



Fall-Nr.:	KV 2025/6
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum:	18.06.2026
Entscheiddatum:	12.05.2026

Entscheid Versicherungsgericht, 12.05.2026

Art. 25a Abs. 1 und 3 KVG, Art. 7 und 7a KLV. Art. 25 Abs. 1 ATSG. Die von der Beschwerdegegnerin für den Zeitraum vom 18. Dezember 2024 bis 18. Juni 2025 verfügte Limitation der Übernahme von durch die Ehefrau des Beschwerdeführers erbrachten Pflegeleistungen erweist sich als unrechtmässig. Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Mai 2026, KV 2025/6).

«Entscheid als PDF»



Versicherungsgericht
Abteilung III

Entscheid vom 12. Mai 2026

Besetzung Versicherungsrichter Michael Rutz (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen
Mirjam Angehrn und Christiane Gallati Schneider; Gerichtsschreiberin
Katja Blättler

Geschäftsnr. KV 2025/6

Parteien **A.____,**

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin Ass. iur. Jana Sadik,
PflegeRechtsAnwalt GmbH, Schweizerhofstrasse 14, Postfach 1608,
8750 Glarus,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand **Pflegeleistungen**



Sachverhalt

A.

A.a A.____ ist bei der Avenir Krankenversicherung AG (nachfolgend: Avenir) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege (OKP) versichert (act. G5.1). Wegen eines Adenokarzinoms des Pankreas mit Status nach kurativer Chemotherapie, einer Vertigo, einer Fatigue, fehlender Kraft in den Extremitäten, peripheren Ödemen, eines permanenten Vorhofflimmerns, einer arteriellen Hypertonie und einer schweren obstruktiven Schlafapnoe ist er auf Pflegeleistungen der Spitex angewiesen (vgl. act. G5.3-6 ff.).

A.b Die B.____ GmbH, Mitglied der Association Spitex privée Suisse (ASPS), reichte der Avenir mit E-Mail vom 11. Dezember 2024 eine Pflegeleistungsverordnung bzw. ein Bedarfsmeldeformular (Kenntnisnahme durch Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin) für die ambulante Pflege des Versicherten im Zeitraum vom 18. Dezember 2024 bis 18. Juni 2025 ein. Für den Tarif A (Abklärung/ Beratung) wurden insgesamt 2.5 Stunden und für den Tarif C (Grundpflege) 159.33 Stunden geltend gemacht (act. G5.3-1 ff.).

A.c Mit Schreiben vom 24. Dezember 2024 teilte die Avenir der B.____ GmbH mit, damit sie ihre Leistungsübernahme überprüfen könne, seien weitere Unterlagen und Informationen nötig (act. G5.3-4). Die B.____ GmbH führte am 27. Dezember 2024 aus, der Versicherte werde von seiner Ehefrau gepflegt. Einmal pro Monat erfolge ein Besuch durch eine Pflegefachperson. Sie reichte unter anderem einen Pflegeplan und eine Dokumentation der Pflege vom 18. bis 27. Dezember 2024 ein (act. G5.3-5 ff.).

A.d Die Avenir teilte der B.____ GmbH mit Schreiben vom 7. Januar 2025 mit, sie kürze die geltend gemachten Leistungen. Für den Tarif A dürften monatlich maximal 0.41 Stunden, für den Tarif B 0.0 Stunden und für den Tarif C 5.64 Stunden abgerechnet werden (act. G5.3-12 f.).

A.e Nach Rückfrage der B.____ GmbH führte die Avenir mit Schreiben vom 4. Februar 2025 aus, aufgrund der Schadenminderungspflicht der Ehefrau des Versicherten ziehe sie pro Tag 30 Minuten von den geltend gemachten Leistungen im Tarif C ab (act. G5.3-17).

A.f Die B.____ GmbH erklärte sich mit E-Mail vom 7. Februar 2025 nicht einverstanden mit der Teiblehnung der Leistungen und reichte das InterRai-Assessment des Versicherten ein (act. G5.3-18 ff.). Die Avenir teilte der B.____ GmbH am 13. Februar 2025 mit, sie halte an ihrem Entscheid fest (act. G5.3-29 f.). Die B.____ GmbH forderte die Avenir darauf mit E-Mail vom 3. März 2025 unter Beilage einer Vollmacht des Versicherten auf, eine anfechtbare Verfügung zu erlassen (act. G5.3-31 f.).



A.g Mit Verfügung vom 14. Mai 2025 gewährte die Avenir Beiträge an Leistungen für den Tarif A von maximal 0.41 Stunden pro Monat, für den Tarif B von 0 Stunden pro Monat und für den Tarif C von maximal 5.64 Stunden pro Monat. Die Beiträge würden nur bei Vorlage eines Pflegerapports geleistet. Die Leistungen würden bis zur Rechtskraft der Verfügung sistiert (act. G5.3-35 ff.).

B.

B.a Dagegen liess der Versicherte am 26. Mai 2025 Einsprache erheben (act. G5.3-45 ff.).

B.b Mit Entscheid vom 5. August 2025 gewährte die Avenir Beiträge an Leistungen für die Tarife A und B von 0 Stunden pro Monat sowie für den Tarif C von maximal 5.77 Stunden pro Monat (act. G5.3-70 ff.).

C.

C.a Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwältin (DE) ass. iur. J. Sadik, erhob am 19. August 2025 Beschwerde und beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 5. August 2025 aufzuheben und die Avenir (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten, die beantragten Pflegeleistungen vollumfänglich "gutzuheissen". Eventualiter sei der Einspracheentscheid aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1).

C.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 10. Oktober 2025, die Beschwerde sei abzuweisen, sofern darauf einzutreten sei. Der Einspracheentscheid vom 5. August 2025 bzw. die Limitierung betreffend Leistungen vom 18. Dezember 2024 bis auf Weiteres auf 5.77 Stunden pro Monat für Tarif C sei zu bestätigen. Sämtliche weitere Forderungen des Beschwerdeführers seien abzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (act. G5). Sie verwies unter anderem auf die Stellungnahme von Dr. med. E. ____, Fachärztin für Allgemein Chirurgie, Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin, vom 1. Oktober 2025 (act. G5.4).

