



Fall-Nr.: KV 2025/13
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 13.08.2026
Entscheiddatum: 09.06.2026

Entscheid Versicherungsgericht, 09.06.2026

Art. 25a Abs. 1 und 3 KVG, Art. 7 und 7a KLV. Art. 53 Abs. 3 ATSG. Limitation der Übernahme von durch die Tochter der Beschwerdeführerin erbrachten Pflegeleistungen und Wiedererwägung lite pendete. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene "Wiedererwägung" des angefochtenen Einspracheentscheids erweist sich als nichtig und ist als blosser Antrag an das Gericht zu verstehen. Der Sachverhalt erweist sich als ungenügend abgeklärt. Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Juni 2026, KV 2025/13).

«Entscheid als PDF»



Versicherungsgericht

Abteilung III

Entscheid vom 9. Juni 2026

Besetzung Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn (Vorsitz), Versicherungsrichterin
Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Michael Rutz;
Gerichtsschreiberin Anita Burkhart

Geschäftsnr. KV 2025/13

Parteien **A.____,**

Beschwerdeführerin,

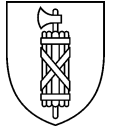
vertreten durch Rechtsanwältin Ass. iur. Jana Sadik,
PflegeRechtsAnwalt GmbH, Schweizerhofstrasse 14, Postfach 1608,
8750 Glarus,

gegen

Philos Krankenversicherung AG, Rechtsdienst,
Rue des Cèdres 5, Postfach, 1919 Martigny Groupe Mutuel,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand **Pflegeleistungen**



Sachverhalt

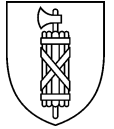
A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) ist bei der Philos Krankenversicherung AG (nachfolgend: Philos) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege (OKP) versichert. Am 17. Dezember 2024 reichte die B.____ GmbH (nachfolgend: B.____), der Philos eine Pflegeleistungsverordnung bzw. das "Bedarfsmeldeformular der Pflege ambulant oder zu Hause", unterzeichnet von der Pflegefachfrau C.____, für den Zeitraum vom 12. Dezember 2024 bis 12. Juni 2025 ein (vgl. dazu das Versichertendossier [act. G 6.1 Beilage 3; nachfolgend: KV-act.], insbesondere KV-act. 1 ff.). Angemeldet wurden 05.00 Stunden Abklärung und Beratung (Tarif A) und 416.25 Stunden Grundpflege (Tarif C) für die Dauer der Verordnung (KV-act. 2 f.). Aus dem von der B.____ eingereichten Pflegeplan ergibt sich, dass die Versicherte an einem Frailty-Syndrom im Alter bzw. einer Perikarditis, einer Koronarsklerose, einer hypertensiven Herzkrankheit, chronischen Schmerzsyndromen sowie einem mittelschweren obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS) leidet. Aufgrund derer ist sie auf Pflegeleistungen Dritter angewiesen, insbesondere benötigt sie Unterstützung bei der Ganzwäsche und der Zahnpflege, beim Toilettengang, dem Essen sowie dem An- und Auskleiden (KV-act. 8). Aus der Pflegedokumentation für den Zeitraum vom 2. Dezember 2024 bis 6. Januar 2025 ergibt sich, dass die Pflege der Versicherten von deren Tochter durchgeführt wird (KV-act. 9 ff.).

A.b Mit Schreiben vom 14. Februar 2025 teilte die Philos der B.____ mit, sie habe die Bedarfsmeldung ihrer Vertrauenspflegefachperson vorgelegt. Die verordneten Leistungen würden die Kontrollkriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) nicht erfüllen. Sie kürze die in der Tarifstufe C abrechenbaren Stunden von den eingegebenen 69.38 Stunden pro Monat auf 39.97 Stunden. Dies entspreche den effektiv erbrachten und nachvollziehbaren Leistungen anhand der Pflegeplanung und Pflegeverlaufsberichte in Bezug auf den gesamten Pflegeprozess. Es sei zu beachten, was den Familienangehörigen im Rahmen der Schadenminderungspflicht an Pflege zuzumuten sei. Hierfür gelte gemäss kantonaler Rechtsprechung ein täglicher Abzug von 30 Minuten im C-Tarif. Auch sei in der Angehörigenpflege ein Ruhetag zu gewähren, was dem Schweizerischen Arbeitsgesetz entspreche. Des Weiteren seien auch Kombinationsleistungen zu berücksichtigen, wie die Begleitung zur Toilette, welche bereits in der Ganzwäsche enthalten sei (KV-act. 32 f.).

