

BL_GERICHTE 730 20 110 / 283 vom 19. November 2020

BL Gerichte, 2020-11-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_20_110___283

FR: BL_GERICHTE 730 20 110 / 283 du 19 novembre 2020

IT: BL_GERICHTE 730 20 110 / 283 del 19 novembre 2020

Regeste

Prämien

Erwägungen

E. 2

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Rechtsvorschlag des Beschwerdeführers gegen den Zahlungsbefehl Nr. X.____ über den Betrag von Fr. 1'393.10 (für ausstehende Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom August 2018 bis Juni 2019) aufgehoben bzw. die gegen die betreffende Verfügung erhobene Einsprache abgewiesen hat. 3.1 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Versicherungsträger und Gerichte von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000; BGE 144 V 427 E. 3.2; vgl. dazu auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Rz. 106 ff. zu Art. 61 ATSG und Rz. 13 zu Art. 43 ATSG mit weiteren Hinweisen). Dies bedeutet, dass in Bezug auf den rechtserheblichen Sachverhalt Abklärungen vorzunehmen sind, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Juni 2020, 9C_805/2019, E. 8.1 mit weiteren Hinweisen). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. BGE 125 V 193 E. 2; Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2013, 8C_742/2013, E. 4.2). Die Mitwirkungspflicht kommt als allgemeiner Verfahrensgrundsatz auch im kantonalen Beschwerdeverfahren zur Anwendung und bedeutet das aktive Mitwirken der Parteien bei der Feststellung des Sachverhalts (vgl. Kurt Pärli/Laura Kunz, Basler Kommentar zum ATSG, Rz. 9 und 14 zu Art. 28 ATSG). Dazu gehört auch die Substantiierungspflicht, welche besagt, dass die wesentlichen Tatsachenbehauptungen und -bestreitungen in den Rechtsschriften enthalten sein müssen (vgl. Susanne Bolliger, Basler Kommentar zum ATSG, Rz. 37 zu Art. 61 ATSG). 3.2 Im Zusammenhang mit der Mitwirkungspflicht der mit der Prämien- bzw. Kostenbeteiligungsforderung belasteten versicherten Person hat diese substantiiert darzulegen, weshalb der vom Krankenversicherer ermittelte Forderungsbetrag unzutreffend sei. Die erhobenen Einwände müssen überprüfbar sein (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 31. August 2005, H80/05, E. 2.3.1 mit weiteren Hinweisen). Zur Substantiierungspflicht gehört in diesem Zusammenhang aufzuzeigen, dass der Krankenversicherer den Sachverhalt unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt hat. 4.1 Aus den von der

Beschwerdegegnerin eingereichten Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2018 und 2019 bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch krankenpflegeversichert war (vgl. Versicherungspolice 2018 und 2019, Beilagen 12 und 19 zur Beschwerdeantwort). Weiter geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin die Prämien im Betrag von insgesamt Fr. 5'353.10 für die Monate August 2018 bis Juni 2019 (Prämie 2018: Fr. 523.-- [inkl. Fr. 36.60 Unfalldeckung] minus Fr. 7.60 Verteilung Ertrag aus Umweltabgabe an die Bevölkerung minus Fr. 94.90 Prämienverbilligung = Fr. 420.70 x 5 = Fr. 2'103.50 plus Prämie 2019: Fr. 548.-- [inkl. Fr. 38.30 Unfalldeckung] minus Fr. 6.40 Verteilung Ertrag aus Umweltabgabe x 6 = Fr. 3'249.60) lediglich im Umfang von Fr. 3'960.-- (11 x Fr. 360.--) bezahlt hat. Für die genannte Periode schuldet er ihr deshalb den Betrag von insgesamt Fr. 1'393.10 (Fr. 5'353.10 minus Fr. 3'960.--). 4.2 Bezahlt 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 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG] vom 18. März 1994). 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 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV] vom 27. Juni 1995). Bezahlt die versicherte Person ihre fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen innerhalb der angesetzten Frist nicht, so muss der Krankenversicherer von Gesetzes wegen die Betreibung anheben (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 (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [Hrsg.], 3. Aufl. 2016, Rz. 1324). 4.3 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 Rechtsvorschlags zu befinden (vgl. BGE 119 V 331 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts vom 19. Dezember 2017, 9C_196/2017, E. 4.4). 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. 5.1 Der Beschwerdeführer selbst bestreitet die Höhe der Forderung nicht konkret. Er macht jedoch gelten, dass die Police ohne sein Wissen bzw. ohne ihn vorgängig zu informieren vom Sozialdienst der Gemeinde Y.____ (Sozialdienst) geändert worden sei. Er habe in der Folge mehrmals darum gebeten, dass die Police wieder in die von ihm ursprünglich abgeschlossene Form mit einer Franchise von Fr. 1'500.-- und

