

Wissenschaft

Fristen in der Heilungskostenversicherung



Hardy Landolt, Prof. Dr. iur. LL.M. Lehrbeauftragter an der Universität St. Gallen für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungsrecht, wissenschaftlicher Konsulent des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen sowie Rechtsanwalt und Notar, Glarus

Inhaltsübersicht

I. Einleitung

II. Deckungsrelevante Fristen

- A. Abschlussfristen
- B. Kündigungsfristen
- C. Ruhe- und Nachdeckungsfristen

III. Anspruchsrelevante Fristen

- A. Anmeldefristen
- B. Warte- und Karenzfristen
- C. Meldefristen
- D. Verjährungs- und Verwirkungsfristen

IV. Verfahrensrelevante Fristen

- A. Behandlungsfristen
- B. Protestfristen
- C. Anpassungsfristen
- D. Rechtsmittelfristen
- E. Schonfristen

I. Einleitung

An der Umsetzung der Heilungskostenversicherung sind die versicherten Personen, die zugelassenen Leistungserbringer und die Versicherungsträger sowie gegebenenfalls Behörden beteiligt. Die Beteiligten haben unterschiedliche Fristen zu wahren. Der vorliegende Beitrag möchte einen Überblick über die verschiedenen Fristen, welche im Zusammenhang mit der Durchführung der Heilungskostenversicherung von Bedeutung sind, gewähren.

II. Deckungsrelevante Fristen

Das Dokument "Fristen in der Heilungskostenversicherung" wurde von Hardy Landolt, Landolt Rechtsanwälte, Glarus am 06.07.2026 auf der Website pflegerecht.recht.ch erstellt. | © Staempfli Verlag AG, Bern - 2026

A. Abschlussfristen

Das Versicherungsverhältnis zwischen der versicherten Person und dem Versicherungsträger kommt entweder von Gesetzes wegen oder gestützt auf eine vertragliche Vereinbarung¹ zustande. Die obligatorische Heilungskostenversicherung gemäss dem IVG, UVG oder KVG besteht von Gesetzes wegen, wenn die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Das obligatorische Versicherungsverhältnis gemäss KVG beginnt mit der Wohnsitznahme in der Schweiz. Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt der Schweiz für Krankenpflege versichern bzw. versichern lassen.² Der Bundesrat kann ausnahmsweise von der Versicherungspflicht Ausnahmen vorsehen.³ Die versicherte Person kann eine Zusatzversicherung abschliessen.⁴

Das obligatorische Versicherungsverhältnis gemäss UVG umfasst in der Schweiz beschäftigte Arbeitnehmer, arbeitslose Personen und Personen, die sich in einer sozialen Einrichtung gemäss IFEG befinden und einer arbeitsvertragsähnlichen Tätigkeit nachgehen.⁵ In der Schweiz wohnhafte Selbstständigerwerbende und ihre nicht obligatorisch versicherten mitarbeitenden Familienmitglieder können sich freiwillig dem UVG unterstellen.⁶

Gemäss [Art. 1b IVG](#) sind alle Personen versichert, welche gemäss den Vorgaben des AHVG obligatorisch oder freiwillig versichert sind. Dazu zählen insbesondere Personen mit Wohnsitz in der Schweiz sowie Personen, welche in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben.⁷ Die medizinischen Massnahmen gemäss [Art. 12 f. IVG](#) werden lediglich bis zum vollendeten 20. Altersjahr gewährt.⁸ Danach ist der Kran-

kenversicherungsträger verpflichtet, mindestens die bisherigen medizinischen Massnahmen, in jedem Fall aber die gemäss KVG obligatorisch versicherten medizinischen Massnahmen zu vergüten.

B. Kündigungsfristen

Das obligatorische Versicherungsverhältnis besteht grundsätzlich so lange, wie die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt sind. Die versicherte Person ist berechtigt, das obligatorische Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalendersemesters aufzuheben.⁹ Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person das obligatorische Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf Ende des Monats beenden.¹⁰ Besteht zwischen den Leistungserbringern und den Versicherungsträgern eine administrativ- oder tarifvertragliche Vereinbarung, beträgt die Kündigungsfrist sechs Monate ([Art. 46 Abs. 5 KVG](#)).