A.c Mit E-Mail vom 19. Februar 2025 opponierte die B.____ gegen die vorgenommene Ablehnung bzw. Kürzung und bat – u.a. unter Verweis auf das angehängte InterRAI-Assessment vom 16. Dezember 2024 (KV-act. 36 ff.) – um Neubeurteilung der Leistungen (KV-act. 34 f.).

A.d Am 26. Februar 2025 teilte die Philos der Versicherten (KV-act. 44) bzw. am 3. April 2025 der B.____ (KV-act. 47) mit, dass sie mangels neuer Erkenntnisse an ihrem Entscheid festhalte.



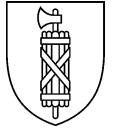
A.e Mit E-Mail vom 14. Mai 2025 forderte die B.____ unter Beilage einer Vollmacht der Versicherten die Philos auf, ihr eine anfechtbare Verfügung zuzustellen (KV-act. 48 ff.).

A.f Am 26. Mai 2025 erliess die Philos antragsgemäss eine Verfügung betreffend den Anspruch der Versicherten auf Pflegeleistungen. Darin hielt sie fest, dass seit dem 9. Dezember 2024 Rechnungen für die Pflege der Versicherten eingereicht würden. Die Beiträge des Krankenversicherers an die Pflegeleistungen würden limitiert, da die in der Bedarfsabklärung geltend gemachten Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsprinzip und/oder dem Gesetzmässigkeitsprinzip nicht entsprechen würden. Zu beachten sei, dass im vorliegenden Fall noch weitere Abklärungen erforderlich seien. Dabei bestehe die Möglichkeit, dass der Einspracheentscheid ungünstiger ausfalle als die vorliegende Verfügung (reformatio in peius). Es werde somit folgendermassen verfügt: Die Pflegeleistungen könnten maximal wie folgt übernommen werden: Tarif A: 00.83 Stunden pro Monat (wie angeordnet); Tarif B: 00.00 Stunden pro Monat (wie angeordnet); Tarif C: 39.97 Stunden pro Monat (anstelle von 69.38 Stunden pro Monat). Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Versicherte bzw. die B.____ würden bis zu einem rechtskräftigen Entscheid sistiert (KV-act. 51 f.).

B.

B.a Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch die B.____, am 2. Juni 2025 Einsprache erheben. Sie beantragte die vollumfängliche Aufhebung der Verfügung vom 26. Mai 2025 sowie die Gewährung der beantragten Pflegeleistungen im beantragten Umfang und für den Zeitraum vom 12. Dezember 2024 bis 12. Juni 2025; alles unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge (KV-act. 56 ff.).

B.b Im Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2025 hielt die Philos im Wesentlichen an ihrer Argumentation der fehlenden Gesetzmässigkeit einer Abrechnung von Leistungen pflegender Angehöriger an sieben Tagen pro Woche unter Berücksichtigung des Arbeitsgesetzes sowie des Abzugs von 30 Minuten täglich infolge Verwandtenunterstützungspflicht/ehelicher Beistandspflicht fest. Zudem hielt sie hinsichtlich der Pflegeberichte fest, die als Pflegerapporte bezeichneten Dokumente der angestellten Angehörigen würden nur eine pauschale Übersicht der geplanten, nicht der effektiv erbrachten Leistungen darstellen. Es würden Standardtextbausteine benutzt, um Pflegeleistungen zu dokumentieren. Dies stelle keine professionelle Pflegedokumentation dar. Effektive Leistungen seien dadurch nicht oder nur schwer nachvollziehbar. Zum Beispiel würden "je nachdem" im Dezember fünf Mal die Nägel geschnitten (14./19./24./27./29. Dezember 2024 und 3. Januar 2025), aber an anderen drei Tagen in Rechnung gestellt. (9./27./31. Dezember 2024). Effektiv werde diese Leistung aber nicht beschrieben. Bagatellen wie Nägel schneiden könnten den Angehörigen zugetraut werden, ohne dies in Rechnung zu stellen. Für die Kombinationsleistung 10419 Begleitung beim Toilettengang, sei ein Mehrbedarf am Morgen nicht ausgewiesen. Jeder Spitexmitarbeiter, auch ein pflegender Angehöriger, müsse nicht nur eine pauschalisierte Übersicht mit Angabe von Datum und ungefährender Zeit sowie



