



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS GLARUS

Urteil vom 2. Juni 2025

II. Kammer

Besetzung: Gerichtspräsident MLaw Colin Braun, Verwaltungsrichter Samuel Bisig,
Verwaltungsrichter Fritz Jnglin und Gerichtsschreiberin MLaw Paula Brändli

**in Sachen
VG.2024.00115**



Beschwerdeführerin

vertreten durch Prof. Dr. Hardy Landolt,
Rechtsanwalt, PflegeRechtsAnwalt GmbH,
Schweizerhofstrasse 14, 8750 Glarus

gegen

CSS Kranken-Versicherung AG
Abteilung Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21,
Postfach 2568, 6002 Luzern

Beschwerdegegnerin

betreffend

Pflegeleistungen

Die Kammer zieht in Erwägung:

I.

1.

Die am 25. Februar 2017 geborene [REDACTED] leidet an mehreren Geburtsgebrechen. Sie wird unter anderem durch ihre Mutter gepflegt, welche zu diesem Zweck bei der Care Solutions GmbH angestellt ist. Letztere ersuchte am 8. Januar 2024 (Bg. act. 7) um Vergütung von Grundpflegeleistungen für den Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis zum 30. Juni 2024 im Umfang von 534 Stunden und 31 Minuten. In der Folge verfügte die CSS Kranken-Versicherung AG (nachfolgend: CSS) am 25. April 2024 (Bf. act. 7; Bg. act. 13) die Übernahme von Grundpflegeleistungen im Umfang von lediglich 216.67 Stunden für denselben Zeitraum. Die hiergegen von [REDACTED] erhobene Einsprache vom 29. Mai 2024 (Bg. act. 14) wies die CSS am 3. Dezember 2024 (Bf. act. 2; Bg. act. 15) ab, soweit sie darauf eintrat.

2.

[REDACTED] gelangte am 17. Dezember 2024 ans Verwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 3. Dezember 2024. Die CSS sei zu verpflichten, die beantragten Pflegeleistungen vollumfänglich zu vergüten. Eventuell sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der CSS sowie unter Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Rechtsverteidigung. Die CSS schloss am 28. Januar 2025 auf Abweisung der Beschwerde; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten von [REDACTED].

3.

Das Verwaltungsgericht führte am 8. Mai 2025 eine öffentliche Verhandlung im Sinne von Art. 6 Ziff. 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950 (EMRK) durch. Im Rahmen derselben hielten beide Parteien an ihren Rechtsbegehren fest, wobei die Beschwerdeführerin zusätzlich die Feststellung einer Verletzung der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV) und der EMRK beantragte.

II.

1.

1.1 Das Verwaltungsgericht ist gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) i.V.m. Art. 56 ff. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) i.V.m. Art. 32 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 3. Mai 2015 (EG KVG) zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Da auch die übrigen Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten (vgl. aber nachfolgende E. II/1.2 ff.).

1.2 Der Anspruch einer Partei im Rahmen eines Gerichtsverfahrens zu replizieren, bildet einen Teilgehalt des verfassungsmässigen Anspruchs auf rechtliches Gehör. Diese Garantie umfasst das Recht, von allen beim Gericht eingereichten Stellungnahmen Kenntnis zu erhalten und sich dazu äussern zu können, unabhängig davon, ob die Eingaben neue und/oder wesentliche Vorbringen enthalten. Weder das Replikrecht (vgl. Art. 29 Abs. 1 und 2 BV resp. Art. 6 Ziff. 1 EMRK) noch ein gerichtlich angeordneter zweiter Schriftenwechsel oder das Recht auf Akteneinsicht gewährt aber einen Anspruch darauf, ausserhalb der Beschwerdefrist Aspekte vorzutragen, die bereits mit der Beschwerde hätten vorgebracht werden können. Ein zweiter Schriftenwechsel kann nicht dazu dienen, Anträge und Rügen vorzutragen, die schon in der Beschwerde hätten gestellt oder vorgebracht werden können (BGer-Urteil 8C_8/2019 vom 23. April 2019 E. 4.2, mit Hinweisen). Soweit die Beschwerdeführerin anlässlich der mündlichen Verhandlung neu ein Feststellungsbegehren betreffend Grundrechtsverletzungen stellt, ist dieses damit als verspätet anzusehen und nicht weiter darauf einzugehen, wobei ein allfälliger Feststellungsanspruch ohnehin subsidiär zum vorliegenden Gestaltungsurteil wäre (vgl. VGer-Urteil VG.2019.00029 vom 13. Juni 2019 E. II/1.4).

