

2022

Jahresbericht

Inhalt

Vorwort der Ombudsfrau	3
I Allgemeiner Teil	5
1 Zahlen zur Fallentwicklung	6
1.1 Eingänge nach Materien	7
1.2 Eingänge nach Versicherungszweigen	8
1.3 Eingänge nach Sprachen	8
1.4 Interventionen der Ombudsstelle	9
2 Zusammenarbeit mit Krankenversicherern und Behörden	10
II Ausgewählte Fälle	12
3 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG	13
3.1 Fälle mit Bezug zum Versicherungsabschluss	13
Fall 1 KLuG	14
Fall 2 Optionsrecht von Rentnern, die ihren Wohnsitz nach Italien verlegen	14
3.2 Fälle mit Bezug zu Prämien	16
Fall 3 Verfrühtes Fortsetzungsbegehren	16
Fall 4 Haftung der Erben für Ausstände trotz Ausschlagung	17
3.3 Fälle mit Bezug zu Leistungen	18
3.3.1 Besondere Versicherungsmodelle	18
Fall 5 Komplexe Vorschriften eines ausgewählten Versicherungsmodells	19
3.3.2 Weitere Leistungsfälle	19
Fall 6 Ambulante Geburt	19
Fall 7 Irrtümliche Gutschrift für Leistungen	20
Fall 8 Leistungsaufschub und Verwirkung	21
4 Zusatzversicherungen nach VVG	23
4.1 Unerwünschte Abschlüsse von Zusatzversicherungen über Vermittler	23
4.1.1 Falsche Anreize durch hohe Vermittlerprovisionen	24
Fall 9 Ungewollte Zusatzversicherungen	24

4.1.2 Fragwürdige Praktiken	26
Fall 10 Gebühr nach Kündigung von Zusatzversicherungen	26
4.2 Anzeigepflichtverletzung	27
Fall 11 Kündigung wegen Anzeigepflichtverletzung nicht möglich	28
Fall 12 Kündigung eines ausgelaufenen Vertrages	29
4.3 Aufnahme in die Zusatzversicherung	30
Fall 13 Volle Deckung trotz Vorerkrankung	30
4.4 Leistungen aus Zusatzversicherung	31
Fall 14 Übernahme des Selbstkostenanteils für Pflegekosten	31
5 Taggeldversicherung	33
5.1 Taggeldversicherung nach VVG	33
Fall 15 Übergangsfrist bei arbeitsplatzbezogener Arbeitsunfähigkeit	33
5.2 Taggeldversicherung nach KVG	34
Fall 16 Unterlassene Information über das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung	34

Vorwort der Ombudsfrau



Susanne Müller Ineichen
Ombudsfrau

Auch im Jahr 2025 verzeichnete die Ombudsstelle eine grosse Zahl vielfältiger Anfragen. Im Bereich der Grundversicherung reichte das Spektrum von Fragen zur Kostenübernahme bei geschlechtsangleichenden Massnahmen über die Versicherungspflicht von Personen, die dem Rheinschifferabkommen unterstehen, bis hin zur Aufhebung der Bonusversicherung nach Art. 96 ff. der Verordnung über die Krankenversicherung durch einen Versicherer. Zudem beschäftigte der Entzug der Betriebsbewilligung der KLuG durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Ombudsstelle. Die vom BAG ausgesprochene Insolvenzerklärung führte bei zahlreichen Versicherten zu Verunsicherung: Sie befürchteten, dass Leistungen aus der Grund-

versicherung nicht mehr gedeckt sind und sorgten sich zugleich um den Fortbestand ihrer Zusatzversicherungen. Auch die in besonderen Versicherungsmodellen der Grundversicherung inzwischen teilweise sehr komplex ausgestalteten Vorgaben zum Leistungsbezug stellten für manche Versicherten Fallstricke dar.

Im Bereich der Zusatzversicherung gingen im Jahr 2025 wieder vermehrt Anfragen zu ungewollt abgeschlossenen Zusatzversicherungen über Vermittler ein, wobei sich die Problematik überwiegend auf zwei Versicherungsgesellschaften konzentrierte. Ebenso blieben vertragslose Zustände im Bereich der Spitalzusatzversicherungen weiterhin ein Thema. Schliesslich weckte eine Werbekampagne eines Zusatzversicherers bei Versicherten falsche Erwartungen.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ombudsstelle spreche ich meinen ausdrücklichen Dank aus für ihr grosses Engagement auch im vergangenen Jahr. Mit Fachkompetenz, Umsicht und Ausdauer tragen sie täglich dazu bei, Differenzen zu klären und Meinungsverschiedenheiten zu schlichten. Ebenso bedanke ich mich bei den Versicherten und den Krankenversicherern für das Vertrauen, das sie unserer Institution entgegenbringen. Schliesslich gebührt mein Dank dem Stiftungsrat für die wertschätzende Unterstützung.

Ich lade Sie ein, sich selbst ein Bild unserer Tätigkeit zu machen, und wünsche Ihnen eine informative und gewinnbringende Lektüre des Jahresberichts 2025.

A handwritten signature in black ink that reads "S. Müller Ineichen". The script is cursive and fluid.

Susanne Müller Ineichen
Ombudsfrau

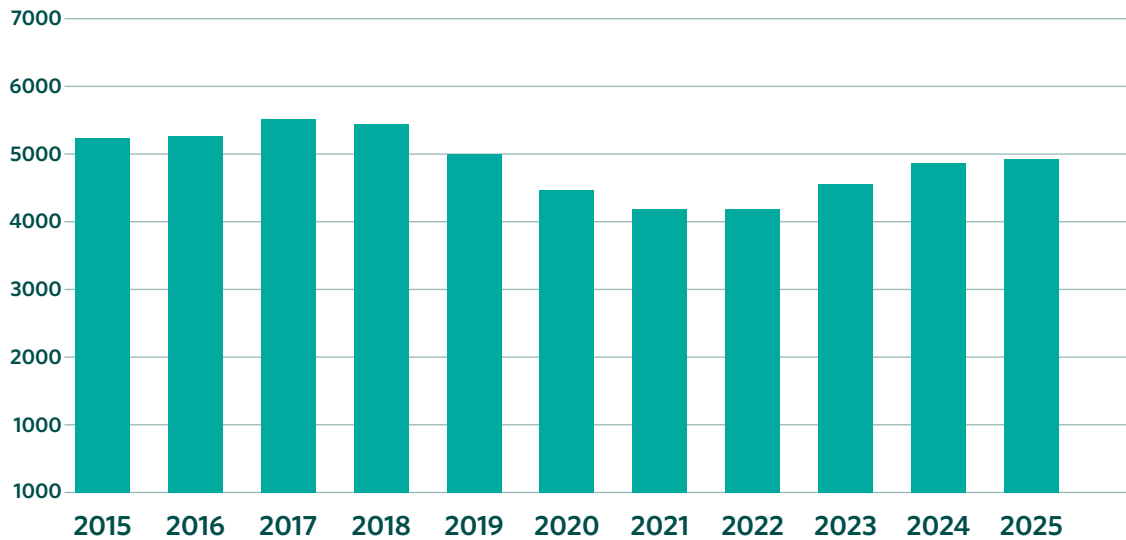
I | Allgemeiner Teil

1 Zahlen zur Fallentwicklung

Im Jahr 2025 gingen bei der Ombudsstelle insgesamt 4 906 Fälle ein. Dies entspricht einer Zunahme um 72 Fälle gegenüber dem Vorjahr (2024: 4 834) und bestätigt den anhaltenden Aufwärtstrend der Anfragen. Rund 40 % aller Fälle erreichen die Ombudsstelle auf telefonischem Weg. Der telefonische Eingangskanal ist besonders effizient: Entweder kann ein Anliegen bereits im Erstkontakt abschliessend geklärt werden oder Unklarheiten bei dem von Versicherten geschilderten Sachverhalt lassen sich im Gespräch rasch klären. Falls die Ombudsstelle feststellt, dass sie weitere Unterlagen benötigt, kann sie diese am Telefon gezielt von den Versicherten einfordern. Aufgrund begrenzter personeller Ressourcen ist es der Ombudsstelle jedoch nicht möglich, einen ganztägigen Telefondienst anzubieten. Die telefonische Erreichbarkeit beschränkt sich daher auf das Zeitfenster zwischen 9 und 11.30 Uhr. Bestrebungen zur besseren Erreichbarkeit sind im Gange.

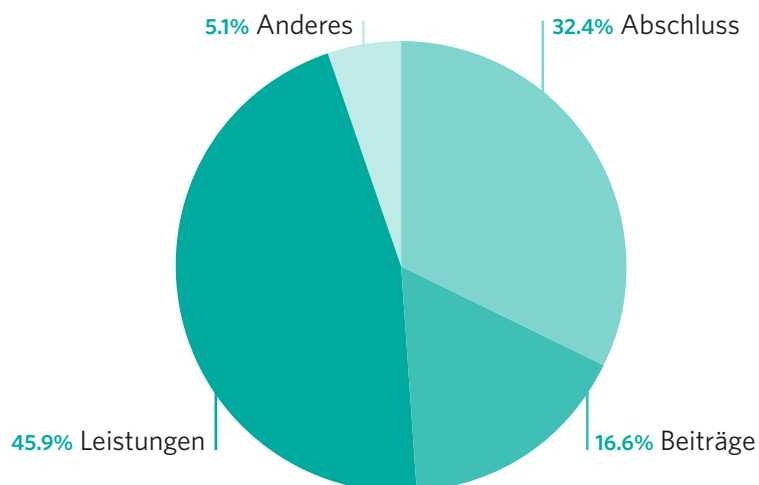
Im Jahr 2025 sah sich die Ombudsstelle Krankenversicherung – wie auch andere Ombudsstellen – mit einem neuen Trend konfrontiert. Versicherte greifen bei der Formulierung ihrer Anfragen zunehmend auf künstliche Intelligenz, etwa ChatGPT, zurück. Diese Anfragen lassen sich unter anderem daran erkennen, dass die Texte deutlich umfangreicher ausfallen als bei herkömmlichen Eingaben. Statt einer knappen Sachverhaltsschilderung mit konkreten Fragen erhält die Ombudsstelle nunmehr teils mehrseitige, dicht geschriebene Texte ohne Zeilenabstand, die nach einer kurzen Darstellung des Sachverhalts ausführliche rechtliche Würdigungen enthalten.

Dabei zeigt sich, dass viele der von der KI zitierten Gesetzesartikel nicht einschlägig oder teilweise nicht mehr in Kraft sind. Auch Verweise auf die Rechtsprechung erweisen sich häufig als unzutreffend. Besonders oft werden Art. 41 OR (Schadenersatz bei unerlaubter Handlung) und Art. 2 ZGB (Treu und Glauben) angeführt – eine Generalklausel, die die Schranken der Rechtsausübung vorgibt und zu der im Recht nicht vorschnell gegriffen wird. Ebenso neu ist das Phänomen, dass auf eine Antwort der Ombudsstelle innerhalb weniger Minuten mithilfe von KI eine wiederum mehrseitige Replik eingehen kann. Diese Textfülle verursacht für die Ombudsstelle einen erheblichen Mehraufwand, auch wenn sie selbstverständlich nicht im Detail auf die zahlreichen von der KI genannten, jedoch nicht einschlägigen Gesetzesartikel eingeht.