Im Geltungsbereich der freiwilligen Heilungskostenversicherung richtet sich die Kündigung gemäss der versicherungsvertraglichen Vereinbarung. Gemäss [Art. 35a Abs. 1 VVG](#) können Versicherungsverträge, auch wenn sie für eine längere Dauer vereinbart sind, auf das Ende des dritten oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Die Parteien können vereinbaren, dass der Vertrag schon vor Ablauf des dritten Jahres kündbar ist, wobei für beide Parteien dieselben Kündigungsfristen vorzusehen sind.¹¹ In der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung stehen das ordentliche Kündigungsrecht und das Kündigungsrecht im Schadenfall nur dem Versicherungsnehmer zu. Ein beiderseitiges Kündigungsrecht besteht lediglich bei kollektiven Taggeldversicherungsverträgen.¹² Aus wichtigen Gründen kann der Versicherungsvertrag jederzeit gekündigt werden.¹³ Das ordentliche und ausserordentliche Kündigungsrecht wird im VVG durch diverse besondere Kündigungstatbestände ergänzt.

C. Ruhe- und Nachdeckungsfristen

Mit dem Wegfall der versicherungsmässigen Voraussetzungen oder dem Eintritt der Kündigung endet das Versicherungsverhältnis bzw. die Versicherungsdeckung. Unter Umständen ruht die Versicherungsdeckung bereits vorher, wenn einzelne versicherungsmässige Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind oder eine Versicherungsdeckung bei einem prioritär leistungspflichtigen Versicherungsträger besteht.¹⁴ Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung ruht beispielsweise, wenn sich der Bezüger zulasten der obligatorischen Heilungskostenversicherung in einer Heilanstalt aufhält, wobei die Sistierung für jeden vollen Kalendermonat des Aufenthalts besteht.¹⁵

Um allfällige Deckungslücken zu verhindern, statuieren die jeweiligen Einzelgesetze unterschiedliche Auffangtatbestände. Der Krankenversicherungsträger ist bei einer bestrittenen Leistungspflicht vorleistungspflichtig¹⁶ und subsidiär leistungspflichtig zu allfälligen prioritär leistungspflichtigen Versicherungsträgern, soweit die Versicherungsdeckung gemäss KVG darüber hinausgeht.¹⁷

Gemäss [Art. 3 Abs. 2 UVG](#) endet die Versicherungsdeckung erst mit dem 31. Tag nach dem Tag, an dem der Anspruch auf mindestens den halben Lohn aufhört bzw. die versicherungsmässigen Voraussetzungen bei Arbeitslosigkeit nicht mehr erfüllt sind (sogenannte Nachdeckungsfrist). Der Unfallversicherungsträger hat den versicherten Personen die Möglichkeit zu bieten, die Versicherung durch besondere Abrede bis zu sechs Monate zu verlängern (sogenannte Abredeversicherung).¹⁸

Im Geltungsbereich der Kollektivtaggeldversicherung bestehen Übertrittsrechte. Scheidet die versicherte Person aus der Kollektivversicherung aus, weil sie nicht mehr zu dem im Vertrag umschriebenen Kreis der versicherten Personen zählt oder weil der Vertrag aufgelöst wird, so hat sie das Recht, in die Einzelversicherung des Versicherungsträgers überzutreten. Sofern die versicherte Person in der Einzelversicherung nicht höhere Leistungen versichert, dürfen keine neuen Versicherungsvorbehalte angebracht werden.¹⁹ Besteht ausnahmsweise keine Möglichkeit für den Übertritt in eine Einzelversicherung, ist der Versicherungsträger im Rahmen der Besitzstandsgarantie verpflichtet, die versicherten Leistungen nach dem Ausscheiden zu leisten.

III. Anspruchsrelevante Fristen

A. Anmeldungsfristen

Wer eine Versicherungsleistung beansprucht, hat sich beim zuständigen Versicherungsträger in der für die jeweilige Sozialversicherung gültigen Form anzumelden.²⁰ Für die Anmeldung sind die massgeblichen Formulare zu verwenden und dem Versicherungsträger die für die Abklärung des Anspruchs benötigten Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen.²¹ Im Geltungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht kein Formularzwang.²²

Das ATSG statuiert keine Anmeldungsfristen. Die versicherten Personen entscheiden selber, ob und wann sie allfällige Versicherungsleistungen geltend machen. Die Einzelgesetze statuieren mitunter Anmeldungsfristen. Gemäss [Art. 45 Abs. 1 UVG](#) haben die versicherte Person und der Arbeitgeber den Eintritt eines Unfalls, der eine ärztliche Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, unverzüglich zu melden. Bei unentschuldbarer Säumnis können die Geldleistungen bis zur Hälfte gekürzt werden, wenn dem Versicherungsträger erhebliche Umtriebe erwachsen.²³ Unterlässt der Arbeitgeber die Unfallmeldung auf

unentschuldbarer Weise, so kann er vom Versicherungsträger für die daraus entstehenden Kostenfolgen haftbar gemacht werden.²⁴