pauschalisierter Pflegehandlungen, die jeden Tag angeblich identisch seien, einreichen. Wer einen Stundenlohn erhalten wolle, an den die obligatorische Krankenversicherung Beiträge leiste, habe seine Tätigkeiten pro Datum, genaue Zeit, Zeitdauer und in diesem Fall nach Pflegeposition und ausgeführter Pflege, die notabene nicht jeden Tag genau gleich viel Zeit in Anspruch nehme, anzugeben. Das Bundesgericht habe auch im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung festgehalten, dass ein Krankenversicherer keine pauschalisierten Abrechnungen akzeptieren müsse bzw. dürfe. Im Dispositiv gewährte die Philos – unter Korrektur eines Berechnungsfehlers der C Leistungen in der Teilablehnung vom 14. Februar 2025 – Beiträge von maximal 00.83 Stunden pro Monat für A-Leistungen (wie angeordnet) und 40.72 Stunden pro Monat für C-Leistungen (anstelle von 69.38 Stunden pro Monat). Zudem wies sie nochmals darauf hin, dass die Beiträge an Leistungen nur gemäss Vorlage eines Pflegerapports mit Angabe von Datum, Zeit, Dauer der tatsächlich geleisteten (nicht geplanten) Pflege, Art der Pflege, Position nach Leistungskatalog Spitex, entrichtet würden. Die Leistungen des Krankenversicherers würden bis zur Rechtskraft dieser Verfügung (richtig: dieses Einspracheentscheids) sistiert. Einer allfälligen Beschwerde gegen den Einspracheentscheid entzog sie zudem die aufschiebende Wirkung (KV-act. 88 ff.).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2025 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwältin ass. iur. J. Sadik, am 23. November 2025 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren (act. G 1):

1. Es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 31.10.2025 aufzuheben und diese zu verpflichten, die für den beantragten Zeitraum beantragten Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV vollumfänglich gutzuheissen.
2. Eventuell sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 31.10.2025 aufzuheben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.
3. Alles unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

C.b Mit Eingabe vom 16. Dezember 2025 reichte die Beschwerdegegnerin eine Verfügung vom 16. Dezember 2025 betreffend "Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 3 ATSG" (act. G 3.1) ein und stellte folgende Anträge (act. G 3):

1. Das Verfahren KV 2025/13 sei aufgrund von Gegenstandslosigkeit ohne Kosten- und Entschädigungsfolgen abzuschreiben.
2. Jegliche anderweitigen Begehren seien abzuweisen.



C.c Mit Eingabe vom 17. Dezember 2025 teilte die Beschwerdeführerin dem Gericht vorsorglich mit, dass die «Wiedererwägungsverfügung» der Beschwerdegegnerin vom 16. Dezember 2025 ihrer Meinung nach nicht rechtens und unzulässig sei. Sie beantragte demnach die Weiterführung des Verfahrens. Überdies ergänzte sie die in der Beschwerdeschrift gestellten Anträge wie folgt (act. G 4):

3. Die aufschiebende Wirkung sei teilweise zu entziehen und es sei festzustellen, dass der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 06.11.2025 teilweise, und zwar in Bezug auf die zugesprochenen Pflegeleistungen:
 - in Höhe von 00.83 Stunden pro Monat nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV
 - in Höhe von 40.72 Stunden pro Monat nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLVin Rechtskraft erwachsen ist.
4. Es sei die Rechtswidrigkeit der Sistierung der zugesprochenen Leistungen festzustellen.
5. Alles unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

