

SV 26 4

**Entscheid vom 18. Mai 2026
Sozialversicherungsabteilung**

Besetzung

Vizepräsidentin Barbara Brodmann, Vorsitz,
Verwaltungsrichterin Dr. med. Carole Bodenmüller,
Verwaltungsrichter Stephan Zimmerli,
Gerichtsschreiber Silvan Zwyssig.

Verfahrensbeteiligte

A. __,
gesetzlich vertreten durch B. __
vertreten durch ass.iur. Jana Sadik, Rechtsanwältin, Pflege-
RechtsAnwalt GmbH, Schweizerhofstrasse 14, Postfach
1608, 8750 Glarus,

Beschwerdeführer/Versicherter,

gegen

Philos Krankenversicherung AG,
Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny,

Beschwerdegegnerin/Krankenversicherer.

Gegenstand

Leistungen KVG

Beschwerde gegen die «Verfügung» vom 18. Dezember
2025.

Sachverhalt:

A.

a.

Der 2018 geborene A.____ («Beschwerdeführer»/«Versicherter») ist bei der Philos Krankenversicherung AG («Beschwerdegegnerin»/«Krankenversicherer») obligatorisch krankenversichert. Er leidet mutmasslich (vgl. hinten E. 3.3) an einem globalen Entwicklungsrückstand, einer beinbetonten, spastischen Cerebralparese, einem Spitzfuss bds. und einer ausgeprägten, periventrikulären Leukomalazie und wird deshalb durch seine Mutter B.____ zu Hause gepflegt.

b.

Am 24. März 2025 bezifferte die Pflegefachfrau C.____ von der D.____ («Spitex») den Pflegebedarf für den Zeitraum 14. März 2025 bis 14. September 2025 auf 22'770min/379.50h (Tarif C: 22'470min/374.50h; Tarif A: 300min/5.00h). Diese Bedarfsmeldung wurde dem Krankenversicherer gleichentags per E-Mail zugestellt (KV-act. 6). Die Tarif-C-Leistungen erbringe die mutmasslich bei der Spitex angestellte Mutter des Versicherten.

Der Krankenversicherer forderte zunächst weitere Unterlagen ein. Nach Sichtung der eingereichten Unterlagen lehnte der Krankenversicherer seine Leistungspflicht am 17. April 2025 teilweise ab bzw. anerkannte einen Pflegebedarf im Umfang von monatlich 50min (Tarif A) bzw. 29h15min (Tarif C; KV-act. 12). Die Spitex erhob mit E-Mail vom 22. Mai 2025 «formellen Einspruch gegen die Leistungskürzung» (KV-act. 13), woraufhin der Krankenversicherer am 5. Juni 2025 mitteilte, am Entscheid festzuhalten (KV-act. 14) und die Spitex am 7. Juli 2025 wiederum per E-Mail um einen anfechtbaren Entscheid ersuchte (KV-act. 15). Der Krankenversicherer erliess am 22. Juli 2025 die dementsprechende Verfügung (KV-act. 16).

c.

Der Versicherte erhob – vertreten durch die Spitex – am 28. Juli 2025 Einsprache (KV-act. 17). Am 19. September 2025 setzte die Spitex-Pflegefachfrau E.____ den Pflegebedarf für den Zeitraum vom 15. September 2025 bis 15. März 2026 auf 22'260min/371.00h (Tarif C: 22'110min/368.50h; Tarif A: 150min/2.50h), was dem Krankenversicherer als Bedarfsmeldung per E-Mail angemeldet wurde (KV-act. 19).

Am 18. Dezember 2025 erliess der Krankenversicherer eine «Verfügung gemäss Art. 53 ATSG», mit welcher er die Verfügung vom 22. Juli 2025 in Wiedererwägung zog und die Übernahme der mit Bedarfsmeldung vom 24. März 2025 beantragten Leistungen vollständig ablehnte.

B.