1.3 Soweit die Beschwerdeführerin sodann die Aufhebung des Entscheids und die Vergütung der beantragten Leistungen im Rahmen von Art. 7 Abs. 2 lit. a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (KLV) beantragt (Abklärung und Beratung), ist mit der Beschwerdegegnerin darin einig zu gehen, dass dies bereits erfolgt ist, indem Letztere hierfür

6.97 Stunden vergütet hat (vgl. Bg. act. 13/4), was den beantragten 6 Stunden und 58 Minuten entspricht. Damit fehlt es in Bezug auf diese Rüge an einem Rechtsschutzinteresse, weshalb auf die Beschwerde in diesem Punkt nicht einzutreten ist.

1.4 Die allgemeinen und pauschalen Äusserungen der Beschwerdegegnerin zur Situation der Grundpflege durch Angehörige und zu den Kosten der Spitex in diesem Gebiet sind für die vorliegende Beurteilung alsdann irrelevant, weshalb hierauf nicht weiter einzugehen ist. Der von ihr postulierte Handlungsbedarf ist darüber hinaus weitgehend politischer Natur und kein Streit- bzw. Prüfgegenstand des vorliegenden Verfahrens. Zur vorgebrachten Doppelrolle des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin ist ferner darauf hinzuweisen, dass vorliegend die Interessen der Beschwerdeführerin deckungsgleich mit denjenigen der Leistungserbringerin sind bzw. beide die Vergütung der Spitex-Leistungen durch die Krankenversicherung erreichen möchten, weshalb im Ergebnis kein (konkreter) Interessenkonflikt vorliegt (vgl. VGer-Urteil VG.2022.00045 vom 24. November 2022 E. II/1.2). Damit bleibt zu prüfen, ob und in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin die beantragten Leistungen im massgebenden Zeitraum zu vergüten hat.

2.

2.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Spitexorganisation habe ausführlich und anhand der korrekten Formulare begründet, weshalb der geltend gemachte Pflegebedarf krankheitsbedingt ausgewiesen sei und zum altersbedingt ohnehin vorhandenen Versorgungsaufwand hinzutrete. Die Beschwerdegegnerin habe demgegenüber anfänglich unter Hinweis auf bezogene Geldleistungen der Invalidenversicherung (IV) eine Kürzung geltend gemacht, was nach der aktuellsten bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht mehr zulässig sei. Im angefochtenen Entscheid seien die Kürzungen sodann vordergründig und neu unter Hinweis auf den behaupteten alterungsbedingten Ohnehinaufwand sowie die elterliche Beistandspflicht begründet worden. Faktisch nehme die Beschwerdegegnerin damit aber dieselbe unzulässige Kürzung vor. Sie kürze den Grundpflegeaufwand dabei um 60 %, was aber nicht gerechtfertigt sei, wenn beistandspflichtige Angehörige von einer zugelassenen Leistungserbringerin angestellt seien. Die IV, welche ebenfalls Leistungen erbringe, habe zudem keine solche Kürzung

vorgenommen. Vielmehr habe diese eine Hilflosigkeit schweren Grades bestätigt, was der Darstellung der Beschwerdegegnerin widerspreche. Die Kürzungen seien deshalb auch im Hinblick auf das Kreisschreiben der IV über Hilflosigkeit (KSH), welches zur Begründung einer Kürzung im Übrigen ungeeignet sei, als willkürlich zu rügen. Der Vergleich mit einer regulären Spitex sei sodann verfehlt, wenn kantonal kein genügendes Versorgungsangebot bestehe. Wenn nur das finanziert werde, was die Spitex leisten könne und nicht, was die Beschwerdeführerin benötige, stelle dies eine Grundrechtsverletzung dar. Nebst dieser würden aufgrund der fehlenden Begründung zudem eine Verletzung des rechtlichen Gehörs sowie eine Rechtsverweigerung vorliegen. Da die Beschwerdegegnerin all dies bestreite, seien eine gerichtliche Begutachtung sowie ein Augenschein durchzuführen.