ohne Einschluss des Unfalls geändert werde. Er sei daher nicht bereit, etwas zu bezahlen, was nicht von ihm beantragt worden sei. Die Mehrkosten, die durch die Änderung der Police entstanden seien, müsse der Sozialdienst begleichen. Die Beschwerdegegnerin hält dieser Auffassung entgegen, dass der Sozialdienst sie mittels Abtretungserklärung vom 8. September 2015 beauftragt habe, die Korrespondenzadresse per 1. September 2015 dahingehend zu ändern, dass der Briefwechsel fortan über den Sozialdienst laufe. Zudem sei der Unfall per 1. Oktober 2015 einzuschliessen. Die Franchise sei auf Anfrage der Gemeinde per 1. Januar 2016 von Fr. 1'500.-- auf Fr. 300.-- reduziert worden. Am 11. Juli 2016 habe sie der Sozialdienst informiert, dass die Abtretungserklärung 8. September 2015 per 1. August 2016 widerrufen werde. Eine Anpassung der Franchise oder Unfalldeckung sei vom Beschwerdeführer aber nicht gewünscht worden. Die Beschwerdegegnerin stellt sich somit sinngemäss auf den Standpunkt, dass der Sozialdienst berechtigt gewesen sei, in rechtsgültiger Vertretung des Beschwerdeführers die Änderungen am bestehenden Versicherungsverhältnis vorzunehmen. Dies ist nachfolgend zu prüfen.

5.2 Nach Art. 3 Abs. 1 KVG muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz für die Krankenpflege versichern. Das Versicherungsverhältnis entsteht aber nicht automatisch (BGE 126 V 265 E. 3b). Vielmehr ist bei einem zugelassenen Krankenversicherer eine Anmeldung einzureichen. Die Begründung des Versicherungsverhältnisses setzt demzufolge eine entsprechende Willenserklärung voraus, sei es durch die versicherungspflichtige Person selber, sei es durch deren gesetzlichen oder gewillkürten Vertreter oder durch die für die Zwangszuweisung zuständige Behörde (Eugster, a.a.O., Rz. 23). Gemäss Art. 64 Abs. 2 KVG beteiligen sich die versicherten Personen an den Kosten in Form eines festen Jahresbetrags (Franchise) und 10% der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest (Art. 64 Abs. 3 KVG). Die ordentliche Franchise beträgt Fr. 300.-- (Art. 103 Abs. 1 KVV). Erwachsene Versicherte können freiwillig eine höhere Franchise (bis höchstens Fr. 2'500.--) wählen und damit von einer Reduktion der Prämien profitieren. Die Rechte und Pflichten der versicherten Person beruhen auf der persönlichen Zugehörigkeit zum Krankenversicherer. Mit dem Beitritt einer Person ist nur diese selbst und kann nur sie allein versichert werden. Im KVG gilt daher das Prinzip der Individualversicherung. Auch wenn häufig von einem Krankenversicherungsvertrag die Rede ist, erfolgt der Beitritt zu einem Krankenversicherer nicht durch einen Vertrag, sondern durch einen Verwaltungsakt, mit welchem der Krankenversicherer auf Anmeldung hin die Aufnahme vollzieht (Eugster, a.a.O., Rz. 25).