C.c Mit Replik vom 11. November bzw. Duplik vom 19. Dezember 2025 liessen die Parteien an ihren Rechtsbegehren festhalten (act. G7, G9).

C.d Mit Schreiben vom 17. Februar 2026 forderte die Verfahrensleitung den Beschwerdeführer auf, die fehlenden Pflegerapporte bzw. die Pflegedokumentation für den gesamten Zeitraum der Pflegeleistungsverordnung vom 18. Dezember 2024 bis 18. Juni 2025 einzureichen (act. G11). Der Beschwerdeführer liess die geforderten Unterlagen am 18. Februar 2026 innert Frist einreichen (act. G12 f.). Diese Unterlagen wurden der Beschwerdegegnerin zugestellt. Die von der Verfahrensleitung



eröffnete Frist zur allfälligen Stellungnahme dazu liess die Beschwerdegegnerin unbenützt ablaufen (vgl. act. G13).

Erwägungen

1.

1.1 Hinsichtlich des Anfechtungsgegenstands ist zu beachten, dass im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich lediglich Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmen die Entscheide der Beschwerdegegnerin den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit kein Entscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1).

1.2 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 5. August 2025 (act. G 5.3-70 ff.), welchem die Verfügung vom 14. Mai 2025 (act. G 5.3-35 ff.) zugrunde liegt. Diese Verfügung erging, nachdem die Beschwerdeführerin am 3. März 2025 den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangt hatte (act. G5.3-31 f.), weil sie mit der Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 13. Februar 2025, welche sich mit den "pflegerischen Leistungen vom 18. Dezember 2024 bis 18. Juni 2025" (act. G 5.3-29 f.) befasste, nicht einverstanden war. Mangels weitergehender Spezifizierung konnte die Verfügung vom 14. Mai 2025 – und damit der später ergangene und an ihrer Stelle tretende Einspracheentscheid vom 5. August 2025 – einzig die Pflegeleistungen für den Zeitraum vom 18. Dezember 2024 bis 18. Juni 2025 zum Gegenstand haben. Die weiteren Pflegeleistungsverordnungen – für den Zeitraum nach dem 18. Juni 2025 – wurden erst nach der genannten Verfügung ausgestellt (vgl. act. G5.3-57 ff., G5.3-62 f.) und können damit nicht Gegenstand derselben gewesen sein. Demnach ist der Schlussfolgerung des Beschwerdeführers, dass der Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens einzig die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für den Zeitraum vom 18. Dezember 2024 bis 18. Juni 2025 sei (act. G1, Rz. 17), zuzustimmen.

2.

2.1 Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) verpflichtet die Krankenkassen, im Rahmen der OKP unter anderem im Fall der Krankheit (Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG) die Kosten für die in den Art. 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Als Krankheit gilt dabei jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 Abs. 1 des



Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. Art. 1 Abs. 1 KVG und Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG).

2.2 Laut Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die OKP einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim von einer Pflegefachperson, in Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen, oder auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden. Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung (Art. 25a Abs. 3 KVG). Die Übernahmepflicht des Krankenversicherers wird durch Art. 32 Abs. 1 KVG begrenzt. Danach sind nur jene Leistungen zu vergüten, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss. Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest; massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden (Art. 25a Abs. 4 Satz 1 und 2 KVG). Der entsprechende Leistungsbereich wird – gestützt auf Art. 33 lit. b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) – in Art. 7 ff. der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) näher umschrieben.

2.3 Gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV übernimmt die OKP Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (vgl. zu dieser auch Art. 8a KLV) erbracht werden. Die von den Krankenversicherern zu übernehmenden Pflegeleistungen werden in Art. 7 Abs. 2 KLV näher umschrieben. Danach vergütet die Krankenversicherung neben den Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a) auch jene der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c).

2.4 Die Bedarfsermittlung hat nach Art. 8a KLV durch eine Pflegefachperson nach Art. 49 KVV in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder den Angehörigen zu erfolgen (Abs. 1). Die Ermittlung des Bedarfs an Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV, die ohne ärztlichen Auftrag oder ärztliche Anordnung von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau nach Artikel 49 KVV erbracht werden können (vgl. dazu Art. 7 Abs. 4 KLV), wird von diesem oder dieser in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder dessen oder deren Angehörigen durchgeführt. Das Ergebnis ist umgehend dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin zur Kenntnisnahme zuzustellen (Abs. 1^{bis}). Die Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds (Abs. 3). Sie erfolgt auf Grund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben (Abs. 4). Der Versicherer kann verlangen, dass ihm diejenigen Elemente der



Bedarfsermittlung mitgeteilt werden, welche die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV betreffen (Abs. 6). Sieht die Bedarfsermittlung mehr als 60 Stunden Pflege pro Quartal vor, kann diese gemäss Art. 8c KLV vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG) überprüft werden. Sieht sie weniger als 60 Stunden pro Quartal vor, so führt der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin systematische Stichproben durch. Leistungserbringer und Versicherer können weitere Regelungen des Kontrollverfahrens vereinbaren.

2.5 Detaillierte Bestimmungen, insbesondere zur Bedarfsabklärung und zur ärztlichen Anordnung, finden sich auch in den zwischen den Versichererverbänden und den Leistungserbringerverbänden abgeschlossenen Administrativ-Verträgen (vgl. u.a. Art. 7 des Administrativ-Vertrages Spitex, abgeschlossen zwischen der Spitex Schweiz und der ASPS [dazu gehört u.a. die B. ___ GmbH; vgl. https://www.spitex-instrumente.ch/fileadmin/user_upload/2025-12-18_Beitritte_42.500.2730R.pdf, abgerufen am 14. April 2026] sowie den im Vertrag genannten Versicherern [u.a. der Beschwerdegegnerin]; vgl. https://www.spitex-instrumente.ch/fileadmin/user_upload/Dateien/Administrativvertraege/2025-06-23_VERT_Adminvertrag_tarifsuisse_Spitex_ASPS.dt.pdf, abgerufen am 14. April 2026).

2.6 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht und der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG [Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2021, 9C_549/2020, E. 3.1] und Art. 61 lit. c ATSG). Nach Letzterem haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3).