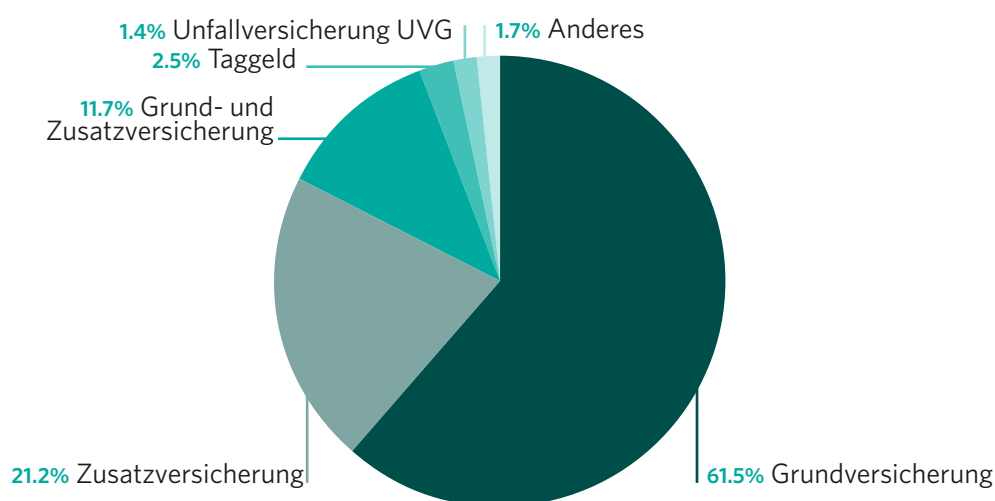
1.1 Eingänge nach Materien

Von den 4 906 Fällen, die 2025 bei der Ombudsstelle eingegangen sind, ergibt sich bei einer Aufteilung nach Materien folgendes Bild: 1 589 Fälle im Bereich Abschluss, worunter auch der Wechsel der Versicherung fällt (2024: 1 475), 818 im Bereich Beiträge, worunter Prämien und Kostenbeteiligungen gruppiert werden (2024: 743) sowie 2 251 Dossiers im Sektor Versicherungsleistungen (2024: 2 347). Die übrigen 248 Fälle betrafen andere Problemstellungen wie z.B. Fragen im Zusammenhang mit Prämienverbilligung, Datenschutz etc. (2024: 269).



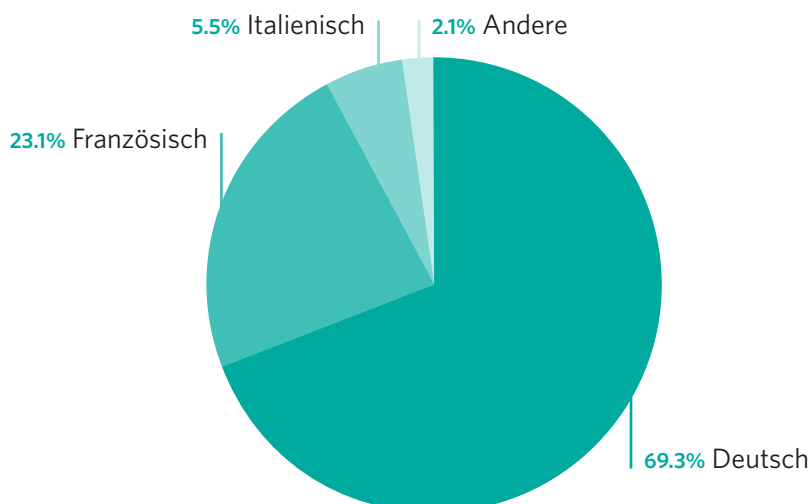
1.2 Eingänge nach Versicherungszweigen

Von den im Jahr 2025 eingegangenen Fällen betrafen 3 018 ausschliesslich die Grundversicherung (2024: 2 988). Weitere 1 039 Fälle bezogen sich ausschliesslich auf die Zusatzversicherung (2024: 1 042). In 576 Fällen wandten sich Versicherte mit Anfragen zu beiden Versicherungssparten an die Ombudsstelle (2024: 528). In 121 Fällen ging es um das Thema Krankentaggeld (2024: 91). In 71 Fällen musste die Ombudsstelle die Versicherten an den Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA verweisen (2024: 85). Die verbleibenden 81 Fälle betrafen Themen ausserhalb der Krankenversicherung und standen überwiegend im Zusammenhang mit anderen Sozialversicherungen, namentlich der Invalidenversicherung, der Unfallversicherung, der Arbeitslosenversicherung sowie der Alters- und Hinterlassenenversicherung.



1.3 Eingänge nach Sprachen

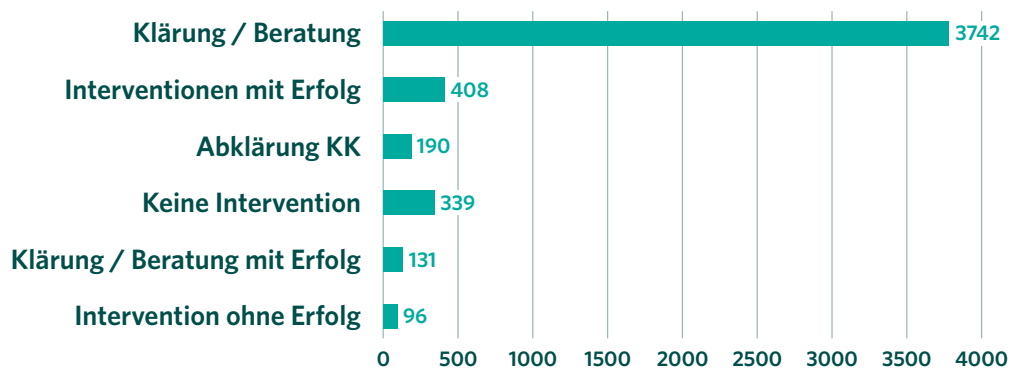
Von den im Jahr 2025 eingegangenen Anfragen entfielen 3 399 auf die deutsche Sprache (2024: 3 374), 1 135 auf Französisch (2024: 1 172) und 272 auf Italienisch (2024: 222). Weitere 100 Anfragen waren in anderen Sprachen verfasst, überwiegend auf Englisch (2024: 66).



1.4 Interventionen der Ombudsstelle

In 3 742 Fällen beziehungsweise 76,3 % aller Anfragen konnte die Ombudsstelle Fragen der Versicherten klären beziehungsweise einen Entscheid des Versicherers bestätigen (2024: 3 801). In 504 Fällen stellte die Ombudsstelle beim Krankenversicherer einen Antrag auf Überprüfung des von der versicherten Person beanstandeten Entscheids (2024: 506). In 408 dieser Fälle war die Intervention erfolgreich (2024: 424), was einer Erfolgsquote von 81 % entspricht (2024: 83,8 %).

In 339 Fällen verzichtete die Ombudsstelle auf eine Intervention, beispielsweise weil bereits eine Verfügung ergangen war und damit der Rechtsweg eröffnet war (2024: 219). In 190 Fällen hat sie den Versicherer zwecks Klärung des Sachverhalts lediglich um Unterlagen gebeten, die sie von den Versicherten aus sprachlichen oder altersbedingten Gründen nicht erhältlich machen konnte (2024: 201). In weiteren 131 Fällen gelang es der Ombudsstelle, die Versicherten so über die Rechtslage zu informieren, dass sie ihr Anliegen gegenüber dem Versicherer erfolgreich selbst klären konnten (2024: 107).



2 Zusammenarbeit mit Krankenversicherern und Behörden

Die Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern kann auch im Berichtsjahr 2025 insgesamt als positiv beurteilt werden. Die grosse Mehrheit der Krankenversicherer gewährleistete eine qualitativ hochwertige, sorgfältige und sachgerechte Bearbeitung der Interventionen der Ombudsstelle. Für dieses Engagement spricht die Ombudsstelle den beteiligten Krankenversicherern ihren Dank aus.

Auf Interventionsschreiben erhielt die Ombudsstelle in der Regel spätestens nach drei bis vier Wochen eine Rückmeldung der Versicherer. Konnte dieser Zeitrahmen aufgrund noch laufender Abklärungen nicht eingehalten werden, erfolgte meistens eine rechtzeitige Zwischenmitteilung.

In einzelnen Fällen war eine erneute Intervention erforderlich, weil nicht auf sämtliche von der Ombudsstelle aufgeworfenen Fragen eingegangen worden war oder die angeforderten Unterlagen nicht oder nicht vollständig übermittelt wurden. Eine vollständige und strukturierte Beantwortung der Interventionen ist jedoch eine wesentliche Voraussetzung für eine effiziente und zielführende Fallbearbeitung.

Als sehr hilfreich erweist sich weiterhin, dass die Ombudsstelle bei den Rechtsdiensten der Krankenversicherer über direkte Ansprechpersonen verfügt. Diese bislang nicht in die jeweilige Fallbearbeitung involvierten Personen stellen sicher, dass die Anliegen der Ombudsstelle in den an sie herangetragenen Fällen unbefangen und mit fundiertem rechtlichen Sachverstand geprüft werden können. Teilweise wird die Ombudsstelle – wie von ihr ausdrücklich gewünscht – von Versicherern bereits im Vorfeld über geplante Anpassungen informiert, die direkte Auswirkungen auf die Versicherten haben und zu Unklarheiten beziehungsweise zu Anfragen bei der Ombudsstelle führen könnten. Eine solch frühzeitige Information ermöglicht es der Ombudsstelle, Versicherte bei entsprechenden Anfragen von Beginn an kompetent und konsistent zu beraten.

Die Ombudsstelle schätzt zudem die Bereitschaft der Versicherer zu gütlichen Lösungen in den gesetzlich zulässigen Bereichen. Kulanzmassnahmen können im Einzelfall wesentlich dazu beitragen, bestehende Konflikte zu entschärfen und das Vertrauen der Versicherten in ihren Krankenversicherer wiederherzustellen.

Ein besonderer Dank geht schliesslich auch an die zuständigen Aufsichtsbehörden im Bereich der Krankenversicherung, namentlich das Bundesamt für Gesundheit sowie die eidgenössische Finanzmarktaufsicht. Bei Bedarf erhält die Ombudsstelle von diesen Behörden zeitnahe und hilfreiche Auskünfte zu konkreten Fragestellungen, was die sachgerechte Erfüllung ihrer Aufgabe wesentlich unterstützt.

II | Ausgewählte Fälle

3 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG

3.1 Fälle mit Bezug zum Versicherungsabschluss

Die Ombudsstelle Krankenversicherung war im Jahr 2025 in rund 17 % aller Fälle mit Fragen rund um Versicherungsabschlüsse in der Grundversicherung befasst. Darunter fallen insbesondere der Beitritt zu einer Grundversicherung, deren Kündigung sowie Probleme im Zusammenhang mit einem Versichererwechsel, etwa die verspätete Zustellung einer Nachversicherungsbestätigung. Eine Grundversicherung endet in der Regel durch Kündigung seitens der versicherten Person und der Zustellung der Nachversicherungsbestätigung vom neuen Versicherer an den bisherigen. Ausnahmsweise kann jedoch auch eine aufsichtsrechtliche Massnahme einen zwangsweisen Wechsel des Versicherers erforderlich machen. Dies war im Jahr 2025 der Fall bei der Krankenkasse KLuG.

Mit Verfügung vom 6. August 2025 entzog das BAG der KLuG aufgrund finanzieller Schwierigkeiten per 31. Dezember 2025 die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Rechtsgrundlage hierfür bildet Art. 43 Abs. 1 KVAG. Gemäss Medienmitteilung des BAG vom 12. August 2025 blieben die im Jahr 2025 bei der KLuG versicherten Personen bis zum 31. Dezember 2025 weiterhin bei dieser versichert. Rückerstattungsbelege für Behandlungen bis Ende 2025 waren bzw. sind daher weiterhin bei der KLuG einzureichen. Im Herbst 2025 erhielten die Versicherten nach Bekanntgabe der Prämien in Absprache mit dem BAG von der Helsana Versicherungen AG ein Angebot zum Wechsel. Den Versicherten stand es jedoch frei, auch zu einer anderen Krankenkasse zu wechseln. Sämtliche Versicherten, die bis Ende 2025 keinen anderen Versicherer gewählt hatten, wurden automatisch der Helsana Versicherungen AG zugeteilt. Diese Massnahme diente der Sicherstellung des Obligatoriums in der Grundversicherung.