5.3 Wie vorstehend in Erwägung 5.1 festgestellt, wählte der Beschwerdeführer gemäss Angaben in der Versicherungspolice 2015 eine Franchise von Fr. 1'500.--. So ersuchte denn auch nicht er selbst die Beschwerdegegnerin, die Franchise ab 1. Januar 2016 auf die ordentliche Franchise von Fr. 300.-- zu reduzieren, sondern der Sozialdienst. Dies, obschon offensichtlich war, dass keine gesetzliche Vertretung bestand. Der Beschwerdeführer war zwar zu diesem Zeitpunkt auf die finanzielle Unterstützung der Sozialhilfe angewiesen. Dieser Umstand führte aber nicht dazu, dass ein gesetzliches Vertretungsrecht beim Sozialdienst entstanden wäre. Das Sozialhilferecht sieht vor, dass die Gemeinden die betroffenen Personen beraten und sie, wenn nötig, finanziell unterstützen, es gibt ihnen aber nicht das Recht, ohne gültige Ermächtigung und kraft öffentlichen Rechts in die Rechtsverhältnisse der betroffenen Personen rechtsgestaltend einzugreifen (§ 4 des Gesetzes über die Sozial- und Jugendhilfe [Sozialhilfegesetz, SHG] vom 21. Juni 2001 i.V.m. § 3 der Sozialhilfeverordnung [SHV] vom 25. September 2001). Ebensowenig lässt sich eine gültige Ermächtigung aus der vom Beschwerdeführer am 8. September 2015

unterzeichneten Einverständniserklärung ableiten. Er anerkannte mit der Unterzeichnung dieser Einverständniserklärung einzig, dass die ihn betreffende Korrespondenz der Beschwerdegegnerin wie Prämien- und Leistungsabrechnungen etc. ab 1. September 2015 und bis auf Widerruf direkt an den Sozialdienst zu richten und Rückerstattungen sowie Prämienverbilligungen an sie auszubezahlen seien. Damit bleibt zu prüfen, ob der Sozialdienst sich auf eine gültige gewillkürte Vertretung berufen kann. 6.1.1 Art. 37 Abs. 1 ATSG regelt die (gewillkürte) Vertretung im Sozialversicherungsverfahren. Danach kann sich eine Partei, wenn sie nicht persönlich zu handeln hat, jederzeit vertreten lassen. Gemäss Abs. 2 kann der Versicherungsträger die Vertretung auffordern, sich durch schriftliche Vollmacht auszuweisen. Solange eine Partei die Vollmacht nicht widerruft, macht der Versicherungsträger seine Mitteilungen nach Abs. 3 an die Vertretung. Weitere Regelungen zur Stellvertretung sieht das Sozialversicherungsrecht nicht vor, weshalb das Stellvertretungsrecht gemäss Art. 32 ff. des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR) vom 30. März 1911 ergänzend und analog anwendbar ist (BGE 132 V 166 E. 8.5.1, vgl. auch Kieser, a.a.O., Rz. 2 ff. zu Art. 37 ATSG). Die gewillkürte Vertretung entsteht durch ein Rechtsgeschäft, wobei die handlungsfähige Person eine Drittperson beauftragt, ihre Interessen in einem bestimmten Verfahren wahrzunehmen. Das Rechtsverhältnis zwischen der vertretenen und der vertretenden Person ist dem Privatrecht unterstellt (Kieser, a.a.O., Rz. 6 zu Art. 37 ATSG). 6.1.2 Die Vertretung nach Art. 32 OR ist zulässig, soweit sie nicht durch das Gesetz oder die Natur der Sache ausgeschlossen ist (Rolf Watter, Basler Kommentar zum Obligationenrecht I, Art. 1-529 OR, 7. Aufl. 2020, Rz. 3 zu Art. 32 OR). Art. 7 Abs. 2 KVG schliesst die Stellvertretung nicht aus. Zudem handelt es sich beim Beitrittsrecht zu einem Krankenpflegeversicherungsverhältnis gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung der Natur der Sache nach nicht um ein Recht, das nur durch die versicherte Person selbst ausgeübt werden kann (BGE 132 V 166 E. 8.5.1). 6.1.3 Art. 32 Abs. 1 und 2 OR handeln von der direkten Vertretungswirkung. Bei dieser hat der Vertreter oder die Vertreterin Vertretungsmacht und erklärt dem Dritten beim Abschluss des Rechtsgeschäfts ausdrücklich oder stillschweigend, dass die Wirkungen des Geschäfts beim Vertretenen entstehen sollen. Vorausgesetzt zur gültigen Vertretungswirkung sind damit die Vertretungsmacht und das Handeln in fremdem Namen. Rechtsgeschäftlich wird Vertretungsmacht (auch Vollmacht oder Ermächtigung genannt) durch Bevollmächtigung eingeräumt (Watter, a.a.O., Rz. 13 zu Art. 32 OR). Die Mitteilung der Vollmacht kann nur von der vertretenen Person aus gehen (Watter, a.a.O., Rz. 31 zu Art. 33 OR). Praktisch erfolgt die Vollmachtsmitteilung häufig durch Ausstellung einer Vollmachtsurkunde. Vertretungsmacht ist somit stets Voraussetzung für ein Handeln mit Wirkung für Dritte. Fehlt sie, tritt diese Wirkung allenfalls dank Gutgläubensschutz (Art. 33 Abs. 3 und Art. 34 Abs. 3 OR) oder durch Genehmigung nach Art. 38 OR ein (Watter, a.a.O., Rz. 14 zu Art. 32 OR). Sind die Voraussetzungen der Stellvertretung erfüllt, treten sämtliche Rechtswirkungen unmittelbar bei der vertretenen Person und beim Dritten ein (Watter, a.a.O., Rz. 23 zu Art. 32 OR). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt, dass bei der Klage des Dritten gegen die (angeblich) Vertretenen der Dritte die Beweislast für das Vorhandensein der Vertretungsmacht (oder des Vorliegens eines Ersatztatbestandes) und des Handelns in fremdem Namen trägt, falls der "Vertretene" eine Vertretung bestreitet (Watter, a.a.O., Rz. 35 zu Art. 33 OR). 6.2.1 Eine Vertretung des Beschwerdeführers durch den Sozialdienst bei der Änderung des bestehenden Versicherungsverhältnisses (Franchise und Unfall) war somit grundsätzlich möglich. Der Beschwerdeführer bestreitet allerdings das Vorliegen

