



Obergericht des Kantons Graubünden
Dretgira superiura dal chantun Grischun
Tribunale d'appello del Cantone dei Grigioni

Urteil vom 24. März 2025

mitgeteilt am 25. März 2025

Referenz SV1 24 117

Instanz Erste sozialversicherungsrechtliche Kammer

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

Parteien



Beschwerdeführer

vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. iur. Hardy Landolt
Schweizerhofstrasse 14, Postfach 1608, 8750 Glarus

gegen

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG
Bahnhofstrasse 13, Postfach, 7302 Landquart
Beschwerdegegnerin

Gegenstand Versicherungsleistungen nach KVG

Sachverhalt

- A. [REDACTED] geboren 1956, leidet seinen Angaben zufolge insbesondere an einer inkompletten Tetraplegie. Er ist bei der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG (nachfolgend: ÖKK) obligatorisch krankenpflegeversichert. Er wird im häuslichen Umfeld von seiner Lebenspartnerin [REDACTED] pflegerisch betreut. Letztere wurde von der Care Solutions GmbH als pflegende Angehörige angestellt.
- B. Am 1. März 2024 verordnete Dr. med. Niedermaier, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Pflegeleistungen vom 1. März 2024 bis zum 31. August 2024 gestützt auf eine Bedarfsmeldung, anlässlich welcher ein Pflegebedarf von drei Stunden 40 Minuten für Leistungen der Abklärung und Beratung sowie von 193 Stunden 56 Minuten für Leistungen der Grundpflege pro Quartal ermittelt worden war.
- C. Mit Schreiben vom 17. April 2024 erteilte die ÖKK Kostengutsprache für Spitex-Leistungen im Umfang von drei Stunden für Leistungen der Abklärung und Beratung sowie von 121 Stunden 20 Minuten für Grundpflegeleistungen pro Quartal. Mit der damit einhergehenden Kürzung gegenüber der Bedarfsmeldung erklärte sich [REDACTED] nicht einverstanden.
- D. Mit Verfügung vom 2. Oktober 2024 hielt die ÖKK an ihrer Kostengutsprache für Spitex-Leistungen für den Zeitraum vom 1. März 2024 bis zum 31. August 2024 fest. Dagegen liess [REDACTED] am 23. Oktober 2024 Einsprache erheben.
- E. Mit Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2024 hob die ÖKK die Verfügung vom 2. Oktober 2024 in teilweiser Gutheissung der Einsprache auf und entschied, dass für den Zeitraum vom 1. März 2024 bis zum 31. August 2024 pro Quartal drei Stunden für Leistungen der Abklärung und Beratung sowie 131 Stunden fünf Minuten für Leistungen der Grundpflege durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen würden. Dabei limitierte sie die Leistungspflicht auf sechs Tage pro Woche, da bei einer durchgehenden Beschäftigung der Lebenspartnerin des Versicherten ohne Gewährung eines freien Tages pro Woche davon auszugehen sei, dass auf Dauer eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Erbringung von Pflegeleistungen nicht gewährleistet sei. Demgegenüber erkannte sie, dass im Lichte der neuen Rechtsprechung beim Zusammentreffen von KVG-Pflegebeiträgen und IV-Hilflosenentschädigung kein Überentschädigungstatbestand vorliege, weshalb die zuvor nicht berücksichtigten zehn Stunden Grundpflege von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen seien. Schliesslich nahm

die ÖKK eine Kürzung aufgrund der Fürsorge- bzw. Schadenminderungspflicht der Lebenspartnerin vor.

F. Dagegen liess [REDACTED] (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 23. Dezember 2024 (Poststempel) Beschwerde beim damaligen Verwaltungsgericht bzw. heutigen Obergericht des Kantons Graubünden erheben und in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 4. Dezember 2024 beantragen, die ÖKK sei zu verpflichten, die beantragten Pflegeleistungen vollumfänglich zu vergüten. Eventualiter sei die Angelegenheit an die ÖKK zurückzuweisen. Den prozessualen Antrag auf Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und -verbeiständung zog der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 17. Januar 2025 zurück. In materieller Hinsicht erachtet er sowohl die Limitierung der Leistungspflicht auf sechs Tage pro Woche als auch die Kürzung infolge einer Beistandspflicht der Lebenspartnerin für unzulässig.

G. Die ÖKK (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) schloss in ihrer Vernehmlassung vom 22. Januar 2025 auf Abweisung der Beschwerde und nahm in ablehnender Weise zu den Vorbringen des Beschwerdeführers Stellung.

H. Der Beschwerdeführer replizierte am 6. Februar 2025 bei unveränderten Rechtsbegehren und vertiefte seinen Standpunkt.

I. Die Beschwerdegegnerin reichte am 18. Februar 2025 eine Duplik ein, wobei sie ebenfalls an ihrem Antrag festhielt.

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

Erwägungen

1.1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 4. Dezember 2024. Dieser Entscheid stellt gemäss Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 56 Abs. 1 ATSG (SR 830.1) ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem heutigen Obergericht des Kantons Graubünden dar, auf das bei Inkrafttreten des GOG (BR 173.000) per 1. Januar 2025 hängige Verfahren des Verwaltungsgerichts übertragen worden sind (Art. 122 Abs. 5 GOG). Der vorliegende Rechtsstreit gründet auf einem Rechtsverhältnis, das sich aus dem KVG ergibt, wobei es um die Frage geht, in welchem Umfang die Kosten der zugunsten des Beschwerdeführers von seiner Lebenspartnerin als Angestellte der

Care Solutions GmbH erbrachten Pflegeleistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. Dabei liegt eine Abtretungserklärung vom 5. März 2024 im Recht, mit welcher der Beschwerdeführer sämtliche Rückerstattungsansprüche gegenüber dem Krankenversicherer im Zusammenhang mit der von der Care Solutions GmbH erbrachten Pflegeleistungen an diese abgetreten hat (vgl. art. C.14/4). Die Abtretung der Forderung ändert allerdings nichts an deren Rechtsnatur; im System des Tiers garant bleibt der Versicherte Schuldner der Vergütung gegenüber dem Leistungserbringer. Der Zessionar (hier die Leistungserbringerin) muss sich an seine Forderung gegen den Zedenten (hier der Versicherte bzw. Beschwerdeführer) nur diejenige Summe anrechnen lassen, die er vom Schuldner (hier die Krankenversicherung) tatsächlich erhält oder bei gehöriger Sorgfalt erhalten hätte. Der Zedent ist somit Garant für die Zahlungsfähigkeit des Schuldners, da er nur bis zur Höhe dessen, was der Zessionar einzieht oder hätte einziehen können, befreit wird (vgl. BGE 127 V 439 E. 2c; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_320/2010 vom 2. Dezember 2010 E. 4.2 f. und 9C_61/2009 vom 16. Juli 2009 E. 5.2.2; vgl. LANDOLT, Das schiedsgerichtliche Verfahren in umstrittenen Pflegefällen, Pflegerecht 1/2018, S. 16 f.). Mithin ist die versicherte Person primär von der sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeit betroffen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 95/05 vom 24. Juli 2006 E. 3). Aus diesem Grunde bleibt die Abtretung denn auch ohne Einfluss auf die Zuständigkeit der für die Beurteilung entsprechender Streitigkeiten vorgesehenen Gerichte (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_561/2010 vom 6. Juni 2011 E. 1.2 und 9C_320/2010 vom 2. Dezember 2010 E. 4.3 ff.; vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 66/02 vom 17. August 2004 E. 4.2). Demnach unterliegt der vorliegende Rechtsstreit der Sozialversicherungsgerichtsbarkeit (vgl. zum Ganzen: Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden S 23 137 vom 27. Februar 2024 E. 1.2.4).

1.2. Die örtliche Zuständigkeit des Obergerichts des Kantons Graubünden ist gegeben. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Vorliegend hat der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz in Davos Platz. Die sachliche und funktionelle Zuständigkeit des Obergerichts ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100), wonach das Obergericht Beschwerden gegen Einspracheentscheide und Verfügungen in Sozialversicherungssachen beurteilt, die gemäss Bundesrecht der Beschwerde unterliegen. Auch die Legitimation ist gegeben: Als formeller und materieller Adressat ist der Beschwerdeführer vom angefochtenen Entscheid berührt und er weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung auf (Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist-

und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) ist somit einzutreten.

2. Streitgegenstand bildet die Frage, in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) die Kosten der zugunsten des Beschwerdeführers von seiner Lebenspartnerin als Angestellte der Care Solutions GmbH erbrachten Pflegeleistungen zu vergüten hat. Im Streit liegt dabei die Kostenübernahme der OKP für die zwischen dem 1. März 2024 und dem 31. August 2024 erbrachten Grundpflegeleistungen.