C.d Mit Stellungnahme vom 20. Januar 2026 äusserte sich die Beschwerdegegnerin zu ihren Beweggründen für die erfolgte Wiedererwägung sowie die Sistierung der Leistungen und überdies zu dem von der Beschwerdeführerin beantragten Entzug der aufschiebenden Wirkung. Zudem stellte sie folgende ergänzende Anträge (act. G 6):

1. Die eingereichte Wiedererwägungsverfügung vom 16. Dezember 2025 im Sinne eines «reinen Widerrufs» sei zu bestätigen.
2. Die aufschiebende Wirkung der Wiedererwägungsverfügung vom 16. Dezember 2025 sei zu bestätigen.
3. Das Verfahren KV 2025/13 sei aufgrund der Einwände der Gegenseite bis zum Erlass der durch den Versicherer angekündigten Verfügung zu sistieren.

Zusammen mit ihrer Stellungnahme reichte die Beschwerdegegnerin das Urteil des Kantonsgerichts Wallis vom 18. November 2025, S2 25 65 (act. G 6.1 Beilage 1), ein Schreiben an die B.____ vom 19. Dezember 2025 (act. G 6.1 Beilage 2) sowie die Vorakten ein (act. G 6.1 Beilage 3).

C.e Die Beschwerdeführerin nahm am 3. Februar 2026 zur Eingabe der Beschwerdegegnerin Stellung und beantragte, die ergänzenden Anträge der Beschwerdegegnerin seien vollumfänglich abzuweisen und das hängige Beschwerdeverfahren sei ohne Sistierung fortzuführen. Zudem ergänzte sie die ihrerseits gestellten Rechtsbegehren wie folgt (act. G 8):

1. Es sei der Beschwerdegegnerin im Rahmen einer vorsorglichen Massnahme zu untersagen, weitere Abklärungen ohne Erwägungen des Gerichts vorzunehmen.



2. Es sei die als «Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 3 ATSG» bezeichnete «Verfügung» der Beschwerdegegnerin vom 16.12.2025 als nichtig zu erklären.
3. Eventuell sei die als «Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 3 ATSG» bezeichnete «Verfügung» der Beschwerdegegnerin vom 16.12.2025 aufzuheben.
4. Alles unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

C.f Mit Zwischenentscheid vom 26. Februar 2026 wies die verfahrensleitende Versicherungsrichterin die Anträge auf Verfahrenssistierung, auf teilweisen Entzug der aufschiebenden Wirkung bzw. einstweilige Ausrichtung der im angefochtenen Einspracheentscheid zugesprochenen Pflegeleistungen sowie vorsorgliche Massnahmen ab (act. G 9).

C.g Am 26. Mai 2026 informierte die verfahrensleitende Versicherungsrichterin die Beschwerdeführerin, dass das Versicherungsgericht in Betracht ziehe, den angefochtenen Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2025 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Zusammenhang räumte sie ihr die Gelegenheit ein, die Beschwerde zurückzuziehen und eine allfällige Honorarnote einzureichen (act. G 11).

C.h Rechtsanwältin Sadik teilte dem Gericht mit Eingabe vom 2. Juni 2026 mit, dass am Beschwerdeverfahren festgehalten werde (act. G 12). Zudem reichte sie ihre Honorarnote für den Zeitraum vom 21. November 2025 bis zum 2. Juni 2026 im Betrag von Fr. 2'315.-- (inkl. Barauslagen, jedoch exkl. Mehrwertsteuer) ein (act. G 12.1).

Erwägungen

1.

Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Pflegeleistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

2.

2.1 Art. 24 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) verpflichtet die Krankenkassen, im Rahmen der OKP unter anderem im Fall der Krankheit (Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG) die Kosten für die in den Art. 25 bis 31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Als Krankheit gilt dabei jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat



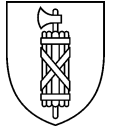
(Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830] i. V. m. Art. 1 Abs. 1 KVG und Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG).

2.2 Leistungserbringer sind u.a. Pflegefachpersonen und Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen (Art. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG), sowie Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen (Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG).

