

S2 25 65

**URTEIL VOM 18. NOVEMBER 2025**

**Kantonsgericht Wallis  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Besetzung: Michael Steiner, Präsident; Candido Prada und Dr. Thierry Schnyder, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin

**in Sachen**

**X** \_\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt, Glarus

**gegen**

**MUTUEL KRANKENVERSICHERUNG AG**, Beschwerdegegnerin

(Pflege eines Angehörigen)

Beschwerde gegen den Entscheid vom 4. Juni 2026

## Verfahren

**A.** Die 1932 geborene Beschwerdeführerin ist bei der Mutuel Krankenversicherung AG obligatorisch krankenpflegeversichert (Akten der Beschwerdegegnerin, Beilage 1). Sie beansprucht aufgrund einer multifaktoriellen Gang- und Gleichgewichtsstörung und ihres Alters Pflegeleistungen im häuslichen Umfeld, die hauptsächlich durch ihre Tochter erbracht werden, welche sich zu diesem Zweck bei der A \_\_\_\_\_ AG anstellen liess.

Nachdem das Leistungspflegeblatt für die Verordnungsperiode vom 5. Dezember 2024 bis 28. Februar 2025 sowie einzelne Verlaufsberichte bei der Beschwerdegegnerin eingereicht wurden, teilte diese mit Verfügung vom 24. April 2025 mit, sie kürze die ärztlich angeordneten Pflegeleistungen in der Tarifstufe B (Behandlungspflege) vollständig und in der Tarifstufe C (Grundpflege) teilweise. In ihrer Begründung legte sie dar, die beantragte Kostenvergütung sei aufgrund der arbeitsrechtlichen Bestimmungen sowie der Schadenminderungs- und Beistandspflicht der pflegenden Angehörigen reduziert worden.

Dagegen liess die Versicherte am 19. Mai 2025 Einsprache erheben und beantragte die Aufhebung der Kürzungen sowie die Zusprache der Leistungen für die Verordnungsperiode vom 5. Dezember 2024 bis 31. August 2025. Mit Entscheid vom 4. Juni 2025 wies die Beschwerdegegnerin die Einsprache ab.

**B.** Dagegen erhob die Versicherte am 18. Juni 2025 (Postaufgabedatum) Beschwerde an die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts und beantragte primär, in Aufhebung des angefochtenen Entscheides seien die Pflegeleistungen für den Zeitraum vom 5. Dezember 2024 bis 28. Februar sowie vom 1. März bis 31. August 2025 vollumfänglich zu vergüten. Begründend führte sie u.a. aus, die Kontrolle der Vitalwerte würde dazu dienen, die medikamentöse Einstellung zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Es sei auch nicht die Aufgabe des Krankenversicherers, die Einhaltung des Arbeitsgesetzes zu kontrollieren und damit Kürzungen der Leistungspflicht im Bereich des Versicherungsobligatoriums zu begründen. Im Übrigen sei das Arbeitsgesetz auf die privaten Haushalte nicht anwendbar. Schliesslich erlaube die gesetzliche Beistandspflicht keine Kürzung des Versicherungsobligatoriums gemäss KVG.

In ihrer Vernehmlassung vom 25. August 2025 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Entscheid fest und beantragte die Abweisung der Beschwerde, sofern darauf einzutreten sei. Begründend führte sie u.a. aus, die arbeitsgesetzlichen Bestimmungen seien auch bei einem Arbeitsverhältnis bei der Angehörigenpflege anwendbar, der

Krankenversicherer könne bei einem pflegenden Angehörigen im Rahmen der Verwandtenunterstützung 30 Minuten Grundpflege pro Tag als unentgeltlich zu erbringende Pflege berücksichtigen, Bagatelleleistungen seien nicht zu vergüten, die Begleitung im Haus sei keine kassenpflichtige Leistung und es würde an differenzierten Arbeitsrapporten fehlen. Schliesslich sei mit der Verfügung ein Stundenlimit gesetzt worden, welches einen maximalen Rechnungsbetrag von Fr. 2'070.00 bewirke. Die von der Pflegeorganisation ausgestellten Rechnungen würden sich in diesem Rahmen bewegen; es sei nicht ersichtlich, weshalb die Beschwerdeführerin sich gegen die Verfügung wehre.

Mit Eingaben vom 3. und 31. Oktober 2025 hielten die Parteien an ihren Schlussfolgerungen fest.