3. Bezüglich des anwendbaren Rechts ist – mangels einer in der Übergangsbestimmung vom 13. Dezember 2022 enthaltenen speziellen Vorschrift in Bezug auf den vorliegenden Fall – auf die allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln abzustellen, gemäss welchen in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. statt vieler: BGE 149 II 320 E. 3, 148 V 174 E. 4.1, 146 V 364 E. 7.1 und 144 V 210 E. 4.3.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_521/2021 vom 22. März 2022 E. 2.2). Somit ist hinsichtlich der vom 1. März 2024 bis zum 30. Juni 2024 erbrachten Grundpflegeleistungen das bis zu diesem Zeitpunkt geltende Recht bzw. in Bezug auf jene zwischen dem 1. Juli 2024 und dem 31. August 2024 das ab dem 1. Juli 2024 geltende Recht anwendbar.

4.1. Vorab ist zunächst auf das formelle Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach sein Anspruch auf rechtliches Gehör und das Rechtsverweigerungsverbot mangels hinreichender Entscheidungsbegründung verletzt worden seien.

4.2. Soweit er dabei bemängelt, die Beschwerdegegnerin habe sich nicht zur Kürzung der beantragten Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31), mithin zu den Massnahmen der Abklärung und Beratung geäussert, vermag sein Einwand nicht zu verfangen. Im Leistungsplanungsblatt vom 26. Februar 2024 waren noch monatlich 15 Minuten für die Pflegeanleitung bzw. Beratung des Klienten oder Angehöriger vermerkt (als Position 10909; vgl. act. B.3 = act. C.3 S. 3). Bereits in der Kostengutsprache vom 17. April 2024 teilte die Beschwerdegegnerin in Übernahme der Kosten für Abklärung und Beratung von drei Stunden pro Quartal mit, dass die Anleitung bzw. Beratung bei angestellten pflegenden Angehörigen nicht bewilligt werde. Vielmehr sei die Spitex bei allen Angestellten verpflichtet, diese entsprechend zu schulen und anzuleiten, weshalb diese Leistung keine Pflichtleistung gemäss Art. 7 KLV darstelle (vgl. act. C.14/6). In der Folge liess der Beschwerdeführer mit Schreiben vom

15. Mai 2024 mitteilen, dass die Pflegeanleitung bzw. Beratung der angestellten Angehörigen (Position 10909) nicht verrechnet werden könne (vgl. act. C.13). Da dieser Punkt somit nicht mehr umstritten war (vgl. auch Replik des Beschwerdeführers vom 6. Februar 2025 [act. A.3 S. 1 f.]), musste sich die Beschwerdegegnerin auch nicht veranlasst sehen, im angefochtenen Einspracheentscheid – bzw. in der diesem zugrundeliegenden Verfügung vom 2. Oktober 2024 – näher darauf einzugehen.

4.3. Im Weiteren ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin nicht gehalten war, sich mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinanderzusetzen und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich zu widerlegen. Sie durfte sich vielmehr auf die wesentlichen Einwände beschränken (vgl. BGE 148 III 30 E. 3.1, 146 II 335 E. 5.1, 141 III 28 E. 3.2.4, 141 V 557 E. 3.2.1 und 134 I 83 E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_727/2023 vom 3. Juni 2024 E. 6.3). Die Beschwerdegegnerin hat sich denn auch im angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2024 ausführlich mit den vom Beschwerdeführer erhobenen Einwänden zur Limitierung der Leistungspflicht auf sechs Tage pro Woche und zur Leistungskürzung aufgrund der familiären Beistands- bzw. Schadenminderungspflicht befasst und in eingehenden Erwägungen dargelegt, weshalb sie diese als unbegründet erachtet (vgl. dortige E. 2.3.1 ff., E. 2.5.1 ff. und E. 2.6 [act. B.1 = act. C.11]). Damit hat die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid rechtsgenüglich begründet. Die Überlegungen von denen sie sich leiten liess, können nachvollzogen werden. Die Pflicht zur Entscheidungsbegründung bezweckt denn auch, dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und diesen in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann, falls er damit nicht einverstanden ist (vgl. BGE 148 III 30 E. 3.1, 145 III 324 E. 6.1, 143 III 65 E. 5.2 und 142 III 433 E. 4.3.2). Da vorliegend die Motive der Beschwerdegegnerin mit genügender Klarheit aus dem Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2024 hervorgehen, war der Beschwerdeführer denn auch in der Lage, diesen sachgerecht anzufechten. Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör bzw. des Rechtsverweigerungsverbots ist somit nicht auszumachen.

5.1. 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 "faireres Verfahren" tatsächlich umgesetzt wird (vgl. BGE 142 I 188 E. 3.1.1 und E. 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 8C_273/2013 vom 20. Dezember 2013 E. 1.2). 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).

5.2. 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 E. 3b/ff.; vgl. zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_538/2024 vom 18. Dezember 2024 E. 2.2).

5.3. Vorliegend beantragte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 23. Dezember 2024 die Durchführung einer mündlichen Verhandlung. Darauf kann hier jedoch verzichtet werden, da – wie aufzuzeigen sein wird – der Beschwerdeführer in dem von ihm gestellten Eventualbegehren obsiegt.

6.1. Die OKP übernimmt nach Art. 24 Abs. 1 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 bis 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Sie übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG), und leistet unter anderem einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer

Ärztin erbracht werden (Art. 25a Abs. 1 lit. c KVG, in der seit dem 1. Juli 2024 geltenden Fassung; zur davor geltenden Fassung vgl. aArt. 25a Abs. 1 Satz 1 KVG). Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können, und bestimmt, welche Pflegeleistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können (Art. 25a Abs. 3 KVG, in der seit dem 1. Juli 2024 geltenden Fassung; zur davor geltenden Fassung vgl. aArt. 25 Abs. 3 KVG). Er regelt namentlich das Verfahren der Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 25a Abs. 3^{quater} KVG, in Kraft seit dem 1. Juli 2024; vgl. aArt. 25 Abs. 3 KVG) und setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest (Art. 25a Abs. 4 Satz 1 KVG; vgl. dazu auch Art. 33 lit. b und i KVV [SR 832.102]). Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden (Art. 25a Abs. 4 Satz 2 KVG). Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen, wobei der Bundesrat die Modalitäten festlegt (Art. 25a Abs. 4 Satz 3 und 4 KVG).

6.2. Art. 7 KLV umschreibt den Leistungsbereich (vgl. Art. 33 lit. b KVV und Ingress der KLV). Gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV (in der seit dem 1. Juli 2024 geltenden Fassung; zur davor geltenden Fassung vgl. aArt. 7 Abs. 1 KLV) gelten als nichtärztliche Leistungen (im Sinne von Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 33 lit. b KVV) Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und Art. 8 KLV erbracht werden von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 7 Abs. 1 lit. a KLV und Art. 49 KVV), von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 7 Abs. 1 lit. b KLV und Art. 51 KVV) und von Pflegeheimen (Art. 7 Abs. 1 KLV lit. c und Art. 39 Abs. 3 KVG). Diese Leistungen umfassen Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV), Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie Massnahmen der Grundpflege (lit. c). Die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV können ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und Art. 8 KLV erbracht werden. Die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV dürfen nur auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und Art. 8 KLV erbracht werden (Art. 7 Abs. 4 KLV, in Kraft seit dem 1. Juli 2024). Die Beiträge der OKP an die Kosten der Leistungen für die Grundpflege sind gestützt auf Art. 33 lit. i KVV in Art. 7a Abs. 3 KLV geregelt und sind je nach zeitlichem Pflegebedarf pro Tag abgestuft. Gemäss Art. 8 Abs. 1 KLV bestimmt der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung namentlich, ob die Patientin oder der Patient Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV benötigt (Satz 1, in der seit dem 1. Juli 2024 geltenden Fassung; zur davor geltenden Fassung vgl. aArt. 8 Abs. 1 Satz 1 KLV). Der Arzt oder

die Ärztin kann bestimmte Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV für notwendig erklären (Art. 8 Abs. 1 Satz 2 KLV). Die Ermittlung des Bedarfs an Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV, die zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung nach Art. 8 KLV notwendig sind (Bedarfsermittlung), erfolgt durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann nach Art. 49 KVV in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder den Angehörigen. Das Ergebnis der Bedarfsermittlung ist umgehend dem Arzt oder der Ärztin zur Kenntnisnahme zuzustellen, welcher oder welche die Anordnung oder den Auftrag erteilt hat (Art. 8a Abs. 1 KLV). Die Ermittlung des Bedarfs an Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV, die ohne ärztlichen Auftrag oder ärztliche Anordnung von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau nach Art. 49 KVV erbracht werden können, wird von diesem oder dieser in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder dessen oder deren Angehörigen durchgeführt. Das Ergebnis ist umgehend dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin zur Kenntnisnahme zuzustellen (Art. 8a Abs. 1^{bis} KLV, in Kraft seit dem 1. Juli 2024). Leistungserbringer sind unter anderem Pflegefachpersonen und Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen (Art. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG, in Kraft seit dem 1. Juli 2024), sowie Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen (Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG).