3.

Nachfolgend ist die Rechtmässigkeit der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Leistungskürzung zu überprüfen.

3.1 Die Beschwerdegegnerin macht geltend, die vorliegende Pflegedokumentation genüge nicht. Es sei lediglich ein tagebuchartiger Beschrieb der Tätigkeit der angehörigen Pflegenden eingereicht worden. Es sei nicht ersichtlich, wieviel Zeit täglich für die jeweiligen Pflegehandlungen aufgewendet



worden sei (act. G5). Der Beschwerdeführer bestreitet das Vorliegen von Dokumentationsmängeln (act. G1).

3.1.1 Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Genügen die vorhandenen Angaben nicht für eine zuverlässige Beurteilung der Leistungspflicht, hat der Krankenversicherer ergänzende Unterlagen einzufordern. Wird dieser Aufforderung nicht oder nur ungenügend nachgekommen, so ist er befugt, die Leistungspflicht für die beantragten Massnahmen abzulehnen (BGE 131 V 178, E. 2.4). Laut Art. 10 Abs. 2 des Administrativ-Vertrags Spitex vom 1. Januar 2023 (Vertragsnummer: 42.500.2292Q; https://www.spitex.ch/files/AETD6MH/2023_05_01_vert_adminvertrag_tarifsuisse_spitex_asps_425002292q.pdf, abgerufen am 17. April 2026) bzw. 1. Januar 2025 (Vertragsnummer: 42.500.2730R; https://www.spitex-instrumente.ch/fileadmin/user_upload/Dateien/Administrativvertraege/2025-06-23_VERT_Adminvertrag_tarifsuisse_Spitex_ASPS.dt.pdf, abgerufen am 17. April 2026) rechnet der Leistungserbringer die effektiv erbrachten Pflegeleistungen ab. Vorausrechnungen sind nicht zulässig. Gemäss Art. 12 Abs. 2 lit. j (Version 2023) bzw. lit. k (Version 2025) des Administrativ-Vertrags muss die Leistungserbringerin die erbrachten Minuten pro Leistungsart angeben. Das Bundesgericht führte in BGE 142 V 203 ebenfalls aus, es könnten nur die effektiven Pflegeleistungen, welche im Leistungskatalog von Art. 7 Abs. 2 KLV enthalten seien, übernommen werden. Eine pauschale Fakturierung sei nicht zulässig (E. 7.2.3).

3.1.2 Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrer Verfügung vom 14. Mai 2025 fest, die Beiträge an Leistungen würden nur nach Vorlage eines Pflegerapports mit Angabe von Datum, Zeit, Dauer der tatsächlich geleisteten (nicht geplanten) Pflege, Art der Pflege und Position nach Leistungskatalog der Spitex, entrichtet (act. G5.3-35 ff.). Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. August 2025 führte sie weiter aus, die vorliegend als Pflegerapporte bezeichneten Dokumente der angestellten Angehörigen stellten nur eine pauschale Übersicht der geplanten, nicht aber der effektiv erbrachten Leistungen dar. Eine pauschalisierte Übersicht mit Angabe des Datums und der ungefähren Zeit sowie pauschalisierte Pflegehandlungen, welche jeden Tag angeblich identisch seien, genüge nicht. Wer einen Stundenlohn erhalten wolle, an den die OKP Beiträge leiste, habe eine Beschreibung der Tätigkeiten mit Angabe des Datums, der genauen Zeit, der Zeitdauer sowie der Pflegeposition und der ausgeführten Pflege einzureichen. Gemäss Bundesgericht müsse bzw. dürfe ein Krankenversicherer keine pauschalisierten Abrechnungen akzeptieren (act. G5.3-70 ff.). Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin ist vorliegend jedoch von einer genügenden Dokumentation der geleisteten Pflege auszugehen. Die pflegende Ehefrau des Beschwerdeführers hat jeweils täglich festgehalten, welche Leistungen sie erbracht hat (vgl. act. G5.3-8 ff., act. G12.1), so dass diese grundsätzlich belegt



und nachvollziehbar sind. Aufgrund der speziellen Situation der Pflege durch die mit dem Beschwerdeführer zusammenlebenden Ehefrau ist nachvollziehbar, dass sie die im für sie üblichen Tagesablauf erbrachten Leistungen nicht detailliert zeitlich beziffert hat (so schon Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Februar 2024, KV 2023/8, E. 3.1.2, und vom 9. März 2026, KV 2025/7, E. 3.1.3). Es wäre zwar wünschenswert gewesen, dass die effektiven Minuten pro Verrichtung festgehalten worden wären. Vorliegend rechtfertigt sich deshalb jedoch keine Leistungskürzung. Im Durchschnitt kann davon ausgegangen werden, dass die gemäss Bedarfsmeldeformular verordnete Dauer für die einzelnen Pflegehandlungen auf Erfahrungswerten beruht (insb. 4 x wöchentlich 30 min für Ganzwäsche im Bad, Dusche oder am Lavabo; 10 x wöchentlich 10 min für Hilfe beim An- und Auskleiden, 1 x täglich 10 min für Kompressionsstrümpfe/-verband [act. G5.3-2 f.]). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die im Bedarfsmeldeformular festgehaltene Dauer für die Pflegehandlungen für nicht ausgebildete Pflegefachkräfte als eher tief erscheint, zumal im Spitex-Leistungskatalog eine Ganzwäsche im Bad, in der Dusche oder am Lavabo mit 40 min (statt wie verordnet 30 min) sowie die Hilfe beim An- und Auskleiden mit 2 mal täglich 15 min (statt wie verordnet 10 x wöchentlich 10 min) veranschlagt wird (vgl. https://www.spitex-instrumente.ch/fileadmin/user_upload/Dateien/Zusatzinstrumente/2025-10-15_LIST_Leistungskatalog_fuer_die_Spitex_2025_dt.pdf, abgerufen am 14. April 2026). Zu erinnern ist sodann an den Sinn und Zweck einer Pflegedokumentation. Im Bericht des Bundesrats zu Pflegeleistungen von Angehörigen im Rahmen der OKP vom 15. Oktober 2025 werden als Hauptziele die Sicherstellung der Kontinuität der Pflege, die Verbesserung der Pflegequalität und die rechtliche Absicherung genannt. Eine stete und genaue Beobachtung und Erfassung der Situation erlaube es, pflegerische Probleme zu erkennen. Zur frühzeitigen Erkennung von Veränderungen und um rechtzeitig reagieren zu können, sei eine Dokumentation umso wichtiger, wenn die Pflege durch verschiedene Personen erfolge (Bericht des Bundesrats, Pflegeleistungen von Angehörigen im Rahmen der OKP, 15. Oktober 2025, S. 39, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/de/bundesratsberichte>). Erfolgt die Pflege wie vorliegend stets durch dieselbe Person, die mit der zu pflegenden Person zusammenlebt, erstaunt es nicht, dass die dokumentierten Leistungen, welche sich gemäss Bedarfsermittlung auf fünf Pflegehandlungen beschränkt (vgl. act. G5.3-2 f.), stets ähnlich beschrieben werden und sich gewisse Formulierungen wiederholen. Der tägliche Ablauf umfasst in der Regel dieselben vorzunehmenden Verrichtungen, sodass auch in den Pflegeverläufen keine grosse Variabilität erwartet werden muss (vgl. auch Entscheid des Schiedsgerichts des Kantons Graubünden vom 22. März 2024, SVR 22 1, E. 5.4.4, bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts vom 22. Mai 2025, 9C_276/2024). Vielmehr ist davon auszugehen, dass bei nicht ausdrücklicher Dokumentation keine Veränderungen oder spezielle Vorkommnisse eingetreten sind. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (act. G5, act. G5.3-70 ff.) kann dem Beschwerdeführer im Ergebnis daher keine pauschale Fakturierung vorgeworfen werden. Eine Kürzung infolge mangelhafter Dokumentation ist nach dem Gesagten nicht rechtmässig. Da eine allfällige künftige Leistungskürzung bzw. -verweigerung nicht zum Streitgegenstand gehört, muss



