

BL_GERICHTE 730 14 346 / 226 vom 10. September 2015

BL Gerichte, 2015-09-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_14_346___226

FR: BL_GERICHTE 730 14 346 / 226 du 10 septembre 2015

IT: BL_GERICHTE 730 14 346 / 226 del 10 settembre 2015

Regeste

Prämien

Erwägungen

E. 2

Gemäss § 55 Abs. 1 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 10'000.– durch Präsidialentscheid. Im vorliegenden Fall liegt der Streitwert mit Fr. 2'824.20 inklusive Mahn- und Umtriebsspesen in der Höhe von Fr. 120.– unter dieser Massgeblichkeitsgrenze. Die Angelegenheit ist somit präsidial zu entscheiden.

3.1. Nach Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz für die Krankenpflege versichern. Mit anderen Worten besteht ein gesetzlich vorgeschriebenes Versicherungsobligatorium. Gemäss Art. 61 ff. KVG in Verbindung mit Art. 90 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 ist jede versicherte Person ebenso verpflichtet, hierfür im Voraus (in der Regel monatlich) zu bezahlende Prämien zu entrichten. Der Versicherer kann seine Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonale und regional abstimmen. Massgebend ist jeweils der Wohnort der versicherten Person (Art. 61 Abs. 2 KVG).

3.2. Bezahlte die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat ihr der Krankenversicherer nach mindestens einer schriftlichen Mahnung eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzugs hinzuweisen (Art. 64a Abs. 1 KVG in der seit 1. Januar 2012 geltenden Fassung). Dabei muss er die Zahlungsaufforderung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit und getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen (Art. 105b Abs. 1 KVV, in der ab Januar 2012 geltenden Fassung). Bezahlte die versicherte Person ihre fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen innerhalb der angesetzten Frist nicht, so muss der Krankenversicherer von Gesetzes wegen die Betreibung anheben (vgl. Art. 64a Abs. 2 KVG). Die in Art. 105b KVV genannte Frist ist eine reine Ordnungsvorschrift, deren Nichteinhaltung weder den Anspruch auf die Ausstände noch auf den der betreibungsrechtlichen Durchsetzung verwirkt (vgl. dazu Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [Hrsg.], 2. Auflage, Basel 2007, Rz. 1028).

3.3. Wurde das Vollstreckungsverfahren eingeleitet und wird durch die betroffene Person Rechtsvorschlag erhoben, so ist der Versicherer befugt, nachträglich eine formelle Verfügung zu erlassen und nach Eintritt der Rechtskraft die Betreibung fortzusetzen. Für eine direkte Fortsetzung der Betreibung ohne Durchlaufen des eigentlichen

Rechtsöffnungsverfahrens nach Art. 80 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) vom 11. April 1889 gilt als Voraussetzung, dass das Dispositiv der Krankenkassenverfügung auf die hängige Betreibung Bezug nimmt und den Rechtsvorschlag ausdrücklich – gegebenenfalls auch nur teilweise – als aufgehoben erklärt. Die Krankenkasse hat deshalb in ihrer Verfügung nicht bloss einen sozialversicherungsrechtlichen Sachentscheid über die Verpflichtung der versicherten Person zu einer Geldzahlung zu fällen, sondern gleichzeitig als Rechtsöffnungsinstanz über die Aufhebung des Rechtsvorschlages zu befinden (vgl. BGE 119 V 331 E. 2b). Schliesslich hat das zuständige Versicherungsgericht im Rahmen eines allfälligen Beschwerdeverfahrens den Bestand und die Höhe der Forderung der Krankenkasse zu prüfen. Erst wenn dessen Urteil, welches auch die Rechtsöffnung bestätigt, in formelle Rechtskraft erwachsen ist, kann die Betreibung fortgesetzt werden.