6.3. Mit dem am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Art. 36 KVG wurde für neu zuzulassende Leistungserbringer ein formelles Zulassungsverfahren eingeführt; demnach dürfen die Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 lit. a-g, lit. m und lit. n KVG nur zulasten der OKP tätig sein, wenn sie vom Kanton zugelassen sind, auf dessen Gebiet die Tätigkeit ausgeübt wird. Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Leistungserbringer erfüllen müssen; die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden (Art. 36a Abs. 1 KVG). Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen je nach Art der Leistungserbringer die Ausbildung, die Weiterbildung und die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Anforderungen (Art. 36a Abs. 2 KVG). Die Zulassung der Organisationen nach Art. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG setzt einen kantonalen Leistungsauftrag voraus (Art. 36a Abs. 3 Satz 1 KVG, in Kraft seit dem 1. Juli 2024). Jeder Kanton bezeichnet eine Behörde, die die Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 lit. a-g, lit. m und lit. n beaufsichtigt (Art. 38 Abs. 1 KVG). Die Aufsichtsbehörde trifft namentlich die Massnahmen, die für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 36a KVG nötig sind (Art. 38 Abs. 2 Satz 1 KVG). Die Art. 47 ff. KVV (in den seit dem

1. Januar 2022 in Kraft stehenden Fassungen) regeln die Zulassungsvoraussetzungen für Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, und für Organisationen, die solche Personen beschäftigen (vgl. Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG).

6.4. Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 hatten die Kantone ab dem Inkrafttreten der neuen Regelung zwei Jahre und damit bis zum 1. Januar 2024 Zeit, um die kantonalen Regelungen zur Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP anzupassen (Abs. 1 Satz 1). Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 lit. a-g, lit. m und lit. n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen waren, galten als nach Art. 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels ausgeübt haben (Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020). Der Zulassungsentscheid erfolgt (neu) mittels anfechtbarer kantonaler Verfügung im Rahmen eines formellen Zulassungsverfahrens, das eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung gewährleisten soll. In diesem Verfahren muss überprüft werden, ob die Zulassungskriterien vorhanden sind bzw. erfüllt werden (inkl. Qualitätsanforderungen gemäss Art. 58g KVV; vgl. dazu Bundesamt für Gesundheit [BAG], Häufig gestellte Fragen [FAQ] zur Umsetzung der KVG-Änderung "Zulassung von Leistungserbringern", Stand 25. August 2023, Frage 1.1.a; siehe ferner Botschaft vom 9. Mai 2018 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Zulassung von Leistungserbringern], BBl 2018 3125, 3136 ff., 3144 und 3154 ff.).

6.5. Im Kanton Graubünden wurde infolge der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 das Gesetz über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung (KPVG; BR 542.100) teilrevidiert. Gemäss dem neuen, am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Art. 19c KPVG wird die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP gemäss Art. 36 KVG vom zuständigen Amt – hier dem Gesundheitsamt (vgl. Art. 27a Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 4 der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung [VOzKPVG; BR 542.120]) – erteilt (Art. 19c Abs. 1 KPVG). Dieses ist nach Art. 19d Abs. 1 KPVG auch für die Aufsicht über die zugelassenen Leistungserbringer im Sinne von Art. 38 KVG zuständig (vgl. Botschaft der Regierung an den Grossen Rat vom 13. Februar 2023 zur Teilrevision des Gesetzes über die Krankenversicherung und die Prämienverbilligung, Heft Nr. 7/2022-2023, S. 487 f.; siehe auch Art. 27a Abs. 2 VOzKPVG). Im Gegensatz dazu war nach der bisherigen Konzeption des KVG für die Zulassung von Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung kein förmliches Zulassungsverfahren vorgesehen (vgl. BGE 132 V 303 E. 4.3.1; vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 153/05

vom 4. Mai 2006 E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 2P.35/2003 vom 5. November 2003 E. 3.2). Diese waren vielmehr von Gesetzes wegen ohne Weiteres zugelassen, wenn sie die im KVG und in der KVV aufgestellten Zulassungsbedingungen erfüllten (vgl. Botschaft vom 9. Mai 2018 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Zulassung von Leistungserbringern], BBl 2018 3125, 3138, 3144 und 3154 f.; EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, Art. 35 Rz. 3). Mit der neuen Rechtslage erhält der Bundesrat die Kompetenz, die Zulassungsvoraussetzungen sämtlicher Leistungserbringer des ambulanten Bereichs festzulegen, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten (vgl. Botschaft vom 9. Mai 2018 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Zulassung von Leistungserbringern], BBl 2018 3125, 3155 f.).

6.6. 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}, in Kraft seit dem 1. Juli 2024). 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).

6.7. Was die fachliche Qualifikation der bei einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause 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 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 pfe-

gerische 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).

7.1. Im hier zu beurteilenden Fall begrenzte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht im Rahmen der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV auf sechs Tage pro Woche, da bei einer durchgehenden Beschäftigung der Lebenspartnerin des Beschwerdeführers ohne Gewährung eines freien Tages pro Woche davon auszugehen sei, dass auf Dauer eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Erbringung der Pflegeleistungen nicht gewährleistet sei (vgl. angefochtener Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2024 [act. B.1 E. 2.3 = act. C.11 E. 2.3] und Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin vom 22. Januar 2025 Rz. 12 ff. [act. A.2]). Dagegen wendet der Beschwerdeführer ein, der Krankenversicherer sei ausschliesslich für den Vollzug der OKP zuständig, nicht aber für die Kontrolle der Einhaltung des Arbeitsgesetzes bzw. der zwingenden Arbeitnehmerschutzbestimmungen. Er sei nicht berechtigt, allfällige Einreden und Einwendungen, welche das Innenverhältnis (Arbeitsvertrag) zwischen der angestellten Angehörigen und dem Leistungserbringer betreffen, im Aussenverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherungsträger zu erheben und damit Kürzungen der Leistungspflicht zu begründen. Im Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, die privaten Haushalte seien vom Arbeitsgesetz ausgenommen, selbst wenn die pflegenden Angehörigen einen Arbeitsvertrag mit einer Spitex-Organisation hätten. Ausserdem komme aufgrund des geringen Arbeitspensums seiner Lebenspartnerin Art. 329 Abs. 2 OR zur Anwendung, wonach der Arbeitnehmerin unter besonderen Umständen namentlich statt eines freien Tages zwei freie Halbtage eingeräumt werden könnten.

7.2. Vorliegend ist unbestritten, dass die Beschwerdegegnerin nicht für die Kontrolle der Einhaltung des Arbeitsgesetzes zuständig ist. Vielmehr obliegt dessen Vollzug den Kantonen (vgl. Art. 41 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel [Arbeitsgesetz, ArG; SR 822.11] und Art. 2 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Arbeitsgesetz und zur Unfallverhütung nach Unfallversicherungsgesetz [BR 530.100] sowie Art. 1 der Verordnung zum Einführungsgesetz zum Arbeitsgesetz und zur Unfallverhütung nach Unfallversicherungsgesetz

[BR 530.150]). Diese sind insbesondere für Einzelfallkontrollen mittels Inspektionen vor Ort betreffend die Anwendung des Arbeitsgesetzes und der zugehörigen Verordnungen durch die Betriebe zuständig (vgl. Art. 79 Abs. 1 lit. a der Verordnung 1 zum Arbeitsgesetz [ArGV 1; SR 822.111]).

7.3. Im Weiteren beruft sich der Beschwerdeführer auf die Einschätzung des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) zur Einhaltung der Arbeits- und Ruhezeiten von angestellten pflegenden Angehörigen. Nach Art. 1 Abs. 1 ArG ist das Arbeitsgesetz unter Vorbehalt der Art. 2 bis 4 ArG auf alle öffentlichen und privaten Betriebe anwendbar. Vom betrieblichen Geltungsbereich des Arbeitsgesetzes ausgenommen sind allerdings gestützt auf Art. 2 Abs. 1 lit. g ArG private Haushaltungen. Das SECO ist dabei der Auffassung, dass pflegende Angehörige von dieser Ausnahme grundsätzlich erfasst werden, da sie in einem privaten Haushalt eingesetzt würden und keine anderen Angestellten vor Ort seien. Dies gelte selbst dann, wenn die pflegenden Angehörigen einen Arbeitsvertrag mit der Organisation hätten. Daher seien die Arbeits- und Ruhezeitbestimmungen sowie die Gesundheitsvorschriften des Arbeitsgesetzes nicht anwendbar (vgl. Schreiben vom 6. April 2021 [act. C.10 S. 1]; siehe ferner auch Schreiben des SECO vom 16. Mai 2023 [act. C.10 S. 3 f.]). Dem hält die Beschwerdegegnerin allerdings zu Recht entgegen, dass der Sachverhalt, welcher dieser Stellungnahme zugrunde liegt, nicht näher bekannt ist, und das SECO zudem anmerkte, dass das kantonale Arbeitsinspektorat für die konkrete Prüfung der Situation zuständig sei (vgl. act. C.10 S. 2). Ausserdem weist sie – unter Anerkennung, dass die Care Solutions GmbH diesem nicht beigetreten ist – auf den Administrativ-Vertrag Spitex vom 1. Mai 2023 zwischen der Spitex Schweiz bzw. der Association Spitex privée Suisse (ASPS) und verschiedenen Versicherern hin, wonach Spitex-Organisationen, welche pflegende Angehörige anstellten, die anwendbaren Vorschriften des eidgenössischen und kantonalen Arbeitsrechts einzuhalten hätten. Es sei insbesondere sicherzustellen, dass die pflegenden Angehörigen physisch und psychisch in der Lage seien, die Pflegeleistungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht sicherzustellen (vgl. Art. 1 Abs. 3 des Administrativ-Vertrags Spitex [act. C.6]). Im Weiteren verweist die Beschwerdegegnerin auf den Code of Conduct der ASPS zum Thema pflegende Angehörige vom 26. August 2024, worin die ASPS die Ansicht vertritt, dass pflegende Angehörige dem Arbeitsgesetz unterstellt seien. Daher empfiehlt sie ihren Mitgliedern, die Vorgaben des Arbeitsgesetzes und seiner Verordnungen einzuhalten (vgl. act. C.7 S. 3).