Die versicherte Person kann auf Versicherungsleistungen verzichten. Sie kann den Verzicht aber jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.²⁵ Verzicht und Widerruf sind nichtig, wenn die schutzwürdigen Interessen von anderen Personen, von Versicherungsträgern oder von Fürsorgestellen beeinträchtigt werden oder wenn damit eine Umgehung gesetzlicher Vorschriften bezweckt wird.²⁶

B. Warte- und Karenzfristen

Mit dem Eintritt der anspruchsrelevanten Voraussetzungen entsteht grundsätzlich der Anspruch auf die jeweilige Versicherungsleistung. Mitunter die gesetzlichen und vertraglichen Versicherungsbedingungen Warte- und Karenzfristen. Um eine Wartefrist handelt es sich, wenn die Versicherungsleistung erst nach Ablauf einer bestimmten Frist nach dem Eintreten der anspruchsrelevanten Voraussetzungen geltend gemacht werden kann.

Taggelder bei Arbeitsunfähigkeit können erst ab dem dritten Tag nach dem Eintritt des versicherten Ereignisses geltend gemacht werden.²⁷ Arbeitslosen Personen wird das Taggeld unabhängig von zu bestehenden Wartezeiten oder Einstelltagen ausgerichtet.²⁸ Der Taggeldanspruch im Bereich der freiwilligen Krankentaggeldversicherung beginnt erst dann, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist. Ist nichts anderes vereinbart, so entsteht der Anspruch ebenfalls wie in der Unfallversicherung am dritten Tag nach der Erkrankung. Der Leistungsbeginn kann gegen eine entsprechende Herabsetzung der Prämie weiter aufgeschoben werden.²⁹

Von den Wartefristen zu unterscheiden sind Karenzfristen. Um eine Karenzfrist handelt es sich dann, wenn die Versicherungsdeckung aufgeschoben wird. Hat der Versicherungsträger die Möglichkeit, einen Versicherungsvorbehalt vorzusehen,³⁰ kann die versicherte Person keine Leistung verlangen, selbst wenn während der Dauer des Vorbehaltes die anspruchsrelevanten Voraussetzungen eintreffen. Bei einer Karenzfrist besteht während deren Dauer keine Versicherungsdeckung, während bei einer Wartefrist zwar eine Versicherungsdeckung besteht, ausnahmsweise aber trotz Eintritt der anspruchsrelevanten Voraussetzungen (vorübergehend) keine Leistung verlangt werden kann. Insoweit handelt es sich bei Wartefristen auch um eine besondere Form von Ruhefristen.

C. Meldefristen

Gemäss [Art. 31 Abs. 1 ATSG](#) ist die versicherte Person verpflichtet, jede wesentliche Änderung in den für eine Versicherungsleistung massgebenden Verhältnissen dem Versicherungsträger zu melden. Die Meldepflicht besteht dabei auch für Angehörige oder Dritte, welchen Versicherungsleistungen zukommen. Ebenso sind andere Sozialversicherungsträger und Behörden zur Meldung verpflichtet.³¹ Eine eigentliche Meldefrist besteht nicht. Anspruchsrelevante Veränderungen, welche zu einer Revision führen, sind innert 90 Tagen seit deren Eintritt zu melden, ansonsten der Revisionsanspruch entfällt.³²

Eine Revision bzw. Anpassung der Versicherungsleistung pro futuro ist in solchen Fällen erst dann wieder möglich, wenn eine erneute dauernde und wesentliche Veränderung der anspruchsrelevanten Verhältnisse eingetreten ist.

D. Verjährungs- und Verwirkungsfristen

Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erlischt innerhalb von fünf Jahren nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war.³³ Dieselbe fünfjährige Verwirkungsfrist gilt auch für ausstehende Beiträge³⁴ und Rückerstattungsansprüche des Versicherungsträgers.³⁵ Der Rückerstattungsanspruch ändert spätestens nach Ablauf von fünf Jahren seit der Auszahlung. Hatte der Versicherungsträger aber bereits vorher Kenntnis von den Umständen, welche einen Rückerstattungsanspruch begründen, erlischt dieser innert drei Jahren seit tatsächlicher oder zumutbarer Kenntnis.³⁶