**C.** Auf weitere Sachverhaltsdarstellungen, Parteibehauptungen und Begründungen wird, soweit rechtlich von Bedeutung, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

## **Erwägungen**

### **1.**

**1.1** Das Kantonsgericht prüft die Prozessvoraussetzungen, namentlich die Partei- und Prozessfähigkeit, die Zulässigkeit des Rechtsweges, die Zuständigkeit der angerufenen Instanz, das Rechtsschutzinteresse sowie die formrichtige und rechtzeitige Rechtsvorkehr von Amtes wegen (BGE 131 V 202 E. 1, 130 V 514 E. 1 und 126 V 30). Die Beschwerdeführerin wohnt im Wallis, weshalb die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts gestützt auf Art. 7 Abs. 2 RPfIG, Art. 58 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 2 RVG und Art. 81a VVRG als kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung von Beschwerden auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zuständig ist (vgl. BGE 127 V 176 E. 2).

**1.2** Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin durch den Einspracheentscheid berührt und zur Beschwerde legitimiert. Sie hat ein schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung des angefochtenen Entscheides, zumal die von der Beschwerdegegnerin zu vergütenden Stunden und nicht die entsprechende Rechnung strittig sind.

**1.3** Nach dem Dargelegten ist auf die form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 und 61 lit. b ATSG).

## **2.**

**2.1** Hauptsächlich strittig ist, in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin die Kosten für die durch die Tochter geleisteten Pflegeleistungen übernehmen muss. Nachfolgend ist die Rechtmässigkeit der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Leistungskürzung in den Tarifstufen B und C zu überprüfen, während die Leistungsvergütung hinsichtlich der Tarifstufe A (Abklärung und Beratung) – wie angeordnet – zugesprochen wurde.

**2.2** In Bezug auf den Anfechtungsgegenstand ist zu beachten, dass in den sozial- und verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung bzw. eines Entscheides – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung bzw. ein Entscheid den einsprache- bzw. beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsobjekt bzw. Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung bzw. kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 110 V 48 E. 3b mit Hinweisen).

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 4. Juni 2025, welchem die Verfügung vom 24. April 2025 zugrunde liegt. Die Beschwerdegegnerin entschied damit, sie übernehme vom 5. Dezember 2024 bis zum 28. Februar 2025 in der Tarifstufe A zwei Stunden, in der Tarifstufe B null Stunden und in der Tarifstufe C 36.71 Stunden statt der beantragten 55.14 Stunden pro Monat (Tarifstufe B und C). Ansonsten würden weitergehende Leistungen nicht vergütet. Damit können vorliegend grundsätzlich nur beantragte bzw. verweigerte Leistungen für den Zeitraum vom 5. Dezember 2024 bis 28. Februar 2025 Streitgegenstand sein. Wenn die Beschwerdeführerin im Rahmen der Einsprache und des Beschwerdeverfahrens mithin die Beurteilung der Vergütung für den Zeitraum von März bis August 2025 beantragt, kann sie sich diesbezüglich auf keinen Verwaltungsakt stützen, da es an einem Anfechtungsgegenstand bzw. -objekt fehlt. Insoweit ist auf diesen Antrag nicht einzutreten. Dasselbe gilt für das von der Beschwerdegegnerin in der Duplik vom 31. Oktober 2025 gestellte Begehren um Feststellung, dass der Versicherer nur Beiträge an effektiv erbrachte Pflegeleistungen, die mit einem Arbeitsrapport nach Zeit, Datum, Pflegeposition nach Spitexleistungskatalog und deren Dauer differenziert sind, erbringen müsse.

## **3.**

**3.1** Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25-31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 KVG

festgelegten Voraussetzungen (Art. 24 Abs. 1 KVG). Nach Art. 25 Abs. 2 KVG umfassen diese Leistungen unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung von Pflegefachpersonen oder Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (lit. a Ziff. 2<sup>bis</sup> und 3).

Laut Art. 25a Abs. 1 lit. c KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin und aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können. Er bestimmt, welche Pflegeleistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können (Art. 25a Abs. 3 KVG). Die Übernahmepflicht des Krankenversicherers wird durch Art. 32 Abs. 1 KVG begrenzt. Danach sind nur jene Leistungen zu vergüten, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wobei die Wirtschaftlichkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss. Der Leistungserbringer muss sich auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG).