2.2 Die Beschwerdegegnerin bringt vor, sie habe den Pflegeaufwand rechtsgenügend beurteilen lassen, womit keine weiteren Abklärungen nötig seien. Die Situation müsse so eingeschätzt werden, wie wenn eine externe Spitexperson die Leistungen erbringen würde und dies aufgrund der Personalressourcen auch könnte. So sei die Machbarkeit und Erforderlichkeit mehrmaliger täglicher Einsätze für Mahlzeiten, Zahnpflege, Teilwäsche, Verrichten der Notdurft fraglich und zu prüfen. Die Beschwerdeführerin habe bei einer früher genutzten Spitexorganisation sehr viel weniger und kürzere Einsätze gehabt, was den vorliegend beantragen höheren Bedarf in Zweifel ziehe. Es sei sodann notorisch, dass Hausärzte mangels Ressourcen nicht mehr in der Lage seien, den Pflegebedarf genau zu prüfen. Damit sei vorliegend der Sachverhalt nicht erneut abzuklären, sondern das Gericht habe unter Berücksichtigung der familiären Schadenminderungs- und Unterstützungspflichten, des altersbedingten Ohnehinaufwands sowie von Art. 272 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs vom 10. Dezember 1907 (ZGB) festzustellen, was den Eltern bzw. der Mutter der Beschwerdeführerin in der Pflege ihrer damals sechsjährigen Tochter zuzumuten sei. Dabei stellten zunächst Verrichtungen mit dem Fokus, die Patientin zu begleiten oder anzuleiten, ihre persönlichen Fähigkeiten zu entwickeln oder soziale Kontakte zu knüpfen, keine Leistungen nach Art. 7 KLV dar. Bei den übrigen Leistungen sei der Ohnehinaufwand sodann nicht zu vergüten. Die Beschwerdeführerin sei noch jung und gesunde Kinder im gleichen Alter bedürften bei gewissen Lebensverrichtungen nämlich ebenfalls noch Pflege und Unter-

stützung durch die Eltern oder Drittpersonen. Dies sei beispielsweise beim Schneiden der Nägel, beim Zerkleinern des Essens und bei der allgemeinen Körperpflege der Fall. Solche Leistungen seien in der Krankenversicherung mangels eigener Vorgaben wie in der IV und damit analog gemäss den Altersrichtwerten von Anhang 2 KSH zu berücksichtigen. Im Anschluss daran sei die Wirtschaftlichkeit nach Art. 32 KVG zu prüfen, was auch bei pflegenden Angehörigen der Fall sei. Vor diesem Hintergrund gingen Grundpflegeleistungen praxisgemäss nur dann zu Lasten des Krankenversicherers, wenn für genau dieselben Leistungen und in der gleichen Häufigkeit auch eine externe Spitexperson hinzugezogen würde. Die elterliche Pflicht zur Fürsorge, Pflege und Schadenminderung greife des Weiteren auch im Krankheitsfall und gehe dabei weiter als im Gesundheitsfall. Gemäss Lehre und Rechtsprechung sei nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechenbar, was den Eltern nach Art. 272 ZGB an Grundpflege zuzumuten sei. Auch wenn in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bisher die gesetzliche Grundlage hierzu gefehlt habe, so handle es sich bei der Schadenminderungspflicht dennoch um einen allgemeinen Rechtsgrundsatz. Sie, die Beschwerdegegnerin, akzeptiere schliesslich die neuste bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Überentschädigung. Sie habe denn auch lediglich festgehalten, dass die damals sechsjährige Beschwerdeführerin für ihre geburtsgeborensbedingte Hilflosigkeit bereits eine finanzielle Abgeltung von der IV erhalte. Sie habe dabei nicht geltend gemacht und belegt, inwiefern dies für die Entschädigung einer unterstützenden Drittperson nicht ausreiche.