vorliegend nicht abschliessend geklärt werden, welche Anforderungen die Pflegedokumentation bezüglich zeitlicher Erfassung der effektiv erbrachten Leistungen künftig erfüllen muss.

3.2 Die Beschwerdegegnerin beruft sich bei der Kürzung ihrer Leistungspflicht unter anderem auf die eheliche Beistandspflicht bzw. die Schadenminderungspflicht. Sie stellt sich auf den Standpunkt, bei pflegenden Angehörigen seien aufgrund dieser 30 Minuten Grundpflege pro Tag als unentgeltlich zu erbringende Pflege vom anlässlich der Pflegebedarfsabklärung ermittelten Bedarf bzw. von der tatsächlich erbrachten Pflege gemäss Pflegerapport abzuziehen (act. G5, G5.3-70 ff.). Der Beschwerdeführer hält diese Leistungskürzung für nicht rechtmässig (act. G1, G7).

3.2.1 Ein Entschädigungsanspruch im Rahmen der OKP besteht – wie bereits erwähnt – nur für klar ausgewiesene und effektiv durchgeführte Leistungen von Pflegefachfrauen und -männern (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Dezember 2018, 9C_912/2017, E. 2.3.1 mit Hinweisen). Angestellte Familienangehörige können grundsätzlich auch ohne pflegerische Fachausbildung Massnahmen der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV zulasten der OKP erbringen (vgl. BGE 145 V 161 E. 5). Mit Blick auf das hier bestehende Missbrauchspotential müssen dann Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Art. 32 Abs. 1 KVG, allenfalls durch einen Vertrauensarzt, genauer überprüft werden (vgl. Art. 57 Abs. 4 KVG). Ebenfalls zu beachten ist, dass der OKP lediglich Kosten in Rechnung gestellt werden können, welche eine Pflege zu Hause durch aussenstehende Spitex-Angestellte verursachen würde. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht verrechenbar ist, was dem Familienangehörigen im Rahmen der Schadenminderungspflicht und dem Ehegatten im Besonderen aufgrund der ehelichen Beistandspflicht nach Art. 159 Abs. 3 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) an nicht zu entschädigender Pflege zuzumuten ist (BGE 145 V 161 E. 3.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2010, 9C_702/2010, E. 7.1; kritisch hierzu HARDY LANDOLT, Brennpunkt Angehörigenpflege, in: Ueli Kieser/Stefanie J. Heinrich/Marc Hürzeler/Benjamin Dubach [Hrsg.], JaSo 2025, S. 73 ff., 96 ff.). Zwar fehlt im Bereich der OKP eine gesetzliche Grundlage für eine solche Schadenminderungspflicht, doch gilt diese gemäss Bundesgericht als allgemeines Prinzip des Sozialversicherungsrechts auch im Bereich der Leistungspflicht der OKP (UELI KIESER, N 94 zu Vorbemerkungen, in: Ueli Kieser/Matthias Kradofer/Miriam Lendfers [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, 5. Aufl. 2024 [nachfolgend zitiert: Kommentar ATSG]). Bei der im Sozialversicherungsrecht zum Tragen kommenden Drittverantwortung in Form von Mitarbeit bzw. Hilfe von Familienangehörigen ist entscheidend, wie sich eine vernünftige Familiengemeinschaft organisieren würde, wenn keine Versicherungsleistungen zu erwarten wären. Dabei muss feststehen, dass eine schadenmindernde Mitwirkung im Einzelfall möglich und zumutbar ist (Kommentar ATSG-KIESER, N 97 zu Vorbemerkungen). Konkret ist deshalb den Spitex-Verantwortlichen von der Natur der Sache her bei der Frage, was an Hilfestellung von den Familienangehörigen erwartet werden kann, ein



vernünftiger und praktikabler Beurteilungsspielraum zuzugestehen (BGE 145 V 161 E. 3.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2010, 9C_702/2010, E. 7.1 mit Hinweisen).