**3.2** Der entsprechende Leistungsbereich wird in der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (fortan: KLV) näher umschrieben. Gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und nach Artikel 8 KLV erbracht werden. Gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV umfassen die Leistungen im Sinne von Absatz 1 Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c). Erstere bestehen u.a. in der Beratung der Patienten sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und in der Vornahme der notwendigen Kontrollen (Ziff. 2). Die Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung beinhalten namentlich die Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht) oder die einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin (Ziff. 1 und 2), Massnahmen zur Atemtherapie (wie O<sup>2</sup>-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen; Ziff. 4), das Einführen von Sonden oder Kathetern und die

damit verbundenen pflegerischen Massnahmen (Ziff. 5), die Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie die Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten (Ziff. 7), das Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie die Fusspflege bei Diabetikern (Ziff. 10) und pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz (Ziff. 11). Die allgemeine Grundpflege umfasst etwa Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden sowie beim Essen und Trinken (Ziff. 1).

**3.3** Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind u.a. Personen zugelassen, 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). Als Leistungserbringer bei der Pflege zu Hause kommen gemäss Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV Pflegefachleute sowie Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause in Frage.

Familienangehörigen einer versicherten Person, die bei einer zugelassenen Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause angestellt sind, können grundsätzlich auch ohne pflegerische Fachausbildung Pflegemassnahmen in Form der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 und 2 KLV zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen. Was demgegenüber die Vorkehren der Untersuchungs- und Behandlungspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV (wie auch solche der Abklärung, Beratung und Koordination nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV) anbelangt, sind diese nur vergütungspflichtig, wenn die betreffenden Angehörigen eine pflegerische Ausbildung besitzen würden (BGE 150 V 273 E. 2.3.2 und 145 V 161 E. 5.1 mit Hinweisen).

**3.4** Für das gesamte Verwaltungsverfahren gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht. Die Verwaltung als verfügende Instanz darf eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt ist. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen.

**4.** Die Beschwerdegegnerin macht in der Beschwerdeantwort geltend, die Pflegeleistungen seien nicht ausreichend dokumentiert.

Die Akten enthalten Pflegeberichte («rapport des soins») für den Zeitraum vom 20. Dezember 2024 bis 19. Januar 2025, die den Aufwand der Tochter sowie einer weiteren Betreuungsperson detailliert umschreiben und zeitlich bestimmen. Die Tochter hat jeweils festgehalten, welche Leistungen sie täglich erbracht hat, sodass diese grundsätzlich ausgewiesen sind. Ihren Einsätzen ist dabei eine Regelmässigkeit zu entnehmen, welche die verrechneten Leistungen nachvollziehbar erscheinen lassen. Damit ist eine Kürzung der Pflegeleistungen für diese Periode (20.12.2024-19.1.2025) infolge mangelnder Dokumentation nicht gerechtfertigt.

Demgegenüber fehlt es an entsprechenden Pflegeberichten für die Perioden vom 5. bis 19. Dezember 2024 sowie vom 20. Januar bis 28. Februar 2025. Der Krankenversicherer kann verlangen, dass ihm die relevanten Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden (Art. 8a Abs. 6 KLV). Gemäss Art. 8c KLV können ärztliche Aufträge oder Anordnungen vom Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin überprüft werden, wenn diese Bedarfsermittlung – wie im vorliegenden Fall – einen Pflegebedarf von mehr als 60 Stunden pro Quartal vorsieht. Erforderlichenfalls ist dem Krankenversicherer somit eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflegedokumentation) einzureichen. Gemäss Aktenlage wurde bis anhin auf die Einreichung dieser Dokumentation für die obgenannten Perioden verzichtet. Im Rahmen der Untersuchungsmaxime wäre jedoch der Versicherer gehalten gewesen, die vollständige Pflegedokumentation einzuholen. Da – wie nachfolgend dargelegt wird – die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, wird sie das hier Versäumte im Rückweisungsverfahren nachzuholen haben.

**5.** Für die Periode vom 5. Dezember 2024 bis 28. Februar 2025 waren gemäss ärztlicher Verordnung vom 16. Dezember 2024 Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (Tarifstufe A) von insgesamt 360 Minuten (entsprechend 6 Stunden), Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV (Tarifstufe B) von 90 insgesamt Minuten (entsprechend 1.5 Stunden) sowie Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV (Tarifstufe C) von insgesamt 9925 Minuten (entsprechend 165.42 Stunden) angeordnet worden. Die gemäss Tarifstufe A angeordneten Stunden wurden von der Beschwerdegegnerin vorbehaltlos anerkannt.

**5.1** Die Beschwerdegegnerin macht in Bezug auf die gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV (Tarifstufe B) verordneten Leistungen geltend, diese würden einerseits nicht von einer Fachperson ausgeübt und andererseits sei die monatliche Vitalzeichenkontrolle nicht zweckmässig, weshalb sie diese Leistungen nicht übernehmen will.