3.

3.1 Nach Art. 25a Abs. 1 lit. c KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant erbracht werden. Die Leistungen werden gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV unterteilt in Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, welche aufgrund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV und nach Art. 8 KLV auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden. Leistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 1 KLV sind gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) und Massnahmen der Grundpflege (lit. c).

Die Leistungen müssen nach Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Bedarfsermittlung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 KLV hat durch eine Pflegefachperson zu erfolgen (Art. 8a Abs. 1 KLV).

3.2 Für die Beurteilung des Gesundheitszustands und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsträger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen. Deren Aufgabe ist es, sämtliche Auswirkungen einer Krankheit oder eines Unfalls auf den Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen und zu umschreiben. Diese Einschätzungen haben die Verwaltung und die kantonalen Versicherungsgerichte nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) ohne Bindung an förmliche Beweisregeln umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, mit Hinweisen).

3.3 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. 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 (BGE 138 V 218 E. 6).

4.

4.1

4.1.1 Angesichts der Vorbringen bzw. der Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin ist in einem ersten Schritt das korrekte Prüfverfahren darzulegen. Dabei ist zunächst zu evaluieren, welche Pflegeleistungen die Beschwerdeführerin effektiv benötigt und ob die Voraussetzungen gemäss KVG und KLV, insbesondere die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW), erfüllt sind. Soweit dies der Fall ist, hat die Beschwerdegegnerin alsdann die Leistungen zu vergüten. Die Darstellung der Beschwerdegegnerin, wonach zunächst zu prüfen sei, was der Familie an Leistungen zumutbar sei, woraufhin sie den Restbetrag zu vergüten habe, oder dass dargelegt werden müsse, inwiefern die IV-Leistungen nicht genügten, ist demgegenüber fehlerhaft und würde letztlich zu einer vom Gesetzgeber nicht gewollten Umverteilung der Beweislast führen.

4.1.2 Dass die Beschwerdegegnerin die beantragten Leistungen aufgrund der elterlichen Schadenminderungs- und Beistandspflicht gekürzt hat, wurde von der Beschwerdeführerin sodann zu Recht bemängelt. Wenn nämlich feststeht, dass Grundpflegeleistungen in der obligatorischen Krankenversicherung versichert und nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV sowie Art. 32 KVG zu übernehmen sind, kann deren Vergütung nicht mit dem pauschalen Hinweis auf die familienrechtliche Fürsorgepflicht der Eltern verneint werden, da hierfür im Sozialversicherungsrecht keine gesetzliche Grundlage besteht (vgl. hierzu VGer-Urteil VG.2024.00037 vom 16. Januar 2025 E. II/4.3, nicht publiziert, VG.2022.00045 vom 24. November 2022 E. II/5.3). Der Verweis der Beschwerdegegnerin auf Art. 272 ZGB ist dabei unbehelflich. Einerseits definiert dieser allgemein gehaltene Grundsatzartikel die elterlichen Pflichten bei chronisch kranken Kindern nicht genauer. Andererseits ist Art. 272 ZGB weder einklag- noch vollstreckbar bzw. nicht justiziabel (vgl. Ingeborg Schwenzer/Michelle Cottier, in Thomas Geiser/Christiana Fountoulakis [Hrsg.], BSK ZGB I, 7. A., Basel 2022, Art. 272 N. 9). Entsprechend ist diese Begründung nicht geeignet, um an der gesetzlich und auf Verordnungsstufe vorgesehenen Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin etwas zu ändern. Die gestützt auf Art. 272 ZGB vorgenommenen Kürzungen durch die Beschwerdegegnerin sind dementsprechend zu korrigieren.