7.4. Auch in der Lehre wird – abgesehen vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (vgl. LANDOLT, Handbuch Pflegerecht, 2023, S. 139 f.) – mehrheitlich die

Ansicht vertreten, dass privatrechtlich organisierte Spitex-Organisationen dem Arbeitsgesetz unterstellt sind, auch mit Blick auf angestellte pflegende Angehörige, jedenfalls soweit zwischen der Spitex-Organisation und der zu pflegenden Person ein Auftragsverhältnis nach Art. 394 ff. OR besteht (vgl. FILIPPO, Sozialversicherungsrechtliche Absicherung unentgeltlich pflegender Personen im Erwerbsalter, 2016, S. 70; PÄRLI, Private Haushalte: Anwendung des Arbeitsgesetzes?, Jusletter vom 27. Mai 2019, S. 8 f. und S. 18; WAGNER, Die Rund-um-die-Uhr-Betreuung in der Pflege, AJP 2016, S. 773 f.; GEISER, Arbeitsgesetz, in: Portmann/von Kaenel [Hrsg.], Fachhandbuch Arbeitsrecht, 2018, S. 649; DERS., Übersicht über die arbeitsrechtliche Rechtsprechung des Bundesgerichts, AJP 2016, S. 101; LEU/BISCHOFBERGER, Pflegende Angehörige als Angestellte in der Spitex: Eine Annäherung aus rechtlicher, qualifikatorischer und konzeptioneller Perspektive, Pflegerecht 2012, S. 213; HENSCH, Arbeitsrechtliche Fragen der spitalexternen Krankenpflege, Pflegerecht 2012, S. 14). Dabei wird argumentiert, dass im Falle privatrechtlich-erwerbswirtschaftlicher Spitex-Anbieter ein Dreiparteienverhältnis bestehe zwischen der zu pflegenden Person, der Spitex-Organisation und der Arbeitnehmerin bzw. dem Arbeitnehmer. Während zwischen letzteren beiden ein Arbeitsvertrag abgeschlossen werde, liege zwischen der Spitex-Organisation und der zu pflegenden Person ein Auftragsverhältnis nach Art. 394 ff. OR vor. Die von der Arbeitnehmerin bzw. dem Arbeitnehmer zu erbringenden Pflegeleistungen dienten dabei neben der zu pflegenden Personen der Erfüllung des Auftrags zwischen dieser und der Spitex-Organisation und damit dem kommerziellen Zweck der privatrechtlich-erwerbswirtschaftlichen Spitex-Anbieter. In dieser Konstellation stelle daher die Spitex-Organisation den Betrieb im Sinne von Art. 1 Abs. 2 ArG dar, wobei die Ausnahme vom betrieblichen Geltungsbereich nach Art. 2 Abs. 1 lit. g ArG nicht zum Tragen komme (vgl. PÄRLI, a.a.O., S. 8 f., S. 16 und S. 18; WAGNER, a.a.O., S. 773 f.).

7.5. Das Bundesgericht hielt in einem jüngeren publizierten Entscheid (BGE 148 II 203) dafür, aus der Auslegung von Art. 2 Abs. 1 lit. g ArG ergebe sich, dass diese Bestimmung auf Zweiparteienverhältnisse zugeschnitten sei, d.h. auf Konstellationen, in welchen die Arbeitskraft direkt vom privaten Haushalt angestellt werde und ihre Anweisungen ausschliesslich von diesem beziehe. Demgegenüber sei es bei Dreiparteien-Konstellationen, so namentlich in Fällen von Personalverleih, möglich, die Einhaltung der Arbeits- und Ruhezeiten bei der Betreuungsorganisation zu kontrollieren. Der Wille des historischen Gesetzgebers, der sich – wie es die in der Lehre aufgeführten Beispiele (Köche, Chauffeure, Gärtner etc.) zeigten – vor allem auf die Intimität der Verhältnisse stütze, erstrecke sich nicht auf Mehrparteienverhältnisse. Zudem diene die Arbeitsleistung der Betreuungskraft in Fällen von Mehr-

parteienverhältnissen nicht nur der Erfüllung privater Bedürfnisse der zu betreuenden Person, sondern auch dem kommerziellen Zweck der Betreuungsorganisation. Diese Argumente sprächen – unter Berücksichtigung des Zwecks des Arbeitsgesetzes, einen umfassenden Schutz möglichst vieler Arbeitnehmenden zu gewährleisten – für eine restriktive Handhabung von Art. 2 Abs. 1 lit. g ArG und damit gegen die Anwendung dieser Ausnahmebestimmung auf Fälle von Mehrparteienverhältnissen (vgl. BGE 148 II 203 E. 4.6).

7.6. Dem bundesgerichtlichen Leitentscheid BGE 148 II 203 lag zwar – anders als hier – ein 24-Stunden-Betreuungsmodell in Privathaushalten zugrunde, welches die Vorinstanz als Personalverleih qualifiziert hatte. Nichtsdestotrotz hielt das Bundesgericht was folgt fest: *"Besteht zwischen der Betreuungsorganisation und der zu betreuenden Person (...) ein Vertragsverhältnis (Auftrag bzw. Werkvertrag), untersteht das Unternehmen, welches mit seinen Angestellten einem privaten Haushalt Betreuungs- und Pflegedienstleistungen erbringt, grundsätzlich dem Arbeitsgesetz und stellt es den Betrieb nach Art. 1 Abs. 2 ArG dar. Die Ausnahme gemäss Art. 2 Abs. 1 lit. g ArG gelangt in solchen Fällen nicht zur Anwendung"* (BGE 148 II 203 E. 3.4.3). Auch im vorliegenden Fall ist dem Betriebskonzept der Care Solutions GmbH vom 2. November 2021 zu entnehmen, dass sie mit jedem Klienten einen schriftlichen Pflegedienstleistungsauftrag abschliesse, in welchem die gegenseitigen Rechte und Pflichten festgelegt würden. Sodann schliesse die Care Solutions GmbH mit jedem Arbeitnehmer einen schriftlichen Arbeitsvertrag ab (vgl. act. C.8 S. 7 f.). Insofern liegt auch hier ein wie vom Bundesgericht beschriebenes Dreiparteienverhältnis vor (vgl. hierzu auch Bestätigung vom 18. März 2024 der Care Solutions GmbH betreffend Pflegedienstleistungsvertrag und Anstellung [act. C.14/1]). Zwar trifft es zu, dass die angestellten pflegenden Angehörigen in den Haushalt der zu pflegenden Person eingegliedert sind und zwischen ihnen ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht. Aufgrund dessen dem Arbeitsgesetz, das einen möglichst umfassenden Arbeitnehmerschutz bezweckt (vgl. BGE 148 II 203 E. 4.2), die Anwendung zu versagen, da Kontrollen der Arbeits- und Ruhezeiten faktisch erschwert bzw. gar unmöglich seien (vgl. LANDOLT, a.a.O., S. 140), greift allerdings zu kurz. Denn so hielt auch das Bundesgericht in BGE 148 II 203 fest, dass die Kontrolle der Einhaltung der Vorschriften des Arbeitsgesetzes und dessen Verordnungen über die Arbeits- und Ruhezeiten bei der Organisation möglich sei. Die Arbeitszeit könne namentlich digital, mit Hilfe webbasierter Zeiterfassungssysteme, erfasst werden. Der Zugang zum Privathaushalt – welcher der historische Gesetzgeber mit der hier interessierenden Ausnahme privater Haushalte insbesondere zu vermeiden bezweckte (vgl. BGE 148 II 203 E. 4.4) – sei hierfür nicht zwingend nötig (vgl. E. 4.4.2 des besagten Urteils). Die pflegenden Angehörigen unterliegen hinsichtlich