4.1 Der Sozialversicherungsprozess ist gemäss Art. 61 lit. c ATSG vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht, welcher besagt, dass das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen hat (BGE 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen; vgl. dazu auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 61 Rz. 60 und Art. 43 Rz. 9 m.w.H.). Der Untersuchungsgrundsatz gilt aber nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflicht der Parteien ergänzt (vgl. BGE 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen). Dazu gehört auch die Substantiierungspflicht, welche besagt, dass die wesentlichen Tatsachenbehauptungen und -bestreitungen in den Rechtsschriften enthalten sein müssen (vgl. Gygi, a.a.O., S. 208).

4.2 Im Zusammenhang mit der Mitwirkungspflicht des mit der Prämienforderung belasteten Versicherten hat dieser substantiiert darzulegen, weshalb der von der Krankenkasse ermittelte Forderungsbetrag unzutreffend sei (vgl. ZAK 1991 S. 126 E. II/1b). Die erhobenen Einwände müssen überprüfbar sein (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit dem 1. Januar 2007: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 29. September 2004, H 21/04, E. 4.3). Hat die Krankenkasse den eingeklagten Forderungsbetrag zeitlich und masslich spezifiziert, genügt mit Blick auf das Verhältnis zwischen Untersuchungsgrundsatz und Mitwirkungspflicht ein blosser Verweis des Versicherten in der Beschwerdebegründung auf eine eigene Aufstellung der von ihm getätigten Zahlungen den gestellten Anforderungen nur dann, wenn der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht durch erläuternde Bezugnahme auf die Kontoübersicht und andere von der Krankenkasse eingereichte Akten darzutun in der Lage ist, wie und gestützt worauf er einen abweichenden Forderungsbetrag ermittelt hat. Zur Substantiierungspflicht gehört in diesem Zusammenhang schliesslich aufzuzeigen, dass die Krankenversicherung den Sachverhalt unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt habe (vgl. KGE SV vom 10. März 2008, 730 06 138/86, E. 4.2 und vom 8. Februar 2008, 730 07 422/57, E. 4.2).

E. 5

Der Beschwerdeführer bringt vor, dass es vorliegend nicht in erster Linie um die Prämienausstände, sondern um einen Fall unzulässiger Doppelversicherung gehe. Soweit er damit geltend macht, dass er aus diesem Grund aus dem Versicherungsverhältnis mit der Beschwerdegegnerin zu entlassen ist, kann auf das Vorbringen nicht eingegangen werden (vgl. E. 1.4 hiervor). Sofern der Beschwerdeführer sich aufgrund der Zahlung der Prämien an die C. von der Zahlungspflicht gegenüber der Beschwerdegegnerin befreien möchte, ist Folgendes festzuhalten:

E. 5.1

Nach Lehre und Rechtsprechung ist die sogenannte „Doppelversicherung“, d.h. die Annahme, eine Person könne im Zusammenhang mit dem Wechsel des Versicherers bei mehr als einer Gesellschaft versichert sein, ausgeschlossen. Das neue Versicherungsverhältnis kann demzufolge nicht entstehen, bevor das bisherige beendet ist. Da andererseits auch Versicherungslücken zu vermeiden sind, stimmt der Zeitpunkt des Versicherungsbeginns zwangsläufig mit demjenigen der Beendigung des bisherigen Versicherungsverhältnisses überein (BGE 130 V 453 E. 4.7). Gemäss Art. 7 Abs. 5 Satz 1 KVG endet das Versicherungsverhältnis beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Eine gültige Kündigung führt somit für sich alleine nicht zur Beendigung des bisherigen Versicherungsverhältnisses (BGE 130 V 450 E. 3.1). Unterlässt der neue Versicherer diese Mitteilung, so hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämien Differenz. Sobald der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten hat, informiert er die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist (Art. 7 Abs. 5 Satz 2 und 3 KVG).