Dem ist grundsätzlich zuzustimmen, zumal die Vorkehren der Untersuchungs- und Behandlungspflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV entsprechende berufliche Fähigkeiten erfordern. Für den Bereich der anspruchsvolleren Behandlungspflege ist auch beim angestellten Fachpersonal eine den selbstständig tätigen Pflegefachpersonen vergleichbare Grundausbildung als erforderlich zu betrachten. Die Behandlungspflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV stellt eine medizinische Hilfeleistung mit diagnostischer, therapeutischer oder palliativer Zielsetzung dar (BGE 131 V 178 E. 2.2.2). Daher dürfen Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung, die auf die Behebung des Gesundheitsschadens gerichtet sind und einen eigentlichen Behandlungszweck erfüllen, nur durch Personen mit entsprechender fachlicher Qualifikation ausgeführt werden. Die Weigerung einer Krankenkasse, einem Familienmitglied erbrachte Leistungen zu erstatten, weil der Leistungserbringer die erforderlichen Ausbildungsanforderungen nicht erfüllt, verstösst nicht gegen das Diskriminierungsverbot im Zusammenhang mit dem Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens gemäss Art. 8 und 14 EMRK (PERRENOUD, familles et sécurité sociale en Suisse: l'état civil, un critère pertinent ?, CN 2022, S. 1307).

Unstrittig verfügt die Tochter der Versicherten nicht über eine pflegerische Ausbildung, weshalb eine Vergütungspflicht des Versicherers für diese Tarifstufe (B) ohne Weiteres ausgeschlossen ist. Der Versicherer hat die entsprechenden Leistungen nicht zu entschädigen. Damit erübrigen sich auch Erörterungen zur Zweckmässigkeit der monatlichen Vitalzeichenkontrolle.

## **5.2**

**5.2.1** Bei der Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c Ziff. 1 KLV (Tarifstufe C) handelt es sich sodann um pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen in grundlegenden alltäglichen Lebensverrichtungen (Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichten der Notdurft; Fortbewegung usw.). Sie kann in verschiedenen Formen gewährt werden, so als Unterstützung, als teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder als Beaufsichtigung sowie Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen (EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. A., N. 10 zu Art. 25a KVG). Den Überlegungen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zufolge besteht bei den Anstellungen von pflegenden Angehörigen, die nur für die Pflege ihres Angehörigen angestellt sind, ein gewisses Missbrauchspotenzial. Daher sollen die durch den pflegenden Angehörigen erbrachten Leistungen im Sinne von Art. 32 KVG durch den Vertrauensarzt der obligatorischen Krankenversicherung auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (sogenannte

WZW-Kriterien) hin überprüft werden. Ebenfalls zu beachten ist, dass nur die Leistungen in Rechnung gestellt werden dürfen, die auch durch eine aussenstehende Spitex-Pflegefachperson entstehen würden. Damit wollte das Gericht klar festhalten, dass Leistungen, die einem Familienangehörigen aufgrund der familiären Beistandspflicht zugemutet werden können, im Rahmen der Schadenminderungspflicht nicht vergütet werden dürfen (BLUM-SCHNEIDER, SzS 2015 Nr. 30, S. 240, Rz. 510 mit Hinweisen). Nicht verrechenbar ist, was dem Familienangehörigen im Rahmen der Schadenminderungspflicht und im Rahmen der Beistandspflicht an Pflege zuzumuten ist (BGE 145 V 161 E. 3.3.2). Damit hat das Bundesgericht im Bereich der Beitragspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin, an die Kosten von Pflegeleistungen ausdrücklich eine Schadenminderungspflicht von Familienangehörigen anerkannt. Demnach sind die Auswirkungen der Behandlungsbedürftigkeit durch geeignete Massnahmen und die Mithilfe der Familienangehörigen möglichst zu mildern. Als schadenminderungspflichtig werden dabei auch mündige Kinder bezeichnet (BGE 110 V 318 E. 4).

Die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung betont bei der Invaliditätsbemessung von im Haushalt tätig gewesenen Versicherten und bei der hauswirtschaftlichen Hilfsmittelversorgung eine hauswirtschaftliche Unterstützung durch Familienangehörige, welche weitergeht als im Gesundheitsfall (BGE 130 V 396 E. 8 und 130 V 97 E. 3.3.3). Für den Umfang der Mithilfe der Familienangehörigen ist nicht die rechtliche Durchsetzbarkeit massgebend, sondern das, was in der sozialen Realität üblich und zumutbar ist (BGE 133 V 504 E. 4.2; Bundesgerichtsurteile 9C\_525/2023 vom 26. Oktober 2023 E. 4.2 f. und 8C\_729/09 vom 30. November 2009 E. 4.2).