der von ihnen erbrachten Grundpflegeleistungen denn auch einer Dokumentations- und Rapportierungspflicht (vgl. Urteil des Schiedsgerichts des Kantons Graubünden SVR 22 1 vom 22. März 2024 E. 5.4). Desgleichen geht aus dem Betriebskonzept der Care Solutions GmbH hervor, dass die pflegenden Angehörigen die von ihnen erbrachten Pflegeleistungen in einem Pflegejournal rapportieren, das sie monatlich der zuständigen Casemanagerin bzw. dem zuständigen Casemanager übergeben müssen. Ausserdem verwendet sie die Spitex-Software Perigon, mit welcher die Pflegeleistungen geplant, erfasst und abgerechnet werden (vgl. act. C.8 Ziff. 8). Im Weiteren sind die Casemanagerinnen und -manager gegenüber den angestellten Angehörigen befugt, pflegerelevante Weisungen zu erteilen (vgl. act. C.8 Ziff. 12), womit die Weisungsbefugnisse hinsichtlich der zu erbringenden Grundpflegeleistungen bei der Spitex-Organisation liegen. Die angestellten Angehörigen werden von einer über ein Pflegefachdiplom verfügende Casemanagerin instruiert und beaufsichtigt. Die zuständige Casemanagerin – vorliegend Leonie Cavegn (vgl. act. B.3 = act. C.3. S. 3) – erstellt die Bedarfsabklärung, macht die Pflegeplanung und instruiert die angestellten Angehörigen. Sie beaufsichtigt die Pflegedienstleistung und stellt eine einheitliche Qualität sicher (vgl. Betriebskonzept der Care Solutions GmbH vom 2. November 2021 [act. C.8 Ziff. 4.1]). Insofern kann der Beschwerdegegnerin nicht gefolgt werden, wenn sie festhält, die Care Solutions GmbH wache nicht angemessen über die Pflegequalität der bei ihr angestellten pflegenden Angehörigen. Im Recht liegt denn auch eine detaillierte Pflegeplanung mit den beim Beschwerdeführer vorzunehmenden Grundpflegeleistungen, welche zusammen mit dem Leistungsplanungsblatt die von der pflegenden Angehörigen zu verrichtenden Arbeitseinsätze und Arbeitszeiten definiert (vgl. act. B.2 f.). Diese Umstände sprechen dafür, dass die im Rahmen des Arbeitsvertrags von der pflegenden Angehörigen erbrachten Grundpflegeleistungen der Erfüllung der Leistungspflicht der Spitex-Organisation gegenüber der zu pflegenden Person aus dem Auftragsverhältnis dienen. Die Einhaltung der arbeitsgesetzlichen Vorschriften könnten daher bei der Spitex-Organisation kontrolliert werden, was für deren Anwendbarkeit spricht. Die pflegenden Angehörigen würden damit auch gleich behandelt wie andere angestellte Spitexmitarbeitende und kämen in den Schutz der arbeitsgesetzlichen Arbeits- und Ruhezeiten (vgl. namentlich zum wöchentlichen Ruhetag: Art. 21 ArGV 1, zur wöchentlichen Höchstarbeitszeit: Art. 9 ArG, zur Verteilung der Arbeitszeit: Art. 16 ArGV 1 und zur täglichen Ruhezeit: Art. 15a ArG).

7.7. Würde dem Arbeitsgesetz seine Anwendbarkeit versagt, böten allenfalls kantonale Normalarbeitsverträge (NAV) noch einen gewissen Schutz (vgl. Art. 359 ff. OR; vgl. Normalarbeitsvertrag für das hauswirtschaftliche Arbeitsverhältnis [BR 535.200]; zur Nichtanwendbarkeit des bundesrätlichen Normalarbeitsvertrags

für das Pflegepersonal [SR 221.215.328.4] siehe LANDOLT, a.a.O., S. 143). Deren Bestimmungen können allerdings im Rahmen eines Einzelarbeitsvertrags wegbedungen werden (vgl. Art. 360 Abs. 1 OR; vgl. PÄRLI, a.a.O., S. 16). Diesfalls sind einzig die arbeitsvertraglichen Verpflichtungen der Arbeitgeberin zu beachten, wobei Art. 329 Abs. 1 OR vorsieht, dass der Arbeitnehmerin jede Woche ein freier Tag zu gewähren ist; in der Regel ist dies der Sonntag. Diese vom OR statuierte sechs-Tage-Woche ist relativ zwingender Natur, d.h. es kann lediglich zu Gunsten der Arbeitnehmerin von der Regelung abgewichen werden (vgl. WAGNER, a.a.O., S. 775 f.). Zwar lässt Art. 329 Abs. 2 OR ausnahmsweise zu, dass mit Zustimmung der Arbeitnehmerin mehrere freie Tage zusammenhängend oder statt eines freien Tages zwei freie Halbtage eingeräumt werden. Hierfür müssen jedoch besondere Umstände vorliegen, wobei aus den parlamentarischen Beratungen hervorgeht, dass dabei vornehmlich an die Land- und Alpwirtschaft – insbesondere an das Alppersonal mit abgeschiedenen Arbeitsplätzen – gedacht worden ist (vgl. WAGNER, a.a.O., S. 776). Inwiefern vorliegend solche besonderen Umstände vorliegen sollten, welche eine Ausnahme zur sechs-Tage-Woche rechtfertigten, ist insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass die Care Solutions GmbH gemäss Betriebskonzept bestrebt ist, Entlastungsangebote und Stellvertretungsregelungen anzubieten, um pflegenden Angehörigen eine Auszeit zu gönnen (vgl. act. C.8 Ziff. 1), nicht ersichtlich.

7.8. Wie es sich mit der Verpflichtung zur Einhaltung der arbeitsgesetzlichen und -rechtlichen Vorgaben durch Spitex-Organisationen mit angestellten pflegenden Angehörigen letztlich im Einzelnen verhält, kann vorliegend jedoch offen bleiben, da die Beschwerdegegnerin die Begrenzung der Leistungspflicht für Grundpflegeleistungen auf sechs Tage pro Woche nicht primär mit arbeitsrechtlichen Einwänden begründete, sondern mit der Nichterfüllung der Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die OKP nach Art. 32 KVG. So führte sie im angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2024 aus, unabhängig davon, ob das Arbeitsgesetz im vorliegenden Fall anwendbar sei oder nicht, könne bei Nichteinhalten der entsprechenden Vorschriften davon ausgegangen werden, dass die erbrachten Leistungen über eine längere Dauer nicht die WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG erfüllten, da die hohe Belastung ohne einen freien Tag zwangsläufig dazu führe, dass die Qualität der Pflegeleistungen auf Dauer nicht gewährleistet werden könne (vgl. dortige E. 2.3.8 [act. B.1 = act. C.11]). In ihrer Vernehmlassung vom 22. Januar 2025 betonte sie in Bestätigung ihres Einspracheentscheids wiederum, dass bei einer durchgehenden Beschäftigung der Lebenspartnerin des Beschwerdeführers ohne Gewährung eines freien Tages pro Woche davon auszugehen sei, dass auf

Dauer eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Erbringung der Pflegeleistungen nicht gewährleistet sei (vgl. act. A.2 Rz. 12 f.).

7.9. Nach Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach Art. 25 bis 31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Satz 2). Es handelt sich bei den in dieser Bestimmung statuierten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (sog. WZW-Kriterien) um die grundlegenden, kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen jeder Leistung. Ihr Zweck ist es, eine effiziente, qualitativ hochstehende und zweckmässige Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten sicherzustellen. An diesem Ziel haben sich alle Akteure im Bereich der OKP zu orientieren (vgl. BGE 127 V 80 E. 3c/aa; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_702/2023 vom 15. Februar 2024 E. 4.2).

7.10. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich der Untersuchungsgrundsatz gilt, wobei die Auskunft- und Mitwirkungspflicht der Leistungen beanspruchenden Person zu berücksichtigen ist. Die Behörde hat, wo notwendig, den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein (vgl. Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG; vgl. KIESER, ATSG-Kommentar, 5. Aufl. 2024, Art. 43 Rz. 14 ff. und Rz. 100 ff.). Die Untersuchungspflicht gilt sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch grundsätzlich im kantonalen Gerichtsverfahren (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Wenn der Versicherungsträger oder das kantonale Sozialversicherungsgericht im Rahmen einer umfassenden, sorgfältigen, objektiven und inhaltsbezogenen Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt überwiegend wahrscheinlich sei, steht dies einer antizipierten Beweiswürdigung nicht entgegen bzw. liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, 134 I 140 E. 5.3 und 124 V 90 E. 4b). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_414/2022 vom 24. Januar 2023 E. 4.1 f., 9C_58/2022 vom 7. Juni 2022 E. 4.1.1 f., 8C_521/2021 vom 22. März 2022 E. 3.1.1 f., 9C_377/2021 vom 22. Oktober 2021 E. 5.3.1, 8C_641/2019 vom 8. April 2020 E. 3.3.1, 8C_398/2018 vom 5. Dezember 2018 E. 3.1 und 8C_616/2013 vom 28. Januar 2014 E. 2.1; vgl. KIESER, a.a.O., Art. 43 Rz. 20 f. und Rz. 31 f.). Kommt die Verwaltung ihrer Abklärungspflicht nicht

oder nicht genügend nach, kann die Sache aus diesem Grund an die Verwaltung zurückgewiesen werden (vgl. BGE 132 V 368 E. 5). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache der verfügenden Verwaltungsstelle (Art. 43 Abs. 1 ATSG) oder des Sozialversicherungsgerichts (Art. 61 lit. c ATSG) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2 und 138 V 218 E. 6; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_702/2023 vom 15. Februar 2024 E. 4.4).