2.3 Laut Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die OKP einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und 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, und bestimmt, welche Pflegeleistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können (Art. 25a Abs. 3 KVG). Er regelt namentlich das Verfahren der Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 25a Abs. 3^{quater} KVG) und setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest (Art. 25a Abs. 4 Satz 1 KVG). Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden (Art. 25a Abs. 4 Satz 2 KVG). Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen, wobei der Bundesrat die Modalitäten festlegt (Art. 25a Abs. 4 Satz 3 und 4 KVG).

2.4 Gemäss Art. 7 Abs. 1 der Verordnung des Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) übernimmt die OKP Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die auf Grund der Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV (vgl. zu dieser auch Art. 8a KLV) und nach Art. 8 KLV (ärztlicher Auftrag oder ärztliche Anordnung) erbracht werden. Die von den Krankenversicherern zu übernehmenden Pflegeleistungen werden in Art. 7 Abs. 2 KLV näher umschrieben. Danach vergütet die Krankenversicherung neben den Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a) auch jene der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c). Die Leistungen nach Abs. 2 lit. a und c können ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 lit. a und Art. 8 erbracht werden (Art. 7 Abs. 4 KLV).

2.5 Die Bedarfsermittlung hat nach Art. 8a KLV durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau nach Art. 49 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder den Angehörigen zu erfolgen. Das Ergebnis der Bedarfsermittlung ist umgehend dem Arzt oder der Ärztin zur Kenntnisnahme zuzustellen, welcher oder welche die Anordnung oder den Auftrag erteilt hat (Abs. 1). Gleiches gilt für die Ermittlung des Bedarfs an Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und c, die ohne ärztlichen Auftrag oder ärztliche Anordnung von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau nach Art. 49 KVV erbracht werden können. Das

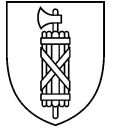


Ergebnis ist dabei dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin zur Kenntnisnahme zuzustellen (Abs. 1^{bis}). Die Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten sowie die Abklärung des Umfelds (Abs. 3). Sie erfolgt auf Grund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben (Abs. 4). Der Krankenversicherer kann verlangen, dass ihm die relevanten Elemente der Bedarfsermittlung mitgeteilt werden, welche die Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 betreffen (Abs. 6). Gemäss Art. 8c KLV können Bedarfsermittlungen, welche einen voraussichtlichen Pflegebedarf von mehr als 60 Stunden pro Quartal vorsehen, vom Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG) überprüft werden. Erforderlichenfalls ist dem Krankenversicherer somit eine umfassende Dokumentation der erbrachten Leistungen (Pflegedokumentation) einzureichen.

2.6 Detaillierte Bestimmungen, insbesondere zur Bedarfsabklärung und zur ärztlichen Anordnung, finden sich auch in den zwischen den Versichererverbänden und den Leistungserbringerverbänden abgeschlossenen Administrativ-Verträgen. Ein solcher wurde u.a. zwischen der Spitex Schweiz und der ASPS (dazu gehört u.a. die B.____, vgl. <https://www.spitex-instrumente.ch/fileadmin/user_upload/2025-12-18_Beitritte_42.500.2730R.pdf>, zuletzt abgerufen am 2. März 2026) sowie diversen Krankenversicherern (u.a. der Beschwerdegegnerin) abgeschlossen (vgl. <https://www.spitex-instrumente.ch/fileadmin/user_upload/Dateien/Administrativvertraege/2025-06-23_VERT_Adminvertrag_tarifsuisse_Spitex_ASPS.dt.pdf>, zuletzt abgerufen am 2. März 2026).

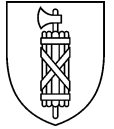
2.7 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gelten sodann die Grundsätze der Untersuchungspflicht und der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG [Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2021, 9C_549/2020, E. 3.1; RENÉ WIEDERKEHR, N 64 zu Art. 43, in: Ueli Kieser/Matthias Kradolfer/Miriam Lendfers [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, 5. Aufl. 2024] und Art. 61 lit. c ATSG). Nach Letzterem haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. 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. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3).

3.