In der zweiten Hälfte des Jahres 2025 erhielt die Ombudsstelle vermehrt Anfragen von KLuG-Versicherten. Teilweise herrschte Unsicherheit darüber, ob geleistete Zahlungen tatsächlich noch an bestehende Ausstände angerechnet würden bzw. was mit bei der KLuG bestehenden Ausständen für Prämien und Kostenbeteiligung passiere. Auch sorgten sich Versicherte um die Rückerstattung von Leistungsguthaben, wie der nachfolgende Fall zeigt.

Fall 1 KLuG

Ein Versicherter wandte sich an die Ombudsstelle mit der Sorge, infolge der finanziellen Schwierigkeiten der KLuG die Kosten für im Jahr 2025 bezogene Leistungen selbst tragen zu müssen. Diese Befürchtung ergab sich unter anderem daraus, dass bei der KLuG eingereichte Rückerstattungsbelege über längere Zeit unbearbeitet geblieben waren. Dieselbe Unsicherheit bestand für den Versicherten auch in Bezug auf die bei der KLuG bestehenden Zusatzversicherungen.

Die Ombudsstelle informierte den Versicherten darüber, dass gemäss Medienmitteilung des BAG mit der Insolvenzerklärung über die KLuG der Insolvenzfonds gemäss Art. 47 KVAG aktiviert worden sei. Gestützt auf Art. 18 Abs. 2 KVG übernimmt die Gemeinsame Einrichtung KVG zulasten des Insolvenzfonds die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern nach Art. 51 KVAG. Leistungen, die bis zum 31. Dezember 2025 bezogen worden seien, seien somit gedeckt. Kosten für Behandlungen ab dem 1. Januar 2026 würden vom neuen Versicherer übernommen.

Hinsichtlich der Zusatzversicherungen erhielt die Ombudsstelle auf Nachfrage bei der FINMA die Auskunft, dass die Helsana für Verbindlichkeiten aus zusatzversicherten Leistungen gegenüber der versicherten Person hafte. Grund dafür ist, dass die Helsana Zusatzversicherungen AG Risikoträgerin der von der KLuG bloss bewirtschafteten Zusatzversicherungsprodukten ist. Zudem teilten Helsana und KLuG den Versicherten gemäss FINMA in einem Kundeninformationsschreiben mit, dass die Zusatzversicherungsprodukte ohne erneute Gesundheitsprüfung und in bisherigem Umfang von Helsana weiterführt werden.

Hinweis: Rechnungen für Behandlungen aus dem Jahr 2025 oder früher sind weiterhin bei der KLuG Krankenversicherung einzureichen.

Fall 2 Optionsrecht von Rentnern, die ihren Wohnsitz nach Italien verlegen

Im Jahr 2025 erhielt die Ombudsstelle verschiedentlich Anfragen von Versicherten mit Schweizer oder EU-/EFTA-Staatsangehörigkeit, die ausschliesslich eine Rente aus der Schweiz beziehen und ihren Wohnsitz nach Italien verlegt hatten. Aufgrund des Rentenbezugs aus der Schweiz unterstehen diese Personen weiterhin der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz (Art. 24 Abs. 2 lit. a i.V.m. Anhang XI (Schweiz) Nr. 3 lit. a ii) Verordnung 883/2004). Gleichzeitig ersuchten sie jedoch um eine Befreiung von der Versicherungspflicht im Rahmen des Optionsrechts. Zur Begründung führten sie an, in Italien krankenversichert zu sein, dort Prämien zu entrichten und von der italienischen Krankenkasse eine Versichertenkarte erhalten zu haben.

Die für die Prüfung von Befreiungsgesuchen von Rentnern zuständige Gemeinsame Einrichtung KVG lehnte diese Gesuche ab, obwohl Italien gemäss der Verordnung

Nr. 883/2004 Nr. 3 Bst. b Anhang XI (Schweiz) ein Optionsrecht gewährt. Grund für die Ablehnung war jeweils, dass die von der italienischen Krankenkasse ausgestellte Versichertenkarte auf der Rückseite leer war oder lediglich Sternchen aufwies.



Eine solchermassen ausgestaltete Karte berechtigt die versicherte Person nur zum Bezug medizinischer Leistungen in Italien. Für Krankheitsfälle während eines vorübergehenden Aufenthalts in der Schweiz oder in einem Mitgliedstaat der EU/EFTA besteht hingegen kein Versicherungsschutz.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz kann unter diesen Umständen nicht gewährt werden, da Art. 2 Abs. 6 KVV voraussetzt, dass der Gesuchsteller über eine Krankenversicherungsdeckung verfügt, die sowohl im Wohnstaat als auch bei einem vorübergehenden Aufenthalt in der Schweiz oder in einem EU-/EFTA-Staat gilt.

Die Ombudsstelle konnte den Versicherten daher lediglich bestätigen, dass der Ablehnungsentscheid der Gemeinsamen Einrichtung KVG korrekt ist. Staaten, die ein Optionsrecht gewähren, können im nationalen Recht den berechtigten Personenkreis sowie weitere Voraussetzungen für dessen Ausübung festlegen. Italien hat von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und Rentner vom Optionsrecht ausgeschlossen. Die Ombudsstelle empfahl den betroffenen Versicherten deshalb, die in Italien bestehende Versicherung aufzuheben.

Weiterhin vom Optionsrecht Gebrauch machen können Grenzgänger, das heisst Personen, die in Italien wohnen und in der Schweiz erwerbstätig sind.

Tipp: Sofern die bisherige schweizerische Krankenkasse die obligatorische Krankenpflegeversicherung (EU-Vertrag) auch in Italien anbietet, bleibt die rentenbeziehende Person weiterhin bei dieser Krankenkasse versichert und entrichtet eine sogenannte EU-Prämie. Es besteht jedoch die Möglichkeit, die Grundversicherung beim bisherigen Versicherer zu kündigen und zu einer günstigeren schweizerischen Krankenkasse zu wechseln, die ebenfalls die obligatorische Krankenpflegeversicherung in Italien anbietet. Ein Prämienvergleich kann auf www.priminfo.ch vorgenommen werden. Zudem haben Rentnerinnen und Rentner, die der Versicherungspflicht in der Schweiz unterstellt bleiben, die Möglichkeit, bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG ein Gesuch um Prämienverbilligung einzureichen (Art. 66a KVG).

3.2 Fälle mit Bezug zu Prämien

Die durchschnittliche Prämienhöhung auf das Jahr 2025 betrug 6 %, was wiederum zahlreiche Versicherte zu einem Wechsel der Krankenkasse veranlasste. Ein Krankenversicherer, der einen besonders starken Zuwachs an Neuversicherten verzeichnete, hatte in der Folge Mühe, die Neueintritte zeitnah zu verarbeiten und die Nachversicherungsbestätigungen rechtzeitig zu versenden. Diese Problematik führte anfangs 2025 zu zahlreichen Anfragen bei der Ombudsstelle.

Die hohen Prämien der Grundversicherung stellen einen Dauerbrenner bei der Ombudsstelle dar. Immer mehr Versicherte geraten in Zahlungsschwierigkeiten und sehen sich mit Betreibungen durch ihre Krankenversicherung konfrontiert. Viele Versicherte gehen davon aus, dass es im Ermessen des Krankenversicherers liege, ob eine Betreibung eingeleitet wird oder nicht. Die Ombudsstelle muss Versicherte regelmässig darauf hinweisen, dass dem nicht so ist, da das Gesetz die Einleitung einer Betreibung vorschreibt. Gemäss Art. 64a Abs. 2 KVG ist der Versicherer verpflichtet, die Betreibung einzuleiten, wenn eine versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzlichen Frist begleicht.

Gegen die Zustellung eines Zahlungsbefehls kann eine versicherte Person, die mit der Forderung des Versicherers nicht einverstanden ist, innert 10 Tagen seit Zustellung des Zahlungsbefehls Rechtsvorschlag erheben (Art. 74 SchKG). Damit wird die Betreibung vorerst eingestellt (Art. 78 SchKG). Will der Krankenversicherer die Betreibung fortsetzen, muss zunächst der Rechtsvorschlag beseitigt werden. Prämien der Grundversicherung sowie Kostenbeteiligungen stellen öffentlich-rechtliche Geldforderungen dar. Da Grundversicherer Verwaltungsbehörden sind, deren Verfügungen zur definitiven Rechtsöffnung berechtigen, können diese einen Rechtsvorschlag selbst beseitigen (Kren Kostkiewicz Jolanta, SchKG Kommentar, 20. Auflage 2020, N 11 f. zu Art. 79 SchKG). Im nachfolgenden Fall lag zum Zeitpunkt des Fortsetzungsbegehrens jedoch noch kein rechtskräftiger Entscheid vor. Dies hätte das Betreibungsamt bereits bei Eingang des Fortsetzungsbegehrens überprüfen müssen, bevor dem Versicherten die Pfändungsankündigung zugestellt wurde.

Fall 3 Verfrühtes Fortsetzungsbegehren

Eine versicherte Person wurde vom Versicherer wegen ausstehender Prämien betrieben und erhob gegen den zugestellten Zahlungsbefehl Rechtsvorschlag, da sie der Ansicht war, die Forderung bereits vollständig beglichen zu haben. Mit Verfügung vom 19. November 2024 beseitigte der Krankenversicherer den Rechtsvorschlag. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 15. Dezember 2024 fristgerecht Einsprache. Am 10. Februar 2025 wandte sich der Versicherte an die Ombudsstelle Krankenversicherung und führte aus, das Betreibungsamt habe ihm am 4. Februar 2025 eine Pfändungsankündigung zugestellt, mit angedrohter Pfändung am 28. Februar 2025. Zu diesem Zeitpunkt hatte der Krankenversicherer jedoch noch keinen Einspracheentscheid erlassen. Nach Erhalt der Pfändungsankündigung nahm der Versicherte telefonisch Kontakt mit dem Krankenversicherer auf. Dieser bestätigte den Eingang der Einsprache und teilte mit, diese befinde sich noch in Bearbeitung. Unabhängig davon

sei man der Auffassung, die Betreuung könne gestützt auf die gesetzlichen Bestimmungen fortgesetzt werden.

Die Ombudsstelle intervenierte beim Krankenversicherer und erkundigte sich, weshalb ohne Vorliegen eines rechtskräftigen Einspracheentscheids ein Fortsetzungsbegehren gestellt worden sei. Sie wies darauf hin, dass das gestellte Fortsetzungsbegehren nichtig sei und ersuchte den Versicherer, das Betreibungsamt entsprechend zu informieren, damit auch die Pfändungsankündigung als nichtig betrachtet werde.

Der Krankenversicherer teilte der Ombudsstelle mit, dem Versicherten sei am 3. Januar 2025 ein Schreiben zugestellt worden, in welchem die betriebenen Ausstände erläutert worden seien. Gleichzeitig sei er aufgefordert worden, die offenen Beträge bis am 15. Januar 2025 zu begleichen, andernfalls ein Einspracheentscheid erlassen werde. Der Versicherer räumte ein, dass es in der Folge versäumt worden sei, einen solchen Entscheid zu erlassen, und informierte das Betreibungsamt, dass das Fortsetzungsbegehren als ungültig zu betrachten sei. Zudem kündigte er an, die Einsprache zeitnah zu prüfen und einen Einspracheentscheid zu erlassen.

Tipp: Sofern Versicherte in der Lage sind, bestehende Ausstände – zusätzlich zu den laufenden Prämien – in Raten zu begleichen, empfiehlt die Ombudsstelle, sich möglichst frühzeitig an den Versicherer zu wenden und eine Ratenzahlungsvereinbarung zu beantragen. Die Entscheidung über die Gewährung einer Ratenzahlung sowie über Anzahl und Höhe der Raten liegt jedoch beim Versicherer. Letzterer darf zudem eine Gebühr pro Rate erheben.