Von der fünfjährigen Verwirkungsfrist zu unterscheiden sind allfällige Verjährungsfristen. Im Geltungsbereich der Heilungskostenversicherung bestehen solche lediglich bei Zusatzversicherungen gemäss KVG und freiwilligen Personenversicherungen, für welche das VVG massgeblich ist. Versicherungsansprüche gemäss VVG grundsätzlich fünf Jahre nach Eintritt des versicherten Risikos.³⁷ Lediglich Versicherungsansprüche aus einem Vertrag der kollektiven Krankentaggeldversicherung verjähren innerhalb von zwei Jahren seit dem Eintritt des versicherten Risikos.³⁸ Verjährungsfristen können im Unterschied zu den Verwirkungsfristen unterbrochen werden.³⁹

IV. Verfahrensrelevante Fristen

A. Behandlungsfristen

Nach der Anmeldung zum Leistungsbezug ist der Versicherungsträger verpflichtet, den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären.⁴⁰ Ist der Versicherungsträger auf Informationen oder Unterlagen angewiesen, über welche die versicherte Person verfügt, hat er diese anzufordern. Die versicherte Person ist verpflichtet, Auskunft zu erteilen und an der Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts mitzuwirken. Kommt die versicherte Person ihrer Auskunfts- oder Mitwirkungspflicht in unentschuldbarer Weise nicht nach, ist der Versicherungsträger berechtigt, aufgrund der Akten zu entscheiden oder die Erhebungen einzustellen. Er muss die versicherte Person aber vorher schriftlich mahnen und eine angemessene Bedenkzeit einräumen und zudem auf die Folgen einer Verletzung der Auskunfts- oder Mitwirkungspflicht hinweisen.⁴¹

Weder das ATSG noch die Einzelgesetze statuieren Behandlungsfristen. Eine Verpflichtung des Versicherungsträgers, die Abklärung innert einer bestimmten Frist vorzunehmen, besteht auch nicht aufgrund der verfassungsmässigen Verfahrensgarantien.⁴² [Art. 29 Abs. 1 BV](#) hält lediglich fest, dass jede Person Anspruch darauf hat, dass Behörden und Gerichte innert «angemessener» Frist entscheiden. Nach [Art. 52 Abs. 2 Satz 1 ATSG](#) sind Einspracheentscheide innert angemessener Frist zu erlassen. [Art. 61 lit. a ATSG](#) verpflichtet auch das kantonale Versicherungsgericht, über Beschwerden «rasch» zu entscheiden. Ob dabei das Gebot der Raschheit restriktiver als das verfassungsmässige Gebot der Angemessenheit zu verstehen ist, lässt sich der Rechtsprechung nicht entnehmen. Lediglich Personen, welche einem Vorwurf eines strafbaren Verhaltens ausgesetzt werden, haben Anspruch darauf, «möglichst rasch» und umfassend informiert zu werden.⁴³ Eine eigentliche Behandlungsfrist besteht aber auch für strafrechtliche Verfahren nicht.

Indirekt ergeben sich Behandlungsfristen aus dem verfassungsmässigen Rechtsverzögerungsverbot. Eine Rechtsverzögerung liegt dann vor, wenn der Versicherungsträger den Entscheid nicht innerhalb derjenigen Frist erlässt, die nach der Natur der Sache und nach den gesamten übrigen Umständen als angemessen erscheint.⁴⁴ Eine Behandlungsdauer von sieben Monaten stellt noch keine Rechtsverzögerung dar.⁴⁵ Eine Behandlungsdauer von 15 Monaten bei einem besonderen Abklärungsbedarf stellt ebenfalls noch keine Rechtsverzögerung dar.⁴⁶ Eine Rechtsverzögerung liegt demgegenüber bei einer 33-monatigen Anhängigkeit und einer 27-monatigen Behandlungsreife vor.⁴⁷

vom Leistungserbringer spätestens innert 14 Tagen seit dem Einsatz abzuschliessen.⁴⁸ Das Bedarfsmeldeformular ist ebenfalls innerhalb von 14 Tagen, spätestens jedoch mit der ersten Monatsrechnung dem Versicherungsträger einzureichen.⁴⁹ Erhebt der Versicherungsträger nicht innert zehn Arbeitstagen ab Erhalt der Meldung Einspruch, so gilt die Leistungspflicht grundsätzlich als anerkannt.⁵⁰ Eine massgebliche Veränderung des Pflegebedarfs ist dem Versicherungsträger sofort bzw. spätestens innert 14 Tagen nach Eintreten der Veränderung schriftlich zu melden.⁵¹

