



<b>Fall-Nr.:</b>	KV 2025/7
<b>Stelle:</b>	Versicherungsgericht
<b>Rubrik:</b>	KV - Krankenversicherung
<b>Publikationsdatum:</b>	16.04.2026
<b>Entscheiddatum:</b>	09.03.2026

### **Entscheid Versicherungsgericht, 09.03.2026**

**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 22. Dezember 2024 bis 22. Juni 2025 verfügte Limitation der Übernahme von durch den Ehemann der Beschwerdeführerin erbrachten Pflegeleistungen erweist sich als unrechtmässig. Gutheissung der Beschwerde im Sinne der Erwägungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. März 2026, KV 2025/7).**

«Entscheid als PDF»



**Versicherungsgericht**  
Abteilung III

**Entscheid vom 9. März 2026**

Besetzung	Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn (Vorsitz), Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann und Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Beatrice Borio
Geschäftsnr.	KV 2025/7
Parteien	<b>A.____,</b> <b>Beschwerdeführerin,</b>  vertreten durch Rechtsanwältin Ass. iur. Jana Sadik, PflegeRechtsAnwalt GmbH, Schweizerhofstrasse 14, Postfach 1608, 8750 Glarus,  gegen  <b>Avenir Krankenversicherung AG</b> , Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, Postfach, 1919 Martigny Groupe Mutuel, <b>Beschwerdegegnerin,</b>
Gegenstand	<b>Pflegeleistungen</b>



## Sachverhalt

### A.

**A.a** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war bis zum 31. Dezember 2024 bei der Mutuel Versicherungen AG und ab dem 1. Januar 2025 bei der Avenir Krankenversicherung AG (nachfolgend: Avenir) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege (OKP) versichert (act. G 5.1). Beide Versicherungen gehören zur Groupe Mutuel. Aufgrund einer chronischen dialysenbedürftigen Nierenerkrankung KDIGO G5 A3, einer (asymptomatischen) Ureterolithiasis, einer Nephrektomie, körperlicher Schwäche, fehlender Feinmotorik der Hände und Adipositas ist sie auf Pflegeleistungen der Spitex angewiesen (act. G 5.3-6, G 5.3-43). Insbesondere benötigt sie Unterstützung bei der Körperpflege und beim Anziehen von Kompressionsstrümpfen (act. G 5.3-7).

**A.b** Am 24. Dezember 2024 reichte die B.\_\_\_\_ GmbH (nachfolgend: B.\_\_\_\_), Mitglied der Association Spitex privée Suisse (ASPS), der Avenir das Bedarfsmeldeformular für Spitex-Leistungen, verordnet durch med. pract. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für die Verordnungsperiode vom 22. Dezember 2024 bis 22. Juni 2025 ein. Angeordnet wurden 05.00 Stunden Abklärung und Beratung und 131.15 Stunden Grundpflege für die Dauer der Verordnung (act. G 5.3-2 f.). Das Leistungsplanungsblatt folgte am 9. Januar 2025 (act. G 5.3-5 f.). Die Pflege der Versicherten wurde (primär) von deren Ehemann durchgeführt (vgl. die Beschreibungen gemäss Pflegedokumentation in act. G 5.3-7 ff.). Die Avenir teilte der B.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 23. Januar 2025 mit, sie kürze die in der Tarifstufe C abrechenbaren Stunden von den eingegebenen 21.85 Stunden pro Monat auf 05.74 Stunden. Ein Mehrbedarf sei gemäss Dokumentation und in Miteinbezug eines wöchentlichen Ruhetages sowie der Schadenminderungspflicht nicht nachvollziehbar. Vollständig abrechenbar seien hingegen die in der Tarifstufe A angeordneten Stunden (act. G 5.3-11 f.). Mit E-Mail vom 7. Februar 2025 erklärte sich die B.\_\_\_\_ nicht einverstanden und bat um Neuurteilung der Leistungen (act. G 5.3-13 ff.). Mit Schreiben vom 13. Februar 2025 hielt die Avenir an ihrem Entscheid fest und wies «auf die mangelhafte und spärliche Dokumentation hin, mit copy paste Einträgen, welche die Leistungen nicht ausweisen» würden (act. G 5.3-23 f.). Mit E-Mail vom 25. Februar 2025 forderte die B.\_\_\_\_ unter Beilage einer Vollmacht der Versicherten (act. G 5.3-26 f.) die Avenir auf, ihr eine anfechtbare Verfügung zuzustellen (act. G 5.3-25).