Fall 4 Haftung der Erben für Ausstände trotz Ausschlagung

Anfangs 2025 wandte sich eine Versicherte an die Ombudsstelle. Ihr Ehemann war zwei Jahre zuvor verstorben. Da er Schulden, unter anderem auch gegenüber der Krankenkasse in Höhe von fast CHF 40 000 gehabt hatte, schlug die Witwe die Erbschaft gemäss Art. 567 ZGB aus. In der Folge wurde die Erbschaft gemäss Art. 573 Abs. 1 ZGB liquidiert. Dennoch erhielt die Witwe anschliessend vom Krankenversicherer ihres verstorbenen Ehemannes eine Aufforderung zur Begleichung von dessen Prämienausständen. Die Versicherte war überzeugt, dass dem Krankenversicherer ein Fehler unterlaufen war.

Die Ombudsstelle wies die Versicherte darauf hin, dass der Krankenversicherer korrekt gehandelt hatte, unter Verweis auf Art. 166 Abs. 3 ZGB. Danach haften Ehegatten solidarisch für die laufenden Bedürfnisse der Familie. Zu diesen zählen gemäss Bundesgericht (Bger 9C_756/2016, E. 2.1. vom 18. Januar 2017) auch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Dies hat zur Folge, dass die Ehefrau als Solidarschuldnerin i.S. von Art. 143 Abs. 2 OR für die während der Ehe vom Ehemann nicht bezahlten Prämien persönlich haftet. Daran ändert die Ausschlagung nichts. Eine solche bewirkt nur, dass die bestehende Schuld des Ehemannes nicht auf sie überging.

Da die Ehefrau ebenfalls in finanziell angespannten Verhältnissen lebte und angesichts der Höhe der Ausstände erwies sich ein Hinweis, beim Krankenversicherer eine Ratenvereinbarung zur Begleichung der Ausstände zu beantragen, als wenig zielführend.

Hinweis: Für Prämienausstände aus Zusatzversicherungen besteht nur dann eine Solidarhaftung, wenn diese noch zu den laufenden Bedürfnissen der Familie im Sinne von Art. 166 Abs. 1 ZGB zu zählen sind. Ob dies der Fall ist, hängt vor allem von den finanziellen Verhältnissen bzw. dem gelebten Lebensstandard ab.

3.3 Fälle mit Bezug zu Leistungen

3.3.1 Besondere Versicherungsmodelle

Im Jahr 2025 waren rund 80 % aller Versicherten in einem besonderen Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gemäss Art. 99 KVV versichert (z.B. Hausarztmodell, Telmed-Modell usw.). Die Versicherten profitieren in diesen Modellen von einer Prämienreduktion. Für jedes besondere Versicherungsmodell bestehen eigene Reglemente (teils auch als Allgemeine Versicherungsbedingungen bezeichnet). Darin wird unter anderem festgelegt, an welche Stellen sich Versicherte vor einem Arztbesuch wenden müssen (z.B. telefonische Beratungszentren) und welche Folgen eine Nichteinhaltung der statuierten Vorgaben nach sich zieht. Die Sanktionen bei sogenannten Regelverstössen reichen von einer nur teilweisen Kostenübernahme bis zur vollständigen Leistungsverweigerung. Zudem sehen die Reglemente nach mehrfachen Verstössen auch das Recht vor, Versicherte in das ordentliche Modell mit freier Arztwahl, jedoch deutlich höheren Prämien umzuteilen.

Tipp: Versicherer weisen Versicherte beim ersten (und teilweise auch beim zweiten) Regelverstoss schriftlich auf diesen hin. Es ist sehr wichtig, dass Versicherte diese Schreiben ernst nehmen. Die Ombudsstelle sieht immer wieder Fälle, in denen Versicherte angeben, entsprechende Schreiben ignoriert zu haben und dann erstaunt sind, wenn der Versicherer die Kosten nicht mehr oder nicht mehr vollumfänglich übernimmt.

Die Ombudsstelle stellt fest, dass die einzuhaltenden Vorschriften in gewissen besonderen Versicherungsmodellen immer komplexer werden und für Versicherte – die die spezifischen Reglemente in der Praxis erfahrungsgemäss häufig nicht im Detail lesen – zu einer Kostenfalle werden können. Nachfolgend wird ein Versicherungsmodell näher dargestellt, dessen Vorgaben auf das Jahr 2025 hin nochmals verschärft wurden.

Fall 5 Komplexe Vorschriften eines ausgewählten Versicherungsmodells

Viele Versicherte gehen davon aus, dass sie als erste Anlaufstelle wahlweise ihren Hausarzt oder das telemedizinische Zentrum kontaktieren können und dass der Hausarzt sie ohne weitere Formalitäten an eine Spezialistin oder einen Spezialisten überweisen darf. Im Modell des Versicherers, um den es in diesem Fall geht, kommen jedoch zusätzliche Anforderungen hinzu.

Für bestimmten Fachrichtungen (z.B. Kardiologie, Gefäss- und Herzchirurgie, Urologie, Gastroenterologie und Viszeralchirurgie sowie Orthopädie, Hand- und Neurochirurgie) müssen Versicherte nach der Konsultation des Hausarztes oder des telemedizinischen Zentrums zusätzlich einen speziellen Beratungsdienst kontaktieren. Dieser unterbreitet den Versicherten anschliessend drei Vorschläge für die Wahl einer geeigneten Spezialistin oder eines geeigneten Spezialisten. Die Liste der betroffenen Fachrichtungen ist auf der Website des Versicherers publiziert und kann von diesem jederzeit angepasst werden. Beim Abschluss des besonderen Versicherungsmodells erhalten die Versicherten zusammen mit der Versicherungspolice die zu diesem Zeitpunkt gültige Liste. Über spätere Änderungen der Liste informiert der Versicherer die Versicherten schriftlich.

Die Ombudsstelle erhielt zahlreiche Anfragen von Versicherten dieses Modells, die in einem betroffenen Fachbereich nach Überweisung durch den Hausarzt direkt eine Spezialistin oder einen Spezialisten aufgesucht hatten, obwohl sie sich vorgängig an den Beratungsdienst hätten wenden müssen. Der Versicherer verweigerte in diesen Fällen die Kostenübernahme infolge eines Regelverstosses. Gemäss Reglement bietet er den Versicherten jedoch an, rückwirkend auf den 1. Januar des laufenden Jahres in das Modell mit freier Arztwahl (bei deutlich höherer Prämie) zu wechseln; in diesem Fall werden die zuvor abgelehnten Behandlungskosten übernommen.

Die Ombudsstelle rät im betreffenden Modell Versicherten jeweils, das telefonische Zentrum und nicht den Hausarzt als erste Anlaufstelle zu wählen. Das telefonische Zentrum weist die Versicherten gemäss Reglement ausdrücklich auf die Pflicht hin, vorgängig den Beratungsdienst zu kontaktieren. Wird hingegen der Hausarzt als erste Anlaufstelle gewählt, liegt es in der Verantwortung des Versicherten, selbst zu prüfen, ob zusätzlich der Beratungsdienst zu kontaktieren ist, zumal Hausärztinnen und Hausärzte mit den Bedingungen der besonderen Versicherungsmodelle in der Regel nicht im Detail vertraut sind. In solchen Fällen müssen Versicherte zudem ihre Patientenakte beim Hausarzt anfordern und an den Beratungsdienst übermitteln.

3.3.2 Weitere Leistungsfälle

Fall 6 Ambulante Geburt

Eine Versicherte brachte am 7. September 2025 im Spital X eine Tochter zur Welt. Die Geburt erfolgte ambulant, das heisst, die Versicherte verliess das Spital noch am Tag der Geburt. Das Spital stellte dem Krankenversicherer des Neugeborenen – bei welchem auch die Mutter versichert war – eine Rechnung über CHF 132.20 für gängige Laboruntersuchungen bei Neugeborenen zu. Der Krankenversicherer übernahm die

Kosten aus der Grundversicherung des Säuglings und stellte einen Selbstbehalt von 10 % in Rechnung. Die Versicherte wandte sich in der Folge mehrfach an den Versicherer und erhielt schliesslich folgende Antwort:

«Die Geburt wurde ambulant im Spital X durchgeführt und auch ambulant nach dem Tarif Tarmed verrechnet. Bei ambulanten Geburten sind die Leistungen des Säuglings nicht auf der Rechnung der Mutter inbegriffen. Die Verrechnung des Säuglings über die Mutter ist nicht zulässig. Somit muss die Verrechnung separat zu Lasten des Säuglings erfolgen. Die Abrechnung erfolgt mit Kostenbeteiligung und ist somit korrekt».

Mit dieser Antwort war die Mutter nicht einverstanden und wandte sich an die Ombudsstelle. Sie machte geltend, dass bei einer stationären Geburt und bei den damit zusammenhängenden Untersuchungen des Neugeborenen kein Selbstbehalt anfallt, da es sich um Mutterschaftsleistungen handle, die von der Kostenbeteiligung befreit seien. Sie ersuchte daher um Klärung der Frage, ob der erhobene Selbstbehalt rechtmässig sei.

Die Ombudsstelle intervenierte beim Krankenversicherer und führte aus, dass gemäss Art. 29 KVG die obligatorische Krankenpflegeversicherung neben den Leistungen bei Krankheit auch die besonderen Leistungen bei Mutterschaft übernehme. Zu diesen gehörten nach Art. 29 Abs. 2 lit. d KVG insbesondere die Pflege und der Aufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhalte. Die Rechnungsstellung erfolge beim gesunden Neugeborenen an den Kostenträger der Mutter (Eugster, Die obligatorische Krankenversicherung nach KVG, Basel 2025, N 937). Dabei sei unerheblich, ob die Geburt ambulant oder stationär erfolgt sei. Entsprechend seien die Leistungen über die Grundversicherung der Mutter abzurechnen. Zudem dürfe gemäss Art. 64 Abs. 7 lit. a KVG für Mutterschaftsleistungen keine Kostenbeteiligung erhoben werden.

In der Folge übernahm der Versicherer die Kosten über die Grundversicherung der Mutter und hob die Rechnung betreffend den Selbstbehalt auf.

Hinweis: Die Behandlungskosten eines kranken Neugeborenen gehen zulasten von dessen eigener Grundversicherung (Art. 29 Abs. 2 lit. d KVG e contrario).

Fall 7 Irrtümliche Gutschrift für Leistungen

In der Regel wenden sich Versicherte an die Ombudsstelle Krankenversicherung, weil Leistungen im System des tiers garant von ihrer Krankenkasse nicht oder nicht zeitnah vergütet werden. Im vorliegenden Fall stellte sich die Situation jedoch umgekehrt dar: ein Amt für Justizvollzug sah sich mit wiederholten, irrtümlichen Auszahlungen eines Krankenversicherers konfrontiert und bemühte sich vergeblich um deren Rückerstattung.

Am 30. Dezember 2024 überwies ein Krankenversicherer einem Amt für Justizvollzug in einem Ostschweizer Kanton einen Betrag von CHF 301.85. Da der angeblich Versicherte X der Behörde nicht bekannt war, versuchte der Rechnungsführer des Amtes ab Ende Januar 2025, vom Versicherer einen Einzahlungsschein zu erhalten, um den Betrag zurückerstatten zu können. Er machte geltend, den Angaben auf einem Beiblatt zur Rechnungskopie zufolge hätte die Zahlung vielmehr auf ein Konto eines Massnahmenzentrums im Kanton Solothurn erfolgen sollen. Ende März 2025 gelang es dem Rechnungsführer schliesslich, den Betrag von CHF 301.85 dem Krankenversicherer zurückzuzahlen. Kurz darauf stellte er jedoch fest, dass derselbe Betrag vom Versicherer erneut auf das Konto des Amtes überwiesen worden war. Er ersuchte daraufhin abermals um Löschung sämtlicher Kontoverbindungen. In der Folge verlangte der Krankenversicherer jedoch die Angabe einer neuen Kontoverbindung und stellte dem Rechnungsführer zudem eine Kopie der von ihm vorgenommenen Rückerstattung zu, die er gar nicht verlangt hatte.