einer Vertretungsvollmacht des Sozialdienstes. Zu prüfen ist daher, ob der Sozialdienst die für ein Handeln mit Wirkung für den Beschwerdeführer vorausgesetzte Vertretungsmacht hatte. Diese hätte durch eine Bevollmächtigung eingeräumt werden müssen. Fehlt die entsprechende Vertretungsmacht, so tritt die Wirkung nicht ein.

6.2.2 Gemäss einer Aktennotiz der Beschwerdegegnerin vom 26. Oktober 2015 meldete der Sozialdienst den Unfalleinschluss und die Änderung der Jahresfranchise von neu Fr. 300.-- am 26. Oktober 2015 (Beilage 6 der Beschwerdeantwort). Der E-Mail-Korrespondenz zwischen der Beschwerdegegnerin und dem Sozialdienst vom 22. April 2020 (Beilage 67 der Beschwerdeantwort) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin im Oktober 2015 keinen schriftlichen Antrag für die Reduktion der Franchise und den Unfalleinschluss verlangt hatte. Vielmehr wurde die entsprechende Änderung - wie der Handnotiz auf der Versicherungspolice für das Jahr 2016 zu entnehmen ist - am 26. Oktober 2015 telefonisch von der zuständigen Mitarbeiterin des Sozialdienstes veranlasst. Dementsprechend wurde in der Versicherungspolice vom 30. Oktober 2015 (vgl. Beilage 5 der Beschwerdeantwort) die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) mit Einschluss der Unfaldeckung mit Wirkung ab 1. Oktober 2015 auf Fr. 392.-- (OKP Fr. 364.60 plus Unfall Fr. 27.40) festgesetzt. Ab 1. Januar 2016 wurde zudem die Franchise von Fr. 300.-- berücksichtigt (vgl. Beilage 7 der Beschwerdeantwort/Versicherungspolice für das Jahr 2016). Diese Änderungen erfolgten jedoch ohne Hinweis darauf, dass der Sozialdienst im Namen und Auftrag des Beschwerdeführers handelte oder unter Zugrundelegung einer Vollmacht, sondern vielmehr ohne das Wissen des Beschwerdeführers. Davon ist zumindest mit Blick auf die Aktennotiz vom 21. Januar 2016 auszugehen (vgl. Beilage 8 der Beschwerdeantwort). Demnach hat sich der Beschwerdeführer telefonisch informiert, in welchem Umfang er bei der Beschwerdegegnerin versichert ist. Die zuständige Mitarbeiterin informierte ihn in der Folge über den Versicherungsumfang ab 1. Januar 2016 (Prämie mit Einschluss Unfall und Franchise von Fr. 300.--). Der Aktennotiz über das Telefongespräch ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer eingewendet habe, er habe die Jahresfranchise nicht geändert. Die Mitarbeiterin teilte ihm daraufhin mit, dass gemäss dem Schreiben des Sozialdienstes eine "Abtretung" vorliege. Die Frage, ob der Beschwerdeführer eine Beschwerde dagegen erheben wolle, habe er verneint.