**A.c** Mit Verfügung vom 17. April 2025 hielt die Avenir an ihrer Limitation der Leistungsübernahme in der Tarifstufe C (05.74 Stunden pro Monat) fest. Die Beiträge an Leistungen würden nur gemäss Vorlage eines Pflegerapportes mit Angabe von Datum, Zeit und Dauer der tatsächlich geleisteten Pflege, Art der Pflege und Position nach Leistungskatalog Spitex entrichtet. Die Avenir sistierte zudem ihre Leistungen bis zur Rechtskraft der Verfügung (act. G 5.3-29 ff.).



## **B.**

**B.a** Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Landolt, am 7. Mai 2025 vorsorglich Einsprache erheben. Sie beantragte die vollumfängliche Aufhebung der Verfügung vom 17. April 2025 sowie die Gewährung der beantragten Pflegeleistungen im beantragten Umfang und für den beantragten Zeitraum; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 5.3-44 ff.).

**B.b** Am 24. Juni 2025 liess die B.\_\_\_\_ der Avenir eine Pflegeleistungsverordnung für den Zeitraum vom 23. Juni bis 22. Dezember 2025 per E-Mail zukommen (act. G 5.3-40 f.).

**B.c** Mit Einspracheentscheid vom 13. August 2025 gewährte die Avenir Beträge von maximal 00.83 Stunden für A-Leistungen und 05.57 Stunden für C-Leistungen. Sie hielt an ihrer Begründung in der Verfügung vom 17. April 2025 sowie der Sistierung der Leistungen fest (act. G 5.3-43 ff.).

## **C.**

**C.a** Dagegen erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwältin ass. iur. J. Sadik, am 25. August 2025 Beschwerde. Sie beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids der Avenir (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 13. August 2025 und die Übernahme der Pflegeleistungen für den beantragten Zeitraum durch diese. Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 13. August 2025 aufzuheben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1).

**C.b** Am 1. Oktober 2025 erstellte die Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin eine Stellungnahme, mit welcher sie die Limitierung bestätigte (act. G 5.4).

**C.c** Mit Beschwerdeantwort vom 21. Oktober 2025 stellte die Beschwerdegegnerin folgende Rechtsbegehren (act. G 5-9):

1. «Die Beschwerde sei abzuweisen, sofern darauf einzutreten sei.
2. Der Einspracheentscheid vom 13. August 2025 bzw. die Limitierung des Versicherers betreffend Leistungen vom 22. Dezember 2024 bis auf [W]eiteres auf 05.57 [richtig: 05.74] Std. für Tarif C (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) und 00.83 Std. pro Monat für Tarif A sei zu bestätigen.
3. Sämtliche weitere Forderungen de[r] Beschwerdeführer[in] seien abzuweisen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerin.»



**C.d** Replikweise hielt die Beschwerdeführerin am 3. November 2025 an ihren Rechtsbegehren fest. Zusätzlich merkte sie an, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht alle ihre Leistungen bis zu einem rechtskräftigen Entscheid sistiert habe (act. G 7).

**C.e** Mit Duplik vom 11. Dezember 2025 hielt auch die Beschwerdegegnerin an ihren Anträgen fest (act. G 9-8).

## **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 13. August 2025 (act. G 5.3-44 ff.), welchem die Verfügung vom 17. April 2025 (act. G 5.3-29 ff.) zugrunde liegt. Diese Verfügung erging, nachdem die Beschwerdeführerin am 25. Februar 2025 den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangt hatte (act. G 5.3-25), weil sie mit der Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 13. Februar 2025, welche sich mit den «pflegerischen Leistungen vom 22. Dezember 2024 bis 22. Juni 2025» (act. G 5.3-23) befasste, nicht einverstanden war. Mangels weitergehender Spezifizierung konnte die Verfügung vom 17. April 2025 – und damit der später ergangene und an ihrer Stelle tretende Einspracheentscheid vom 13. August 2025 – einzig die Pflegeleistungen für den Zeitraum vom 22. Dezember 2024 bis 22. Juni 2025 zum Gegenstand haben. Demnach ist der Schlussfolgerung der Beschwerdeführerin, dass der Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens einzig die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für den Zeitraum vom 22. Dezember 2024 bis 22. Juni 2025 sei (act. G 1-5 Rz. 20), zuzustimmen.