Anfangs Herbst 2025 wandte sich der Mitarbeiter des Amtes für Justizvollzug an die Ombudsstelle und beklagte den anhaltenden administrativen Leerlauf. Er betonte, dass er den Betrag von CHF 301.85 dem Versicherer gerne zurückerstatten würde, bei weiteren Problemen jedoch erwäge, diesen als «übrigen Ertrag» zu verbuchen. Zudem wies er darauf hin, dass der Versand von Rechnungskopien an eine unzuständige Stelle aus datenschutzrechtlicher Sicht bedenklich sei.

Die Ombudsstelle intervenierte daraufhin beim Versicherer und ersuchte ihn, den Sachverhalt abschliessend zu klären und direkt mit dem Amt für Justizvollzug zu regeln, unter Zustellung einer Kopie der Antwort an die Ombudsstelle. Eine Woche später teilte der Versicherer dem Rechnungsführer die IBAN für die Rückerstattung des Betrages mit und entschuldigte sich für die entstandenen Unannehmlichkeiten.

Fall 8 Leistungsaufschub und Verwirkung

Ein im Kanton Thurgau Versicherter konnte aufgrund eines finanziellen Engpasses im Jahr 2018 seine Krankenversicherungsprämien nicht bezahlen. Er kam deshalb auf die sogenannte schwarze Liste (Art. 64a Abs. 7 KVG) und musste in der Folge die im Jahr 2018 angefallenen Arztrechnungen selbst begleichen. Anfang 2019 reichte er die Arztrechnungen bei seinem Krankenversicherer zwecks Kostenübernahme ein. Mit Leistungsabrechnung vom 23. Februar 2019 (Guthaben: CHF 0) lehnte der Versicherer die Übernahme sämtlicher Leistungen unter Hinweis auf einen bestehenden Leistungsaufschub ab. Auf der Leistungsabrechnung war vermerkt, der Versicherte solle den Versicherer anrufen, sobald alle Prämienausstände beglichen seien. Im Rahmen von mehreren vom Versicherer eingeleiteten Betreibungsverfahren kam es in der Folge zu Lohnpfändungen. Dadurch konnte der Versicherer am 29. Juli 2024 vollständig befriedigt werden. Im Januar 2025 ersuchte der Versicherte den Versicherer um Rückerstattung der selbst bezahlten Leistungen und legte als Nachweis die damalige Leistungsabrechnung vor. Der Versicherer teilte ihm daraufhin mit, es sei ihm gesetzlich untersagt, Leistungen zu vergüten, die mehr als fünf Jahre zurücklägen und wünschte ihm abschliessend alles Gute.

Der Versicherte wandte sich daraufhin an die Ombudsstelle mit der Frage, ob die Auskunft seiner Krankenkasse korrekt sei.

Gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG können Kantone versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist (sogenannte «schwarze Liste»). Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonale Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen. Aktuell verfügen noch zwei Kantone über das System der schwarzen Liste, nämlich die Kantone Aargau und Thurgau. Der Kanton Tessin hat beschlossen, die schwarze Liste aufzuheben. Die Kantone Graubünden, Luzern, St. Gallen, Schaffhausen, Solothurn und Zug haben diese wieder abgeschafft; die übrigen Kantone haben das System der schwarzen Liste gar nie eingeführt.

Die Ombudsstelle wandte sich an den Versicherer und machte geltend, dass gemäss Art. 24 Abs. 1 ATSG der Anspruch auf ausstehende Leistungen fünf Jahre nach dem Ende des Monats erlischt, für den die Leistung geschuldet war. Als fristwahrende Handlung gelte dabei bereits die Anmeldung zum Leistungsbezug. Die Anmeldung habe somit verwirkungsaufhebenden Charakter (BSK ATSG-Dolf, Art. 24 N 18 f.). Der Versicherte habe die entsprechenden Belege nachweislich innerhalb der fünfjährigen Frist eingereicht, was durch die Leistungsabrechnung belegt sei. Folglich sei das ihm zustehende Guthaben auszuzahlen. Der Versicherer teilte der Ombudsstelle daraufhin mit, dass er deren Einschätzung teile. Das Guthaben werde der versicherten Person – nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt – in Kürze ausbezahlt.

Tipp: Die Ombudsstelle empfiehlt Versicherten in den Kantonen Aargau und Thurgau, während eines Leistungsaufschubs selbst bezahlte Rechnungen dem Versicherer einzureichen (aus Beweisgründen möglichst per eingeschriebener Post) und die daraufhin ausgestellte Leistungsabrechnung aufzubewahren.

4 Zusatzversicherungen nach VVG

4.1 Unerwünschte Abschlüsse von Zusatzversicherungen über Vermittler

In den vergangenen Jahren wurden durch neue gesetzliche Vorgaben, eine Branchenvereinbarung sowie eine verstärkte Kontrolle durch die Aufsichtsbehörden Massnahmen getroffen, um im Bereich der Versicherungsvermittler den Kundenschutz zu verbessern sowie die Transparenz zu erhöhen.

Leider erhält die Ombudsstelle jedoch nach wie vor zahlreichen Anfragen von Versicherten, die über einen Vermittler Zusatzversicherungen abgeschlossen haben, ohne dies tatsächlich gewollt zu haben. Viele Anfragende berichten, sie hätten lediglich eine unverbindliche Offerte einholen wollen und seien vom Vermittler nicht darüber informiert worden, dass sie mit ihrer Unterschrift einen rechtsverbindlichen Antrag stellten. Teils werden den Versicherten auch unzutreffende oder irreführende Auskünfte erteilt. So hört die Ombudsstelle des Öftern, der Vermittler habe erklärt, die Unterschrift (unter den rechtsverbindlichen Antrag!) diene lediglich dazu, seinem Arbeitgeber – also dem Versicherer – zu beweisen, dass ein Beratungsgespräch stattgefunden habe. Ebenfalls wird der Ombudsstelle zugetragen, der Vermittler habe versichert, dass noch nichts Verbindliches unterschrieben werde.

Zwar verlangt Art. 45 VAG, dass den Versicherten bei Beantragung des Versicherungsvertrages bestimmte Informationen zu übergeben sind. Zu diesem Zweck händigen die Versicherer bzw. Vermittler den Versicherten ein sogenanntes Beratungsprotokoll aus, das sowohl vom Vermittler als auch von der versicherten Person zu unterzeichnen ist. Dieses Protokoll enthält häufig auch den Hinweis, der Kundin oder dem Kunden sei bewusst, dass es sich um einen rechtsverbindlichen Antrag und nicht um eine unverbindliche Offerte handle. Zudem wird darin häufig festgehalten, die versicherte Person habe vom Inhalt des Beratungsprotokolls Kenntnis genommen. Gestützt auf viele Rückmeldungen von Versicherten geht die Ombudsstelle davon aus, dass die Unterschrift unter das Beratungsprotokoll oftmals ebenso rasch erfolgt wie jene unter den Versicherungsantrag. Erfahrungsgemäss ist Versicherten deshalb oft nicht bewusst ist, was sie unterschreiben. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass sich gewisse Versicherte nicht daran erinnern, ein Beratungsprotokoll unterzeichnet zu haben. Machen Versicherte nach Vertragsschluss geltend, ihnen sei gesagt worden, dass sie nur eine unverbindliche Offerte unterzeichnen würden, wirkt sich das unterzeichnete Beratungsprotokoll beweismässig regelmässig zu Ihren Ungunsten aus.

4.1.1 Falsche Anreize durch hohe Vermittlerprovisionen

In zahlreichen der der Ombudsstelle unterbreiteten Fälle ungewollter Zusatzversicherungen zeigt sich deutlich, dass bei Vermittlern nicht selten die eigene Provision und nicht das Interesse der Kundinnen und Kunden im Vordergrund steht. Der nachfolgend geschilderte Fall verdeutlicht diese Problematik exemplarisch: Ein Vermittler «verkaufte» einem Ehepaar, das bereits jeweils über vier Zusatzversicherungen verfügte, weitere sieben Zusatzversicherungen pro Person. Die Ombudsstelle kann sich nicht erinnern, je einen Fall gesehen zu haben, in dem Versicherte insgesamt über elf Zusatzversicherungen verfügt haben.

Fall 9 Ungewollte Zusatzversicherungen

Eine Versicherte portugiesischer Herkunft wandte sich im Oktober 2024 an einen gebundenen Vermittler mit dem Wunsch, für sich und ihren Ehemann das Versicherungsmodell in der Grundversicherung für das Jahr 2025 anzupassen. Die Ehegatten verfügten bei diesem Versicherer bereits über vier kostengünstige Zusatzversicherungen. Mit Erhalt der Versicherungspolice im Oktober 2025 für das Jahr 2026 stellte die Versicherte fest, dass bei ihrem Ehemann und ihr ab 1. Januar 2026 je sieben weitere Zusatzversicherungen auf der Police aufgeführt waren.

Die Versicherte ersuchte daraufhin zu erwirken, dass der Versicherer die nicht gewünschten je sieben Zusatzversicherungen aufhebt. Diese seien sinnlos und für die vierköpfige Familie finanziell nicht tragbar. Mit Schreiben vom 13. Oktober 2025 teilte der Versicherer der Kundin mit, sie habe bei der Unterzeichnung des Antrags das Beratungsprotokoll unterschrieben. Dieses halte Punkt für Punkt die wesentlichen Elemente des Vertrages fest, welche der Vermittler bei Vertragsabschluss thematisiert habe. Das Beratungsprotokoll stelle einerseits sicher, dass der Vermittler bei der Beratung keinen Punkt vergesse. Andererseits gewährleiste es auch, dass der Versicherte von einer professionellen Beratung profitieren könne, welche in Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben stehe. Gestützt auf Art. 45 VAG gehe man daher davon aus, dass die Beratung zur Zufriedenheit der Versicherten erfolgt sei. Gleichwohl wurde die Versicherte aufgefordert, das Dokument sorgfältig zu prüfen und allfällige Abweichungen vom tatsächlichen Ablauf der Ereignisse schriftlich darzulegen. Auf dieser Grundlage und entsprechender Nachweise wäre der Versicherer bereit, den Antrag erneut zu prüfen und gegebenenfalls den Entscheid zu revidieren. Bis dahin blieben die Verträge jedoch bestehen.

In der Folge wandte sich die Versicherte an die Ombudsstelle Krankenversicherung. Sie machte geltend, dass es der vierköpfigen Familie unmöglich sei, die Prämien für die sieben zusätzlichen Zusatzversicherungen von ihr und ihrem Ehemann in der Höhe von insgesamt CHF 302.10 pro Monat zu bezahlen. Sie sei ihren finanziellen Verpflichtungen in der Schweiz bisher immer minutiös nachgekommen und wolle dies auch weiterhin tun. Die neu abgeschlossenen Zusatzversicherungen seien jedoch finanziell untragbar und würden unweigerlich zu einer Überschuldung führen. Um eine solche zu vermeiden, müsste sogar eine Rückkehr nach Portugal in Betracht gezogen werden.

Die Familie legte der Ombudsstelle Krankenversicherung Unterlagen zu ihrer finanziellen Situation vor. Daraus ging hervor, dass das gemeinsame Nettoeinkommen der Ehegatten CHF 6 200 betrug. Dem standen – unter Berücksichtigung der bereits zuvor bestehenden vier Zusatzversicherungen – monatliche Ausgaben in praktisch gleicher Höhe gegenüber, darunter unter anderem erhebliche Krippenkosten für beide Kinder. Die Prämien der zusätzlich abgeschlossenen 14 Zusatzversicherungen beliefen sich auf weitere CHF 302.10 pro Monat. Damit war offensichtlich, dass sich die Familie diesen «Luxus» unter keinen Umständen leisten konnte.