7.11. 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 in jedem Fall – auch dem vorliegenden – zu folgern, dass die WZW-Kriterien nicht erfüllt seien, vermag in dieser Absolutheit nicht zu überzeugen. Die Grundlage des Entschädigungsanspruchs für Leistungen von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause bildet der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung hinsichtlich der erforderlichen Massnahmen, welche auf Grund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung näher zu umschreiben sind. Mit der Unterzeichnung der Bedarfsmeldung durch die Arztperson wird diese zur ärztlichen Anordnung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_1/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 4.2.2.1; siehe hier act. C.3). Ärztlich verordnete Leistungen haben die gesetzliche Vermutung für sich, dass sie den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die OKP entsprechen (vgl. BGE 125 V 21 E. 5b). Hält ein Krankenversicherer dafür, dass eine bestimmte ärztliche Therapie unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich sei (Art. 32 Abs. 1 KVG), hat er im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes die Verhältnisse abzuklären (z.B. durch Einholung eines Gutachtens) und hernach über die Leistungspflicht im Einzelfall zu verfügen (vgl. BGE 129 V 167 E. 3.2 und E. 4 sowie 136 V 84 E. 2.1). Obgleich somit die Pflichtleistungsvermutung durch die Beschwerdegegnerin umgestossen werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_702/2023 vom 15. Februar 2024 E. 4.3), bedarf es hierzu in Nachachtung der Abklärungsobliegenheit einer konkreten Prüfung des Einzelfalls. Dies ist im vorliegenden Fall allerdings unterblieben: Die Beschwerdegegnerin hat weder nähere Untersuchungen zur Qualität und Zweckmässigkeit der von der Lebenspartnerin des Beschwerdeführers als pflegende Angehörige effektiv erbrachten Grundpflegeleistungen getroffen noch solche veranlasst. Insbesondere hat sie auch keine entsprechenden Pflegedokumentationen und Unterlagen zur Beaufsichtigung der Lebenspartnerin als pflegende Angehörige und zur Qualitätssicherung ihrer Leistungen bei der Leistungserbringerin eingeholt und gewürdigt (vgl. hierzu die mit der

Replik nachgereichten Pflege- und Verlaufsberichte vom März bis August 2024 [act. B.6]). Beim zeitlichen Umfang der von der Beschwerdegegnerin als verrechenbar anerkannten Grundpflegeleistungen von (auf sieben Tage hochgerechneten) 96 Minuten pro Tag (vgl. act. C.4 S. 2 unter Aufrechnung der gemäss Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2024 um 1/7 gekürzten Leistungen [act. B.1 E. 2.6.2 = act. C.11 E. 2.6.2]) bzw. von 132 Minuten gemäss der Pflegetageberechnung der Care Solutions GmbH vom 26. Februar 2024 (vgl. act. C.3 S. 4) liegt auch nicht geradezu auf der Hand, dass die Grundpflegeleistungen nicht in der notwendigen Qualität wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht würden (vgl. auch Pflege- und Verlaufsberichte vom März bis August 2024 [act. B.6]). Demnach durfte es die Beschwerdegegnerin nicht dabei bewenden lassen, generell anzunehmen, die Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die OKP seien mangels Einhaltung von Arbeits- und Ruhezeiten per se nicht gegeben. Vielmehr hätte es weiterer Abklärungen zur fachgerechten Erbringung qualitativ einwandfreier Grundpflegeleistungen im Einzelfall bedurft. Der rechtserhebliche Sachverhalt erweist sich somit als ungenügend erstellt, weshalb die Angelegenheit zur Einholung eines Gutachtens, insbesondere unter Beizug einer diplomierten Pflegefachperson, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

8.1. Im Weiteren kritisiert der Beschwerdeführer die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Kürzung der verrechenbaren Grundpflegeleistungen infolge der Fürsorge- bzw. Schadenminderungspflicht seiner Lebenspartnerin als unzulässig.

8.2. Soweit er zunächst vorbringt, seine Lebenspartnerin sei von Gesetzes wegen nicht beistandspflichtig, ist ihm entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin insoweit beizupflichten, als rechtsprechungsgemäss aus der ehelichen Beistandspflicht (vgl. Art. 159 Abs. 3 ZGB) fliessende Pflichten nur den Ehegatten treffen; für Konkubinatspartner bestehen grundsätzlich keine solchen rechtlichen Verpflichtungen (vgl. BGE 142 III 36 E. 2.3, 134 I 313 E. 5.5 und 129 I 1 E. 3.2.4; vgl. Urteile des Bundesgerichts 5A_734/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 2.3 und 8C_232/2015 vom 17. September 2015 E. 5.2). Dies vermag indes nicht über den Umstand hinwegzutäuschen, dass bei einem Konkubinatsverhältnis – wovon vorliegend aufgrund der gelebten Lebensgemeinschaft mit gemeinsamen Haushalt auszugehen ist – in verschiedenen Konstellationen auf die tatsächlichen Verhältnisse abgestellt wird (vgl. z.B. bei Fürsorgeleistungen: Urteil des Bundesgerichts 8C_232/2015 vom 17. September 2015 E. 5.2 oder bei der Berechnung des betriebsrechtlichen Existenzminimums: Urteil des Bundesgerichts 5A_734/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 2.3). Auch im Bereich der OKP gilt die Schadenminderungspflicht als allgemeiner Rechtsgrundsatz (vgl. BGE 118 V 107 E. 7b). Dabei hat das

Bundesgericht insbesondere im Bereich der Beitragspflicht der OKP an die Kosten von Pflegeleistungen entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ausdrücklich eine Schadenminderungspflicht von Familienangehörigen anerkannt (vgl. BGE 145 V 161 E. 3.3.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_702/2010 vom 21. Dezember 2010 E. 7.1; vgl. FILIPPO, a.a.O., S. 69). Demnach sind die Auswirkungen der Behandlungsbedürftigkeit durch geeignete Massnahmen und die Mithilfe der Familienangehörigen möglichst zu mildern (vgl. EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Meyer [Hrsg.], Soziale Sicherheit – Sécurité sociale, 3. Auflage 2016, S. 521 und S. 601; HUSMANN/JENNY, in: Bletcha/Colatrella/Rüedi/Staffelbach [Hrsg.], Basler Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz, Basel 2020, N. 29 zu Vor Art. 67 ff. KVG). Für deren Umfang ist dabei – anders als vom Beschwerdeführer vorgebracht – nicht die rechtliche Durchsetzbarkeit massgebend, sondern das, was in der sozialen Realität üblich und zumutbar ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_525/2023 vom 26. Oktober 2023 E. 4.2 f.). Vorausgesetzt wird dabei eine tatsächliche Beistandsbereitschaft der Angehörigen (vgl. EUGSTER, a.a.O., S. 521). Diese ist im vorliegenden Fall zweifellos gegeben: Mit der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten, dass die Beistandsbereitschaft der Lebenspartnerin des Beschwerdeführers gerade dadurch zum Ausdruck kommt, dass sie sich zum Zweck der Pflege ihres Lebenspartners bei der Leistungserbringerin anstellen liess (vgl. angefochtener Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2024 E. 2.5 [act. B.1 = act. C.11]). Liegt – wie hier unbestrittenermassen – somit ein gefestigtes Konkubinat vor, in welchem sich die Partner aufgrund der gelebten engen Lebensgemeinschaft gegenseitig auch mit Blick auf die Krankenpflege unterstützen, erscheint es gerechtfertigt, eine schadensmindernde Mithilfe der Konkubinatspartnerin bei der Pflege im Rahmen der OKP zu berücksichtigen, solange diese im Einzelfall zumutbar ist und sich im sozial üblichen Mass bewegt. Diese Anrechnung von Schadenminderungsleistungen erfolgt somit nicht als Ausdruck einer rechtlichen Verpflichtung, sondern trägt dem Umstand Rechnung, dass sich die Lebenspartner aufgrund ihrer tatsächlichen Beistandsbereitschaft im Konkubinatsverhältnis gegenseitig auch in pflegerischer Hinsicht unterstützen. Dies erscheint im Bereich der OKP auch angezeigt, andernfalls die Solidargemeinschaft der Prämienzahlenden für solche Kosten von Massnahmen, welche üblicherweise in einem gefestigten Konkubinat erbracht werden, aufzukommen hätte (vgl. LANDOLT, Angehörigenpflege – Freiwilligen-, Gratis- oder Lohnarbeit?, SZS 2013, S. 471 f.).