Mit Eingabe vom 28. Januar 2026 erhob der Versicherte Beschwerde mit den Anträgen:

- «1. Es sei der Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 18.12.2025 aufzuheben und diese zu verpflichten, die für den beantragten Zeitraum beantragten Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV im beantragten Umfang gutzuheissen.
2. Eventuell sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 18.12.2025 aufzuheben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.
3. Es sei der Beschwerdegegnerin im Rahmen einer vorsorglichen Massnahme zu untersagen, weitere Abklärungen ohne Erwägungen des Gerichts vorzunehmen.
4. Alles unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.»

C.

Mit Beschwerdeantwort vom 9. Februar 2026 beantragte der Krankenversicherer, es sei auf die Beschwerde nicht einzutreten und die Angelegenheit zur Durchführung des Einspracheverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gleichzeitig wurde das Versicherten-dossier übermittelt (KV-act. 1 ff.).

D.

Ein zweiter Schriftenwechsel wurde nicht angeordnet. Trotzdem replizierte der Beschwerdeführer am 24. Februar 2026, woraufhin sich der Krankenversicherer am 3. März 2026 auch nochmals vernehmen liess.

Aufforderungsgemäss reichte die Rechtsvertretung des Versicherten am 9. März 2026 ihre Kostennote ein.

E.

Die Sozialversicherungsabteilung des Verwaltungsgerichts Nidwalden hat die vorliegende Streitsache anlässlich ihrer Sitzung vom 18. Mai 2026 abschliessend beraten und beurteilt. Auf die Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften und in den Akten wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Obschon sich dies aus dem angefochtenen Entscheid nicht ausdrücklich ergibt, ist dieser in Anwendung des KVG (SR 832.10) ergangen. Gemäss Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 ATSG kann gegen Einspracheentscheide des Krankenversicherers beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden (zur Thematik der falschen Bezeichnung: vgl. E. 2). Der Verfügungsadressat hat Wohnsitz im Kanton Nidwalden, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Sachlich zuständig ist die Sozialversicherungsabteilung, die in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 39 i.V.m. Art. 33 Ziff. 2 GerG [NG 261.1]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat des angefochtenen Entscheids berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlicher Überprüfung (Art. 59 ATSG). Auf die im Weiteren form- und fristgerecht (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2.

Zunächst ist strittig, ob es sich beim Entscheid vom 18. Dezember 2025 überhaupt um einen Einspracheentscheid handelt, welcher mit Beschwerde angefochten werden kann.

2.1

Der Krankenversicherer bezeichnete den angefochtenen Entscheid vom 18. Dezember 2025 als «Verfügung gemäss Art. 53 ATSG». Darin wurde ausgeführt, es werde hiermit die Verfügung vom 22. Juli 2025 gemäss Art. 53 Abs. 3 ATSG in Wiedererwägung gezogen und durch die vorliegende Verfügung «ersetzt». In diesem Beschwerdeverfahren vertritt der Krankenversicherer die Auffassung, es liege deshalb gar kein mit Beschwerde anfechtbarer Einspracheentscheid vor. Die Beschwerde vom 28. Januar 2026 sei deshalb unzulässig und das Gericht habe gestützt auf Art. 61 lit. a ATSG von Amtes wegen einen Nichteintretensentscheid zu fällen.

2.2

Gemäss Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 43 Abs. 1 Satz 1 ATSG prüft der Krankenversicherer die bei ihm eingereichten Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der

Versicherungsträger schriftlich Verfügungen zu erlassen (Art. 49 Abs. 1 ATSG). Nach Art. 52 Abs. 1 ATSG kann der Versicherte gegen die Verfügung Einsprache erhoben werden. Der Versicherungsträger erlässt einen Einspracheentscheid (Abs. 2).

Formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide müssen in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war (Art. 53 Abs. 1 ATSG). Der Versicherungsträger kann zudem auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Abs. 2). Ferner kann der Versicherungsträger eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen die Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt (Abs. 3). Abs. 3 regelt die sog. Wiedererwägung *lite pendente*, d.h. das Zurückkommen auf den eigenen Entscheid im Rahmen von dessen Beschwerdeantwort bzw. Stellungnahme durch den Versicherungsträger selbst, während die Sache bereits beim Versicherungsgericht *pendent* ist (DIANA OSWALD, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers [Hrsg.], SK-ATSG, 5. A., 2024, N 81 ff. zu Art. 53 ATSG).