3.1 In verfahrensrechtlicher Hinsicht ist zunächst auf die strittige Wiedererwägungsverfügung der Beschwerdegegnerin vom 16. Dezember 2025 (act. G 3.1) einzugehen. Die Wiedererwägung einer Verfügung oder eines Einspracheentscheids, gegen die Beschwerde erhoben wurde, kann so lange erfolgen, bis der Versicherungsträger gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt (Art. 53 Abs. 3 ATSG). Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung kommt diese Bestimmung indessen nur zum Tragen, wenn die Behörde zu Gunsten der beschwerdeführenden Partei verfügt, da eine lite pendente erlassene Verfügung den Streit nur insoweit beendet, als damit den Begehren der beschwerdeführenden Partei entsprochen wird, andernfalls ihr lediglich der Charakter eines Antrags an das erkennende Gericht zukommt (vgl. u.a. das Urteil des Bundesgerichts vom 8C_60/2023, E. 8.2 f. m.w.H., insbesondere auf BGE 127 V 228 E. 2b.bb sowie BGE 133 V 530 E. 2). Mit dem Widerruf der leistungszusprechenden Verfügung vom 26. Mai 2025 bzw. des leistungszusprechenden Einspracheentscheids vom 31. Oktober 2025 und der beabsichtigten Rücknahme der Sache ins Verwaltungsverfahren zwecks weiterer Abklärungen und anschliessend neuer Verfügung, entsprach die Beschwerdegegnerin dem Antrag der Beschwerdeführerin (Ausrichtung von Pflegeleistungen im Umfang gemäss der Bedarfsmeldung vom 17. Dezember 2024 [act. G 1]) nicht. Vielmehr besteht bei Vornahme weiterer Abklärungen stets die Möglichkeit, dass die neu zu erlassende Verfügung sogar ungünstiger ausfällt. Dementsprechend ist die Wiedererwägungsverfügung vom 16. Dezember 2021 – auch wenn sie vor Erstattung der Beschwerdeantwort und somit in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich rechtzeitig erging – in Anwendung der vorerwähnten Rechtsprechung nichtig bzw. lediglich als Antrag an das Gericht zu betrachten. Nachfolgend ist somit der Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2025 auf seine inhaltliche Rechtmässigkeit zu prüfen, wobei die Beschwerdegegnerin gemäss dem vorerwähnten Antrag vom 16. Dezember 2025 davon ausgeht, dass der angefochtene Einspracheentscheid auf einem unvollständig erhobenen Sachverhalt basiert und dementsprechend weitere Abklärungen zum Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin notwendig sind.

3.2 Hinsichtlich des Anfechtungsgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens ist vorab überdies darauf hinzuweisen, dass im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich lediglich Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmen die Entscheide der Beschwerdegegnerin den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit kein Entscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 f. E. 2.1). Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2025 (KV-act. 88 ff.). Diesem liegt die Verfügung vom 26. Mai 2025 (KV-act. 51 f.) zugrunde, mit welcher die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Pflegeleistungen im Rahmen der OKP im Vergleich zur Bedarfsmeldung für den Zeitraum vom 12. Dezember 2024 bis 12. Juni 2025 (KV-act. 2 f.) gekürzt hat.



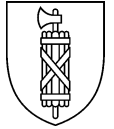
Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden hingegen allfällige Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin über den 12. Juni 2025 hinaus, weshalb auf die sich bei den Akten befindliche Bedarfsmeldung vom 24. Juni 2025 für den Zeitraum vom 13. Juni bis 13. Dezember 2025 (KV-act. 64 f.) nicht weiter eingegangen werden muss. Über einen allfälligen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin für diesen Zeitraum hätte sie eine separate Verfügung zu verlangen und diese gegebenenfalls anzufechten.

4.

4.1 Im vorliegenden Fall ist mit Blick auf die Aktenlage eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes durch die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren evident. Dies hat die Beschwerdegegnerin zwischenzeitlich auch erkannt und dementsprechend am 16. Dezember 2025 weitere Abklärungen beantragt. Auf die Lückenhaftigkeit der Sachverhaltsabklärung ist nachfolgend in aller Kürze einzugehen.