4.1.3 Soweit die Beschwerdegegnerin bei der Pflege durch Familienangehörige schliesslich auf den notwendigen Vergleich mit der Pflege durch eine aussenstehende Spitex-Fachperson hinweist, entspricht dies zwar grundsätzlich der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Anwendung der WZW-Kriterien (vgl. BGE 145 V 161 E. 3.3.2). Entgegen ihrer Lesart bedeutet dies aber nicht, dass hierbei die konkreten Ressourcen einer externen Spitexperson, welche zum Beispiel bei Personalmangel reduziert wären, berücksichtigt werden müssten. So hat das Bundesgericht lediglich festgehalten, dass ein Vergleich mit einer externen Spitexperson erfolgen soll, was ein Mittel zur Abgrenzung der gesundheitsbedingten gegenüber der generellen Pflege, vor allem bei Minderjährigen, darstellt. Es kann vor diesem Hintergrund aber nicht angehen, mit Hilfe dieser Rechtsprechung allfällige praktische Probleme einer Spitexorganisation wie Personalmangel analog auf pflegende Angehörige zu übertragen. Dies wäre einerseits sinnwidrig und würde die Verantwortung für solche strukturellen Probleme völlig falsch verorten. Andererseits wäre dies nicht zielführend, da die Pflege durch Angehörige grundsätzlich eine Entlastung des Spitex-Systems bezwecken, indem Versicherte, welche Anspruch auf externe Leistungen hätten, solche Leistungen weniger oder gar nicht beanspruchen und letztlich auch einem allfälligen Personalmangel entgegenwirken.

4.2

4.2.1 Bei minderjährigen Versicherten ist bezüglich Grundpflegeleistungen, welche regelmässig alltägliche Tätigkeiten wie Essen oder Trinken betreffen, stets abzugrenzen, welche Leistungen bzw. in welchem Ausmass diese Pflegeleistungen krankheitsbedingt sind und welche den regulären sowie nicht versicherten Betreuungsaufwand von Kindern betreffen. Dies liesse sich im Einzelfall grundsätzlich eruieren, wäre jedoch mit einem erheblichen Aufwand, gewissen Unklarheiten sowie konstanten Anpassungen an das aktuelle Alter der Beschwerdeführerin verbunden. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb vorliegend das KSH analog herangezogen. Dessen Anhang 2 legt Richtlinien zur Bemessung der massgebenden Hilflosigkeit bei Minderjährigen fest, wobei unter anderem Richtwerte für das durchschnittliche Alter für die Berücksichtigung des invaliditätsbedingten erheblichen Mehraufwands verwendet werden. Dies deshalb, weil bei Minderjährigen nur der Mehrbedarf an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung im

Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters zu berücksichtigen ist (vgl. Art. 37 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV]). Zwar ist dies nicht ohne Weiteres dasselbe wie der ausgewiesene Pflegebedarf nach Art. 25a Abs. 1 KVG. Jedoch beschlägt es im Rahmen der Grundpflege bei Minderjährigen eine ähnliche Thematik.

4.2.2 Die Beschwerdeführerin macht hiergegen einerseits geltend, das KSH mache keinerlei zeitliche Vorgaben zur Kürzung, weshalb die vorgenommenen Kürzungen willkürlich seien. Dies ist insofern unzutreffend, als dass Anhang 3 des KSH sowohl anrechenbare zeitliche Maximalwerte als auch Zeitwerte für die altersentsprechende Hilfe festlegt. Letztere stellen dabei eine Form von Abzügen und damit Kürzungen dar (vgl. hierzu auch Bg. act. 1). Damit wurde zwar sehr pauschal, aber grundsätzlich nachvollziehbar eine Einschätzung des Betreuungsbedarfs von gesunden Kindern nach Aufgaben vorgenommen. Hierauf kann mangels anderer Grundlagen auch im Bereich des Krankenversicherungsrechts zurückgegriffen werden. Dies jedoch immer nur unter der Voraussetzung, dass die Differenz zu einem Kind ohne Beeinträchtigung bei der Pflegeabklärung nicht bereits berücksichtigt wurde. Die Beschwerdeführerin macht dies zwar geltend, jedoch ohne substantiierte Begründung. Die im Rahmen der Einsprache noch vorgenommenen Anpassungen (vgl. untenstehende E. II/4.4.3) sprechen denn auch gegen eine von Beginn an erfolgte Berücksichtigung. Angesichts der konkreten Kürzungen kann dies im vorliegenden Fall jedoch offenbleiben (vgl. nachfolgende E. II/4.3).