3.2.2 Hinsichtlich des Ausmasses der Schadenminderungspflicht bzw. ehelichen Beistandspflicht, d.h. der Frage, was den pflegenden Angehörigen im Rahmen der besagten Pflichten zumutbar ist, bestehen – wie vorstehend dargelegt – keine eindeutigen gesetzlichen Vorgaben. Auch die bisherige Rechtsprechung hierzu erscheint – wie auch der Bundesrat im zitierten Bericht darauf hinweist (S. 41) – uneinheitlich. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat in seiner Entscheid vom 3. Dezember 2024, KV 2023/8, etwa entschieden, dass im konkreten Fall der Aufwand für bestimmte Unterstützungsleistungen (tägliche Hilfe beim Trinken, Schneiden der Nägel, gesamthaft 30 Minuten täglich) unter Hinweis auf die Beistandspflicht nicht zu vergüten waren. Dem Entscheid KV 2023/8 kann aber nicht entnommen werden, dass die OKP unter dem Titel der ehelichen Beistandspflicht pauschal 30 Minuten durch Angehörige erbrachte Grundpflege täglich nicht zu vergüten hat; vielmehr ist das Ausmass der Schadenminderungs- und Beistandspflicht nur im Einzelfall und unter Berücksichtigung der spezifischen Umstände zu bestimmen.

3.2.3 Bei der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV handelt es sich um pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen in grundlegenden alltäglichen Lebensverrichtungen (Ankleiden, Auskleiden, Aufstehen, Absitzen, Abliegen, Essen und Trinken, Körperpflege, Verrichten der Notdurft, Fortbewegung etc.; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2010, 9C_702/2010, E. 2.1). Sie kann in verschiedenen Formen gewährt werden, so als Unterstützung, als teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder als Beaufsichtigung sowie Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen (BGE 145 V 161 E. 5.2.2). Dem vorliegenden InterRai-Formular ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nicht nur im Bereich der auf dem Bedarfsmeldeformular (vgl. act. G5.3-2) aufgenommenen Leistungen, sondern auch bei weiteren verschiedenen Aktivitäten im Alltag auf Unterstützung angewiesen ist. Dazu zählen das Treppensteigen sowie die Vorbereitung für den Transfer auf die Toilette und die Toilettenbenützung (act. G5.3-21 ff.). Aus der Pflegedokumentation ergibt sich unter dem Titel "Besonderheiten" ausserdem, dass die Haut des Versicherten täglich kontrolliert und bei Auffälligkeiten gepflegt werden musste (vgl. act. G5.3-8 ff., G12.1). Diese Aktivitäten wurden nicht verordnet, und doch ist offensichtlich, dass die Unterstützung in essentiellen Lebensverrichtungen und in massgeblichem, nicht vernachlässigbarem zeitlichem Umfang durch die Ehefrau erfolgt sein dürfte. Dabei handelt es sich um Leistungen und Hilfestellungen, welche über dem Umfang dessen, was im Rahmen der Schadenminderungspflicht bzw. der ehelichen Beistandspflicht zu erbringen ist, hinausgehen. Es rechtfertigt sich daher nicht, unter dem Titel der Schadenminderungspflicht bzw. der ehelichen Beistandspflicht Kürzungen vorzunehmen. Vielmehr ist



davon auszugehen, dass die Schadenminderungs- und Beistandspflicht bei der Pflegebedarfsermittlung durch die B.____ GmbH ausreichend berücksichtigt wurden.

3.3

3.3.1 Weiter beruft sich die Beschwerdegegnerin zur Kürzung ihrer Leistungspflicht im Rahmen der Grundpflege auf eine Verletzung der (relativ zwingenden) arbeitsrechtlichen Bestimmungen gemäss dem Schweizerischen Obligationenrecht (OR; SR 220), der Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz, ArG; SR 822.11) und damit des Administrativ-Vertrags Spitex Langzeitpflege. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, indem die Ehefrau des Beschwerdeführers durchgehend ohne Gewährung eines freien Tages pro Woche beschäftigt worden sei, sei gegen die genannten Bestimmungen verstossen worden, weshalb die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV auf sechs Tage pro Woche begrenzen müsse (act. G5, G5.3-70 ff.). Der Beschwerdeführer vertritt hingegen die Ansicht, eine solche Kürzung sei nicht rechtmässig, da der Krankenversicherer ausschliesslich für den Vollzug der OKP zuständig sei, nicht aber für die Kontrolle der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen. Ohnehin würde keine Verletzung der arbeitsrechtlichen Vorschriften vorliegen, da die Ehefrau des Beschwerdeführers von sich aus gewisse Tage freigenommen habe (act. G1, G7).

3.3.2 Wie bereits dargelegt (vgl. vorstehende E. 2), richtet sich die Vergütung von Kosten für Leistungen nach Art. 25 ff. KVG – und damit auch für Pflegeleistungen – durch die OKP nach den Leistungsvoraussetzungen gemäss Art. 32 ff. KVG (vgl. auch den entsprechenden Titel des zweiten Abschnitts des dritten Kapitels des KVG "Voraussetzungen und Umfang der Kostenübernahme"; Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBI 1992 I 93, S. 158 f. und 265). Diese massgebenden Bestimmungen enthalten keine Forderung auf die Einhaltung von arbeitsgesetzlichen bzw. -rechtlichen Vorschriften. Demnach kann der Beschwerdegegnerin nicht in dieser Absolutheit gefolgt werden, wenn sie sich unter Berufung auf das Legalitätsprinzip (vgl. Art. 5 Abs. 1 der Schweizerischen Bundesverfassung [BV; SR 101]) auf den Standpunkt stellt, dass sie Leistungen im Rahmen der OKP nur innerhalb der geltenden Gesetzgebung, wozu das OR und das ArG gehören, zu übernehmen habe. Vielmehr hat die Leistungsvergütung im Rahmen der OKP – unter Berücksichtigung des Legalitätsprinzips – nach Massgabe der in Art. 32 bis 34 KVG festgelegten Leistungsvoraussetzungen zu erfolgen. Der Beschwerdegegnerin ist allerdings insofern zuzustimmen, als die B.____ GmbH als Leistungserbringerin unbestrittenermassen den Administrativ-Verträgen betreffend die Abgeltung von krankenversicherungspflichtigen Leistungen im Bereich Spitex vom 1. Mai 2023 bzw. 1. Mai 2025 beigetreten ist. Art. 1 Abs. 3 der entsprechenden Anhänge 5 hält jeweils in Bezug auf pflegende Angehörige insbesondere fest, dass anwendbare Vorschriften des eidgenössischen und kantonalen Arbeitsrechts einzuhalten sind. Gemäss den besagten Anhängen gelten diese Bestimmungen für Spitex-Organisationen, welche pflegende Angehörige anstellen