8.3. Im Weiteren bestreitet der Beschwerdeführer die Zulässigkeit und den Umfang der infolge der Schadenminderungspflicht vorgenommenen Kürzung der verrechenbaren Grundpflegeleistungen.

8.4. Im Urteil K 156/04 vom 21. Juni 2006 (in: SVR 2006 KV Nr. 37 S. 141; bestätigt in BGE 150 V 273 E. 4.3.5.3 und 145 V 161 E. 3.3.1 f. sowie Urteile des Bundesgerichts 9C_702/2010 vom 21. Dezember 2010 E. 7 sowie 9C_597/2007 vom 19. Dezember 2007 E. 3) erkannte das Eidgenössische Versicherungsgericht bei pflegenden Familienangehörigen ein potenzielles Missbrauchspotenzial und forderte daher, dass in atypischen Konstellationen, namentlich wo die Tätigkeit als Angestellte oder Angestellter der Spitex einzig in der Pflege von Familienangehörigen besteht, die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Art. 32 Abs. 1 KVG genauer zu überprüfen sind (vgl. zum Beizug eines Vertrauensarztes: Art. 57 Abs. 4 KVG). Ebenfalls können der OKP lediglich Kosten in Rechnung gestellt werden, welche eine Pflege zu Hause durch aussenstehende Spitex-Angestellte verursachen würde. Nicht verrechenbar ist, was der Familienangehörigen im Rahmen der Schadenminderungspflicht und der Ehegattin im Besonderen aufgrund der ehelichen Beistandspflicht nach Art. 159 Abs. 3 ZGB an Pflege zugemutet werden kann. Dabei ist den Spitex-Verantwortlichen von der Natur der Sache her bei der Frage, was an Hilfestellung von den Familienangehörigen erwartet werden kann, ein vernünftiger und praktikabler Beurteilungsspielraum zuzugestehen (vgl. dortige E. 4.2; siehe ferner BGE 145 V 161 E. 3.3.2 m.w.H. und Urteil des Bundesgerichts 9C_702/2010 vom 21. Dezember 2010 E. 7.1).

8.5. Soweit der Beschwerdeführer dagegen in allgemeiner Weise in seiner Beschwerde vom 19. Dezember 2024 einwendet, hierbei handle es sich lediglich um eine Nebenerwägung des Bundesgerichts, wobei bisher keine Kürzungen der obligatorischen Leistungspflicht vorgenommen worden seien (act. A.1 S. 5; siehe auch Replik des Beschwerdeführers vom 6. Februar 2025 [act. A.3 Rz. 14 ff.]), kann ihm angesichts der zitierten und mehrfach bestätigten Rechtsprechung nicht gefolgt werden (vgl. im Übrigen Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen KV 2023/8 vom 3. Dezember 2024 E. 3.2 f., mit welchem die vom Krankenversicherer vorgenommene Kürzung bestätigt wurde, siehe dazu Replik des Beschwerdeführers vom 6. Februar 2025 Rz. 14 ff. [VG.2024.00037]). Im hier zu beurteilenden Fall betreut die Lebenspartnerin als pflegende Angehörige und Angestellte der Care Solutions GmbH – soweit bekannt – denn auch ausschliesslich den Beschwerdeführer, womit eine vom Bundesgericht als atypische Konstellation beschriebene Situation vorliegt. Insofern drängt sich eine konkrete Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Grundpflegeleistungen auf. Hierzu hat die Beschwerdegegnerin indes keine näheren Abklärungen getroffen. Vielmehr bestätigte sie im angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2024 die Streichung der Leistungspositionen "Hilfe beim An-/Auskleiden" (im Umfang von täglich fünf Minuten), "Hilfsmittel anbringen/entfernen" (im Umfang von täglich 21

Minuten) und "Lagerung im Bett" (im Umfang von täglich neun Minuten) und merkte dazu an, es erscheine angemessen, dass im Rahmen der gegenseitigen Kranken- und Gesundheitspflege täglich Unterstützungsleistungen im Umfang von 35 Minuten erbracht würden, zumal es sich dabei lediglich um alltägliche Unterstützungsleistungen handle, welche keine besondere Belastung mit sich bringen würden (vgl. dortige E. 2.5.6 f. [act. B.1 = act. C.11]). Damit kürzte sie die Leistungen gemäss Bedarfsabklärung bzw. Leistungsplanungsblatt vom 26. Februar 2024, in welchem Leonie Cavegn als diplomierte Pflegefachfrau für den Zeitraum vom 1. März 2024 bis zum 31. August 2024 einen Nettobedarf an Spitexleistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV von insgesamt 23'789 Minuten ermittelte. Diese umfassen die Ganz- und Teilwäsche des Beschwerdeführers, die Hilfe beim An- und Ausziehen, das Anbringen von Kompressionsstrümpfen, die Hilfe betreffend Urinflasche, die Begleitung beim Toilettengang, die Lagerung im Bett, die Hilfe beim Aufstehen oder Hinlegen, die aktive/passive Bewegungsunterstützung und das Anbringen bzw. die Entfernung von Hilfsmitteln (vgl. act. B.3 = act. C.3 S. 3). Die täglich zu erbringenden Pflegeleistungen wurden dabei mit 132 Minuten veranschlagt (vgl. act. C.3 S. 4). In der Bedarfsmeldung vom 1. März 2024 bestätigte sodann Dr. med. Niedermaier, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für denselben Zeitraum einen Grundpflegebedarf von 64 Stunden 39 Minuten pro Monat (vgl. act. B.4 = act. C.3 S. 1). Insofern liegen bereits eine nach anerkannten fachlichen Grundsätzen durchgeführte Erhebung und eine entsprechende (haus)ärztliche Beurteilung des als erforderlich erachteten Umfangs der durch die OKP zu übernehmenden Pflegeleistungen bzw. der Einhaltung der WZW-Kriterien vor. Dabei steht rechtsprechungsgemäss – wie dargelegt – der Entscheid über die sowohl in zeitlicher Hinsicht wie auch in Bezug auf die Art und den Inhalt der Pflege zu Hause als angemessen zu betrachtenden pflegerischen Massnahmen im pflichtgemässen Ermessen der zuständigen Arztperson und der Leitung der Spitex-Organisation. Die Bedarfsabklärungen sind zudem in der Regel massgebend für die Kostenübernahme der OKP und nur mit Blick auf die abschliessende Aufzählung gemäss den Art. 7 bis 7b KLV überprüfbar. Auch bei der Beurteilung des konkreten Bedarfs kommt den zuständigen Personen ein gewisser Spielraum zu, in welchen nur zurückhaltend eingegriffen werden kann, wenn es sich bei der die Leistungen anordnenden Arztperson um die Hausärztin oder den Hausarzt der versicherten Person handelt, die oder der jederzeit über den Gesundheitszustand im Bilde ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_528/2012 vom 20. Juni 2013 E. 4, 9C_365/2012 vom 31. Oktober 2012 E. 4.1, 9C_597/2007 vom 19. Dezember 2007 E. 5.2; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 156/04 vom 21. Juni 2006 E. 4.1.2 und K 161/00 vom 25. Mai 2001 E. 4b). Darüber hinaus gilt – wie dargelegt – die gesetzliche Vermutung, dass ärztlich verord-

nete Leistungen im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (vgl. Art. 33 Abs. 1 KVG; vgl. BGE 129 V 167 E. 3.2 und E. 4 sowie 125 V 21 E. 5b; siehe Urteile des Bundesgerichts 9C_702/2023 vom 15. Februar 2024 E. 4.3, 9C_712/2020 vom 24. Januar 2022 E. 3.3, 9C_528/2012 vom 20. Juni 2013 E. 4 und 9C_365/2012 vom 31. Oktober 2012 E. 4.1).