Verfügt der Versicherungsträger über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnungen erforderlichen Unterlagen, ist er verpflichtet, die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen zu bezahlen.⁵² Weder die einschlägigen Administrativverträge noch das ATSG statuieren eine Verzugszinspflicht nach Ablauf der vertraglichen Zahlungsfrist. Ausstehende Versicherungsleistungen sind erst nach Ablauf von 24 Monaten, frühestens zwölf Monate nach ihrer Geltendmachung verzugszinspflichtig.⁵³

B. Protestfristen

Der Versicherungsträger hat über Leistungen und Anordnungen, welche erheblich sind oder mit denen die versicherte Person nicht einverstanden ist, eine schriftliche Verfügung zu erlassen.⁵⁴ Die Verfügung ist zu begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen.⁵⁵ Über unerhebliche Leistungen und Anordnungen oder beim Vorliegen des Einverständnisses der versicherten Person kann der Versicherungsträger entweder einen formlosen Entscheid erlassen⁵⁶ oder mit der versicherten Person einen Vergleich abschliessen, insbesondere auch dann, wenn Leistungen umstritten sind.⁵⁷

Die versicherte Person kann eine Feststellungsverfügung⁵⁸ oder den Erlass einer Leistungsverfügung verlangen, wenn der Versicherungsträger formlos entschieden hat.⁵⁹ Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die versicherte Person nach Treu und Glauben verpflichtet, spätestens innerhalb eines Jahres gegen einen (formlosen) Entscheid des Versicherungsträgers zu protestieren und eine anfechtbare Verfügung zu verlangen.⁶⁰ Nach Ablauf der Protestfrist entfaltet der formlose Entscheid Rechtskraft und kann nur noch abgeändert werden, wenn die Voraussetzungen für eine Revision gegeben sind.

C. Anpassungsfristen

Formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide müssen in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt (materielle Revision) oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich oder zumutbar war (formelle Revision).⁶¹ Liegt ein Revisionsgrund vor, wird der Leistungsentscheid pro futuro angepasst. Das ATSG statuiert keine Revisionsfrist. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die versicherte Person aber verpflichtet, eine erhebliche Veränderung des massgeblichen Sachverhalts innerhalb von 90 Tagen zu melden.⁶²

Von der Revision zu unterscheiden sind einerseits die Wiedererwägung und andererseits der Eintritt eines Rückfalls bzw. von Spätfolgen. Eine rückwirkende Aufhebung eines rechtskräftigen Leistungsentscheids ist nur dann möglich, wenn diese zweifellos unrichtig ist und seine Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist.⁶³ Im Gegensatz zur Revision besteht keine Verpflichtung des Versicherungsträgers, eine Wiedererwägung vorzunehmen. Der Versicherungsträger hat lediglich nach pflichtgemäsem Ermessen zu entscheiden, ob er einen

rechtskräftigen Leistungsentscheid rückwirkend aufhebt.

Das UVG unterscheidet Rückfälle und Spätfolgen.⁶⁴ Nach der Festsetzung der Rente werden der versicherten Person die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen gewährt, wenn sie unter anderem an einem Rückfall oder an Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehrungen wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann.⁶⁵ Bei Rückfällen und Spätfolgen hat der Rentenbezüger nicht nur Anspruch auf Pflegeleistungen und Kostenvergütungen, sondern auch Anspruch auf ein Taggeld, wenn er eine Verdiensteinbusse erleidet.⁶⁶

D. Rechtsmittelfristen

Erlässt der Versicherungsträger eine Verfügung bzw. die Invalidenversicherung einen Vorbescheid, hat die versicherte Person innert 30 Tagen seit der Zustellung eine Einsprache gegen die Verfügung bzw. im Geltungsbereich der Invalidenversicherung einen Einwand gegen den Vorbescheid einzureichen.⁶⁷ Eine rechtsgültige Einsprache bzw. ein Einwand setzt voraus, dass die versicherte Person unter konkreter Bezugnahme des Leistungsentscheids, mit welchem sie nicht einverstanden ist, hinreichend klar und begründet zum Ausdruck bringt, weshalb sie den Leistungsentscheid ablehnt und welche Leistungen geltend gemacht werden.

Gemäss [Art. 10 Abs. 1 ATSV](#) (in Verbindung mit Art. 52 Abs. 1 Teilsatz 1 ATSG) haben Einsprachen ein Rechtsbegehren und eine Begründung zu enthalten. Die schriftlich erhobene Einsprache muss ferner die Unterschrift der Einsprache führenden Person oder ihres Rechtsbeistandes aufweisen.⁶⁸ Abs. 5 der Bestimmung präzisiert alsdann, dass, falls die Einsprache den Anforderungen nach Abs. 1 nicht genügt oder die Unterschrift fehlt, der Versicherer eine angemessene Frist zur Behebung der Mängel anzusetzen und damit die Androhung zu verbinden hat, dass sonst auf die Einsprache nicht eingetreten werde.