Nach dem Dargelegten ist eine schadenmindernde Mithilfe der pflegenden Tochter im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu berücksichtigen, solange diese im Einzelfall zumutbar ist und sich im sozial üblichen Mass bewegt.

**5.2.2** In casu kürzte die Beschwerdegegnerin die von der Tochter erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung deren Schadenminderungspflicht um eine halbe Stunde pro Tag, entsprechend 12 Stunden und 51 Minuten pro Monat. Mit der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen, dass der pflegenden Tochter im Rahmen ihrer Verwandtenunterstützung und Beistandspflicht zumutbar ist, die Beschwerdeführerin zu unterstützen, zumal dies im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesgerichts steht. Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen, bei Sachleistungen erfolgten keine Abzüge aufgrund der Schadenminderungspflicht. Dem ist entgegenzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss nicht verrechenbar ist, was dem Familienangehörigen im Rahmen der

Schadenminderungspflicht an Pflege zugemutet werden kann (BGE 145 V 161 E. 3.3.2; Bundesgerichtsurteil 9C\_702/2010 vom 21. Dezember 2010 E. 7.1; Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen KV 2023/8 vom 3. Dezember 2024 E. 3.3.3).

**5.2.3** Es ist weiter zu prüfen, ob diese Kürzung nicht in einem übermässigen Umfang erfolgt ist. Im vorliegenden Fall betreut hauptsächlich die Tochter als pflegende Angehörige und Angestellte der A \_\_\_\_\_ AG die Beschwerdeführerin, womit eine atypische Konstellation mit Missbrauchspotenzial vorliegt (vgl. oben E. 5.2.1). 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 Entscheid, es erscheine angemessen, dass im Rahmen der Beistandspflicht (neben anderen Pflegeleistungen) eine 30-minütige Unterstützung pro Tag zu erbringen sei. Damit kürzte sie die Leistungen gemäss Bedarfsabklärung bzw. Leistungsplanungsblatt, in welchem die diplomierte Pflegefachperson einen Nettobedarf an Leistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV von insgesamt 3278 Minuten pro Monat ermittelte. Diese umfassen die Ganzwäsche (inkl. Haare waschen), das Nagelschneiden, die Zahnpflege, die Hilfe beim An-/Auskleiden, das Anziehen von Einlagen, die Begleitung beim Toilettengang und die Hilfe beim Aufstehen oder Hinlegen. Die wöchentlich zu erbringenden Pflegeleistungen wurden mit 800 Minuten veranschlagt. In der Bedarfsmeldung vom 16. Dezember 2024 hatte die behandelnde Ärztin einen Grundpflegebedarf von 3308.33 Minuten pro Monat festgelegt. Insofern liegen eine fachliche Erhebung und eine ärztliche Beurteilung des als erforderlich erachteten Umfangs der durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmenden Pflegeleistungen bzw. der Einhaltung der WZW-Kriterien vor. Dabei steht der Entscheid über die sowohl in zeitlicher Hinsicht als 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, wobei die gesetzliche Vermutung gilt, dass ärztlich verordnete Leistungen im Sinne von Art. 31 Abs. 1 wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (vgl. Obergerichtsurteil des Kantons Graubünden SV1 24 117 vom 24. März 2025 E. 8.5 mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin keine vertiefte Abklärung unter dem Aspekt der WZW-Kriterien der der Tochter zumutbaren und sozial üblichen Leistungen im Lichte der von ihr erbrachten Grundpflegeleistungen vorgenommen. Ebenso wenig hat sie den rechtsprechungsgemäss zuzugestehenden Beurteilungsspielraum gewahrt (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C\_528/2012 vom 20. Juni 2013 E. 4). Vielmehr hat sie selbst und pauschal eine Kürzung vorgenommen, wobei diese auch von ihrem Vertrauensarzt

nicht näher begründet wird. Dabei hat sie es auch unterlassen, zu untersuchen, ob in der Bedarfsmeldung bzw. im Leistungsplanungsblatt bereits gewisse Leistungen nicht aufgenommen worden sind, die die Tochter von sich aus und als Ausdruck der tatsächlichen Beistandsbereitschaft übernommen hat. So hat sie beschwerdeweise insbesondere geltend gemacht, sie erbringe zu den Pflegeleistungen weitere gesundheitsbedingte Vorsorgeleistungen. Dies scheint auch aufgrund der Tatsache, dass die Tochter – soweit bekannt – bei ihrer Mutter wohnt und mithin rund um die Uhr verfügbar ist, nachvollziehbar. Die im Rahmen der Schadenminderungspflicht zu erbringende Unterstützung bei der Krankenpflege darf – wie oben dargelegt – letztlich nicht zu einer unverhältnismässigen Belastung der Angehörigen führen, sondern muss ihre Grenze bei gesamthafter Betrachtungsweise in der Zumutbarkeit der Hilfestellung und dem sozial üblichen Mass finden (vgl. dazu Obergerichtsurteil des Kantons Graubünden SV1 24 117 vom 24. März 2025 E. 8.6 mit Hinweisen). Hierzu hätten sich somit nähere Abklärungen aufgedrängt.