6.2.3 Da sich weder in den Akten der Beschwerdegegnerin noch in denjenigen des Sozialdienstes eine Vollmacht des Beschwerdeführers befindet, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass im fraglichen Zeitpunkt keine Vertretungsmacht vorlag, die dem Sozialdienst das Recht eingeräumt hätte, für den Beschwerdeführer einen Wechsel der Franchise vorzunehmen.

6.2.4 Zu beachten ist ferner, dass die Sozialhilfebehörde gemäss § 1 Abs. 2 lit. a SHG insbesondere die Beratung, die materielle Unterstützung und die Eingliederung bedürftiger Personen zu gewährleisten hat. Dabei gelten nach § 6 Abs. 1 SHG in Verbindung § 12 Abs. 1 lit. b als Aufwendungen für obligatorische Versicherungen die Grundversicherung der Kranken- und Unfallversicherungen bis zur Höhe der regionalen Durchschnittsprämie für Erwachsene, junge Erwachsene und Kinder. Als Aufwendungen für medizinische Behandlungen und Pflege geltend unter anderem die neben den Krankenversicherungsleistungen verbleibenden Franchisen (§ 13 Abs. 1 lit. a SHV). Demnach ist der Sozialdienst grundsätzlich verpflichtet, die Prämien der OKP der entsprechenden Prämienregion und auch die ungedeckten Kosten bis zur Ausschöpfung der Franchisen und Selbstbehalte zu übernehmen. Das kantonale Handbuch Sozialhilferecht (Version 2020) empfiehlt zwar trotz möglicher Einsparungen bei der Wahl einer höheren Franchise für Erwachsene eine Franchise von Fr. 300.-- abzuschliessen (S. 140). Dabei

handelt es sich jedoch lediglich um eine Empfehlung; es kann daraus jedenfalls keine Verpflichtung der unterstützten Person abgeleitet werden, von sich aus eine tiefere Franchise zu wählen. Es ist somit festzuhalten, dass sich die Reduktion der Franchise vorliegend auch nicht aus gesetzlichen oder reglementarischen Gründen aufgedrängt hat.

6.3 Eine Ermächtigung, im Namen eines anderen Rechtshandlungen vorzunehmen, stand dem Sozialdienst damals auch nicht aus öffentlichem Recht zu, wie bereits in Erwägung 5.3 hiervor dargelegt (Art. 33 Abs. 1 OR). Soweit er die Änderung der Franchise veranlasste, tat er das ohne gültige Ermächtigung. Die Beschwerdegegnerin ihrerseits wäre verpflichtet gewesen, eine schriftliche Vollmacht einzuholen.

6.4 Als Nächstes ist zu prüfen, ob der Sozialdienst berechtigt war, den Unfalleinschluss bei der Krankenversicherung des Beschwerdeführers zu beantragen.