4.3 Zwischen den Parteien ist der Pflegebedarf vom 1. Januar 2024 bis zum 30. Juni 2024 strittig. Die Beschwerdeführerin machte dabei zunächst einen Bedarf an Grundpflegeleistungen (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) in der Höhe von 534 Stunden und 31 Minuten geltend (Bf. act. 5; Bg. act. 7). Die Beschwerdegegnerin anerkannte demgegenüber lediglich 216.67 Stunden (Bf. act. 2 E. 2.11.5, 7; Bg. act. 13, 15 E. 2.11.5). Vorliegend wurde die ursprüngliche Pflegeabklärung von Leonie Cavegn, diplomierte Pflegefachfrau HF der Spitex-Organisation, vorgenommen und die Spitexverordnung von Dr. med. Kirsten Schiesser, Fachärztin für Pädiatrie, unterzeichnet (vgl. Bf. act. 4 f.; Bg. act. 6 ff.). Damit sind die in Art. 7 ff. KLV enthaltenen Voraussetzungen auf den

ersten Blick erfüllt. Aufgrund der diversen Stellungnahmen der Beschwerdeführerin bzw. der Spitexorganisation sowie der unterschiedlichen Begründungen der Beschwerdegegnerin in den einzelnen Verfahrensstufen ist jedoch genauer zu klären, welche Leistungen in welchem Umfang überhaupt noch strittig sind. Die Beschwerdeführerin beantragt im vorliegenden Verfahren pauschal die Gewährung der beantragten Leistungen. Ob hiermit die ursprünglich oder die später beantragten Leistungen gemeint sind, kann dabei offenbleiben. Da mit der diplomierten Pflegefachfrau Cavegn dieselbe Fachperson jeweils ihre Einschätzung abgegeben hat, ist nämlich von der aktuellsten Einschätzung auszugehen (vgl. Bg. act. 12/4 ff.). Dass die Beschwerdeführerin zu einem früheren Zeitpunkt weniger Spitexleistungen bezogen hat (vgl. Bg. act. 2), vermag an der schlüssigen und nachvollziehbaren Einschätzung von Frau Cavegn nichts zu ändern, da diese ihre Pflegebedarfseinschätzung vertiefter begründet und genauer aufgeschlüsselt hat.

4.4

4.4.1 Die Leistung "An- und Auskleiden" hat Frau Cavegn von den ursprünglich taxierten 20 auf 14 Minuten pro Tag reduziert. Dies hat die Beschwerdegegnerin nicht berücksichtigt (vgl. Bg. act. 15/10). Vielmehr zog Letztere von den ursprünglichen 20 Minuten 5 Minuten aufgrund des KSH ab. Daraus resultieren 15 Minuten und damit mehr als die zuletzt von Frau Cavegn geltend gemachten 14 Minuten, womit kein Rechtsschutzinteresse an einer diesbezüglichen Anfechtung besteht und an den bewilligten 15 Minuten (ohne Abzug für die elterliche Schadensminderung) festzuhalten ist.

4.4.2 Für die Leistung "Essen und Trinken" hat Frau Cavegn 24 Minuten pro Tag veranschlagt, woran sie in der Folge festhielt. Hiervon hat die Beschwerdegegnerin 5 Minuten nach KSH plus 10 Minuten aufgrund der Tatsache abgezogen, dass das Essenzerkleinern eine Nichtpflichtleistung sei, wobei sie auf den Familientisch verwies. Was hiermit gemeint ist, bleibt unklar. Es scheint sich aber um eine mehrfache Berücksichtigung derselben Thematik zu handeln. Der Abzug gemäss KSH berücksichtigt dabei aber bereits die ohnehin notwendige Hilfe. Unter anderem deshalb legt dieses denn auch fest, dass entweder die familienübliche Präsenz am Tisch oder der Zeitaufwand für ein nicht behindertes Kind, nicht aber beides abgezogen werden darf (KSH, S. 127).