**1.3** Unabhängig vom Anfechtungsgegenstand ist vorliegend zu beachten, dass die Beschwerdeführerin erst ab dem 1. Januar 2025 bei der Beschwerdegegnerin versichert war, weshalb ihr gegenüber für Leistungen vor dem 1. Januar 2025 keine Anspruchsberechtigung der Beschwerdeführerin besteht.

### **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, Art. 25 Abs. 2 lit. b 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 einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim 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) und nach Art. 8 KLV auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag 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). Sie umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation der Patientien 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



Krankenversicherer kann verlangen, dass ihm die relevanten Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden (Abs. 6). Gemäss Art. 8c KLV können ärztliche Aufträge oder Anordnungen vom Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG) überprüft werden, wenn diese einen voraussichtlichen Pflegebedarf von mehr als 60 Stunden pro Quartal vorsehen. Erforderlichenfalls ist dem Krankenversicherer somit eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflegedokumentation) einzureichen.

**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](https://www.spitex-instrumente.ch/fileadmin/user_upload/2025-12-18_Beitritte_42.500.2730R.pdf)>, abgerufen am 21. Februar 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](https://www.spitex-instrumente.ch/fileadmin/user_upload/Dateien/Administrativvertraege/2025-06-23_VERT_Adminvertrag_tarifsuisse_Spitex_ASPS.dt.pdf)>, abgerufen am 21. Februar 2026).

**2.6** Die Beiträge der OKP an die Leistungen für Bedarfsabklärungen sowie Behandlungs- und Grundpflege sind in Art. 7a Abs. 1 KLV festgelegt. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden.

**2.7** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG) und der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 43 Abs. 1 [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 blosse 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

**3.1.1** Die Beschwerdegegnerin macht insbesondere geltend, die vorliegende Pflegedokumentation sei lediglich fragmentarisch und erfülle die Anforderungen an eine Pflegedokumentation durch eine Pflegehilfskraft nicht (act. G 5.3-45 E. 4). Es fehle ein Arbeitsrapport, der belegen würde, an welchem Tag, zu welcher Zeit, welche Pflege mit welcher Pflegeposition effektiv erbracht worden sei. Es seien lediglich sich stets wiederholende Pflegehandlungen und Beobachtungen bei der Beschwerdeführerin aufgelistet, ohne dass deren jeweilige Dauer ersichtlich sei. Der Pflegeverlauf enthalte lediglich «copy paste»-Einträge. Es sei ihr nicht möglich, nicht gesetzmässig verrechnete Leistungen von den tatsächlich kassenpflichtigen Leistungen auszuscheiden (act. G 5-6 E. 4, act. G 9-6 B. 5). Die Beschwerdeführerin vertritt ihrerseits die Ansicht, dass keine Dokumentationsmängel vorliegen würden. Sodann bestehe weder gesetzlich noch gemäss Administrativ-Vertrag die Verpflichtung zu einer Dokumentation, welche die genannten Anforderungen erfülle (act. G 1-8 Rz. 37). Von entscheidender Bedeutung sei, dass die tatsächlich ausgeführten Pflegeleistungen festgehalten würden. Die ausführende Person habe zudem festzuhalten, ob die gesetzten Pflegeziele eingehalten oder davon abgewichen worden sei und ob gegebenenfalls unerwartete Ereignisse eingetreten seien, die eine Anpassung der Pflegeplanung bzw. ein Reassessment notwendig machen würden. Anhand des Pflegerapports müsse die diplomierte Pflegefachperson überblicken können, welche Massnahmen auch in Bezug auf die Instruktion und die Überwachung vorgenommen werden müssen (act. G 1-8 f. Rz. 42 f.).