8.6. Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin keine vertiefte Abklärung unter dem Aspekt der WZW-Kriterien der im Rahmen der Schadenminderungspflicht der Lebenspartnerin des Beschwerdeführers zumutbaren und sozial üblichen Leistungen im Lichte der weiteren von ihr zu erbringenden Grundpflegeleistungen vorgenommen. Ebenso wenig hat sie den rechtsprechungsgemäss zuzugestehenden Beurteilungsspielraum gewahrt. Vielmehr hat sie selbst gewisse Kürzungen vorgenommen, ohne – soweit ersichtlich – andere Fachpersonen einzubinden. Dabei hat sie es auch unterlassen zu untersuchen, ob in der Bedarfsmeldung bzw. im Leistungsplanungsblatt vom 26. Februar 2024 bereits gewisse Leistungen nicht aufgenommen worden sind, die zu erbringen sich die Lebenspartnerin von sich aus als Ausdruck der tatsächlichen Beistandsbereitschaft zu übernehmen bereit erklärt hat. Denn so brachte der Beschwerdeführer schon im Rahmen der Einsprache vor, seine Lebenspartnerin erbringe zusätzlich zu den Pflegeleistungen weitere gesundheitsbedingte Versorgungsleistungen, womit sie ihrer Schadenminderungspflicht bereits nachkomme (vgl. Einsprache vom 23. Oktober 2024 [act. C.14/7] und Beschwerde vom 19. Dezember 2024 [act. A.1 S. 6]). Hierzu hätten sich somit nähere Abklärungen aufgedrängt. Die im Rahmen der Schadenminderungspflicht zu erbringende Unterstützung bei der Krankenpflege darf – wie dargelegt – letztlich nicht zu einer unverhältnismässigen Belastung der Lebenspartnerin führen, sondern muss ihre Grenze bei gesamthafter Betrachtungsweise in der Zumutbarkeit der Hilfestellung und dem sozial üblichen Mass finden (vgl. BGE 141 V 642 E. 4.3.2 f. und 133 V 504 E. 4.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_724/2022 vom 21. April 2023 E. 4.1 f., 8C_241/2022 vom 5. August 2022 E. 4.5.2 und 5A_572/2008 vom 6. Februar 2009 E. 4.3; siehe ferner JENT, Die immaterielle Beistandspflicht zwischen Ehegatten unter dem Gesichtspunkt des Persönlichkeitsschutzes, Diss. 1985, S. 67 ff.; TUOR/SCHNYDER/SCHMID/JUNGO/HÜRLIMANN-KAUP, Das Schweizerische Zivilgesetzbuch, 15. Aufl. 2023, § 28 Rz. 9; MAIER/SCHWANDER, in: Geiser/Fountoulakis [Hrsg.], Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I, 7. Aufl. 2022, Art. 159 ZGB Rz. 13). Insofern ist dem Beschwerdeführer darin beizupflichten, dass diese Frage einer Klärung im Rahmen der ohnehin bereits vorzunehmenden Begutachtung bedarf.

9.1. Insgesamt ergibt sich somit, dass sich der rechtserhebliche Sachverhalt als unvollständig abgeklärt präsentiert, weshalb sich die Frage des Umfangs der im

Rahmen der OKP zu vergütenden Kosten für die von der Lebenspartnerin des Beschwerdeführers als angestellte Angehörige erbrachten Pflegeleistungen (noch) nicht abschliessend beurteilen lässt. Da die Beschwerdegegnerin diesbezüglich selbst keine hinreichenden Abklärungen getroffen hat, ist die Angelegenheit an sie zurückzuweisen, damit sie dies nachholt. Dabei wird ein Gutachten unter Beizug pflegekundiger Fachpersonen, insbesondere einer diplomierten Pflegefachperson, einzuholen sein, wobei sich die Parteien auf die sachverständigen Personen zu einigen und ihnen die relevanten Fragen zu unterbreiten haben. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin nochmals über den Umfang der verrechenbaren Grundpflegeleistungen zu entscheiden haben. Aufgrund dieses Verfahrensausgangs ist auf die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers nicht weiter einzugehen.

9.2. Die Beschwerde ist demnach gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2024 aufzuheben. Die Angelegenheit ist zu weiteren Abklärungen und neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

10.1. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auflegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 57 E. 2.1, 137 V 210 E. 7.1 und 132 V 215 E. 6.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_702/2023 vom 15. Februar 2024 E. 7.1, 9C_455/2022 vom 13. November 2023 E. 11.2.3 und E. 11.3.2, 8C_281/2022 vom 24. Oktober 2022 E. 7.1, 9C_379/2022 vom 23. August 2023 E. 4.2 und 9C_257/2014 vom 9. Mai 2014 E. 2). Gemäss Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist; sieht das Einzelgesetz keine Kostenpflicht bei solchen Streitigkeiten vor, so kann das Gericht einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichtskosten auferlegen. Da das KVG keine Kostenpflicht statuiert und Mutwilligkeit oder Leichtsinnsinn nicht vorliegen, werden keine Gerichtskosten erhoben.

10.2. Der Beschwerdeführer hat als obsiegende beschwerdeführende Partei gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die Bemessung der Entschädigung erfolgt ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, wobei der zeitliche Aufwand der Rechtsvertretung regelmässig von der Schwierigkeit des Prozesses mitbestimmt wird. Im Übrigen wird die Bemessung der Parteientschädigung gemäss Art. 61 Ingress ATSG nach dem kantonalen Recht bestimmt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_455/2022 vom 13. November 2023

E. 11.3.1, 9C_714/2018 vom 18. Dezember 2018 E. 9.2, 9C_321/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 6.1 und 9C_688/2009 vom 19. November 2009 E. 3.1.1 f.). Art. 78 Abs. 1 VRG bestimmt, dass im Rechtsmittel- und Klageverfahren die unterliegende Partei in der Regel verpflichtet wird, der obsiegenden Partei die durch den Rechtsstreit verursachten notwendigen Kosten zu ersetzen. Nach Art. 16a Abs. 2 AnwG (BR 310.100) bemisst sich die Parteientschädigung für die Kosten der anwaltlichen Vertretung in Verfahren vor Gerichts- und kantonalen Verwaltungsbehörden nach dem für eine sachgerechte Prozessführung notwendigen Zeitaufwand sowie der Schwierigkeit und der Bedeutung der Sache. Nach Art. 2 Abs. 1 HV (BR 310.250) setzt die urteilende Instanz die Parteientschädigung der obsiegenden Partei nach Ermessen fest. Ausgangspunkt ist dabei grundsätzlich der Betrag, welcher der entschädigungsberechtigten Partei für die (anwaltliche) Vertretung in Rechnung gestellt wird (vgl. Art. 2 Abs. 2 HV).

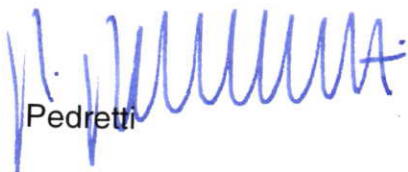
10.3. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte in seiner der Eingabe vom 26. Februar 2025 beigelegten Kostennote vom 25. Februar 2025 ein Honorar von total CHF 2'289.55 (recte: CHF 2'288.55) (4.5 Stunden à CHF 300.00 [CHF 1'350.00] sowie 4.25 Stunden à CHF 175.00 [CHF 743.75] zzgl. Auslagen von CHF 194.80) für den Zeitraum vom 19. Dezember 2024 bis zum 18. Februar 2025 geltend. Dabei ist zu berücksichtigen, dass vorliegend keine Honorarvereinbarung im Recht liegt, weshalb der geltend gemachte Stundenansatz von CHF 300.00 praxisgemäss auf CHF 240.00 herabzusetzen ist (vgl. statt vieler PVG 2022 Nr. 20 E. 7.2.3). Ausserdem sind die veranschlagten Barauslagen angesichts der praxisgemäss anzuerkennenden Spesenpauschale von 3 % des Honorars entsprechend zu kürzen (vgl. statt vieler: Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden S 24 8 vom 12. März 2024 E. 8.2). Insgesamt erweist sich somit eine Entschädigung von CHF 2'030.60 (4.5 Stunden à CHF 240.00 [CHF 1'080.00] sowie 4.25 Stunden à CHF 175.00 [CHF 743.75] zzgl. 3 % Spesenpauschale [CHF 54.70] und 8.1 % MWST [CHF 152.15]) als angemessen. In diesem Umfang hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer aussergerichtlich zu entschädigen.

Es wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2024 aufgehoben. Die Angelegenheit wird im Sinne der Erwägungen zu weiteren Abklärungen und neuem Entscheid an die ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG hat [REDACTED] aussergerichtlich mit insgesamt CHF 2'030.60 (inkl. Spesen und MWST) zu entschädigen.
4. Gegen dieses Urteil kann gemäss Art. 82 ff. BGG Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden. Die Beschwerde ist dem Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich innert 30 Tagen seit Eröffnung in der gemäss Art. 42 f. BGG vorgeschriebenen Weise einzureichen. Für die Zulässigkeit, die Beschwerdelegitimation, die weiteren Voraussetzungen und das Verfahren der Beschwerde gelten die Art. 29 ff., 82 ff. und 90 ff. BGG.
5. Mitteilung an:
 - Rechtsanwalt Prof. Dr. iur. Hardy Landolt, Schweizerhofstrasse 14, Postfach 1608, 8750 Glarus, auch zu Händen der Mandantschaft (zwei Exemplare)
 - ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Bahnhofstrasse 13, Postfach, 7302 Landquart
 - Bundesamt für Gesundheit BAG, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern

Erste sozialversicherungsrechtliche Kammer

Die Vorsitzende


Pedretti



Die Aktuarin


Hemmi