E. 5.2

Aus dem Ausgeführten folgt, dass eine doppelte obligatorische Krankenpflegeversicherung bei zwei Versicherern ausgeschlossen ist. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers bedeutet dies indessen nicht, dass die Beschwerdegegnerin (als „früherer“ Krankenversicherer) den Beschwerdeführer aus dem Versicherungsverhältnis hätte entlassen müssen, als er am 28. November 2005 und am 18. Oktober 2007 das Versicherungsverhältnis mit der Beschwerdegegnerin kündigte. Vielmehr weist die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hin, dass sie den Beschwerdeführer von Gesetzes wegen nicht aus dem Versicherungsverhältnis hat entlassen können, solange die Mitteilung des „neuen“ Versicherers unterblieben ist. Eine solche Mitteilung hat im vorliegenden Fall unbestrittenermassen nicht stattgefunden. Da das neue Versicherungsverhältnis erst entstehen kann, wenn das bisherige beendet ist, war der Beschwerdeführer im vorliegend massgeblichen Zeitraum entgegen seiner Auffassung nicht bei der C., sondern weiterhin bei der Beschwerdegegnerin versichert. Dass gegenüber dem Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin Leistungssperren verfügt wurden (vgl. Art. 64a Abs. 2 KVG in der vor 1. Januar 2012 anwendbaren Fassung), ändert am bestehenden Versicherungsverhältnis nichts. Der Beschwerdeführer war (und ist) damit bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch krankenpflegeversichert und schuldet dieser die entsprechenden Prämien. Dies gilt auch für den vorliegend interessierenden Zeitraum vom Juli 2013 bis Dezember 2013.

E. 5.3

Daran ändert auch nichts, dass der Beschwerdeführer vorbringt, fälschlicherweise von einem Versicherungsverhältnis mit der C. ausgegangen zu sein und gutgläubig an den vermeintlichen neuen Versicherer geleistet zu haben. Zunächst ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass ein Irrtum bzw. der gute Glaube des Beschwerdeführers zumindest fraglich ist. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer auf seine Kündigungen jeweils Mitteilungen (vom 7. Dezember 2005 und 30. Oktober 2007) zukommen lassen, wonach er bei der Concordia versichert bleibe, solange der neue Versicherer die gesetzlich vorgeschriebene Bescheinigung nicht zustelle. Aufgrund dieser Mitteilungen und der in der Folge zugestellten Policen und

Prämienrechnungen kann sich der Beschwerdeführer nicht darauf berufen, vom fortbestehenden Versicherungsverhältnis mit der Beschwerdegegnerin nichts gewusst zu haben oder gewusst haben zu müssen. Eine allfällige Gutgläubigkeit des Beschwerdeführers ändert indessen am Bestand seiner Prämienansprüche ohnehin nichts. Die Prämien waren und sind von Gesetzes wegen (Art. 61 ff. KVG in Verbindung mit Art. 90 KVV) dem zuständigen Krankenversicherer, vorliegend der Beschwerdegegnerin, geschuldet. Die fälschlicherweise an die C. bezahlten Prämien sind im Rahmen einer Rückabwicklung an den Beschwerdeführer zurückerstattet worden respektive direkt an die Beschwerdegegnerin zur Begleichung der ausstehenden Prämienforderungen überwiesen worden (vgl. auch: nachfolgend E. 8).

6.1. In seinen letzten Eingaben an das Kantonsgericht bestritt der Beschwerdeführer ferner, dass das Versicherungsverhältnis mit der Beschwerdegegnerin überhaupt zustande gekommen sei. In seiner Eingabe vom 23. Februar 2015 machte er geltend, dass ihn die D. aufgrund der bestehenden Verlustscheine nicht aus der Versicherung entlassen hätte. Die Agenturleiterin der Beschwerdegegnerin habe den Abschluss der Versicherung somit nicht korrekt vorgenommen. Dies könne ihm heute nicht angelastet werden. Mit Eingabe vom 31. März 2015 reichte der Beschwerdeführer eine Übersicht der Schuldnerinformationen des Betreibungsamtes G. ein. Daraus werde ersichtlich, dass „unzählige“ vom früheren Krankenversicherer E. angestrebte Betreibungen und Verlustscheine gegen ihn bestünden. Einen Beitritt zur Krankenpflegeversicherung der Beschwerdegegnerin sei somit nicht per Juli 1999 erfolgt.