**3.1.2** 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](https://www.spitex.ch/files/AETD6MH/2023_05_01_vert_adminvertrag_tarifsuisse_spitex_asps_425002292q.pdf)>) bzw. 1. Januar 2025 (Vertragsnummer: 42.500.2730R; <[https://www.spitex-instrumente.ch/file-admin/user\\_upload/Dateien/Administrativvertraege/2025-06-23\\_VERT\\_Adminvertrag\\_tarifsuisse\\_Spitex\\_ASPS.dt.pdf](https://www.spitex-instrumente.ch/file-admin/user_upload/Dateien/Administrativvertraege/2025-06-23_VERT_Adminvertrag_tarifsuisse_Spitex_ASPS.dt.pdf)>) 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-Vertrages 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 sind, übernommen werden. Eine pauschale Fakturierung sei nicht zulässig (E. 7.2.3).

**3.1.3** Die Beschwerdegegnerin hat ausgehend davon, dass es ihr aufgrund der (nach ihrer Ansicht) pauschalen Beschreibungen der Pflegehandlungen nicht möglich sei, zu wissen, wann und wie lange welche Pflegeleistungen effektiv erbracht worden seien, eine Kürzung der Leistungspflicht vorgenommen. Letztlich erachtet sie es als nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die dokumentierten Pflegeleistungen überhaupt bzw. im dargelegten Umfang erbracht worden sind. Dieser Auffassung kann jedoch nicht gefolgt werden. Der Ehemann der Beschwerdeführerin hat jeweils täglich festgehalten, welche Leistungen er erbracht hat, so dass diese grundsätzlich belegt und nachvollziehbar sind (so schon Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Februar 2024, KV 2023/8, E. 3.1.2). Es wäre zwar wünschenswert gewesen, dass die effektiven Minuten pro Verrichtung festgehalten worden wären. Im vorliegenden Fall rechtfertigt sich deshalb jedoch keine Leistungskürzung. Im Durchschnitt kann davon ausgegangen werden, dass die gemäss Bedarfserklärung angeordnete Dauer für die einzelnen Pflegehandlungen auf Erfahrungswerten beruht (1 x täglich 25 min für Ganzwäsche im Bad, Dusche oder am Lavabo; 1 x täglich 8 Minuten für Teilwäsche am Lavabo [inkl. Intimwäsche]; 2 x täglich 5 Minuten für Kompressionsstrümpfe/-verband; act. G 5.3-2). Es ist eher davon auszugehen, dass für nicht ausgebildete Pflegefachkräfte die fakturierten 43 Minuten am Tag nicht ausreichen, um die genannten Pflegehandlungen effektiv zu erbringen, wird doch im Spitex-Leistungskatalog eine Ganzwäsche im Bad, in der Dusche oder am Labvabo allein bereits mit 40 Minuten veranschlagt. Zu beachten ist nämlich, dass die Beschwerdeführerin einen BMI von 32.5 aufweist (80 kg bei einer Grösse von 157 cm [act. G 5.3-19]), was das Waschen der Beschwerdeführerin erschwert. Alleine schon das An- und Auskleiden, wofür die Beschwerdeführerin auf verstärkte und teilweise gar umfassende Unterstützung angewiesen ist (act. G 5.3-17; ID G2c und G2d), beansprucht jeweils einige Minuten, zumal auch der Katheter dabei besondere Sorgfalt erfordert. Zu erinnern ist sodann an den Sinn und Zweck einer Pflegedokumentation. Im Bericht des Bundesrates 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 erlaubt es, pflegerische Probleme zu erkennen. Zur frühzeitigen Erkennung von Veränderungen und um rechtzeitig reagieren zu können, ist eine Dokumentation umso wichtiger, wenn die Pflege durch verschiedene Personen erfolgt (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 sodann mit der zu pflegenden Person zusammenlebt, erstaunt es nicht, dass die dokumentierten Leistungen, welche sich gemäss Bedarfsermittlung auf das Waschen der



Beschwerdeführerin und das Anziehen von Kompressionsstrümpfen beschränken, stets gleich beschrieben werden. Der 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 eingetreten sind. Nicht einzusehen ist, weshalb der Pflegebedarf im Zusammenhang mit dem Körperwaschen und dem An- und Abziehen der Kompressionsstrümpfe an Tagen, an denen die Beschwerdeführerin vormittags extern zur Dialysebehandlung geht, geringer sein sollte als an den übrigen Tagen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (act. G5-8) kann der Beschwerdeführerin folglich keine pauschale Fakturierung vorgeworfen werden. Eine Kürzung infolge mangelhafter Dokumentation ist nach dem Gesagten nicht rechtmässig.