Dementsprechend ist vorliegend lediglich der Abzug gemäss KSH zulässig, womit ein diesbezüglicher Bedarf von 19 Minuten pro Tag resultiert.

4.4.3 Für die Leistung "Körperwäsche/Pflege", welche auch die Zahnpflege beinhaltet, hat Frau Cavegn die beantragten 62.57 Minuten auf 32.5 Minuten pro Tag reduziert. Dies liess die Beschwerdegegnerin unberücksichtigt und ging stattdessen von 64.57 Minuten pro Tag aus, wobei sie auch die Leistung "Nägel schneiden" einbezog. Hier von zog sie 15 Minuten gemäss KSH ab, womit 49.57 Minuten pro Tag resultieren. Diesen Bedarf erachtete die Beschwerdegegnerin offensichtlich für medizinisch notwendig und anerkannte ihn entsprechend. Zwar beinhaltet dieser weiterhin die Leistung "Nägel schneiden", obwohl Frau Cavegn mit deren Streichung einverstanden gewesen war, weil dies bei einem gesunden Kind ebenfalls notwendig sei. Da dieser Bedarf pro Tag aber lediglich etwa 1.5 Minuten beträgt (3 x 15 Minuten pro Monat / 30 Tage) und damit vernachlässigbar erscheint, ist er im Ergebnis nicht zu beanstanden, womit 49.57 Minuten pro Tag resultieren.

4.4.4 Für die Nasenpflege hat Frau Cavegn 30 Minuten pro Tag veranschlagt, woran sie in der Folge festhielt. Dies sei nötig, weil die Beschwerdeführerin konstant Sauerstoff erhalte, was ihre Schleimhäute stark austrockne und aufgrund des vielen zähen Schleims in der Nase die Atmung zusätzlich erschwert werde. Es sei deshalb mindestens dreimal pro Tag eine Nasenpflege notwendig. Die Beschwerdegegnerin hat sich hierzu nicht geäußert und dieser Facheinschätzung entsprechend nichts Substantielles entgegengehalten, obwohl sie diese Leistung in der Folge unberücksichtigt liess. Die Ausführungen von Frau Cavegn erscheinen jedoch schlüssig und die Leistung aufgrund ihrer Darlegungen nachvollziehbar und medizinisch notwendig, weshalb die Beschwerdegegnerin diesen Bedarf wie beantragt zu vergüten hat.

4.4.5 Von den Hilfeleistungen "Aufstehen, Absitzen, Abliegen, Gehen, aktive/passive Bewegungsunterstützung" hat die Beschwerdegegnerin lediglich unter dem Titel der elterlichen Unterstützungspflichten Abzüge vorgenommen, wofür wie bereits dargelegt keine gesetzliche Grundlage besteht (vgl. obenstehende E. II/4.1). Von der Leistung

"Verrichten der Notdurft" hat die Beschwerdegegnerin schliesslich keine Abzüge vorgenommen, womit diese nicht strittig und antragsgemäss zu vergüten ist.

5.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin von den geltend gemachten Pflegeleistungen zu Unrecht Abzüge aufgrund einer elterlichen Unterstützungs- oder Schadenminderungspflicht vorgenommen. Die analog gestützt auf das KSH vorgenommenen Abzüge sind im vorliegenden Fall aber grundsätzlich zulässig und nachvollziehbar. Sofern die Spitex-Organisation die beantragten Leistungen im Lauf des Verfahrens bereits gekürzt hat und diese mit der Berechnung der Beschwerdegegnerin übereinstimmen, besteht keine Differenz und damit auch kein Rechtsschutzinteresse an einer Anpassung dieses Bedarfs. Sodann darf die Beschwerdegegnerin für dieselbe Problematik nicht mehrere Abzüge vornehmen. Die Nasenpflege erscheint ferner medizinisch indiziert, wobei die Beschwerdegegnerin gegen die beantragte Vergütung nichts Substantielles entgegenbringt. Folglich hat sie diese antragsgemäss zu vergüten.

Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist. Die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, die Pflegeleistungen im Sinne der Erwägungen zu vergüten.

III.

1.

Die Gerichtskosten sind von Gesetzes wegen auf die Staatskasse zu nehmen (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. ^{fbis} ATSG e contrario). Vorliegend obsiegt die Beschwerdeführerin mehrheitlich, weshalb ihr eine angemessene Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin in der Höhe von Fr. 1'800 zuzusprechen ist. Die Beschwerdegegnerin als nicht Beschwerde führende Person hat schliesslich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

2.

2.1 Die Beschwerdeführerin beantragt die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Rechtsverteidigung. Gemäss Art. 139 Abs. 1 des Ge-

setzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 4. Mai 1986 (VRG) befreit die Behörde eine Partei, der die Mittel fehlen, um neben dem Lebensunterhalt für sich und ihre Familie die Verfahrenskosten aufzubringen, auf Gesuch hin ganz oder teilweise von der Kosten- und Vorschusspflicht, sofern das Verfahren nicht aussichtslos ist. Unter denselben Voraussetzungen weist sie der Partei auf Gesuch hin oder von Amtes wegen einen Anwalt als Rechtsbeistand zu, sofern ein solcher für die gehörige Interessenwahrung erforderlich ist (Art. 139 Abs. 2 VRG). Der Nachweis der Bedürftigkeit obliegt nach Art. 139 Abs. 3 VRG der gesuchstellenden Partei.

2.2 Da die Gerichtskosten von Gesetzes wegen auf die Staatskasse zu nehmen sind, ist das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung als gegenstandslos geworden abzuschreiben.

2.3 Die Mittellosigkeit der Beschwerdeführerin erscheint schliesslich offensichtlich (Bf. act. 8), wobei das vorliegende Verfahren angesichts des teilweisen Obsiegens nicht als aussichtslos bezeichnet werden kann. Da die Beschwerdeführerin auf eine rechtliche Vertretung angewiesen war, ist ihr Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung gutzuheissen und ihr ist in der Person von Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen. Dieser ist mit Fr. 1'800.- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Daran angerechnet wird die Parteientschädigung seitens der Beschwerdegegnerin in gleicher Höhe.

Demgemäss beschliesst die Kammer:

1. Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird als gegenstandslos geworden abgeschrieben.
2. Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung wird gutgeheissen. Ihr wird in der Person von Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt.

3. Der Rechtsbeistand wird zu Lasten der Gerichtskasse mit Fr. 1'800.- (inkl. Mehrwertsteuer und Auslagen) entschädigt. Daran angerechnet wird die Parteientschädigung seitens der Beschwerdegegnerin in gleicher Höhe.

und erkennt sodann:

1. Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen, soweit darauf eingetreten wird. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 3. Dezember 2024 wird aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, die Leistungen im Sinne der Erwägungen zu vergüten.
2. Die Gerichtskosten werden auf die Staatskasse genommen.
3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin innert 30 Tagen nach Rechtskraft dieses Entscheids eine Parteientschädigung von Fr. 1'800.- (inkl. Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4. Schriftliche Eröffnung und Mitteilung an:
 - Prof. Dr. Hardy Landolt, Rechtsanwalt, PflegeRechtsAnwalt GmbH, Schweizerhofstrasse 14, 8750 Glarus (zweifach)
 - CSS Kranken-Versicherung AG, Hauptsitz, Abteilung Recht & Compliance, Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
 - Bundesamt für Gesundheit (BAG), Kranken- und Unfallversicherung, 3003 Bern

Rechtsmittelbelehrung

1. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen, gerechnet ab dessen Zustellung, beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich Beschwerde nach Art. 82 ff. des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG) eingereicht werden.
2. Die Beschwerdefrist kann nicht verlängert werden.
3. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten.

4. Der angefochtene Entscheid sowie die Beweismittel, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hat, sind beizulegen.
-

Der Präsident


MLaw C. Braun



Die Gerichtsschreiberin


MLaw P. Brändli

Versand am:

04. Juni 2025