Damit erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als unvollständig und ist die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie die entsprechenden Abklärungen vornimmt.

**5.3** Die Beschwerdeführerin macht weiter einen Umfang von 35 Minuten pro Monat für das Nagelschneiden geltend, den die Beschwerdegegnerin als Bagatellbehandlung nicht verrechnen lassen will.

Auf dem Verordnungsblatt führte die behandelnde Ärztin u.a. eine monatliche Unterstützung für die Pflege der Fussnägel von 15 Minuten und eine solche von 2 x 10 Minuten pro Monat für die Fingernägel auf. Bei diesen Pflegeleistungen handelt es sich um Leistungen aus dem Leistungskatalog der Spitex. Die darin umschriebenen Leistungsbeschreibungen haben zum Ziel, zu klären, aus welchen Teilhandlungen sich eine aufgeführte Leistung zusammensetzt, wobei der Leistungskatalog auf Art. 7 Abs. 2 KLV basiert. Die Ziffern 10'108 und 10'109 des Leistungskatalogs erfassen das Schneiden der Finger- und Zehennägel unter der Tarifstufe c mit einem monatlichen, maximalen Umfang für ersteres Schneiden von 2 x 15 Minuten bzw. für das Schneiden der Zehennägel von 1 x 15 Minuten pro Monat. Eine neben der bereits aufgrund der Schadenminderungspflicht erfolgte zusätzliche Limitation kann daher nicht nachvollzogen werden, zumal die Argumentation, es handle sich dabei um eine Bagatelleistung, nicht verfährt. Da die Leistungen medizinisch verordnet, von der Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin nicht beanstandet wurden und sich diese im Übrigen umfangmässig im vorgegebenen Rahmen bewegen, sieht das Gericht keine Veranlassung, diese zusätzliche

Limitierung gutzuheissen. Im Übrigen hat die Pflege der Nägel bei an Diabetes Typ 2 erkrankten Versicherten zweifelsfrei ihre Berechtigung und erfordert besondere Sorgfalt, um Verletzungen und Infektionen zu vermeiden. Es müssen auch beim Nagelschneiden bestimmte Grundsätze beachtet werden.

Nach dem Dargelegten ist somit die hier vorgenommene Kürzung im Umfang von 35 Minuten pro Monat anhand des jetzigen Aktenstandes nicht begründet.

**5.4** Zu prüfen bleibt, wie es sich mit der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Kürzung aufgrund des im Arbeitsgesetz verankerten Ruhetages verhält.

**5.4.1** Die Beschwerdegegnerin kürzte die Leistungspflicht im Rahmen der Grundpflege auf sechs Tage pro Woche mit der Begründung, der Ruhetag sei aus arbeitsrechtlichen Gründen einzuhalten und der Krankenversicherer dürfe einen gesetzeswidrigen siebten Arbeitstag in der Woche für pflegende Angehörige nicht vergüten. Es sei zu deren physischer und psychischer Gesundheit notwendig, den pflegenden Angehörigen zumindest einen ganzen freien Tag pro Woche zu gewähren. Gerade bei dieser Berufsgattung sei die Gefahr eines Burnout gross, wenn täglich und ohne zumindest einen wöchentlichen Ruhetag gearbeitet werde. Dagegen wendet die Beschwerdeführerin ein, der Krankenversicherer sei ausschliesslich für den Vollzug der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 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 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 seien die privaten Haushalte vom Arbeitsgesetz ausgenommen, selbst wenn die pflegenden Angehörigen einen Arbeitsvertrag mit einer Pflegeorganisation hätten. Ausserdem komme Art. 329 Abs. 2 OR zur Anwendung, wonach der Arbeitnehmerin unter besonderen Umständen namentlich statt eines freien Tages zwei freie Halbtage eingeräumt werden könnten.