## **3.2**

**3.2.1** Die Beschwerdegegnerin beruft sich bei der Kürzung ihrer Leistungspflicht unter anderem auf die eheliche Beistandspflicht bzw. die Schadenminderungspflicht. 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. G 5.3-45 E. 2, act. G 5-5 f. E. 1, 3). Die Beschwerdeführerin bringt vor, es werde rechtsprechungsgemäss lediglich im Zusammenhang mit der Invaliditätsbemessung von versicherten Personen, welche hauswirtschaftlich tätig gewesen seien, ein entsprechender Abzug vorgenommen. Auch sehe das KVG keine gesetzliche Grundlage vor. Der für die Grundpflegeleistungen angestellte Ehemann der Beschwerdeführerin erbringe zudem andere, im vorliegenden Fall zeitlich intensive(re) Versorgungs-, Organisations- sowie Koordinationsleistungen, welche nicht vergütet würden, womit der familiären Beistandspflicht ohnehin schon Genüge getan sei (act. G1-7 Rz. 32).

**3.2.2** 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 in 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 Kradolfer/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).

**3.2.3** 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 hiesige Versicherungsgericht hat in seinem Entscheid vom 3. Dezember 2024, KV 2023/8, etwa entschieden, dass der Aufwand für bestimmte Unterstützungsleistungen (tägliche Hilfe beim Trinken, Schneiden der Nägel, gesamthaft 30 Minuten täglich) unter Hinweis auf die Beistandspflicht nicht zu vergüten sei. 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 nicht generell, sondern nur im Einzelfall und unter Berücksichtigung der spezifischen Umstände zu bestimmen.

**3.2.4** Bei der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV handelt es sich um pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen in grundlegenden alltäglichen Lebensverrichtungen (Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichten der Notdurft; Fortbewegung etc.; 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 von einer diplomierten Pflegefachfrau ausgefüllten InterRai-Formular ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nicht nur beim Waschen und Anziehen der Kompressionsstrümpfe, sondern auch bei weiteren verschiedenen Aktivitäten im Alltag auf Unterstützung angewiesen ist. Dazu zählen unter anderem das Treppensteigen (act. G 5.3-17; ID G1f), die Vorbereitung beim Gehen (act. G 5.3-18; ID G2f) oder beim Transfer auf die Toilette (act. G 5.3-18; ID G2g), die vollständige Hilfe beim Umgang mit Medikamenten (act. G 5.3-17; ID G1d) sowie die Unterstützung bei der Mobilität im Bett (G5.3-18; ID G2i). Alle diese Aktivitäten sind nicht dokumentiert, und doch ist offensichtlich, dass die Unterstützung in essentiellen Lebensverrichtungen und in massgeblichem, nicht vernachlässigbarem zeitlichem Umfang durch den Ehemann erfolgen dürfte. Dabei handelt es sich um Leistungen und Hilfestellungen, welche über den Umfang dessen, was im Rahmen der Schadenminderungspflicht bzw. der ehelichen Beistandspflicht zu erbringen ist, hinausgehen. Es rechtfertigt sich nicht, unter dem Titel der Schadenminderungspflicht bzw. der ehelichen Beistandspflicht Kürzungen vorzunehmen, zumal – wie dargelegt (vgl. vorstehende E. 3.1.3) – bereits die täglich verrechneten 43 Minuten knapp bemessen sind. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Schadenminderungs- und Beistandspflicht bei der Pflegebedarfsermittlung durch die B.\_\_\_\_ ausreichend berücksichtigt wurden. An dieser Einschätzung vermag die pauschale Stellungnahme der Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin vom 1. Oktober 2025, die sich auf die Wiedergabe des Verfügungsinhalts richtet, ohne sich mit den einzelnen Positionen begründet auseinanderzusetzen, nichts zu ändern (act. G 5.4).