2.3

Zunächst ist festzuhalten, dass Art. 53 Abs. 1 und 2 ATSG die Revision bzw. die Wiedererwägung *rechtskräftiger* Verfügungen oder Einspracheentscheid betreffen. Die ursprüngliche Verfügung vom 22. Juli 2025 war noch nicht in Rechtskraft erwachsen, womit der Krankenversicherer seine «Verfügung gemäss Art. 53 ATSG» vom 18. Dezember 2025 einzig auf Abs. 3 der Bestimmung gestützt haben kann.

Solches war jedoch unzulässig: Nachdem der Krankenversicherer am 22. Juli 2025 verfügt und der Beschwerdeführer am 28. Juli 2025 Einsprache erhoben hatte, war ein Einspracheverfahren durchzuführen. Für eine Wiedererwägung *lite pendente* bestand in diesem Zeitpunkt kein Raum. Die Sache war noch nicht beim Versicherungsgericht anhängig. Vielmehr ist der Krankenversicherer verpflichtet gewesen, einen Einspracheentscheid zu fällen. Im Grunde hat die Beschwerdegegnerin mit dem Entscheid vom 18. Dezember 2025 ebendas getan, obschon dieser anderweitig bezeichnet wurde. Eine falsche Bezeichnung schadet indes nicht – massgeblich ist der materielle Gehalt (vgl. für die falsche Bezeichnung eines Rechtsmittels: BGE 137 IV 269 E. 1.6). Letzten Endes wurde hier die Sache mit dem angefochtenen Entscheid aufgrund einer Einsprache des Versicherten nochmals geprüft und in einem förmlichen Entscheid neu beurteilt, was ein Einspracheverfahren und -entscheid im Kern gerade

ausmacht (vgl. zum Einspracheverfahren und -entscheid: ARTHUR BRUNNER, in: SK-ATSG, a.a.O., N 58 ff. und N 74 ff. zu Art. 52 ATSG).

Entgegen seiner Bezeichnung stellt der angefochtene Entscheid demnach einen mit Beschwerde anfechtbaren Einspracheentscheid dar. Die Beschwerde vom 28. Januar 2026 ist zulässig.

3.

3.1

Mindestens sinngemäss rügt der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs bzw. der Begründungspflicht, wenn er geltend machen lässt, die Beschwerdegegnerin habe die Leistungen pauschal abgelehnt (Beschwerde Ziff. 30, S. 6).

Mit Blick auf die geltenden Verfahrensmaximen (Art. 61 lit. c und lit. d ATSG) stünde es dem Versicherungsgericht aber ohnehin offen, diesen Punkt zu prüfen.

3.2

Nach Art. 29 Abs. 2 BV sowie Art. 49 Abs. 3 bzw. Art. 52 Abs. 2 ATSG sind Versicherungsträger – und damit auch Krankenversicherer im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – verpflichtet, ihre Verfügungen und Einspracheentscheide hinreichend zu begründen. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person den Entscheid in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht nachvollziehen und gegebenenfalls sachgerecht anfechten kann. Die Begründungspflicht verlangt, dass sich der Einspracheentscheid mit den wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Einwänden der versicherten Person auseinandersetzt. Zwar ist die Behörde nicht gehalten, sich mit jedem einzelnen Vorbringen ausdrücklich zu befassen; sie muss jedoch die für den Entscheid massgeblichen Überlegungen offenlegen (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.2; 134 I 83 E. 4.1). Weil der Entscheid in rechtlicher Hinsicht nachvollziehbar sein und gegebenenfalls eine sachgerechte Anfechtung ermöglichen soll, müssen in diesem die massgebenden gesetzlichen Grundlagen genannt werden. Ein ungenügend begründeter Einspracheentscheid stellt eine formelle Rechtsverletzung dar. Eine solche führt grundsätzlich ungeachtet der materiellen Erfolgsaussichten zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids, sofern der Begründungsmangel nicht im Rechtsmittelverfahren geheilt wird (BGE 142 II 218 E. 2.8.1).