6.4.1 Obligatorisch unfallversichert nach Art. 1a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 sind u.a. erwerbstätige Personen. Nichterwerbstätige Personen haben sich gegen das Unfallrisiko obligatorisch bei der sozialen Krankenversicherung zu versichern. Diese gewährt Leistungen bei Unfall, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt (Art. 1a Abs. 2 lit. b KVG), wobei Unfälle nach dem KVG gedeckt sind, sobald die Unfallddeckung nach dem UVG ganz oder teilweise aufhört (Art. 8 Abs. 2 KVG). Sobald eine versicherte Person nachweist, dass sie für das Unfallrisiko nach dem UVG versichert ist, sistiert die soziale Krankenversicherung die Deckung für Unfälle auf Antrag der versicherten Person und setzt die Prämie entsprechend herab (Art. 8 Abs. 1 KVG).

6.4.2 Den Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer ab September 2015 durch den Sozialdienst unterstützt wurde. Die Unterstützung wurde gemäss Schreiben des Sozialdienstes vom 11. Juli 2016 per 31. Juli 2016 beendet, da der Beschwerdeführer wieder eine Arbeitsstelle gefunden habe (Beilagen 6 und 9 der Beschwerdeantwort). Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in der Zeit, in der er von der Sozialhilfe finanziell unterstützt wurde, weder über einen Arbeitgeber noch über die Arbeitslosenversicherung unfallversichert war. Dementsprechend war er verpflichtet, sich gegen das Unfallrisiko bei der Krankenversicherung zu versichern. Allerdings leuchtet nicht ein, weshalb der Sozialdienst den Unfalleinschluss - wenn auch in guter Absicht - für den Beschwerdeführer beantragte, zumal keine Hinweise bestanden, dass der Beschwerdeführer dies nicht selbst - nach Mitteilung respektive Aufforderung des Sozialdienstes - hätte erledigen können. Jedenfalls lassen sich den Akten keine Hinweise entnehmen, dass er dazu nicht imstande gewesen wäre. Abgesehen davon verfügte der Sozialdienst weder über eine gesetzliche noch eine gewillkürte Vollmacht, um den Antrag des Unfalleinschlusses bei der Krankenversicherung zu veranlassen (vgl. E. 5.3 und 6.1.1 ff. hiervor).