**5.4.2** Nach Art. 41 Abs. 1 ArG i.V.m. Art. 2 Abs. 1 lit. a KArG ist die Dienststelle für Arbeitnehmerschutz und Arbeitsverhältnisse (nachstehend: Dienststelle) zuständig, wenn es u.a. um Gesetze über die Sicherheit der Arbeitnehmer und den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit geht. Diese ist insbesondere für Einzelfallkontrollen mittels Inspektionen vor Ort betreffend die Anwendung des Arbeitsgesetzes und der zugehörigen Verordnungen durch die Betriebe zuständig (Art. 4 KArG). Laut Art. 2 Abs. 1 lit. g ArG sind die privaten Haushaltungen vom betrieblichen Geltungsbereich des

Arbeitsgesetzes ausgenommen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kommt die Ausnahme von Art. 2 Abs. 1 lit. g ArG auf Zweiparteienverhältnisse, d.h. auf Konstellationen, in welchen die Arbeitskraft direkt vom privaten Haushalt angestellt wird, zum Zuge. Demgegenüber sei es beim Mehrparteienverhältnis möglich, die Einhaltung der Arbeits- und Ruhezeiten bei der Betreuungsorganisation zu kontrollieren, weshalb sich eine restriktive Handhabung von Art. 2 Abs. 1 lit. a ArG rechtfertige (BGE 148 II 203 E. 4.6). Bestehe zwischen der Betreuungsorganisation und der zu betreuenden Person ein Vertragsverhältnis, unterstehe das Unternehmen, welches mit seinen Angestellten einem privaten Haushalt Betreuungs- und Pflegedienstleistungen erbringe, grundsätzlich dem Arbeitsgesetz. Die Ausnahme gemäss Art. 2 Abs. 1 lit. g ArG gelange in solchen Fällen nicht zur Anwendung (E. 3.4.3). Gemäss Art. 11 Abs. 1 des kantonalen Beschlusses betreffend den Erlass eines Normalarbeitsvertrags für hauswirtschaftliche Arbeitnehmer gewährt der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer zwei Ruhetage pro Woche, davon mindestens einen ganzen Ruhetag. Der Rest kann in zwei halben Tagen gewährt werden. Diese Bestimmung kann jedoch gemäss Art. 2 des Beschlusses im Einzelarbeitsvertrag wegbedungen werden. Art. 329 Abs. 1 OR sieht schliesslich vor, dass die arbeitsnehmende Person jede Woche ein freier Tag zu gewähren ist. Diese Bestimmung ist relativ zwingender Natur. Art. 329 Abs. 2 OR lässt ausnahmsweise zu, dass mit Zustimmung der angestellten Person statt eines freien Tages zwei freie Halbtage eingeräumt werden, wobei hinsichtlich dieser Bestimmung vornehmlich an die Land- und Alpwirtschaft gedacht worden ist.

**5.4.3** Wie es sich mit der Verpflichtung zur Einhaltung der arbeitsgesetzlichen Vorgaben durch die Pflegeorganisation im vorliegenden Fall verhält, kann aufgrund der Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden, zumal weder ein Arbeitsvertrag zwischen der Pflegeorganisation und der Arbeitnehmerin noch eine Auftragsbestätigung zwischen der Pflegeorganisation und der zu pflegenden Person bei den hinterlegten Akten liegt. Auch in diesem Sinne wird die Beschwerdegegnerin daher ergänzende Abklärungen durchzuführen bzw. die Akten zu vervollständigen haben.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich der Untersuchungsgrundsatz gilt, wobei die Auskunfts- 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. Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. 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).

**5.4.4** Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Nichteinhaltung der arbeitsgesetzlichen 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. Wie es sich damit im vorliegenden Fall verhält, kann ohne weitere Abklärungen nicht abschliessend beurteilt werden. Wie bereits dargelegt, bildet die Grundlage des Entschädigungsanspruchs für Leistungen von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause die ärztliche Anordnung hinsichtlich der erforderlichen Massnahmen. Hält ein Krankenversicherer dafür, dass eine bestimmte ärztliche Therapie unwirksam, unzweckmässig oder unwirtschaftlich sei, hat er im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes die Verhältnisse abzuklären (z.B. durch Einholung einer Fachmeinung) 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. Bundesgerichtsurteil 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 Tochter der Beschwerdeführerin als pflegende Angehörige effektiv erbrachten Grundpflegeleistungen getroffen noch solche veranlasst. Insbesondere hat sie auch keine vollständigen Pflegedokumentationen und Unterlagen zur Beaufsichtigung der Tochter als pflegende Angehörige und zur Qualitätssicherung ihrer Leistungen bei der Leistungserbringerin eingeholt und gewürdigt. Beim zeitlichen Umfang der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Grundpflegeleistungen von 9925 Minuten (entsprechend 165.42 Stunden) bzw. 55.14 Stunden pro Monat oder 1 Stunden 48 Minuten pro Tag erscheinen jedenfalls die Grundpflegeleistungen nicht als unzweckmässig oder unwirtschaftlich. Demnach durfte es die Beschwerdegegnerin nicht dabei bewenden lassen, generell anzunehmen, die Voraussetzungen für die Kostenübernahme 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 auch in diesem Punkt als ungenügend erstellt, weshalb die Angelegenheit zur Einholung näherer Abklärungen (unter Beizug einer diplomierten Pflegefachperson) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