3.3

Die Beschwerdegegnerin verliert im angefochtenen Entscheid kein Wort zum mutmasslich einschlägigen Krankenversicherungsgesetz und dessen hier relevanten Verordnungen. Es erschliesst sich einzig aus der Natur der umstrittenen Ansprüche und der Geschäftstätigkeit der Beschwerdegegnerin als Krankenversicherung, dass es sich um eine krankenversicherungsrechtliche Angelegenheit handelt. An diesem Begründungsmangel vermag weder eine anwaltliche Vertretung des Beschwerdeführers noch, dass das Gericht das Recht kennt (*iura novit curia*; BGE 133 V 196 E. 1.4), etwas zu verändern. Beides entbindet den Sozialversicherer nicht davon, seinen (Einsprache-) Entscheid auch in rechtlicher Hinsicht zu begründen bzw. darzulegen, auf welchen rechtlichen Grundlagen dieser beruht. Dies gilt umso mehr, als dass hier eine Leistungsablehnung im Bereich der Pflege durch eine bei einer privaten Spitex angestellte Angehörige zur Debatte steht, mithin der Fall in rechtlicher Hinsicht mutmasslich eine gewisse Komplexität aufweist und eine Kaskade an Rechtsgrundlagen in Frage kommt bzw. allenfalls zu berücksichtigen sind.

Es wird im angefochtenen Entscheid lediglich an einer Stelle erwogen, die tatsächlich dokumentierten Pflegeleistungen würden sich auf Tätigkeiten im Bereich der elterlichen Verantwortung beschränken und seien daher nicht über die OKP abrechenbar. Zwar wäre vorstellbar, dass der Krankenversicherer seine Leistungspflicht im Rahmen der OKP unter dem Aspekt der Schadenminderungspflicht der Angehörigen (teilweise) ablehnt und dabei die Wirtschaftlichkeit der angeordneten Pflege des Versicherten durch dessen Mutter in Frage stellt (vgl. BGE 145 V 161 E. 3.3.2; Art. 32 KVG). Insofern obläge es jedoch dem beweisbelasteten Krankenversicherer, sich nach umfassender Abklärung der Verhältnisse im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von seiner Leistungspflicht zu befreien (BGE 151 V 158 E. 3.4). Weder sind solche Abklärungen in den Akten dokumentiert noch enthält der angefochtene Entscheid eine in dieser Hinsicht differenzierte und fundierte Begründung.

Auch hinsichtlich der tatsächlichen Motivelemente weist der angefochtene Entscheid elementare Lücken und Mängel auf: Angaben zum medizinischen Sachverhalt, d.h. zur Krankheit des Versicherten, fehlen. In krankenversicherungsrechtlicher Hinsicht wird für das Verfahren und die Verschreibungszuständigkeiten zudem unterschieden, ob eine Leistung ärztlich verordnet ist oder nicht (vgl. für die Pflegeleistungen: Art. 25a KVG; Art. 33 KVV [SR 832.102]; Art. 7 ff. KLV [SR 832.112.31]). Der Krankenversicherer nimmt in dieser Hinsicht irrigerweise an, die Pflegeleistungen würden auf ärztlichen Verordnungen von Dr. med. F. __ vom 24. März 2025 und vom 19. September 2025 beruhen. Solche lassen sich den Akten jedoch nicht entnehmen. Aktenkundig sind hingegen gleich datierende Bedarfsbezeichnungen durch zwei

Pflegefachpersonen (vgl. vorne Bst. A./b. und A./c.). Die Kinderärztin Dr. med. F.____ wurde darüber lediglich in Kenntnis gesetzt, mutmasslich im Rahmen von Art. 8a Abs. 1^{bis} KLV.