4.2 In den vorgelegten Versicherungsakten findet sich u.a. lediglich eine Pflegedokumentation für den Zeitraum vom 14. Dezember 2024 bis zum 6. Januar 2025, obwohl vorliegend der Zeitraum vom 12. Dezember 2024 bis zum 12. Juni 2025 umstritten ist (KV-act. 8 ff.). Die Pflegedokumentation für den restlichen Zeitraum hätte die Beschwerdegegnerin spätestens vor Erlass des Einspracheentscheids (welcher nach Ablauf des vorliegend strittigen Zeitraums erging) bei der Beschwerdeführerin bzw. der B.____ einfordern müssen, da diese zur Überprüfung des Pflegebedarfs von Relevanz sind (vgl. vorstehende E. 2.5) und zumal ohne sie die erbrachten Pflegeleistungen und damit der definitive Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin nicht abschliessend beurteilt werden kann.

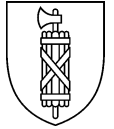
4.3 Ebenfalls fehlt es in den eingereichten Akten offensichtlich an der (schriftlichen) Beurteilung bzw. Dokumentation der Einschätzung der Vertrauenspflegefachperson (zu dem Umstand, dass diese durch die Beschwerdegegnerin offenbar konsultiert worden ist, vgl. KV-act. 32). Dass die entsprechende Einschätzung nicht dokumentiert bzw. offengelegt wurde, stellt grundsätzlich eine Verletzung des rechtlichen Gehörs der Beschwerdeführerin (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101] und Art. 42 ATSG; vgl. auch Art. 46 ATSG zu der aus dem Gehörsanspruch abgeleiteten Aktenführungspflicht) dar und würde für sich genommen bereits zur Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin führen (zur formellen Natur des Gehörsanspruchs und den Folgen einer Verletzung desselben, vgl. u.a. BGE 144 IV 302 E. 3.1). Angesichts der fehlenden fachlichen Einschätzung fehlt es dem angerufenen Gericht indessen auch an der Grundlage zur Überprüfung der von der Beschwerdegegnerin monierten Verletzung der WZW-Kriterien, insbesondere des Wirtschaftlichkeitsprinzips (vgl. dazu KV-act. 51). Eine entsprechende Prüfung erscheint mit Blick auf das im Bereich von Pflegetätigkeit durch Familienangehörige bestehende Missbrauchspotential (vgl.



dazu u.a. das Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2010, 9C_702/2010, E. 7.1 m.w.H.) jedoch im vorliegenden Fall geboten, weshalb die Beschwerdegegnerin auch in dieser Hinsicht weitere Abklärungen vorzunehmen bzw. mindestens eine schriftliche Stellungnahme der Vertrauenspflegefachperson bzw. des Vertrauensarztes (Art. 57 Abs. 4 KVG) einzuholen und – nach Wahrung des rechtlichen Gehörs der Beschwerdeführerin – gestützt darauf eine neue Beurteilung vorzunehmen hat.

4.4 Auch hinsichtlich der zwischen den Parteien umstrittenen Unterstützungs-/Schadenminderungspflicht der pflegenden Tochter der Beschwerdeführerin ist eine abschliessende Beurteilung mangels rechtsgenügender Abklärung des Sachverhalts gestützt auf die vorliegende Aktenlage – unabhängig von der sich stellenden Rechtsfrage der generellen Zulässigkeit einer solchen (vgl. zu diesem Thema indessen den zwischenzeitlich ergangenen Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. März 2026, KV 2025/7, E. 3.2) – nicht möglich. Im vorliegenden Fall macht die Beschwerdeführerin nämlich geltend, dass ihre Tochter bereits weitere Pflege-/Versorgungsleistungen erbringe, welche von der Beschwerdegegnerin nicht vergütet würden und deren Vergütung offenbar auch nicht beantragt worden sei (act. G 1-8 RZ 42 und G 8-2 RZ 7). Diese Angabe erscheint mit Blick auf das durchgeführte InterRAI-Assessment, aus dem sich ergibt, dass die Beschwerdeführerin in sämtlichen Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) und den Basis Aktivitäten des täglichen Lebens (BADL) auf Unterstützung oder zumindest Aufsicht angewiesen ist (KV-act. 38 f.), grundsätzlich glaubhaft. Indessen lässt sich das Ausmass dieser nicht verrechneten bzw. verrechenbaren Unterstützung gestützt auf die vorliegende Aktenlage nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eruieren. Dementsprechend kann gestützt auf die vorliegende Aktenlage auch nicht beurteilt werden, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang der pflegenden Tochter (weitere) unentgeltliche Pflegeleistungen zumutbar sind. Auch zu diesem Umstand drängen sich vor Erlass einer neuen Verfügung durch die Beschwerdegegnerin somit weitere Abklärungen auf.