6.4.3 Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Tatsache, dass eine Person Sozialhilfe bezieht, ihre zivilrechtliche Rechts- und Handlungsfähigkeit nicht einschränkt. Denkbar ist zwar, dass sich bei gewissen sozialhilfebeziehenden Personen Unterstützung für administrative Belange aufdrängt. Vorliegend bestehen allerdings keine Hinweise, dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage gewesen wäre, den Unfalleinschluss seiner Krankenversicherung zu beantragen. Falls er einer entsprechenden Aufforderung des Sozialdienstes nicht nachgekommen wäre, hätte der Sozialdienst immer noch eine Ermächtigung einholen können bzw. - als letzte Möglichkeit - den Unfalleinschluss selbst beantragen können, um eine Unfallversicherungsdeckung sicherzustellen. Erst Letzteres erschiene vor dem Hintergrund, dass dem Beschwerdeführer zuerst die Möglichkeit geboten worden wäre, den Unfalleinschluss selbst zu beantragen, vertretbar.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Sozialdienst weder über eine gesetzliche noch eine gewillkürte Vertretungsmacht verfügte, um verbindliche Handlungen für den Beschwerdeführer vorzunehmen. Soweit er für den Beschwerdeführer eine tiefere Franchise sowie den Unfalleinschluss bei der Krankenversicherung beantragte, tat er das ohne gültige Ermächtigung. Ebenso wenig hätte die Krankenversicherung den entsprechenden Anträgen des Sozialdienstes ohne entsprechende Vollmacht des Beschwerdeführers Folge leisten dürfen. Vielmehr lag es in ihrer Verantwortung sich zu versichern, dass eine gültige Vertretungsvollmacht vorliegt. Sie wäre dementsprechend verpflichtet gewesen, eine schriftliche Vollmacht für die Herabsetzung der Franchise und den Unfalleinschluss beim Beschwerdeführer einzuholen oder eine solche vom Sozialdienst einzuverlangen. Das Unverständnis des Beschwerdeführers über die Vorgehensweise des Sozialdienstes und der Krankenversicherung ist nachvollziehbar. 8.1 Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer die Reduktion der Franchise und den Unfalleinschluss nachträglich konkludent genehmigt hat. 8.2 Art. 38 OR sieht vor, dass wenn jemand, ohne dazu ermächtigt zu sein, als Stellvertreter einen Vertrag abgeschlossen hat, der Vertretene nur dann Gläubiger oder Schuldner wird, wenn er den Vertrag genehmigt. Der Dritte ist berechtigt, vom Vertretenen innerhalb einer angemessenen Frist eine Erklärung über die Genehmigung zu verlangen und ist nicht mehr gebunden, wenn der Vertretene nicht binnen dieser Frist die Genehmigung erklärt. Die Genehmigung ist ein einseitiges, empfangsbedürftiges Rechtsgeschäft. An eine bestimmte Form ist sie nicht gebunden, und sie kann auch konkludent (z.B. durch Klage auf Leistung) erklärt werden. Stillschweigen bedeutet demgegenüber immer eine Nicht-Genehmigung; vorbehalten bleibt der Fall, wo ein Widerspruch möglich und zumutbar war und der Dritte in guten Treuen davon ausgehen konnte, dass der Vertretene bei fehlendem Einverständnis widersprechen werde (Watter, a.a.O., Rz. 6 zu Art. 38 OR). Wie jedes Gestaltungsrecht ist die Genehmigung unwiderruflich und bedingungsfeindlich. Die Genehmigung hat zur Folge, dass das Rechtsgeschäft zwischen dem Vertretenen und dem Dritten Rechtswirkung entfaltet, so wie es der Vertreter abgeschlossen hat. In diesem Sinne wirkt die Genehmigung rückwirkend auf den Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (Watter, a.a.O., Rz. 8 zu Art. 38 OR). Will der Dritte im Falle einer Stellvertretung ohne Vollmacht Rechte aus einem Vertrag ableiten, muss er die Genehmigung beweisen. 8.3 Klar ist, dass eine stillschweigende Duldung keine Genehmigung bedeutet, denn wie bereits dargelegt, bedeutet Stillschweigen die Nicht-Genehmigung. Allerdings kann Stillschweigen einer Genehmigung gleichkommen, wenn ein Widerspruch möglich und zumutbar war und der Dritte in guten Treuen davon ausgehen konnte, dass der Vertretene bei fehlendem Einverständnis einsprechen werde (vgl. E. 8.2 hiavor). Indem der Beschwerdeführer der Reduktion der Franchise und dem Unfalleinschluss - nachdem er spätestens am 21. Januar 2016 Kenntnis davon hatte (vgl. E. 6.2.2 und Beilage 8 der Beschwerdeantwort) - trotz Möglichkeit und Zumutbarkeit nicht widersprochen hatte und die Beschwerdegegnerin aufgrund des Telefonats vom 21. Januar 2016 in guten Treuen davon ausgehen durfte, dass der Versicherte bei fehlendem Einverständnis der Reduktion der Franchise und dem Unfalleinschluss widersprochen hätte, hat er die Vertretung durch den Sozialdienst bezüglich Reduktion der Franchise und des Unfalleinschlusses stillschweigend genehmigt. Vor diesem Hintergrund kann der Auffassung des Beschwerdeführers, er schulde die ausstehenden Prämien der Monate August 2018 bis Juni 2019 nicht vollumfänglich, nicht gefolgt werden. 9.1 Der Beschwerdeführer macht ferner geltend, er habe seit Juli 2016 mehrmals darum gebeten, die Police wieder so zu ändern, wie sie von ihm ursprünglich beantragt worden sei. Aus den Akten geht nicht hervor, dass er je einen schriftlichen Antrag