**6.** Die Beschwerdeführerin beantragt ein pflegerisches Gutachten und, sofern erforderlich, einen Augenschein sowie die Einvernahme ihrer Tochter und des zuständigen Sachbearbeiters der Pflegeorganisation.

Zum Anspruch auf rechtliches Gehör gehört das Recht des Betroffenen auf Abnahme der rechtzeitig und formrichtig angebotenen Beweismittel. Dies hindert das Gericht jedoch nicht, einen Beweisantrag abzulehnen bzw. auf die Abnahme von Beweisen zu verzichten, wenn es aufgrund bereits abgenommener Beweise seine Überzeugung gebildet hat und ohne Willkür annehmen kann, seine Überzeugung werde durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert (BGE 134 I 140 E. 5.3).

Das urteilende Gericht hat sich aufgrund der vorliegenden Akten seine Überzeugung gebildet und geht zweifelsfrei davon aus, dass von weiteren Beweismitteln keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind bzw. seine Überzeugung durch diese nicht geändert wird. Darin liegt weder eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes noch eine solche des rechtlichen Gehörs (BGE 145 I 167 E. 4.1, 144 V 361 E. 6.5, 144 II 427 E. 3.1.3 und 141 I 60 E. 3.3). Führen nämlich die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Die von der Beschwerdeführerin gestellten Beweisanträge sind demzufolge abzuweisen.

**7.** Der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Juni 2025 erweist sich somit als rechtswidrig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde gutzuheissen ist. Die Angelegenheit ist zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**8.**

**8.1** Das Verfahren ist, von hier nicht massgebenden Ausnahmen abgesehen, kostenlos (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

**8.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Diese umfasst insbesondere die Kosten der Rechtsvertretung (Art. 4 Abs. 1 GTar). Das Anwaltshonorar wird pauschal und unter Würdigung der Natur und Bedeutung des Falls, der Schwierigkeit, des Umfangs, der vom Rechtsbeistand nützlich aufgewandten Zeit und der finanziellen Situation der Partei bestimmt (Art. 27 GTar). Das Pauschalhonorar vor der sozialversicherungsrechtlichen

Abteilung des Kantonsgerichts bewegt sich zwischen einem Minimum von Fr. 550.00 und einem Maximum von Fr. 11'000.00 (Art. 40 Abs. 1 GTar), wobei sich die Entschädigung inklusive Mehrwertsteuer versteht (Art. 27 Abs. 5 GTar).

Der Rechtsanwalt der Beschwerdeführerin hat mit Schreiben vom 10. November 2025 einen Zwischenbericht mit einer Leistungsübersicht eingereicht. Diese ist insoweit zu korrigieren, als dass Sekretariatsleistungen im Anwaltshonorar enthalten sind und Kopien im Kanton Wallis praxisgemäss mit Fr. 0.50 pro Kopie entschädigt werden. Im Übrigen erscheint der geltend gemachte Aufwand (5.17 h) und die Auslagen (insgesamt Fr. 63.70) gerechtfertigt. Unter Berücksichtigung der für die Festsetzung der Entschädigung geltenden Regeln (Art. 27 Abs. 1 und 3; Art. 40 GTar) und des im Kanton Wallis geltenden Tarifs von Fr. 260.00 pro Stunde (8C\_714/2024 6. Mai 2025 E. 4) wird die gesamte Entschädigung auf Fr. 1'500.00 (einschliesslich Mehrwertsteuer und Auslagen) festgesetzt. Diese ist entsprechend dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen (Art. 4 GTar; Bundesgerichtsurteile 8C\_527/2021 vom 16. Dezember 2021 E. 6, 9C\_30/2014 vom 6. Mai 2014 E. 3.2).

#### **Das Kantonsgericht erkennt:**

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen und der Entscheid vom 4. Juni 2025 aufgehoben. Die Sache wird zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessendem neuen Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.00 (inkl. Mehrwertsteuer und Auslagen).
3. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Sitten, 18. November 2025