6.2. Wie unter Erwägung 5.2 hiervor ausgeführt, obliegt es dem Versicherten, seine Einwände gegen den Bestand und die Höhe der Prämienforderung so darzulegen und zu substantiieren, dass sie vom Gericht überprüfbar sind. Dies ist vorliegend mit Bezug auf die geltend gemachte weiterbestehende Versicherung bei der E. (Rechtsnachfolgerin: D.) zu verneinen. Die vom Beschwerdeführer eingereichte Schuldnerinformation des Betreibungsamtes G. vermag lediglich zu beweisen, dass der E. im Jahr 1997 ein Verlustschein in der Höhe von Fr. 879.15 ausgestellt worden ist. Die weiteren vom Beschwerdeführer angeführten Verlustscheine bis 2002 betreffen eine „H.“, wobei unklar ist, ob es sich dabei um die Krankenversicherung E. handelte, sowie die Krankenkasse I. Ein über 1999 hinaus bestehendes Versicherungsverhältnis mit der E. vermag der Beschwerdeführer indessen mit diesen Unterlagen ohnehin nicht substantiiert darzulegen, weshalb der entsprechende Einwand als unbegründet anzusehen ist. Eine telefonische Erkundigung bei der Rechtsnachfolgerin D. hat im Übrigen ergeben, dass der Beschwerdeführer dort seit 31. Dezember 1999 nicht mehr obligatorisch krankenpflegeversichert ist. Eine vorbestehende obligatorische Krankenpflegeversicherung im vorliegend streitigen Zeitraum vom Juli 2013 bis Dezember 2013 kann damit ohne weiteres verneint werden. Auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, das Aufnahmeverfahren bei der Beschwerdegegnerin sei fehlerhaft abgelaufen, ist nicht genügend substantiiert oder belegt. Aufgrund einer telefonischen Auskunft der Beschwerdegegnerin über die von der Anmeldung im Jahr 1999 noch vorhandene Unterlagen bestehen indessen Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer die Versicherteneigenschaft bei der E. gegenüber der Beschwerdegegnerin unerwähnt gelassen hatte, womit Letzterer ohnehin keine Verletzung von Verfahrensbestimmungen zur Last gelegt werden könnte. Die Argumentation des Beschwerdeführers betreffend ein vorbestehendes Versicherungsverhältnis ist damit unsubstantiiert und läuft ins Leere.

7.1 Ausserdem bestreitet der Beschwerdeführer die Höhe der Gesamtforderung, namentlich die erhobenen Mahn- und Umtriebsspesen.

7.2 Wenn die versicherte Person Aufwendungen verschuldet, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, kann der Versicherer

gemäss Art. 105b Abs. 2 KVV angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht. Die Beschwerdegegnerin macht in diesem Zusammenhang Mahn- und Umtriebsspesen im Umfang von Fr. 120.– geltend. Gemäss Ziffer 20.5 ihres Reglements zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Reglement; Ausgabe 2012) ist sie berechtigt, von säumigen Zahlern nebst Verzugszinsen und Betreuungskosten angemessene Bearbeitungsgebühren, insbesondere Kosten für Mahnungen sowie Umtriebsspesen für das Inkasso, zu erheben. Die von der Beschwerdegegnerin unter diesem Titel vorliegend geltend gemachten Mahn- und Umtriebsspesen im Umfang von Fr. 120.– hätten bei fristgerechter Bezahlung des strittigen Prämienausstands ohne weiteres vermieden werden können. Die geltend gemachten Inkonvenienzentschädigungen erweisen sich demnach als rechtmässig und sind im Übrigen auch hinsichtlich ihrer Höhe als angemessen zu bezeichnen. Sie sind demnach vom Beschwerdeführer zu tragen.