Nach Massgabe von [Art. 61 lit. b Satz 2 ATSG](#) für den erstinstanzlichen Beschwerdeprozess hat auch im Einspracheverfahren die Nachfrist zur Verbesserung einer mangelhaften Einspracheschrift nicht nur bei Unklarheit des Rechtsbegehrens oder der Begründung, sondern ganz allgemein immer dann zu erfolgen, wenn eine Einsprache den gesetzlichen Anforderungen nicht genügt; also auch für den Fall, dass ein Rechtsbegehren und/oder eine Begründung überhaupt fehlen. Es handelt sich dabei um eine formelle Vorschrift, die den Versicherungsträger – ausser in Fällen von offensichtlichem Rechtsmissbrauch – stets verpflichtet, eine Frist zur Verbesserung der Mängel anzusetzen.⁶⁹

Der Sinn der Nachfrist nach [Art. 61 lit. b Satz 2 ATSG](#) besteht im Schutz der rechtsunkundigen Partei, die erst kurz vor Ablauf der Anfechtungsfrist in Unkenntnis der formellen Anforderungen eine namentlich ungenügend begründete Beschwerdeschrift einreicht. Diese soll – bei klar bekundetem Anfechtungswillen – nicht deshalb um die Rechtsmittelmöglichkeit gebracht werden. Eine Nachfrist zur Verbesserung ist daher grosszügig zu gewähren, wenn es um den Schutz rechtsunkundiger Parteien geht.⁷⁰

Dieselbe 30-tägige Frist gilt für allfällige Beschwerden an das kantonale Versicherungsgericht, wenn der Versicherungsträger den Einspracheentscheid bzw. die Invalidenversicherung die Verfügung erlassen hat.⁷¹ Eine allfällige Beschwerde ist beim kantonalen Versicherungsgericht am Wohnsitz der versicherten Person einzureichen.⁷² Wie beim versicherungsinternen Rechtsmittelverfahren hat auch die Beschwerde den angefochtenen Leistungsentscheid des Versicherungsträgers zu bezeichnen sowie einen Antrag und eine Begründung zu enthalten. Die Begründung muss eine gedrängte Darstellung des Sachverhalts und eine kurze

Darlegung der Gründe, weshalb die versicherte Person mit dem Leistungsentscheid nicht einverstanden ist, enthalten.⁷³

Die 30-tägige Rechtsmittelfrist ist eingehalten, wenn die Eingabe spätestens am letzten Tag der Frist eingereicht bzw. der Schweizerischen Post übergeben wird.⁷⁴ Wird die Eingabe versehentlich bei einer unzuständigen Stelle eingereicht, gilt die Frist gleichwohl als gewahrt.⁷⁵ Damit die versicherte Person die Einhaltung der Frist nachweisen kann, hat sie eine geeignete Zustellform (Einschreiben oder A-Post Plus) zu wählen.

Die Rechtsmittelfrist beginnt am Tag nach der Zustellung des Leistungsentscheids zu laufen.⁷⁶ Erfolgt die Zustellung per Einschreiben an die versicherte Person, gilt die Zustellung als am siebten Tag nach dem ersten erfolglosen Zustellungsversuch ebenfalls als erfolgt.⁷⁷ Erfolgt die Zustellung per A-Post Plus, beginnt die Rechtsmittelfrist bereits am Tag nach der Einlegung des Leistungsentscheids in den Briefkasten bzw. in das Postfach zu laufen. Die Rechtsmittelfristen laufen auch an Samstagen und Sonntagen sowie an Feiertagen. Fällt der letzte Tag der Frist auf einen Samstag, einen Sonntag oder einen Feiertag, so endet sie an nächstfolgenden Werktag.⁷⁸

E. Schonfristen

Gesetzliche Fristen können nicht wie behördliche oder richterliche Fristen erstreckt werden (Art. 40

Abs. 1 ATSG). Eine vom Versicherungsträger angesetzte Frist kann aus zureichenden Gründen erstreckt werden, wenn die versicherte Person vor Ablauf der Frist darum nachsucht.⁷⁹

Gesetzliche und behördliche/richterliche Fristen, die nach Tagen oder Monaten bestimmt sind, stehen sieben Tage vor und nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar still.⁸⁰ Der Fristenstillstand hat zur Folge, dass sich die gesetzliche oder angesetzte Frist um die Dauer des Fristenstillstandes verlängert.

