

Rechtsprechung / Sozialversicherungsrecht

Nr. 172

Urteil des Bundesgerichts, III. öffentlich-rechtliche Abteilung, vom 23. Februar 2026 ([9C_9/2025](#))

Beginn der Leistungspflicht des Krankenversicherers ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Anordnung bzw. des ärztlichen Auftrags

Der Krankenversicherer ist erst ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Anordnung bzw. des ärztlichen Auftrags verpflichtet, die versicherten Pflegeleistungen gemäss [Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV](#) zu vergüten. Der Zeitpunkt der Bedarfsabklärung oder des Erstassessments ist unerheblich. Eine nachträgliche Genehmigung bereits ausgeführter Pflegeleistungen durch die ärztliche Anordnung ist nicht möglich.

Sachverhalt

Die 1992 geborene A. ist bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG obligatorisch krankenpflegeversichert. Sie leidet an einem Dysmorphie-Syndrom und ist in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens auf Hilfe Dritter angewiesen. Unter der Woche wird sie in einer Wohngruppe betreut, am Wochenende übernehmen die Eltern die Betreuung. Die Mutter von A. ist seit dem 1.1.2023 bei der B. GmbH als pflegende Angehörige angestellt. Die B. GmbH ersuchte die Concordia um Vergütung von Pflegeleistungen und reichte hierfür die Bedarfsabklärung vom 16./30.3.2023 sowie die ärztliche Anordnung für Spitex-Leistungen vom 27.4.2023 ein.

Die Concordia verfügte am 28.11.2023, ab 16.3.2023 (Beginn der Bedarfsermittlung) bis auf Weiteres Pflegeleistungen im Umfang von 35 Stunden pro Monat zu übernehmen. Auf Einsprache von A. hin hielt sie daran mit Einspracheentscheid vom 18.6.2024 fest. Nachdem A. gegen den Einspracheentscheid vom 18.6.2024 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Glarus erhoben hatte, stellte dieses am 26.9.2024 zunächst eine Verschlechterung (*reformatio in peius*) in Aussicht und gab A. Gelegenheit zur Stellungnahme bzw. zu einem allfälligen Rückzug ihrer Beschwerde. Nachdem A. am 7.10.2024 an ihren Anträgen festgehalten hatte, wies das Verwaltungsgericht die Beschwerde mit Urteil vom 21.11.2024 ab und passte den Einspracheentscheid vom 18.6.2024 dahingehend an, als es die Leistungspflicht der Concordia ab dem 27.4.2023 bejahte.

Mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beantragt A. die Aufhebung des angefochtenen Urteils und die Verpflichtung der Concordia, ihr ab 16.12.2022 bzw. 1.1.2023 die beantragten Pflegeleistungen (gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a bzw. lit. c KLV) vollumfänglich zu vergüten. Eventuell sei das angefochtene Urteil aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Das Bundesgericht weist die Beschwerde ab.

Erwägungen

Umstritten und vom Bundesgericht zu entscheiden war der Beginn der Leistungspflicht des Krankenversicherers für Pflegeleistungen. Die Parteien vertraten unterschiedliche Standpunkte. Die versicherte Person stellte sich auf den Standpunkt, dass die Leistungspflicht bereits ab dem Zeitpunkt bestehe, in welchem das Erstassessment durchgeführt werde bzw. die pflegende Angehörigenperson angestellt sei, während der Krankenversicherer die Auffassung vertrat, dass die Leistungspflicht ab dem Beginn der Bedarfsabklärung bestehe. Das kantonale Versicherungsgericht wiederum war der Auffassung, dass die Leistungspflicht erst mit Beginn der ärztlichen Anordnung eintrete, weshalb es im Vergleich zum Entscheid des Versicherungsträgers eine Verschlechterung vornahm.

Das Bundesgericht stellt in Erwägung 4.1.1 fest, dass die ärztliche Anordnung gemäss [Art. 7 Abs. 1 KLV](#) vor der Durchführung der jeweiligen Massnahme zu erfolgen habe. Entsprechend beginne die Leistungspflicht des Krankenversicherers erst ab diesem Zeitpunkt. Daran ändere auch das Beurteilungsmessen der Pflegefachperson, das sowohl in zeitlicher Hinsicht als auch in Bezug auf Form und Inhalt des Pflegebedarfes bestehe, nichts. Ebenso sei unerheblich, dass im Zusammenhang mit der Inkraftsetzung der ersten Etappe der Initiative für eine starke Pflege (Pflegeinitiative) am 1.7.2024 die Möglichkeit zur direkten Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Grundpflege durch Pflegefachpersonen eingeführt worden sei.