E. 8

Zusammenfassend ist nach dem Ausgeführten festzuhalten, dass sowohl Bestand wie auch Höhe der Prämienforderung von der Beschwerdegegnerin korrekt festgelegt wurden. Der Beschwerdeführer war im vorliegend interessierenden Zeitraum bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch krankenpflegeversichert und schuldete damit die umstrittenen Prämien. Auch die erhobenen Mahn-, Umtriebs- und Betreuungskosten sind nicht zu beanstanden. Streitig und zu prüfen ist indessen noch, ob die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen wäre, die von der C. überwiesene Prämienrückerstattung zur Begleichung der vorliegend interessierenden Forderung zu verwenden, wie dies vom Beschwerdeführer verlangt wird.

E. 8.1

Nachdem die Beschwerdegegnerin der C. mit Schreiben vom 20. Februar 2014 bestätigte, dass der Beschwerdeführer bis auf Weiteres bei ihr obligatorisch krankenpflegeversichert sei, leitete diese ein Rückerstattungsverfahren ein. Per 6. Mai 2014 überwies die C. der Beschwerdegegnerin das bei ihr liegende Prämien Guthaben für die Zeit ab 2009 in der Höhe von Fr. 9'571.55. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers und dem von ihm eingereichten Unterlagen wurden weitere Rückerstattungen an ihn persönlich getätigt. Die an sie gerichtete Prämienrückerstattung verwendete die Beschwerdegegnerin zur Tilgung dreier den Beschwerdeführer betreffende Verlustscheine. Dabei ging es um die Betreuung Nr. 22222222 (Verlustschein in der Höhe von Fr. 2'690.35), die Betreuung Nr. 33333333 (Verlustschein in der Höhe von Fr. 2'889.90) und die Betreuung Nr. 44444444 (Verlustschein in der Höhe von Fr. 2'924.25). Mit Schreiben an das Konkurs- und Betreibungsamt Binningen vom 30. April 2014 informierte die Beschwerdegegnerin, dass die mit diesen Verlustscheinen ausgewiesenen Schulden getilgt worden seien und bat um deren Löschung im Register. Die übrigen Fr. 1'067.05 der Prämienrückerstattung rechnete die Beschwerdegegnerin an den Verlustschein in der Betreuung Nr. 55555555 an, der damit nicht vollständig getilgt werden konnte.

E. 8.2

Gemäss Art. 86 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht [OR]) vom 30. März 1911 ist der Schuldner bei mehreren Schulden bei demselben Gläubiger berechtigt, bei der Zahlung

mitzuteilen, welche Schuld er tilgen will. Mangelt es an einer solchen Erklärung, wird die Zahlung an jene Schuld angerechnet, die der Gläubiger in seiner Quittung bezeichnet, vorausgesetzt, der Schuldner erhebt nicht sofort Widerspruch (Art. 86 Abs.2 OR). Dasselbe gilt, wenn ein Dritter anstelle des Schuldners leistet (Urteil des Bundesgerichts vom 4. April 2003, 4C.395/2002, E. 2.2). Wenn weder eine Erklärung des Schuldners noch eine Bezeichnung auf der Quittung vorliegt, kommt ergänzend Art. 87 OR zum Zug. Demnach ist die Zahlung an die fällige Schuld anzurechnen, bei mehreren fälligen Schulden an diejenige, für die der Schuldner zuerst betrieben worden ist oder – wenn keine Betreibung vorliegt – an die früher verfallene (Art. 87 Abs. 1 OR).