4.5 Da gestützt auf die vorliegende Aktenlage und mit Blick auf die fehlenden Pflegedokumentation vom 12. und 13. Dezember 2024 sowie über den 6. Januar 2025 hinaus nicht feststeht, wer im streitigen Zeitraum Pflegeleistungen bei der Beschwerdeführerin erbracht hat und an welchen Tagen bzw. unter Einhaltung welcher Ruhezeiten, ist eine Verletzung des Arbeitsgesetzes bzw. der arbeitsrechtlichen Bestimmungen nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Somit muss auf die Frage der grundsätzlichen Zulässigkeit der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Leistungsbeschränkung auf sechs Tage pro Woche im Rahmen des vorliegenden Entscheids nicht weiter eingegangen werden (vgl. zu diesem Thema indessen ebenfalls den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. März 2026, KV 2025/7, E. 3.3).



4.6 Insgesamt ergibt sich somit, dass der rechtserhebliche Sachverhalt nur unvollständig abgeklärt wurde. Der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin auf Pflegeleistungen im Rahmen der OKP kann (noch) nicht abschliessend beurteilt werden. Die Angelegenheit ist folglich – im Sinne des Antrags gemäss der Wiedererwägungsverfügung vom 16. Dezember 2025 und des Eventualantrags der Beschwerdeführerin – an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die notwendigen Abklärungen nachholt. Anschliessend wird sie nochmals über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu entscheiden haben.

5.

Auf den Antrag der Beschwerdeführerin auf Feststellung der Rechtswidrigkeit der "Sistierung" der zugesprochenen Leistungen (act. G 4-3) kann mangels Geltendmachung und/oder Erkennbarkeit eines Feststellungsinteresses nicht eingetreten werden. Hinsichtlich der fehlenden Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur einstweiligen Ausrichtung der Leistungen bis zum rechtskräftigen Entscheid über den Leistungsanspruch kann überdies auf die Ausführungen im Zwischenentscheid vom 26. Februar 2026 (act. G 9) verwiesen werden.

6.

6.1 Nach den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 31. Oktober 2025 dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zur Vornahme der erforderlichen Abklärungen und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

6.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

6.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Rückweisung der Sache zwecks ergänzender Abklärungen gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin demnach Anspruch auf eine Parteientschädigung. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor dem Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Mit Beschwerde beantragte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin «einstweilen [...] eine Parteientschädigung von mindestens» Fr. 2'500.-- (act. G 1-12 Rz. 64) und reichte am 2. Juni 2026 eine Honorarnote im Betrag von Fr. 2'315.-- (exkl. Mehrwertsteuer) ein (act. G 12.1). Ein Honorar nach Zeitaufwand sieht die Honorarordnung im Verfahren vor dem Versicherungsgericht zwar nicht vor, die eingereichte Honorarnote liefert jedoch Hinweise insbesondere auf Art und Umfang sowie die Notwendigkeit der Bemühungen der anwaltlichen Vertretung. Mit Blick auf den unterdurchschnittlichen Aktenumfang sowie den klar begrenzten Umfang der im Streit stehenden



Rechtsfragen ist von einem unterdurchschnittlich aufwändigen Fall auszugehen. Nichts anderes ergibt sich grundsätzlich auch mit Blick auf den ausgewiesenen Aufwand der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die eingereichte Honorarnote lediglich die Aufwände bis zum 2. Juni 2026 umfasst (act. G 12.1), im Zusammenhang mit dem vorliegenden Beschwerdeverfahrens jedoch mit weiteren Aufwänden, insbesondere für das Urteilsstudium sowie die Besprechung desselben mit der Beschwerdeführerin, zu rechnen ist. Mithin erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit mit Blick auf vergleichbare Fälle ein pauschales Honorar von Fr. 3'000.- - (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2025 aufgehoben und die Streitsache zur Vornahme der erforderlichen Abklärungen und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

3.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 3'000.- - (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.