### 3.3

**3.3.1** Schliesslich 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. Indem der Ehemann der Beschwerdeführerin durchgehend ohne Gewährung eines freien Tages pro Woche beschäftigt worden sei, sei gegen die genannten Bestimmungen verstossen worden, weshalb sie (die Beschwerdegegnerin) ihre Leistungspflicht gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV auf sechs Tage pro Woche begrenzen müsse (act. G 5.3-44 E. 1, act. G 5-5 E. 2). Die Beschwerdeführerin vertritt dagegen 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 des ArG und der zwingenden Arbeitnehmerschutzbestimmungen des OR sowie eines allfällig anwendbaren Normalarbeitsvertrags.



Zudem seien private Haushalte vom Anwendungsbereich des ArG ausgenommen, selbst wenn die pflegenden Angehörigen einen Arbeitsvertrag mit einer Spitex-Organisation hätten (act. G 1-5 Rz. 22 f.). Ohnehin würde keine Verletzung der arbeitsrechtlichen Vorschriften vorliegen, da der Ehemann der Beschwerdeführerin allein im Zeitraum vom 1. Februar 2025 bis 1. Mai 2025 an ca. elf vollen Tagen frei gehabt habe (act. G 1-6 Rz. 29).

**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, BBl 1992 I 93, S. 158 f. und 265). Diese massgebenden Bestimmungen enthalten keinen Hinweis auf die Einhaltung arbeitsgesetzlicher bzw. -rechtlicher 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. \_\_\_ als Leistungserbringerin unbestrittenermassen den Administrativ-Verträgen betreffend die Abgeltung von krankenversicherungspflichtigen Leistungen im Bereich Spitex vom 1. Mai 2023 bzw. vom 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. Soweit die Beschwerdegegnerin allerdings behauptet, dass sich die Anwendbarkeit dieser Bestimmungen schon allein aus den Administrativ-Verträgen ergebe (act. G 5-5 E. 2), ist dem entgegenzuhalten, dass sich daraus nicht ableiten lässt, dass sie ihre Leistungspflicht aufgrund der anwendbaren Vorschriften des eidgenössischen oder kantonalen Arbeitsrechts wegbedingen kann. Eine allfällige Durchsetzung der sich aus einem privatrechtlichen Einzelarbeitsvertrag ergebenden Verpflichtungen (und damit des von ihr 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](https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Personenfreizugigkeit_Arbeitsbeziehungen/Arbeitsrecht/Arbeitsstreitigkeiten.html)>, abgerufen am 26. Januar 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 Halbtag 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 der Beschwerdeführerin 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). Für ärztlich verordnete Leistungen gilt die Vermutung, dass sie die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die OKP erfüllen (BGE 125 V 21 E. 5b). Diese Pflichtleistungsvermutung greift auch im vorliegenden Fall. Da hier keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die WZW-Kriterien nicht erfüllt sind (vgl. vorstehende E. 3.2.4), und die Beschwerdegegnerin diesbezüglich nichts Konkretes vorbringt, muss angenommen werden, dass die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die OKP erfüllt sind.

#### 4.



Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht die Leistungen auf der Tarifstufe C auf 05.74 Stunden im Monat limitiert hat. Sie hat vielmehr, wie angeordnet, für 21.85 Stunden im Monat aufzukommen. Nachdem feststeht, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht ihre Leistungspflicht begrenzt hat, erübrigen sich Ausführungen zur erfolgten Sistierung gestützt auf Art. 52a ATSG.

## **5.**

**5.1** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen. Der Einspracheentscheid vom 13. August 2025 ist aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die beantragten Pflegeleistungen für den Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis 22. Juni 2025 zu übernehmen. Soweit der angefochtene Einspracheentscheid eine Leistungskürzung vor dem 1. Januar 2025 betrifft, ist er mangels Verfügungskompetenz bzw. Zuständigkeit der Beschwerdegegnerin aufzuheben.

**5.2** Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im KVG keine zu erheben (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

**5.3** 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 Beschwerde beantragte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin «einstweilen [...] eine Parteientschädigung von mindestens» Fr. 2'500.– (act. G1-9 Rz. 45). Angesichts des im Nachgang noch erfolgten Schriftenwechsels und unter Berücksichtigung der Entschädigungen in ähnlichen Fällen scheint vorliegend eine Parteientschädigung in 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 13. August 2025 wird aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, die beantragten Pflegeleistungen für den Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis 22. Juni 2025 zu erbringen.

### **2.**

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

### **3.**

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.– (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.