möchten. Eine allfällige Durchsetzung der sich aus einem privatrechtlichen Einzelarbeitsvertrag ergebenden Verpflichtungen (und damit des von der Beschwerdegegnerin erwähnten Art. 329 Abs. 1 OR, der im Rahmen eines privatrechtlich abgeschlossenen Einzelarbeitsvertrags die Pflicht der Arbeitgebenden vorsieht, den Arbeitnehmenden jede Woche einen freien Tag zu gewähren, bzw. dessen Abs. 2, wonach ausnahmsweise mit Zustimmung der Arbeitnehmenden mehrere freie Tage zusammenhängend oder statt eines freien Tages zwei freie Halbtage eingeräumt werden dürfen), fällt in die Zuständigkeit der Zivilgerichte (vgl. https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Personenfreizugigkeit_Arbeitsbeziehungen/Arbeitsrecht/Arbeitsstreitigkeiten.html, abgerufen am 16. April 2026). Ähnliches gilt in Bezug auf das öffentliche Arbeitsrecht gemäss Arbeitsgesetz, welches in Art. 21 Abs. 1 ArG vorsieht, dass den Arbeitnehmenden grundsätzlich jede Woche ein freier Halbtage zu gewähren ist, sofern die wöchentliche Arbeitszeit auf mehr als fünf Tage verteilt ist. Der Vollzug des ArG und der zugehörigen Verordnungen obliegt nämlich grundsätzlich den Kantonen (vgl. Art. 41 Abs. 1 ArG und Art. 2 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum eidgenössischen Arbeitsgesetz [sGS 511.1] sowie Art. 1 der Vollzugsverordnung zur Gesetzgebung über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel [sGS 511.11]). Diese sind insbesondere für Einzelfallkontrollen mittels Inspektionen vor Ort betreffend die Anwendung des Arbeitsgesetzes und der zugehörigen Verordnungen durch die Betriebe bzw. die Behandlung von Anzeigen wegen Nichtbefolgung des ArG, einer zugehörigen Verordnung oder einer gestützt darauf erlassenen Verfügung zuständig (vgl. Art. 79 Abs. 1 lit. a der Verordnung 1 zum Arbeitsgesetz [ArGV 1; SR 822.111] und Art. 54 Abs. 1 ArG). Unabhängig davon, wie es sich mit der Verpflichtung zur Einhaltung der arbeitsgesetzlichen und -rechtlichen Vorgaben durch Spitex-Organisationen mit angestellten pflegenden Angehörigen letztlich im Einzelnen verhält (vgl. hierzu Entscheid des Obergerichts des Kantons Graubünden vom 24. März 2025, SV1 24 117, E. 7.3 ff.), ist dem Beschwerdeführer nach dem Gesagten darin beizupflichten, dass die Beschwerdegegnerin nicht für die Kontrolle der Einhaltung der arbeitsgesetzlichen und -rechtlichen Bestimmungen zuständig ist. Vor diesem Hintergrund sowie angesichts des Umstands, dass für die Vergütung von Kosten für Leistungen im Rahmen der OKP die Voraussetzungen nach Art. 32 ff. KVG massgebend sind, erweist sich die von der Beschwerdegegnerin gestützt auf arbeitsgesetzliche und -rechtliche Einwände vorgenommene Begrenzung ihrer Leistungspflicht für Grundpflegeleistungen auf sechs Tage pro Woche als unzulässig (so auch Entscheid des Obergerichts des Kantons Graubünden vom 26. November 2025, SV1 25 49, E. 6).

3.3.3 Der Beschwerdegegnerin ist grundsätzlich darin beizupflichten, dass die Nichteinhaltung der arbeitsgesetzlichen bzw. -rechtlichen Arbeits- und Ruhezeiten über einen längeren Zeitraum hinweg unter Umständen dazu führen kann, dass die pflegenden Angehörigen mangels genügender Erholungszeiten ihre Pflegeleistungen nicht in der notwendigen Qualität zu erbringen vermögen. Dabei jedoch ohne Weiteres und in jedem Fall – auch im vorliegenden – zu folgern, dass die WZW-Kriterien nicht erfüllt seien, vermag in dieser Absolutheit nicht zu überzeugen (Entscheid des Obergerichts des



Kantons Graubünden vom 24. März 2025, SV1 24 117, E. 7.11). Da hier keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die WZW-Kriterien nicht erfüllt sind (vgl. vorstehende E. 3.2.3), und die Beschwerdegegnerin diesbezüglich nichts Konkretes vorbringt, muss angenommen werden, dass die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die OKP erfüllt sind. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass – wie sich aus der Pflegedokumentation ergibt (vgl. act. G12.1) – die Ehefrau des Beschwerdeführers von sich aus an gewissen Tagen keine Pflegeleistungen erbracht hat. Dabei ist jedoch aufgrund der Akten nicht klar ersichtlich, ob sich der Beschwerdeführer zumindest an einem Teil der freien Tage allenfalls in Spitalpflege befand (vgl. insbesondere den Hinweis vom 9. Juni 2025 auf einen erfolgten Spitalbesuch und den am darauffolgenden Tag fehlenden Eintrag [act. G12.1]). Der Beschwerdeführer hatte zudem im fraglichen Zeitraum der Verordnung einen relativ geringen Pflegebedarf von rund sechs Stunden pro Woche (vgl. act. G5.3-2), so dass eine Überlastung der Ehefrau wenig wahrscheinlich erscheint.

3.4

3.4.1 Schliesslich stellt sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, die verordnete Hilfe beim Gehen (1 x täglich 10 min [vgl. act. G5.3-2]) sei nicht zu vergüten, da es sich dabei nicht um eine Leistung im Sinne der KLV handle und die Begleitung ausserdem in den Positionen "Ganzwäsche" sowie "Teilwäsche am Lavabo" integriert sei. Die in der Bedarfsabklärung geltend gemachten Leistungen dürften nicht zur Doppelverrechnung von einzelnen Leistungen führen (act. G5, G5.3-70 ff.).