Die Ombudsstelle intervenierte beim Versicherer und machte geltend, dass die zusätzlichen sieben Zusatzversicherungen pro Ehegatte finanziell nicht tragbar seien. Ein Blick auf die bisherigen Zusatzversicherungen zeige zudem, dass es sich dabei um sehr günstige Produkte gehandelt habe. Auffällig sei ferner, dass mit den neu verkauften Produkten bereits bestehende Deckungen teilweise ein-, zwei- oder gar dreifach ergänzt worden seien, was keinen Sinn mache. Es müsse daher davon ausgehen werden, dass primär die dem Vermittler in Aussicht stehende Provision ausschlaggebend gewesen sei. Gemäss Branchenvereinbarung Vermittler, Version 3.0, Ziff. 9.1.2 beträgt die maximale Provision im Krankenzusatzversicherungsbereich 16 Nettomonatsprämien, im vorliegenden Fall somit CHF 4 832.

Der Versicherer antwortete der Ombudsstelle, beim Ehemann habe man festgestellt, dass bei fünf Zusatzversicherungen die gesetzliche Annahmefrist von vier Wochen nach Art. 1 Abs. 2 VVG nicht eingehalten worden sei, weshalb man diese aufhebe. Bei zwei Zusatzversicherungen sei die Annahmeerklärung innerhalb der 14-tägigen Frist nach Art. 1 Abs. 1 VVG erfolgt; diese Versicherungen würden somit bestehen bleiben. Bei der Ehefrau habe der Versicherer die 14-tägige Annahmefrist bei sämtlichen sieben Zusatzversicherungen eingehalten, weshalb an allen festgehalten werde. Es bestehe zudem keine Überversicherung; gewisse der zusätzlich abgeschlossenen Versicherungen würden die Deckung lediglich ergänzen.

Die Ombudsstelle intervenierte ein zweites Mal beim Versicherer und wies darauf hin, dass die Versicherten – selbst wenn es sich entgegen der Ansicht der Ombudsstelle um ergänzende Leistungen handeln sollte – aufgrund des engen Budgets sicherlich keine teure Deckungserweiterung gewollt hätten. In seiner zweiten Antwort teilte der Versicherer der Ombudsstelle mit, man sei bereit, sämtliche per 1. Januar 2026 geschlossenen Zusatzversicherungen aufzuheben.

Tipp: So vermeiden sie unerwünschte Zusatzversicherungen

1. Verträge nicht übereilt abschliessen

Unterzeichnen Sie Versicherungsanträge nicht sofort bzw. validieren Sie diese bei elektronischen Vertragsschlüssen nicht unmittelbar. Nehmen Sie sich Zeit, die Unterlagen in Ruhe und vollständig durchzulesen.

2. Widerrufsrecht konsequent nutzen

Wurden Versicherungsanträge bereits unterzeichnet, kann der Widerruf gemäss Art. 2a VVG innerhalb von 14 Tagen seit der Unterzeichnung (nicht seit der Annahmeerklärung des Versicherers) erklärt werden.

Die Widerrufserklärung ist direkt an die Administration des Versicherers zu richten und nicht an den Vermittler. Die Ombudsstelle stellt immer wieder fest, dass Versicherte den Widerruf gegenüber ungebundenen Vermittlern erklären, dieser in der Folge jedoch nicht an den Versicherer weitergeleitet wird. In solchen Fällen wird der Widerruf vom Versicherer nicht anerkannt.

3. Kündigung selbst versenden

Die Vermittler lassen von Versicherten oft auch Kündigungsformulare unterzeichnen. Bestehen Sie darauf, dass Ihnen diese Formulare ausgehändigt werden, damit Sie diese selbst versenden können und damit die Kontrolle über den Versichererwechsel behalten. Die Ombudsstelle sieht immer wieder Fälle, in denen Vermittler bestehende Zusatzversicherungen kündigen, bevor feststeht, ob der neue Versicherer bereit ist, Versicherte aufzunehmen.

4.1.2 Fragwürdige Praktiken

Im Berichtsjahr erhielt die Ombudsstelle Kenntnis von einem Fall, in dem eine ungebundene Vermittlergesellschaft nach der Kündigung von Zusatzversicherungen versuchte, von einer Versicherten ein zusätzliches Entgelt einzufordern.

Fall 10 Gebühr nach Kündigung von Zusatzversicherungen

Eine Versicherte hatte Anfang September 2023 Kontakt mit einem ungebundenen Versicherungsvermittler und schloss über diesen für das Jahr 2024 eine neue Grundversicherung sowie zwei Zusatzversicherungen mit einer dreijährigen Vertragslaufzeit ab. Im November 2024 kündigte die Versicherte die Grundversicherung auf den 31. Dezember 2024 und wechselte wieder zu ihrem früheren Versicherer. Auch die Zusatzversicherungen konnte sie ausserordentlich auf Ende 2024 kündigen, da beide Produkte eine Prämienerrhöhung erfuhren.

Am 8. April 2025 erhielt die Versicherte einen Anruf der Vermittlergesellschaft. Im Rahmen eines rund fünfminütigen Telefongesprächs sei sie gefragt worden, aus welchen Gründen sie die Zusatzversicherungen gekündigt habe. Wenige Tage später, am 12. April 2025, ging bei ihr ein Schreiben der Vermittlergesellschaft mit dem Betreff «Rechnung im Zusammenhang mit Administrativkosten im Nachgang zur Kündigung ihrer Zusatzversicherungen» ein. Darin berief sich die Vermittlergesellschaft auf ihre allgemeinen Geschäftsbedingungen und machte einen Betrag von CHF 500 geltend. Dieser entspreche den administrativen Kosten, dem persönlichen Beratungsaufwand sowie dem im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss erbrachten Betreuungsaufwand. Um Unannehmlichkeiten zu vermeiden, werde sie gebeten, die Zahlung so rasch wie möglich vorzunehmen. Unter dem Titel «wichtige Bemerkungen» wurde zu-

dem darauf hingewiesen, dass im Falle eines Zahlungsverzuges Mahngebühren erhoben würden. Zudem werde ihr Dossier bei ausbleibender Zahlung an das Inkassounternehmen Intrum weitergeleitet, was zusätzliche Kosten nach sich ziehe. Diesbezüglich verweise man auf [fairpay.ch](https://www.fairpay.ch).

Empört wandte sich die Versicherte an die Ombudsstelle und erkundigte sich, ob die Vermittlungsgesellschaft berechtigt sei, von ihr den Betrag von CHF 500 zu verlangen. Die vom Vermittler erwähnten Bedingungen habe sie weder je gesehen noch unterzeichnet. Zudem sei für sie nicht nachvollziehbar, welcher konkrete Aufwand mit dem geforderten Betrag abgegolten werden solle.

Die Ombudsstelle intervenierte darauf hin beim Versicherer und wies auf die ungewöhnlichen und fragwürdigen Praktiken des Vermittlers hin. In seiner Stellungnahme teilte der Versicherer mit, dass die geschilderte Vorgehensweise nicht als regelkonform erachtet werde. Der betreffende Vermittler sei angewiesen worden, künftig auf Rechnungsstellungen im Nachgang zu gekündigten Zusatzversicherungen zu verzichten. Zudem sei ihm aufgetragen worden, die Rechnung über CHF 500 im vorliegenden Fall zu stornieren. Die Ombudsstelle informierte die Versicherte über die Antwort des Versicherers und empfahl ihr zusätzlich, den Fall auch der zuständigen Aufsichtsbehörde über die Zusatzversicherungen, der FINMA, zu melden.

4.2 Anzeigepflichtverletzung

Im Rahmen des Antragsverfahrens für den Abschluss von Zusatzversicherungen hat die versicherte Person einen vom Versicherer zur Verfügung gestellten Gesundheitsfragebogen auszufüllen. Dieser dient dem Versicherer als Grundlage für die Risiko-beurteilung. Gestützt auf die darin gemachten Angaben nimmt der Versicherer den Antrag entweder vorbehaltlos oder unter Vorbehalt an oder lehnt ihn ab. Die versicherte Person ist verpflichtet, die vom Versicherer gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäss zu beantworten. Nur auf dieser Basis ist es dem Versicherer möglich, das Risiko korrekt einzuschätzen. Stellt der Versicherer nach Vertragsabschluss fest, dass eine oder mehrere Fragen unrichtig beantwortet wurden, so ist er berechtigt, die abgeschlossenen Zusatzversicherungen wegen Verletzung der Anzeigepflicht schriftlich zu kündigen (Art. 6 Abs. 1 VVG). Die Kündigungsfrist beträgt gemäss Art. 6 Abs. 2 VVG vier Wochen und beginnt zu laufen, sobald das Versicherungsunternehmen von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat. Die Kündigung wird gemäss Art. 6 Abs. 1 VVG mit ihrem Zugang beim Versicherten wirksam.

In bestimmten Konstellationen ist dem Versicherer eine Kündigung trotz einer Anzeigepflichtverletzung verwehrt. Diese Ausnahmen sind in Art. 8 VVG geregelt. Eine Kündigung ist unter anderem dann ausgeschlossen, wenn das Versicherungsunternehmen die verschwiegene Tatsache gekannt hat oder hätte kennen müssen (Art. 8 Ziff. 3 VVG). Eine solche Konstellation lag dem nachfolgenden Fall zugrunde.

Fall 11 Kündigung wegen Anzeigepflichtverletzung nicht möglich

Ein Versicherter schloss im Jahre 2020 anlässlich seines Zuzuges in die Schweiz bei Versicherer X eine Spitalzusatzversicherung «Allgemeine Abteilung ganze Schweiz» ab. Die Grundversicherung hatte er bei Versicherer Y. Am 29. Oktober 2024 beantragte der Versicherte eine Erhöhung von der Allgemeinen Abteilung ganze Schweiz auf die Privatabteilung. Da diese Vertragsänderung für den Versicherer eine Risikoerhöhung darstellte, wurde der Versicherte zum Ausfüllen einer Gesundheitsdeklaration verpflichtet. Der Gesundheitsfragebogen wurde unter Beizug eines Vermittlers ausgefüllt. Der Versicherte überprüfte gemäss seiner Aussage die vom Vermittler angekreuzten Antworten nicht. Der Versicherer nahm den Antrag für die Spitalzusatzversicherung Privat an.

In der Gesundheitsdeklaration wurde eine ab 17. Oktober 2024 laufende osteopathische Behandlung wegen Rücken- und Nackenschmerzen nicht angegeben. Der Versicherte machte geltend, dass er bereits im Jahr 2022 und im ersten Halbjahr 2024 osteopathische Behandlungen in Anspruch genommen habe, deren Kosten vom Zusatzversicherer übernommen worden seien. Der Versicherer habe somit bereits vor Antragstellung Kenntnis von der nicht deklarierten Tatsache gehabt.

Mit Schreiben vom 23. September 2025 kündigte der Versicherer die Spitalzusatzversicherung Privat wegen Verletzung der Anzeigepflicht per 30. September 2025. Gleichzeitig teilte er dem Versicherten mit, dass allfällig bereits erbrachte Leistungen, die im Zusammenhang mit der Anzeigepflichtverletzung stünden, gestützt auf Art. 6 Abs. 3 VVG zurückgefordert würden. Zudem lehnte der Versicherer die Übernahme der Kosten der aktuellen Behandlung bei der Therapeutin Z ab.

Nachdem es dem Versicherten nicht gelungen war, die Kündigung annullieren zu lassen, wandte er sich an die Ombudsstelle. Diese wies den Versicherer zunächst darauf hin, dass die vierwöchige Frist nach Art. 6 Abs. 2 VVG nicht eingehalten zu sein scheine. Nach Angabe des Versicherers habe dieser am 26. August 2025 mit dem Erhalt eines Berichts der Osteopathin erstmals Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung erlangt. Die Kündigung sei jedoch erst mit Schreiben vom 23. September 2025 ausgesprochen worden und habe den Versicherten frühestens am 24. September 2025 erreichen können. Ist eine Frist nach Wochen bestimmt, fällt der letzte Tag auf denjenigen Tag der letzten Woche, der durch seinen Namen dem Tag entspricht, an dem das fristauslösende Ereignis eingetreten ist – hier der Zeitpunkt der Kenntnis der Anzeigepflichtverletzung (Art. 77 Abs. 1 Ziff. 2 OR). Als empfangsbedürftige Willenserklärung hätte die Kündigung dem Versicherten somit spätestens am 23. September 2025 zu gehen müssen.