Abgelaufene Fristen können wiederhergestellt werden, wenn die versicherte Person unverschuldeterweise an der Einhaltung verhindert worden ist. Die Wiederherstellung abgelaufener Fristen muss innerhalb von 30 Tagen nach Wegfall des Hindernisses beantragt und gleichzeitig muss die versäumte Rechtshandlung nachgeholt werden.⁸¹ Auf eine Wiederherstellung der Frist ist nur zu erkennen, wenn die Säumnis auf objektive oder subjektive Unmöglichkeit zurückzuführen ist, rechtzeitig zu handeln. War die versicherte Person wegen eines von ihrem Willen unabhängigen Umstandes verhindert, zeitgerecht zu handeln, liegt objektive Unmöglichkeit vor. Subjektive Unmöglichkeit wird angenommen, wenn zwar die Vornahme einer Handlung objektiv betrachtet möglich gewesen wäre, der Betroffene aber durch besondere Umstände, die er nicht zu verantworten hat, am Handeln gehindert worden ist.

Die Wiederherstellung ist nach der bundesgerichtlichen Praxis nur bei klarer Schuldlosigkeit zu gewähren.⁸² Bei einem stationären Klinikaufenthalt muss ein Zustelldomizil bezeichnet oder aber ein Erfüllungsgehilfe beauftragt werden, der Schriftstücke in Empfang nimmt oder abholt. Entschuldbarkeit liegt nur bei einer notfallmässigen Einlieferung vor.⁸³

¹ Freiwillige Taggeldversicherungen nach [Art. 67 ff. KVG](#) beruhen auf einem öffentlich-rechtlichen Versicherungsvertrag ([BGE 126 V 499](#) E. 2a). Die Reglemente als Konkretisierung der taggeldrechtlichen Rechtsbeziehungen zwischen Krankenversicherer und versicherter

Person sind – im Unterschied zu Bestimmungen öffentlich-rechtlicher Vorsorgeeinrichtungen ([BGE 133 V 314](#) E. 4.1) – nach dem Vertrauensprinzip auszulegen ([BGE 126 V 499](#) E. 3b).

- 2 Vgl. [Art. 3 Abs. 1 KVG](#)
- 3 Vgl. [Art. 3 Abs. 2 KVG](#)
- 4 Vgl. [Art. 2 Abs. 2 KVAG](#)
- 5 Vgl. [Art. 1a Abs. 1 UVG](#)
- 6 Vgl. [Art. 4 Abs. 1 UVG](#)
- 7 Vgl. [Art. 1a Abs. 1 lit. a und b AHVG](#)
- 8 Vgl. Art. [12 Abs. 1](#) und Art. [13 Abs. 1](#) IVG.
- 9 Vgl. [Art. 7 Abs. 1 KVG](#)
- 10 Vgl. [Art. 7 Abs. 2 KVG](#)
- 11 Vgl. [Art. 35a Abs. 2 VVG](#)
- 12 Vgl. [Art. 35 Abs. 4 VVG](#)
- 13 Vgl. [Art. 35b Abs. 1 VVG](#)
- 14 Vgl. [Art. 3 Abs. 4 UVG](#)
- 15 Vgl. [Art. 67 Abs. 2 ATSG](#)
- 16 Vgl. [Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG](#)
- 17 Vgl. [Art. 64 Abs. 2 ATSG](#)
- 18 Vgl. [Art. 3 Abs. 3 UVG](#)
- 19 Vgl. [Art. 71 Abs. 1 KVG](#)
- 20 Vgl. [Art. 21 Abs. 1 ATSG](#)
- 21 Vgl. [Art. 29 Abs. 2 ATSG](#)
- 22 Vgl. [Art. 42 Abs. 6 KVG](#)
- 23 Vgl. [Art. 46 Abs. 1 UVG](#)
- 24 Vgl. [Art. 46 Abs. 3 UVG](#)
- 25 Vgl. [Art. 23 Abs. 1 ATSG](#)
- 26 Vgl. [Art. 23 Abs. 2 ATSG](#)
- 27 Vgl. [Art. 16 Abs. 2 UVG](#)
- 28 Vgl. [Art. 16 Abs. 4 UVG](#)
- 29 Vgl. [Art. 72 Abs. 2 KVG](#)
- 30 Siehe z.B. [Art. 69 KVG](#).
- 31 Vgl. [Art. 31 Abs. 2 ATSG](#)
- 32 Vgl. Urteil Bundesgericht [9C_1010/2008](#) vom 9.3.2009 E. 1.
- 33 Vgl. [Art. 24 Abs. 1 ATSG](#)
- 34 Vgl. [Art. 24 Abs. 1 ATSG](#)
- 35 Vgl. [Art. 25 Abs. 2 ATSG](#)
- 36 Vgl. [Art. 25 Abs. 2 ATSG](#)
- 37 Vgl. [Art. 46 Abs. 1 VVG](#)
- 38 Vgl. [Art. 46 Abs. 3 VVG](#)
- 39 Vgl. [Art. 135 ff. OR](#)
- 40 Vgl. [Art. 43 ATSG](#)
- 41 Vgl. [Art. 43 Abs. 3 ATSG](#)

