ und CHF 49'280.00 für den Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. August 2023 (32 Monate à CHF 1'540.00). Für die Zeit bis Ende 2020 wurde damit dem Umstand, dass die C._____ in den Monaten April 2020 und Dezember 2020 keine Leistungen erbracht hat, bereits Rechnung getragen (vgl. UV-act. K410 und K430; vgl. auch act. B.9 und act. C.2). Für die gleiche Zeit (Februar 2019 bis August 2023) zahlte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin für die Leistungen des Lebenspartners gestützt auf die getätigten Abklärungen der SAHB rückwirkend einen Beitrag in Höhe von insgesamt CHF 42'295.00 (55 Monate à CHF 769.00) (vgl. UV-act. K431 und K439). Dies wurde entsprechend in der Verfügung vom 21. September 2023 festgehalten (UV-act. K439).

Die Beschwerdegegnerin hat in der Folge dem Umstand Rechnung getragen, dass gemäss der in der besagten Verfügung zugesprochenen monatlichen Pauschale von CHF 2'309.00 (CHF 1'540.00 Anteil C._____ pro Monat; CHF 769.00 Anteil pflegender Angehöriger pro Monat) der Beschwerdeführerin für die 55 Monate insgesamt ein Betrag von CHF 126'995.00 (55 Monate à CHF 2'309.00) zusteht, bis zum Verfügungszeitpunkt jedoch nur CHF 105'825.35 (CHF 63'530.35 + CHF 42'295.00) bezahlt wurden. Der Differenzbetrag von CHF 21'169.65 wurde direkt der Beschwerdeführerin zugesagt und in der Zwischenzeit mutmasslich überwiesen, womit auch die von der Beschwerdeführerin bemängelten Minderleistungen der C._____ bzw. Mehrleistungen des Lebenspartners ab dem Jahr 2020 berücksichtigt wurden (vgl. act. A.2 S. 10), zumal für Leistungen nach Art. 18 Abs. 2 lit. a und lit. b UVV entsprechend dessen Wortlaut nur ein Beitrag zu leisten ist und die Beschwerdegegnerin nicht für die Deckung sämtlicher Kosten aufzukommen hat.

9.3.3. Aufgrund weiterer Anpassungen erfolgten bereits diverse Nachzahlungen. So z.B. aufgrund der ab dem 1. Oktober 2024 geltenden höheren Spitex-Tarife (vgl. Schreiben vom 3. Januar 2025 [UV-act. K479]) sowie der teilweisen Guttheissung der Einsprache und der vorgenommenen Korrekturen im Einspracheentscheid vom 12. Februar 2025 (vgl. Schreiben vom 26. Februar 2025 [UV-act. K486]). Die

Beschwerdegegnerin hat gestützt auf das vorliegende Urteil eine erneute Korrektur ihrer Berechnung vorzunehmen (vgl. Erwägung 11 nachstehend).

10. In Bezug auf die (weiteren) Beweisofferten der Beschwerdeführerin sowie der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten, dass darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann, da davon keine entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_831/2019 vom 13. Februar 2020 E. 3.2.1).

11. Nach dem Ausgeführten ist die von der Beschwerdegegnerin eigens erstellte Tabelle «Hilfe und Pflege zu Hause» zur Berechnung des Anspruchs der Beschwerdeführerin (UV-act. 277 S. 21 ff.) dahingehend zu korrigieren, als dass in Bezug auf die vom Lebenspartner der Beschwerdeführerin erbrachten Leistungen nach Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV ab Juli 2024 der tarifvertragliche Ansatz im Geltungsbereich der Unfallversicherung in Höhe von CHF 90.00 bzw. CHF 110.04 ab 1. Oktober 2024 zur Anwendung gelangt, weil diesbezüglich die D._____ GmbH als Leistungserbringerin gilt. Die Beschwerdegegnerin ist entsprechend anzuweisen, die Beiträge an die vom Lebenspartner der Beschwerdeführerin als Angestellter der D._____ GmbH erbrachte Pflege zu Hause nach Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV ab Juli 2024 im Sinne der Erwägungen neu zu berechnen.

12. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. Februar 2025 erweist sich bezüglich der Höhe des Beitrags an die vom Lebenspartner der Beschwerdeführerin als Angestellter der D._____ GmbH erbrachte Pflege zu Hause nach Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV ab Juli 2024 als nicht rechtens und ist insofern aufzuheben. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. Die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie diese Beiträge im Sinne der Erwägungen neu berechnet und über eine Nachzahlung neu verfügt. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

13. Gemäss Art. 61 lit. ^{fbis} ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Die Sonderbestimmungen zur Rechtspflege gemäss Art. 105 ff. UVG sehen keine generelle Kostenpflicht vor. Damit sind unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren über Leistungen in der Regel kostenlos. Vorbehalten bleibt die Kostenaufgabe infolge – in casu nicht vorliegenden – mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. ^{fbis} in fine ATSG). Für das vorliegende Beschwerdeverfahren sind daher keine Kosten zu erheben.

14.1.1. Hinsichtlich der Prozesskosten gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu erneuter Abklärung und neuem Entscheid praxisgemäss als volles Obsiegen (vgl. BGE 146 V 28 E. 7, 141 V 281 E. 11.1, 132 V 215 E. 6.1). Allerdings gilt vorliegend zu berücksichtigen, dass diese im Kostenpunkt als Obsiegen zu betrachtende Rückweisung nur einen Teil des Rechtsstreits, nämlich die Bemessung der Kostenvergütung und zwar erst ab Juli 2024, nicht aber die zeitliche Erfassung des Pflegebedarfs, erfasst. Dem ist bei der Kostenverlegung mit einer anteilmässigen Aufteilung nach Massgabe des Obsiegens Rechnung zu tragen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_569/2019 vom 28. August 2020 E. 11.2).

Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die teilweise obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Der (tatsächliche und notwendige) zeitliche Aufwand der Rechtsvertretung wird zwar nicht ausdrücklich als Bemessungskriterium aufgeführt, ist aber ebenfalls zu berücksichtigen, soweit er, was regelmässig der Fall ist, von der Schwierigkeit des Prozesses mitbestimmt wird. Im Übrigen ist die Bemessung der Parteientschädigung für das erstinstanzliche Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungsangelegenheiten dem kantonalen Recht überlassen (Art. 61 Ingress ATSG; Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2022 vom 13. November 2023 E. 11.3.1). Im Sozialversicherungsrecht gilt es unter dem Gesichtspunkt des Anspruchs auf einen Parteikostenersatz in einer materiellen Betrachtungsweise als Obsiegen, wenn die Rechtsstellung der Partei durch den Entscheid im Vergleich zu derjenigen im Administrativverfahren verbessert wird (Urteil des Bundesgerichts 8C_69/2024 vom 28. Oktober 2024 E. 6.1).

14.1.2. Vorliegend wird die Höhe des Beitrags an die vom Lebenspartner der Beschwerdeführerin als Angestellter der D._____ GmbH erbrachte Pflege zu Hause nach Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV ab Juli 2024 erhöht. Folglich erhöht sich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf die von ihm erbrachte Hauspflege und ihre Rechtsstellung ist im Vergleich zu derjenigen im Administrativverfahren verbessert, so dass ein Obsiegen vorliegt. Weil das Gericht den (weitergehenden) Anträgen der Beschwerdeführerin auf Kostenübernahme i.S.v. Art. 18 Abs. 1 UVV bzw. Beitragserhöhung i.S.v. Art. 18 Abs. 2 lit. a und b UVV nicht folgt, ist aber nur von einem teilweisen Obsiegen auszugehen. In Anbetracht des Ausmasses des teilweisen Obsiegens der Beschwerdeführerin ist der Parteikostenersatz ermessensweise auf einen Achtel festzusetzen.

14.1.3. Gemäss Art. 78 VRG i.V.m. Art. 2 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (Honorarverordnung, HV; BR 310.250) wird die Parteientschädigung nach Ermessen des Gerichts festgesetzt, wobei es grundsätzlich von dem in der Honorarnote geltend gemachten (und als angemessen zu betrachtenden) Aufwand sowie (üblichen) Stundenansatz ausgeht. Ausgangspunkt ist die durch den Rechtsvertreter eingereichte Honorarnote. Als üblich gilt gemäss Art. 3 Abs. 1 HV ein Stundenansatz von CHF 210.00 bis CHF 270.00. Die Praxis des Obergerichts des Kantons Graubünden (Praxisänderung vom 6. September 2017; vgl. dazu Urteile des Obergerichts des Kantons Graubünden SV2 23 69 vom 5. September 2025 E. 11.2, SV2 24 33 vom 9. Juli 2025 E. 10.2; Urteile des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden R 18 17 vom 18. September 2019 E. 9.2.1 und S 17 15 vom 27. September 2017 E. 7b) geht gestützt auf die HV dahin, dass bei Einreichen einer Honorarvereinbarung der geltend gemachte Stundenansatz übernommen wird, sofern er den Ansatz von CHF 270.00 nicht überschreitet. Wird keine Honorarvereinbarung eingereicht, beträgt der Stundenansatz höchstens CHF 240.00.

14.1.4. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte dem Gericht am 19. November 2025 seine Honorarnote über CHF 10'461.90 (bestehend aus: 30.1 Stunden à CHF 300.00 [CHF 9'030.10] zzgl. Auslagen von CHF 647.90 und 8.1 % MWST [CHF 783.90]) ein. Angesichts der obgenannten Praxis ist mangels Vorliegens einer Honorarvereinbarung der ausgewiesene Stundenansatz von CHF 300.00 auf CHF 240.00 zu reduzieren. Ausserdem ist betreffend Barauslagen praxisgemäss eine Pauschale von 3 % zuzusprechen. Die so korrigierte Honorarnote beläuft sich folglich auf total CHF 8'043.40 (bestehend aus: 30.1 Stunden à CHF 240.00 [CHF 7'224.00] zzgl. 3 % Spesen [CHF 216.70] und 8.1 % MWST [CHF 602.70]). In Anbetracht des lediglich teilweisen Obsiegens der Beschwerdeführerin ist der Parteikostenersatz ermessensweise auf einen Achtel, mithin CHF 1'005.45 inkl. Spesen und MWST, festzusetzen. In diesem Umfang hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin einen reduzierten Parteikostenersatz zu bezahlen.

14.2. Die teilweise obsiegende Beschwerdegegnerin kann keinen Parteikostenersatz beanspruchen (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

Es wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. Februar 2025 ist bezüglich der Höhe des Beitrags an die vom Lebenspartner der Beschwerdeführerin als Angestellter der D._____ GmbH erbrachte Pflege zu Hause nach Art. 18 Abs. 2 lit. b UVV ab Juli 2024 nicht rechtens und wird insofern aufgehoben. Die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie diese Beiträge im Sinne der Erwägungen neu berechnet und über eine Nachzahlung neu verfügt. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die B._____ AG hat A._____ einen reduzierten Parteikostenersatz von CHF 1'005.45 (inkl. Spesen und MWST) zu leisten.
4. [Rechtsmittelbelehrung]
5. [Mitteilungen]