Zudem ersuchte die Ombudsstelle den Versicherer um Prüfung des vom Versicherten erhobenen Einwandes, wonach er bereits vor der Einreichung des Antrags osteopathische Leistungen in Anspruch genommen habe, die über die Zusatzversicherung abgerechnet worden seien. Sollte dies zutreffen, wäre dem Versicherer eine Kündigung gestützt auf Art. 8 Ziff. 3 VVG verwehrt. Diese Bestimmung sieht vor, dass trotz einer Anzeigepflichtverletzung keine Kündigung zulässig ist, wenn das Versicherungs-

unternehmen die verschwiegene Tatsache gekannt hat oder gekannt haben muss. Bei Abrechnung von osteopathischen Leistungen über die Zusatzversicherung vor Antragstellung müsste diese Voraussetzung als erfüllt betrachtet werden.

Der Versicherer teilte der Ombudsstelle mit, die vierwöchige Kündigungsfrist sei eingehalten worden. Der Bericht der Osteopathin – obwohl mit 26. August 2025 datiert – sei erst am 5. September 2025 beim Versicherer eingetroffen. Man sei jedoch bereit, die Zusatzversicherung wegen Art. 8 Ziff. 3 VVG wieder in Kraft zu setzen.

Fall 12 Kündigung eines ausgelaufenen Vertrages

Eine Versicherte schloss bei einem Versicherer per 1. Oktober 2023 drei Zusatzversicherungen ab. Eine dieser Zusatzversicherungen sah für den Fall eines Spitalaufenthalts die Auszahlung eines Kapitals in der Höhe von CHF 3 000 vor. Der Vertragsabschluss erfolgte über eine Vermittlerin. Gegenüber dieser gab die Versicherte an, dass sie in den Jahren 2020 bis 2022 teilweise psychologische Behandlungen in Anspruch genommen habe. Da es sich dabei nicht um eine psychiatrische Behandlung gehandelt habe und auch keine Diagnose gestellt worden sei, habe die Vermittlerin dazu geraten, die Frage, ob in den letzten fünf Jahren Behandlungen stattgefunden hätten, zu verneinen.

Am 6. November 2024 kündigte die Versicherte alle drei Zusatzversicherungen ausserordentlich per 31. Dezember 2024, da sich die Prämien sämtlicher Zusatzversicherungen erhöht hatten. Der Versicherer bestätigte die ausserordentliche Kündigung aller drei Produkte auf den 31. Dezember 2024.

Nach einem Spitalaufenthalt im November 2024 verlangte die Versicherte die Auszahlung des Kapitals in Höhe von CHF 3 000. Mit Schreiben vom 25. März 2025 kündigte der Versicherer die drei Zusatzversicherungen wegen Anzeigepflichtverletzung auf den 31. März 2025 und führte aus, die Kündigung habe bereits per 31. Dezember 2024 Wirkung entfaltet. Gestützt darauf verweigerte er die Auszahlung des Kapitals.

Nach mehreren erfolglosen Versuchen, die Auszahlung des Kapitals zu erwirken, wandte sich die Versicherte Ende Oktober 2025 an die Ombudsstelle. Diese intervenierte beim Versicherer und machte geltend, dass eine Kündigung ein einseitiges Gestaltungsrecht mit befreiender Wirkung darstellt und ihre Rechtswirkungen nach Ablauf der Kündigungsfrist durch die Aufhebung des Vertrags entfaltet. Nach diesem Zeitpunkt sei eine erneute Kündigung – vorliegend durch die andere Vertragspartei – nicht mehr möglich. Zudem werde eine Kündigung gemäss Art. 6 Abs. 1 VVG erst mit ihrem Zugang bei der versicherten Person wirksam, mithin ex nunc und nicht rückwirkend. Das vom Versicherer vertretene «Konstrukt» einer rückwirkenden Kündigung sei daher rechtlich unzulässig. Da die Versicherte die Zusatzversicherungen selbst per 31. Dezember 2024 wirksam gekündigt habe, sei eine spätere Berufung auf eine Anzeigepflichtverletzung beziehungsweise eine Kündigung aus diesem Grund ausgeschlossen. Der Versicherer schulde folglich die Auszahlung des Kapitals in der Höhe von CHF 3 000, da die Voraussetzungen für dessen Ausrichtung erfüllt seien. In der Folge teilte der Versicherer der Ombudsstelle mit, dass der Betrag von CHF 3 000 in Kürze an die Versicherte ausbezahlt werde.

4.3 Aufnahme in die Zusatzversicherung

Zusatzversicherungen unterstehen dem Privatrecht, insbesondere dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag und subsidiär dem Obligationenrecht. In diesem Bereich gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit. Ein Aspekt davon ist die sogenannte Abschlussfreiheit. Sie besagt, dass es jedem Vertragspartner freisteht, zu entscheiden, ob er einen Vertrag abschliessen möchte oder nicht. Im Bereich der Krankenzusatzversicherung bedeutet dies, dass der Versicherer grundsätzlich drei Möglichkeiten hat: Er kann einen Antrag vorbehaltlos annehmen, ihn unter Anbringung eines Vorbehalts akzeptieren oder ihn ablehnen. Seit Kurzem verfügt ein Versicherer über eine weitere Option: die vorbehaltlose Aufnahme in eine Zusatzversicherung gegen einen Prämienzuschlag. Diese neue Möglichkeit hat bei zahlreichen Versicherten, die in keine Zusatzversicherung mehr aufgenommen wurden, entsprechende Erwartungen geweckt.

Fall 13 Volle Deckung trotz Vorerkrankung

Im Jahr 2025 erreichten die Ombudsstelle zahlreiche Anfragen von Versicherten mit Vorerkrankungen, die eine Zusatzversicherung abschliessen wollten. Über die Medien wurden sie auf die Werbung eines Versicherers aufmerksam, in welcher der Abschluss von Zusatzversicherungen ohne Vorbehalt, jedoch mit einem individuellen Prämienzuschlag in Aussicht gestellt wurde. In der Folge stellten Versicherte entsprechende Anträge und zeigten sich überrascht, als der Versicherer diese ablehnte. Sie wandten sich daraufhin an die Ombudsstelle mit der Frage, ob eine solche Ablehnung rechtmässig sei und ob die betreffende Werbung nicht als unlauter zu bezeichnen sei. Eine Versicherte gab zudem an, ein Mitarbeiter des Versicherers habe telefonisch bestätigt, dass die Werbung in dieser Form irreführend sei.

Die Ombudsstelle wies die Versicherten zunächst auf die obgenannte Rechtslage hin. Zudem erwähnte sie, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers würden eine Bestimmung enthalten, wonach der Versicherer individuelle Prämienzuschläge erheben könne, wenn aufgrund der Gesundheitsdeklaration besondere Risiken beim Antragsteller oder der Antragstellerin erkennbar seien. Die Ombudsstelle informierte die Versicherten, dass aus diesem Wortlaut keine Aufnahmegarantie abgeleitet werden könne.

Den Vorwurf der Versicherten, die Werbung des Versicherers sei täuschend, kann die Ombudsstelle nachvollziehen. Der Versicherer wirbt mit Aussagen wie «Als einziger Versicherer bieten wir vollen Schutz für Menschen mit Vorerkrankungen» oder «Volle Deckung trotz Vorerkrankung». Für Personen ohne vertiefte versicherungsrechtliche Kenntnisse können solche Slogans irreführend wirken. Wie den Medien zu entnehmen war, wurde bei der Lauterkeitskommission eine Beschwerde gegen den Versicherer eingereicht.

4.4 Leistungen aus Zusatzversicherung

Fall 14 Übernahme des Selbstkostenanteils für Pflegekosten

Eine Versicherte hielt sich seit Februar 2025 in einem Pflegeheim auf. Bei ihrem Versicherer verfügte sie sowohl über eine Grund- als auch eine Zusatzversicherung für die private Abteilung. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sahen bei Aufenthalt in Pflegeheimen und Chronischkrankenheimen Leistungen an Aufenthalts- und Pflegekosten vor: bis zum 180. Tag einen täglichen Beitrag von CHF 150, vom 181. Tag bis zum 540. Tag CHF 80 und vom 541. Tag bis zum 720. Tag CHF 50. In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen war unter Ziffer 7 («Leistungsausschlüsse») festgehalten, dass für Kostenbeteiligungen und Leistungskürzungen aus anderen Versicherungen keine Leistungen für Heilungskosten und Taggelder erbracht werden. Der Versicherer übernahm aus der Grundversicherung die gesetzlichen Leistungen unter Anrechnung des Kantonsanteils gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG.

Strittig war, ob der der Versicherten aus der Grundversicherung belastete Selbstkostenanteil nach Art. 25a Abs. 5 KVG – d.h. maximal 20 % der nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages – durch die Zusatzversicherung zu vergüten sei. Der Selbstkostenanteil der Versicherten belief sich auf CHF 23 pro Tag (höchste Pflegestufe). Der Versicherer lehnte eine Vergütung dieses Betrages ab und berief sich dabei auf Artikel 7 der AVB, wonach Kostenbeteiligungen nicht übernommen würden. Nachdem die Tochter mit dem Versicherer keine einvernehmliche Lösung finden konnte, verwies der Versicherer sie an die Ombudsstelle. Diese intervenierte beim Versicherer.

Die Ombudsstelle führte aus, gemäss Art. 7 AVB würden Kostenbeteiligungen aus anderen Versicherungen nicht übernommen. Unter anderen Versicherungen könne dabei einzig die Grundversicherung verstanden werden. Auch Art. 64 Abs. 8 KVG besage, dass Kostenbeteiligungen aus der Grundversicherung weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden könnten. Ein Zusatzversicherer sei deshalb nicht befugt, eine Kostenbeteiligung aus der Grundversicherung zu vergüten. Andernfalls würde der mit einer Kostenbeteiligung gesetzlich beabsichtigte Anreiz zum bewussten Leistungsbezug oder zum Leistungsverzicht wirkungslos (Eugster, a.a.O., N 2774). Gemäss Lehre beziehe sich Art. 64 Abs. 8 KVG jedoch ausschliesslich auf die Kostenbeteiligung nach Art. 64 Abs. 2 KVG, mithin auf Franchise und Selbstbehalt, nicht hingegen auf den Selbstkostenanteil des Versicherten für Pflege (Eugster, a.a.O., N 2773). Die versicherte Person habe aus Sicht der Ombudsstelle deshalb Anspruch auf einen täglichen Beitrag von CHF 23.

Der Versicherer hielt zunächst an seiner ablehnenden Haltung fest und machte geltend, dass die auf die Zusatzversicherung anwendbaren Versicherungsbedingungen aus dem Jahr 2008 stammten. Zu berücksichtigen sei, dass das KVG beziehungsweise die Vorgaben zur Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 geändert hätten, was Auswirkungen auf die Leistungen der vorliegenden Zusatzversicherung habe. Seit diesem Zeitpunkt sei die Grundversicherung verpflichtet, nach Zeitaufwand abgestufte, fixe Beiträge an die

Pflegeleistungen zu erbringen. In den Pensionstaxen seien hingegen lediglich Aufenthaltskosten enthalten, weshalb keine Vergütung des Pflegeanteils erfolge.

Die Ombudsstelle intervenierte daraufhin ein zweites Mal beim Versicherer und ersuchte um eine erneute juristische Prüfung. In der Folge schloss sich der Versicherer dem Standpunkt der Ombudsstelle an und teilte mit, dass er der Versicherten die Pflegekosten in Höhe von CHF 23 pro Tag vergüten werde. Tatsächlich könne es sich beim Ausdruck «Kostenbeteiligungen aus anderen Versicherungen» nur um solche der Grundversicherung handeln. Zudem müssten andere Formen von Kostenbeteiligungen, sofern sie vom Ausschluss erfasst sein sollten, ausdrücklich und klar definiert sein, damit ein Leistungsausschluss geltend gemacht werden könne. Da die AVB den Begriff «Behandlungskosten» ebenfalls nicht näher präzisierten, könne eine Leistungsverweigerung auch nicht damit begründet werden, dass Pflegekosten keine Behandlungskosten darstellten. Schliesslich seien unklare Bestimmungen in Versicherungsbedingungen im Zweifel sowieso zulasten des Versicherers auszulegen.