3.4.2 Die Beschwerdegegnerin verweist auf BGE 136 V 181 (= Pra 2010 Nr. 135). In E. 5.3.4 dieses Entscheids hat das Bundesgericht ausgeführt, die dem Versicherten gewährte Hilfe beim Gehen zielt nicht darauf ab, ihn zu Übungen anzuleiten oder zu mobilisieren, sondern vielmehr darauf, ihn beim Gehen zum oder vom Esszimmer sowie beim Hinsetzen und Aufstehen vom Tisch zu unterstützen. Diese Handlungen fielen unter die gewöhnlichen Handlungen des täglichen Lebens und der Fortbewegung. Die Einbeziehung der Mobilitätshilfe sei in der Grundversorgung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV nicht zulässig. Dieser Entscheid ist jedoch insofern zu relativieren, als die Aufzählung der einzelnen Massnahmen in Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV dem Wortlaut nach nicht abschliessend ist. Es besteht ein erheblicher Beurteilungsspielraum, der mit den Instrumenten nach Art. 8 KLV (ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung), Art. 8a KLV (Bedarfsermittlung) und Art. 8c KLV (Schlichtungsverfahren) auszufüllen ist. Der anwendbare Tarifvertrag enthält ebenfalls keine präzisen Vorgaben. Ist ein Pflegebedarf durch eine Expertise ausgewiesen, gilt er grundsätzlich als Pflichtleistung der Krankenversicherung. Dabei besteht ein gewisser Ermessensspielraum, bei dessen Überprüfung das Gericht auf Willkür und auf Überprüfung hinsichtlich der allgemeinen Grundsätze nach Art. 32 KVG, vor allem der Wirtschaftlichkeit, beschränkt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2010, 9C_702/2010, E. 4.2.2). Gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV umfasst die allgemeine Grundpflege bei Patienten und Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selbst ausführen können unter anderem



Betten, Lagern, Bewegungsübungen und Mobilisieren. Einzelfallweise können andere Hilfeleistungen ebenfalls als Grundpflege qualifiziert werden. Voraussetzung ist, dass die fragliche Hilfeleistung gesundheitsbedingt notwendig ist und es sich dabei um Personenhilfe handelt, welche ausschliesslich oder mindestens primär medizinisch indiziert ist. Eine hinreichende medizinische Indikation liegt vor, wenn mit der fraglichen Hilfeleistung ein Behandlungsbedarf verhindert werden kann (HARDY LANDOLT, in: Gabor P. Blechta/Philomena Colatrella/Hubert Rüedi/Daniel Staffelbach [Hrsg.], Basler Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz und Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, N 67 zu Art. 25a KVG). Anders als die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vorbringt, ist im Leistungskatalog der Spitex, die Position 10505 "Hilfe beim Gehen" als pflegerische Massnahme im Sinne der KLV bezeichnet. Sie kann bis zu dreimal täglich im Umfang von je 8 Minuten verrechnet werden. Aus der "Ergänzung zu den interRAI-Handbüchern", Version 1.3, S. 35, ergibt sich, dass die Hilfe beim Gehen unter anderem Folgendes umfasst: Beim Aufstehen helfen, Gehhilfen wie Rollator oder Stöcke etc. anbieten, Kontrolle der Haltung, Hilfe beim Gehen in der Wohnung (oder falls notwendig beim Treppensteigen), Hilfe beim Absitzen in den Lehnstuhl oder beim Abliegen ins Bett (https://www.spitex-instrumente.ch/fileadmin/user_upload/Dateien/Zusatzinstrumente/Handbuch_SDA_Entlassung_Leistungskatalog_dt_V1.3.pdf, abgerufen am 17. April 2026).

3.4.3 Wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht, benötigt er aufgrund seiner Diagnosen (u.a. Vertigo, Fatigue, fehlende Kraft in den Extremitäten, periphere Ödeme, permanentes Vorhofflimmern, arterielle Hypertonie [vgl. act. G5.3-6]) Hilfe bei der Fortbewegung. Im Pflegeplan wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer werde beim Gehen unter der Achsel durch die pflegende Person begleitet, mit der anderen Hand halte er sich an Gegenständen fest. Das Treppensteigen erfolge mit viel Kraftaufwand des Beschwerdeführers sowie der pflegenden Angehörigen. Der Beschwerdeführer werde immer wieder daran erinnert, nach dem Aufsitzen eine Weile auszuhalten und den Lagewechsel langsam durchzuführen, ohne dass es zu einer plötzlichen Vertigo oder einem Sturz komme. Der Beschwerdeführer werde mehrmals täglich motiviert, seine Bewegungsübungen durchzuführen und auch mit dem Rollator draussen seine Gehstrecke zu absolvieren (act. G5.3-6). Damit ist insgesamt davon auszugehen, dass die verordneten 10 Minuten täglich zur "Hilfe beim Gehen" medizinisch indiziert sind und als Massnahmen der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV zu erachten sind. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (act. G5, G5.3-70 ff.) sind die Leistungen nicht bereits in der Position "Ganzwäsche im Bad, Dusche oder Lavabo" enthalten, welche im Übrigen nur 4 mal pro Woche für 30 Minuten verordnet wurde (vgl. act. G5.3-2). Wie sich aus der Pflegedokumentation ergibt, betraf die Leistung "Hilfe beim Gehen" nicht nur den vier mal wöchentlichen Gang ins Badezimmer zur Ganzwäsche, sondern auch die Begleitung auf der Treppe und bei sonstigen Gehstrecken innerhalb des Hauses (vgl. act. G12.1).