Insgesamt hat der Krankenversicherer seine Begründungspflicht und damit das rechtliche Gehör des Versicherten verletzt. Die im Entscheid vom 18. Dezember 2025 abgefasste Begründung erlaubt es nicht, die Ablehnungsgründe in rechtlicher sowie tatsächlicher Hinsicht nachvollziehen und sachgerecht anzufechten, wovon letztlich auch der Krankenversicherer auszugehen scheint, wenn er – wenn auch aus unzutreffenden Überlegungen – einen Rückweisanspruch zur Durchführung des Einspracheverfahrens (vgl. vorne Bst. C.) stellt. Es ist nicht Sache des Versicherungsgerichts als überprüfende Rechtsmittelbehörde, diesen Mangel zu heilen und die erforderlichen Entscheidgrundlagen zu beschaffen.

4.

Folglich ist die Beschwerde vom 28. Januar 2026 gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2025 aufzuheben. Die Sache ist dem Krankenversicherer zu weiteren Abklärungen – sofern er solche als nötig erachtet – jedenfalls aber zur neuen Entscheidung im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen.

Das Gesuch des Versicherten um Anordnung eines vorsorglichen Verbots (Antrags-Ziff. 3; Verfahrens-Nr. P 26 2) wird mit dem vorliegenden Entscheid hinfällig.

5.

Das kantonale Beschwerdeverfahren in krankenversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG und Art. 18 PKoG [Prozesskostengesetz; NG 261.2]).

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, welche vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; Art. 14 SRG [NG 264.1]). Im Verfahren vor dem Verwaltungsgericht als Versicherungsgericht beträgt das ordentliche Honorar Fr. 400.– bis Fr. 6'000.– (Art. 1 Abs. 2 Ziff. 3 GerG i.V.m. Art. 47 Abs. 3 PKoG), wobei bei berufsmässigen Vertretern Honoraransätze zwischen Fr. 220.– bis Fr. 250.– je Stunde zulässig sind (Art. 34 Abs. 2 PKoG). Zum Honorar hinzu kommen die Auslagen inklusive der Mehrwertsteuer (s. Art. 52 ff. PKoG).

Die Rechtsvertretung des Beschwerdeführers beziffert ihren Aufwand mit Kostennote vom 9. März 2026 auf Fr. 1'839.75 (Honorar von Fr. 1'691.75 [4.85 Std. à Fr. 350.–]; Auslagen von Fr. 148.–). Eine Mehrwertsteuerentschädigung wird nicht geltend gemacht und ist demnach nicht geschuldet. Im Übrigen ist der überhöhte Stundenansatz auf Fr. 250.– zu korrigieren. Ebenfalls unangemessen hoch sind die geltend gemachten Auslagen, insoweit Kopierkosten mit Fr. 1.– pro Kopie bzw. mit insgesamt Fr. 122.– veranschlagt werden. Die Auslagen werden praxisgemäss (Urteil des Verwaltungsgerichts Nidwalden SV 24 18 vom 17. Februar 2025 E. 7.2.2) pauschal auf 3% des Honorars festgelegt. Die geschuldete Parteientschädigung beträgt demnach Fr. 1'248.90 (Honorar von Fr. 1'212.50 [4.85 Std. à Fr. 250.–]; Auslagen von Fr. 36.40 [pauschal 3%]). Der Krankenversicherer ist zu verpflichten, den Beschwerdeführer für das Beschwerdeverfahren mit diesem Betrag zu entschädigen.

Demgemäss erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde vom 28. Januar 2026 wird gutgeheissen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2025 aufgehoben.
Die Sache wird der Beschwerdegegnerin im Sinne der Erwägungen zurückgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'248.90 (Auslagen inkl.) zu bezahlen.
4. [Zustellung].

Stans, 18. Mai 2026

VERWALTUNGSGERICHT NIDWALDEN
Sozialversicherungsabteilung
Die Vizepräsidentin

lic. iur. Barbara Brodmann
Der Gerichtsschreiber

MLaw Silvan Zwyssig

Versand: _____

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Art. 82 ff. i.V.m. Art. 90 ff. BGG). Die Beschwerde hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angeführten Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Für den Fristenlauf gilt Art. 44 ff. BGG.