- 42 Vgl. [Art. 29 ff. BV](#)
- 43 Vgl. [Art. 32 Abs. 2 BV](#).
- 44 Vgl. [BGE 125 V 191](#) E. 2a.
- 45 Vgl. Urteil Bundesgericht [I 760/05](#) vom 24.5.2006 E. 3.2.
- 46 Vgl. Urteil Bundesgericht [9C_91/2007](#) vom 24.9.2007 E. 4.1.
- 47 Vgl. [BGE 125 V 373](#) E. 2b.
- 48 Vgl. z. B. Art. 7 Abs. 6 Administrativvertrag Tarifsuisse.
- 49 Vgl. z. B. Art. 8 Abs. 2 Administrativvertrag Tarifsuisse.
- 50 Vgl. z. B. Art. 8 Abs. 5 Administrativvertrag Tarifsuisse.
- 51 Vgl. z. B. Art. 9 Abs. 2 Administrativvertrag Tarifsuisse.
- 52 Vgl. z. B. Art. 13 Abs. 5 Administrativvertrag Tarifsuisse.
- 53 Vgl. [Art. 26 Abs. 2 ATSG](#)
- 54 Vgl. [Art. 49 Abs. 1 ATSG](#).
- 55 Vgl. [Art. 49 Abs. 4 ATSG](#).
- 56 Vgl. [Art. 51 Abs. 1 ATSG](#).
- 57 Vgl. [Art. 50 Abs. 1 ATSG](#).
- 58 Vgl. [Art. 49 Abs. 2 ATSG](#).
- 59 Vgl. [Art. 51 Abs. 2 ATSG](#).
- 60 Vgl. [BGE 134 V 145](#) E. 5.
- 61 Vgl. [Art. 53 Abs. 1 ATSG](#).
- 62 Vgl. Urteil Bundesgericht [9C_1010/2008](#) vom 9.3.2009 E. 1 und RKUV 1994 Nr. U 191 S. 145.
- 63 Vgl. [Art. 53 Abs. 2 ATSG](#).
- 64 Vgl. Art. [20 Abs. 2^{quater}](#) und Art. [21 Abs. 1 lit. b](#) UVG.
- 65 Vgl. [Art. 21 Abs. 1 lit. b UVG](#).
- 66 Vgl. [Art. 21 Abs. 3 UVG](#).
- 67 Vgl. [Art. 52 Abs. 1 ATSG](#).
- 68 Vgl. [Art. 10 Abs. 4 ATSV](#).
- 69 Statt vieler Urteil Bundesgericht [8C_596/2012](#) vom 29.11.2012 E. 4.2.
- 70 Vgl. [BGE 134 V 162](#) E. 5.1 und Urteil Bundesgericht [9C_191/2016](#) vom 18.5.2016 E. 4.1.
- 71 Vgl. [Art. 60 Abs. 1 ATSG](#).
- 72 Vgl. [Art. 58 Abs. 1 ATSG](#).
- 73 Vgl. [Art. 61 lit. b ATSG](#).
- 74 Vgl. [Art. 39 Abs. 1 ATSG](#).
- 75 Vgl. [Art. 39 Abs. 2 ATSG](#).
- 76 Vgl. [Art. 38 Abs. 1 ATSG](#).
- 77 Vgl. [Art. 38 Abs. 2^{bis} ATSG](#).
- 78 Vgl. [Art. 38 Abs. 3 ATSG](#).
- 79 Vgl. [Art. 40 Abs. 3 ATSG](#).
- 80 Vgl. [Art. 38 Abs. 4 ATSG](#).
- 81 Vgl. [Art. 41 ATSG](#).
- 82 Vgl. z. B. Urteil Bundesgericht [5G_2/2016](#) vom 20.5.2016 E. 1.2.
- 83 Vgl. [BGE 141 II 429](#) E. 3.1 und Urteil Bundesgericht [9C_693/2022](#) vom 6.3.2023 E. 3.2.2.