3.4.4 Insgesamt ist die Leistung "Hilfe beim Gehen" entsprechend der Verordnung von der Beschwerdegegnerin zu vergüten.

3.5 In der Verfügung vom 14. Mai 2025, welcher dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. August 2025 zugrunde liegt, übernahm die Beschwerdegegnerin die Leistungen der Tarifstufe A wie angeordnet im Umfang von 0.41 Stunden pro Monat (vgl. act. G5.3-35). Mit Einspracheentscheid vom 5. August 2025 gewährte sie sodann 0.0 Stunden pro Monat der Tarifstufe A (act. G5.3-70 ff.). In ihrer Duplik begründete sie, bei den Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV handle es sich um qualifizierte Pflegeverrichtungen, welche in aller Regel von diplomierten Pflegefachpersonen erbracht würden (Bedarfseinschätzung, Fallbesprechungen, Kontaktaufnahme mit Ärzten etc.). Vorliegend habe die B.____ GmbH anfangs tatsächlich solche Tätigkeiten ausgeführt. Insbesondere habe sie eine Bedarfsabklärung mittels interRAI-Assessment durchgeführt sowie im Dezember 2024 den Pflegeplan erstellt. Diese initialen Aufwände seien jedoch einmaliger Natur gewesen. Die Beschwerdegegnerin habe insoweit auch Leistungen anerkannt. Im weiteren Verlauf sei jedoch aufgefallen, dass keine fortlaufenden Beratungs- oder Koordinationsmassnahmen dokumentiert worden seien. Die angestellte Ehefrau habe ausschliesslich die Grundpflege nach Tarif C erbracht und spezialisierte Pflegefachpersonen seien nach dem ersten Assessment nicht mehr involviert gewesen. Folgerichtig habe die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid den Tarif A mit 0.0 Stunden angesetzt (act. G9). Dies ist jedoch insofern nicht nachvollziehbar, als der Einspracheentscheid die gesamte Verordnungsperiode vom 18. Dezember 2024 bis 18. Juni 2025 betraf (vgl. vorstehende E. 1.2) und in diesem Zeitraum unbestritten Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV erbracht wurden. Im entsprechenden Meldeformular wurde für den genannten Zeitraum ein Bedarf für ein einmaliges Reassessment von 60 Minuten sowie monatlich 15 Minuten zur Bestimmung und Evaluation des Pflegebedarfs erhoben (act. G5.3-2). Das Reassessment wurde unbestritten erbracht, indem die B.____ GmbH unter anderem einen Pflegeplan erstellt (act. G5.3-6) und ein InterRai-Assessment durchgeführt hatte (act. G5.3-21 ff.). Der Pflegedokumentation ist sodann zu entnehmen, dass auch im Anschluss Arbeiten durch eine Pflegefachperson bzw. die B.____ GmbH durchgeführt wurden. Nebst gewisser Korrespondenz mit der Beschwerdegegnerin fanden ungefähr monatlich auch Kontrolltermine bzw. Hausbesuche beim Beschwerdeführer statt. Ausserdem erfolgte teilweise eine Beratung der pflegenden Ehefrau per E-Mail oder Telefon bezüglich Fragen zur Behandlung (act. G12.1). Die diesbezüglichen Leistungen wurden auf der Pflegedokumentation zeitlich nicht beziffert. Dennoch ist plausibel, dass die entsprechenden Leistungen tatsächlich erbracht wurden. Die dafür verordneten 15 Minuten pro Monat (vgl. act. G5.3-2) erscheinen eher knapp bemessen. Insgesamt ist damit eine Kürzung der Leistungen nach Tarif A vorliegend nicht gerechtfertigt. Schliesslich kam auch die Vertrauensärztin zum Schluss, dass die verordneten 0.41 Stunden pro Monat im Tarif A abgerechnet werden dürften (act. G5.4). Die Beschwerdegegnerin hat die verordneten 2.5 Stunden für den Verordnungszeitraum vom 18. Dezember 2024 bis 18. Juni 2025, entsprechend 0.41 Stunden pro Monat, zu übernehmen.



3.6 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht die Leistungen auf Tarifstufe A und C gekürzt hat. Sie hat vielmehr, wie angeordnet, für Leistungen auf Tarifstufe A von 0.41 Stunden pro Monat (bzw. 2.5 h für die Verordnungsperiode vom 18. Dezember 2024 bis 18. Juni 2025) aufzukommen. Ebenfalls hat sie die angeordneten Leistungen auf Tarifstufe C von 26.48 Stunden pro Monat (bzw. 159.33 h für die Verordnungsperiode vom 18. Dezember 2024 bis 18. Juni 2025) zu übernehmen. Daran ändert auch die Stellungnahme von Vertrauensärztin Dr. E.____ vom 1. Oktober 2025 nichts, zumal sie im Wesentlichen lediglich den – offenbar teilweise von einer Vertrauenspflegefachperson erstellten – Verfügungsinhalt wiedergab und festhielt, aus medizinischer Sicht sei die Art und der Umfang der notwendigen Pflege, so wie es die Vertrauenspflegefachpersonen anlässlich ihrer Überprüfung festgestellt hätten, zweckmässig und genügend (act. G5.4). Nachdem feststeht, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht ihre Leistungspflicht begrenzt hat, erübrigen sich Ausführungen zur erfolgten Sistierung gestützt auf Art. 52a ATSG. Ebenfalls erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen, insbesondere auch die Einholung eines pflegerischen Gutachtens, wie es der Beschwerdeführer (eventualiter) beantragte (vgl. act. G1).

4.

4.1 Im Sinne der Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 5. August 2025 gutzuheissen. Die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, die beantragten Pflegeleistungen für den Zeitraum vom 18. Dezember 2024 bis 18. Juni 2025 zu vergüten.

4.2 Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im KVG keine zu erheben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

4.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor dem Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der st. gallischen Honorarordnung (HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Mit der Beschwerde beantragte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers "einstweilen [...] eine Parteientschädigung von mindestens Fr. 2'500.--" (act. G1). Angesichts des im Nachgang noch erfolgten Schriftenwechsels und unter Berücksichtigung der Entschädigungen in ähnlichen Fällen erscheint vorliegend eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'000.-- (einschliesslich Mehrwertsteuer und Barauslagen) angemessen.



Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen gutgeheissen. Der Einspracheentscheid vom 5. August 2025 wird aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, die beantragten Pflegeleistungen für den Zeitraum vom 18. Dezember 2024 bis 18. Juni 2025 zu vergüten.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.