5 | Taggeldversicherung

5.1 Taggeldversicherung nach VVG

Fall 15 Übergangsfrist bei arbeitsplatzbezogener Arbeitsunfähigkeit

Im Jahr 2023 intervenierte die Ombudsstelle erfolglos bei einem Taggeldversicherer nach VVG, der einem Versicherten die Ausrichtung eines Übergangstaggeldes infolge arbeitsplatzbezogener Arbeitsunfähigkeit verweigert hatte. Die Ombudsstelle sah sich deshalb veranlasst, den Versicherten auf den Rechtsweg zu verweisen. In der Folge gaben sowohl das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich als auch – mit Entscheid vom 15. September 2025 – das Bundesgericht dem Versicherten recht (Bger 4A_193/2025).

Dem Fall lag folgender Sachverhalt zugrunde: Ein Versicherter mit einem Arbeitspensum von 80 % war über seinen Arbeitgeber in Rahmen eines kollektiven Krankentaggeldversicherungsvertrages nach VVG versichert. Ab dem 9. Mai 2023 war er zu 100 % arbeitsunfähig. Im Auftrag des Versicherers wurde er am 14. Juli 2023 von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie begutachtet. Dieser gelangte zum Schluss, der Versicherte sei ab 1. August 2023 in seiner angestammten Tätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber im bisherigen Pensum von 80 % arbeitsfähig. Gestützt auf dieses Gutachten teilte der Versicherer dem Versicherten mit Schreiben vom 26. Juli 2023 mit, dass ab dem 1. August 2023 kein Taggeld mehr ausgerichtet werde. Der behandelnde Psychiater des Versicherten attestierte demgegenüber eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 30. September 2023.

Ende August 2023 wandte sich der Versicherte an die Ombudsstelle, welche beim Versicherer intervenierte. Sie verwies auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach auch bei einer arbeitsplatzbezogenen Arbeitsunfähigkeit eine Übergangsfrist zu gewähren sei (4A_1/2020; 9C_177/2022; 4A_111/2010). Der Taggeldversicherer lehnte jedoch eine weitere Ausrichtung von Taggeldern über den 1. August 2023 hinaus ab und berief sich dabei auf Ziff. 23.10 seiner AVB. Diese Bestimmung sieht vor, dass die Aufforderung zu einem Stellenwechsel in der angestammten Tätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber nicht einem Berufswechsel entspreche und keinen Anspruch auf ein Übergangstaggeld auslöse. Ein Übergangstaggeld sei damit vertraglich ausgeschlossen. Die Ombudsstelle wandte sich daraufhin erneut an den Versicherer und machte geltend, es erscheine höchst fraglich, ob Ziff. 23.10 der AVB der bundesgerichtlichen Rechtsprechung standhalte bzw. ob die betreffende Versicherungslösung den Anforderungen von Art. 324a Abs. 4 OR genüge. Der Versicherer hielt jedoch an seiner ablehnenden Haltung fest, weshalb die Ombudsstelle den Versicherten schliesslich auf den Rechtsweg verweisen musste.

In seinem Entscheid 4A_193/2025 bestätigte das Bundesgericht die vom Sozialversicherungsgericht Zürich gewährte zweimonatige Übergangsfrist. Es hielt fest, der gänzliche vertragliche Ausschluss einer Übergangsfrist für Fälle rein arbeitsplatzbezogener Arbeitsunfähigkeit sei mit der langjährigen bundesgerichtlichen Praxis nicht vereinbar. Der Grundsatz von Treu und Glauben werde desavouiert, wenn dem Versicherten bei Aufforderung zum Stellenwechsel in jedem Fall, unabhängig von den konkreten Verhältnissen, keinerlei Übergangstaggeld ausgerichtet werde. Auch der Stellenwechsel müsse aufgrund der konkreten Verhältnisse zumutbar und effektiv realisierbar sein. Gerade der vorliegende Fall manifestiere deutlich, dass ein genereller, automatischer Ausschluss jeglicher Anpassungszeit bei arbeitsplatzbezogener Arbeitsunfähigkeit und Aufforderung zur Stellensuche unter Umständen Unmögliches verlange. So erhielt der Versicherte das Schreiben des Versicherers vom 26. Juli 2023 am Freitag, 28. Juli 2023. Der 1. August 2023 fiel auf einen Dienstag. Damit hätte der Versicherte am einzig verbleibenden Werktag, dem 31. Juli 2023, eine neue Stelle finden müssen.

Hinweis: Auch bei einer Taggeldversicherung nach KVG ist dem Versicherten bei einem Stellen- oder Berufswechsel eine angemessene Übergangsfrist einzuräumen.

5.2 Taggeldversicherung nach KVG

Fall 16 Unterlassene Information über das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung

Ein Versicherter war im Rahmen eines von seinem Arbeitgeber abgeschlossenen Kollektivvertrags nach KVG für Krankentaggeld versichert. Seit dem 13. Januar 2022 war er aufgrund von Hüftproblemen arbeitsunfähig und erhielt entsprechende Leistungen des Taggeldversicherers. Mit Verfügung vom 17. Oktober 2022 wurde dem Versicherten mitgeteilt, dass die Taggeldleistungen per 31. Januar 2023 eingestellt würden. Auch der Arbeitsvertrag endete am 31. Januar 2023. Die Versicherte blieb jedoch bis zum 28. Juni 2023 vollumfänglich arbeitsunfähig. Gegen die Verfügung des Versicherers erhob der Versicherte Einsprache. Mit Einspracheentscheid vom 2. Februar 2023 bestätigte der Versicherer die Leistungseinstellung per 31. Januar 2023. Dagegen reichte der Versicherte Beschwerde beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Waadt ein. Dieses gab dem Versicherten in seinem Urteil vom 24. März 2025 recht und verpflichtete den Versicherer, die Taggelder auch über den 31. Januar 2023 hinaus weiter auszurichten.

Daraufhin informierte der Versicherer den Versicherten mit Schreiben vom 28. März 2025, dass er seit dem Ende der beruflichen Tätigkeit am 31. Januar 2023 nicht mehr durch die Kollektivversicherung gedeckt sei. Gleichzeitig unterbreitete er ein Angebot zum rückwirkenden Übertritt in die Einzelversicherung ab 1. Februar 2023. Am 31. März 2025 bestätigte der Versicherer dem Versicherten die Eröffnung des

Anspruchs auf Krankentaggelder, unter dem Vorbehalt der Annahme des Angebots zum Übertritt in die Einzelversicherung sowie der Bezahlung der Prämien für die Einzeltaggeldversicherung ab 1. Februar 2023.

Der Versicherte war mit diesem Vorgehen nicht einverstanden und wandte sich an die Ombudsstelle. Er bestritt, dass er einen Einzelversicherungsvertrag mit rückwirkender Wirkung abschliessen und bis zum nächsten Kündigungstermin Prämien bezahlen müsse, obwohl sich sein Anspruch auf Krankentaggelder lediglich auf den Zeitraum vom 1. Februar 2023 bis zum 28. Juni 2023 erstreckte. Die Ombudsstelle intervenierte beim Versicherer und verwies dabei auf die Regelungen von Art. 71 KVG.

Gemäss Art. 71 Abs. 1 KVG hat eine aus dem Kollektivvertrag ausscheidende Person, die nicht mehr zu dem im Vertrag umschriebenen Kreis der Versicherten zählt, das Recht, in die Einzelversicherung des Versicherers überzutreten. Der Versicherer muss dafür sorgen, dass der Versicherte schriftlich über sein Übertrittsrecht informiert wird. Unterlässt er dies, bleibt der Versicherte gemäss Art. 71 Abs. 2 KVG in der Kollektivversicherung versichert. Im vorliegenden Fall wurde der Versicherte erst am 28. März 2025 über sein Übertrittsrecht informiert. Daher war er nach Auffassung der Ombudsstelle bis zum 27. März 2025 weiterhin in der Kollektivversicherung versichert. Ein rückwirkender Übertritt in die Einzelversicherung konnte somit nicht als Voraussetzung für die Auszahlung der Krankentaggelder für den Zeitraum vom 1. Februar 2023 bis zum 28. Juni 2023 verlangt werden. Gemäss Lehre bleibt der Versicherer auch dann für die korrekte Erfüllung seiner Informationspflicht verantwortlich, wenn er diese an den Arbeitgeber delegiert (Häberli/Husmann, Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, 2015, S. 184, Rz. 581). Der Versicherer wurde deshalb ersucht, für den Zeitraum vom 1. Februar 2023 bis zum 28. Juni 2023 entsprechende Taggelder auszurichten.

Der Versicherer teilte der Ombudsstelle mit, dass er nach wie vor nur bereit sei, die Taggelder auszusahlen, sofern der Versicherte rückwirkend in die Einzelversicherung übertrete. Er wies darauf hin, dass das Arbeitsverhältnis des Versicherten am 31. Januar 2023 beendet worden sei und die auf seinen Vertrag anwendbaren Versicherungsbedingungen keine Übernahme laufender Leistungsfälle durch den Kollektivvertrag nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses vorsähen. Aus diesem Grund sei dem Versicherten am 28. März 2025 ein Angebot zum Übertritt in die Einzelversicherung unterbreitet worden. Es sei ihm nicht möglich gewesen, dieses Vorgehen früher einzuleiten, da der Fall zum 31. Januar 2023 als abgeschlossen gegolten habe, weil nach diesem Datum kein Leistungsanspruch mehr bestand. Erst mit dem Eingang des Urteils sei er über das Fortbestehen des Leistungsanspruchs informiert worden.

Die Ombudsstelle wandte sich unter Verweis auf Art. 71 Abs. 1 KVG erneut an den Versicherer. Sie machte geltend, dass ein Versicherter, der nicht mehr zum im Kollektivvertrag definierten Versichertenkreis gehört, das Recht habe, in die Einzelversicherung des Versicherers überzutreten – und zwar unabhängig von seinem Gesundheitszustand oder vom laufenden Leistungsbezug (vgl. Husmann/Jenny, in: Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz / Krankenversicherungsaufsichtsge-

setz, 2020, N. 2 zu Art. 71 KVG). Auch wenn der Versicherer den Fall zum 31. Januar 2023 als abgeschlossen betrachtet habe, hätte er den Versicherten unverzüglich über sein Übertrittsrecht in die Einzelversicherung informieren müssen, da das Arbeitsverhältnis des Versicherten an diesem Datum beendet war und der Leistungsanspruch noch nicht vollständig ausgeschöpft war (d. h. 730 Taggelder innerhalb eines Zeitraums von 900 Tagen). Werde der Versicherte nicht über das Übertrittsrecht informiert, bleibe er der Kollektivversicherung angeschlossen, und der Versicherer bleibe auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses leistungspflichtig (Husmann/Jenny, a. a. O., N. 18 zu Art. 71 KVG). Die Ombudsstelle ersuchte den Versicherer daher um Auszahlung der Taggelder aus der Kollektivversicherung. Der Versicherer folgte dieser Ansicht nicht, bot jedoch an, bei einem Übertritt in die Einzelversicherung den Vertrag nur für den Zeitraum Februar 2023 bis Juni 2023 aufrechtzuerhalten und die Taggeldleistungen für diesen Zeitraum auszurichten.

Die Ombudsstelle informierte den Versicherten, dass der Versicherer aus rechtlicher Sicht die Taggelder bis Juni 2023 auf der Grundlage von Art. 71 Abs. 2 KVG aus der Kollektivversicherung hätte auszahlen müssen. Der Versicherte entschied sich, das Angebot des Versicherers anzunehmen, da er ein weiteres Gerichtsverfahren vermeiden wollte.