Die Bundesrichter weisen dabei darauf hin, dass es nicht im Belieben der Ärzte ist, nach Eingang der erfolgten Bedarfsermittlung zuzuwarten. [Art. 8a Abs. 1 KLV](#) statuiere, dass das Ergebnis der Bedarfsermittlung den Ärzten umgehend zuzustellen sei, weshalb auch von ihnen eine unverzügliche Behandlung der unterbreiteten Bedarfsermittlungen verlangt werde (E. 4.1.2). Eine retrospektive Genehmigung der bereits erbrachten Leistungen reiche zudem für sich allein nicht aus (E. 4.1.1). Das Bundesgericht beanstandet dabei die Bearbeitungsdauer von 28 Tagen nicht (E. 4.2.3).

Bemerkungen

Das vorliegende Urteil hat zu einer Klärung des Beginns der Leistungspflicht des Krankenversicherers in den Fällen geführt, in welchen eine ärztliche Anordnung erforderlich ist. Gemäss der Auffassung des Bundesgerichts beginnt die Leistungspflicht für die Pflegeleistungen gemäss [Art. 7 Abs. 2 KLV](#) erst im Zeitpunkt der ärztlichen Anordnung bzw. des ärztlichen Auftrags. Dies bedeutet, dass früher erbrachte Pflegeleistungen nicht vergütet werden.

Ob diese Konsequenz im Pflegealltag praktikabel ist, ist zu bezweifeln. Es dürfte sich so verhalten, dass Spitexorganisationen Pflegeleistungen ab dem Zeitpunkt der Bedarfsabklärung vornehmen bzw. die Aufnahme der Pflegetätigkeit selten mit dem zufälligen Datum der ärztlichen Anordnung koordinieren (können). Ebenso ist nach dem Entscheid des Bundesgerichts unklar, ob die Leistungspflicht spätestens nach Ablauf einer zumutbaren Bearbeitungsdauer

durch den behandelnden Arzt beginnt, obwohl eine ärztliche Anordnung noch nicht vorliegt. Die gerichtliche Klärung ist zwar zu begrüßen, dürfte aber in der Praxis eine grössere Unklarheit zur Folge haben und dazu führen, dass bereits erbrachte Pflegeleistungen nicht vergütet werden.

Wie die Bundesrichter zutreffend festhalten, ist nach der Revision seit dem 1.7.2024 eine ärztliche Anordnung für Grundpflegeleistungen nicht mehr erforderlich. Das Ergebnis der Bedarfsabklärung ist aber gemäss [Art. 8a Abs.](#)

[1bis KLV](#) umgehend dem behandelnden Arzt zur Kenntnisnahme zuzustellen. Eine ärztliche Anordnung ist demgegenüber weiterhin für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung gemäss [Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV](#) notwendig. Erteilt der Arzt die Zustimmung für diese letzteren Massnahmen nicht, so ist die Bedarfsermittlung erneut unter ärztlicher Mitwirkung durchzuführen ([Art. 8a Abs. 2 KLV](#)).

Bei Pflegeleistungen, die ohne ärztliche Anordnung erbracht werden, muss spätestens neun Monate nach der ersten Bedarfsermittlung wieder eine Bedarfsermittlung erfolgen. Nach 27 Monaten muss dem behandelnden Arzt möglichst schnell ein Bericht vorgelegt werden, der insbesondere die Art, den Verlauf und die Ergebnisse der Pflegeleistungen beschreibt ([Art. 8a Abs. 8 KLV](#)). Der Verordnungsgeber schweigt sich darüber aus, was die Konsequenzen sind, wenn der Bericht nach 27 Monaten nicht vorgelegt wird bzw. was gilt, wenn der Bericht dem behandelnden Arzt vorgelegt wird. Muss dieser den Bericht genehmigen bzw. eine Weiterführung der Pflege anordnen?



Hardy Landolt