E. 8.3

Die C. hat mit der Überweisung des Prämienguthabens des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin einen Teil von dessen Prämienausständen getilgt. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist dies grundsätzlich nicht zu beanstanden. Leistet ein Dritter ohne Willen des Schuldners oder sogar gegen dessen Willen an die Gläubigerin, hat dies trotzdem Erfüllungswirkung, sofern der Wille des Dritten, eine fremde Schuld zu tilgen, erkennbar ist (Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2005, 4C.69/2005, E. 3). Dies ist vorliegend zu bejahen. Indessen hat die C. als leistende Dritte gegenüber der Beschwerdegegnerin keine Schuld bezeichnet, die sie getilgt haben wollte. Damit wäre es der Beschwerdegegnerin offen gestanden, gegenüber der C. bzw. dem Beschwerdeführer mittels Quittung anzugeben, welche Schulden sie begleichen wollte. Auch dies wurde indessen – soweit aus den Akten ersichtlich – unterlassen. Damit kommt – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt – vorliegend Art. 87 Abs. 1 analog zur Anwendung. Die Tilgung der drei ältesten Verlustscheine durch die Prämienrückerstattung ist damit zu Recht erfolgt. Auch die Anrechnung des übrigen Betrags an einen vierten Verlustschein ist gerechtfertigt. Dies gilt umso mehr, als gemäss Art. 64a Abs. 4 KVG der Kanton 85% derjenigen Prämienforderungen zu übernehmen hat, für die Verlustscheine bestehen, und der Versicherer dem Kanton bei Tilgung der Verlustscheine 50% des Betrages zurückzuerstatten hat. Die Beschwerde ist deshalb auch in diesem Punkt abzuweisen. Soweit der Beschwerdeführer die Tilgung weiterer Forderungen als die vorliegend umstrittene verlangt, ist festzustellen, dass diese nicht Streitgegenstand bilden (vgl. E. 1.4 hiavor).

E. 9

Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid somit abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann. Der Beschwerdeführer ist verpflichtet, der Beschwerdegegnerin den Betrag von Fr. 2'704.20 (Prämienausstände für die Monate Juli bis Dezember 2013) sowie Umtriebs- und Mahnspeisen von Fr. 120.– zu bezahlen. Der Beschwerdegegnerin ist damit in der Betreibung Nr. 00000000 des Betreibungsamtes B. vom 19. März 2014 die definitive Rechtsöffnung zu erteilen.

E. 10

Was die Betreibungskosten betrifft, so bilden diese selber nicht Gegenstand des Rechtsöffnungsentscheides. Der Rechtsöffnungsrichter verfügt jedoch im Urteilsdispositiv über deren Zusprechung (vgl. André Panchaud / Marcel Caprez, Die Rechtsöffnung, Zürich 1980, § 164; Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KG SV] vom 9. April 2003 [735 02 504] E. 6). Gemäss Art. 68 SchKG hat grundsätzlich der Schuldner die Betreibungskosten zu tragen (vgl. Urteil des EVG vom 2. Februar 2006, K 112/05 E. 5.1

mit weiteren Hinweisen). Dazu gehören in jedem Falle die Kosten für den Zahlungsbefehl. Der Beschwerdeführer ist Schuldner im Betreibungsverfahren, weshalb die Kosten für die Ausstellung und Zustellung des Zahlungsbefehls von in der Höhe von Fr. 100.65 (Kosten des Zahlungsbefehls von Fr. 73.30 zuzüglich Kosten der Spezialzustellung von Fr. 27.35) von ihm zu übernehmen sind.

E. 11

Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenlos, so dass keine Verfahrenskosten zu erheben sind. Die ausserordentlichen Kosten werden dem Prozessausgang entsprechend wettgeschlagen. Demgemäss wird e r k a n n t :
1. Soweit darauf einzutreten ist, wird die Beschwerde abgewiesen. 2. Der Rechtsvorschlag in der Betreuung Nr. 00000000 des Beitreibungsamtes B. vom 19. März 2014 wird im Umfang von Fr. 2'704.20 zuzüglich Umtriebs- und Mahnspesen von Fr. 120.– aufgehoben und es wird der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG in diesem Umfang die definitive Rechtsöffnung erteilt. 3. Die Betreuungskosten in der Höhe von Fr. 100.65 werden dem Beschwerdeführer auferlegt. 4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 5. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.