bei der Krankenversicherung eingereicht und darin um Erhöhung der Franchise und Sistierung des Unfalleinschlusses gebeten hat. Ebenso liegen der Beschwerde weder Nachweise für die behauptete Erhöhung der Franchise und Sistierung des Unfalleinschlusses bei noch legt er dar, wann, in welcher Form und an wen er die behaupteten Anträge betreffend die Erhöhung der Franchise bzw. Sistierung der Unfalldeckung gerichtet hat. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang an Art. 94 Abs. 1 KVV, wonach die Wahl einer höheren Franchise jeweils auf Beginn eines Kalenderjahres erfolgen kann. Die Unfalldeckung kann nach Art. 8 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 11 Abs. 1 KVV sistiert werden, sobald die versicherte Person nach dem UVG obligatorisch für das Unfallrisiko versichert ist. Der Krankenversicherer veranlasst das Ruhen der Unfalldeckung auf schriftlichen Antrag der versicherten Person und setzt die Prämie entsprechend herab, sobald der Nachweis erbracht wird, dass das Unfallrisiko nach dem UVG voll versichert ist. 9.2 Dem Beschwerdeführer ist schliesslich anzulasten, dass er die Franchise - nachdem die Unterstützung durch den Sozialdienst per 31. Juli 2016 endete - nicht selbst reduzieren liess. Dies, obschon die Krankenversicherung ihn mit Schreiben vom Oktober 2016, 2017, 2018 und 2019 darauf hinwies zu überprüfen, ob die Franchise noch den persönlichen Bedürfnissen entspreche (Beilagen 11, 12, 19, und 59 der Beschwerdeantwort). Zudem fällt auf, dass der Beschwerdeführer die Prämien ab August 2016 bis Juli 2018 und somit während zweier Jahre ohne Beanstandung beglichen hat. Es wäre ihm ohne Weiteres zuzumuten gewesen, während dieser Zeit die Franchise per Beginn eines Kalenderjahres erhöhen zu lassen und den Unfallausschluss zu veranlassen. Dass er von dieser Möglichkeit nicht Gebrauch gemacht hat und die Prämien - trotz jährlichen Hinweises der Krankenversicherung auf die Möglichkeit, die Franchise anpassen zu lassen - vollumfänglich beglich, stand ihm selbstverständlich frei. Indes geht es nicht an, die Mehrkosten dieses Verhaltens auf die Krankenversicherung abzuwälzen. Hinzu kommt, dass er im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht (vgl. E. 3.1 f. hiervor) angehalten gewesen wäre, Nachweise für die behaupteten Anträge auf Reduktion der Franchise bzw. Ausschluss der Unfalldeckung einzureichen und substantiiert darzulegen, weshalb der von der Krankenversicherung ermittelte Forderungsbetrag unzutreffend sei, was er allerdings unterlassen hat. Auch vor diesem Hintergrund geht die vom Beschwerdeführer vertretene Auffassung, er schulde nicht die volle Prämie, fehl.

E. 10

Wenn die versicherte Person Aufwendungen verschuldet, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, kann der Krankenversicherer gemäss Art. 105b Abs. 2 KVV angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der versicherten Personen eine entsprechende Regelung vorsieht. Die Beschwerdegegnerin macht in diesem Zusammenhang im vorliegenden Verfahren Mahnkosten im Umfang von pauschal Fr. 150.-- geltend. Gemäss Ziff. 5.5 der Versicherungsbedingungen (VB) BASIS - die obligatorische Krankenversicherung nach KVG (Ausgabe vom 1. Juli 2016; Beilage 1 der Beschwerdeantwort) der Progrès gehen die durch die Rückstände in der Prämienzahlung und den Kostenbeteiligungen verursachten Gebühren wie z.B. Mahnspesen und Inkassogebühren zulasten der versicherten Person. Die von der Beschwerdegegnerin unter diesem Titel vorliegend geltend gemachten Kosten im Umfang von insgesamt Fr. 150.-- hätten bei fristgerechter Bezahlung der strittigen und wiederholt gemahnten Ausstände ohne Weiteres vermieden werden können. Die von ihr geltend gemachte Entschädigung erweist sich demnach als rechtmässig und ist im Übrigen auch hinsichtlich ihrer Höhe als

angemessen zu bezeichnen, weshalb sie vom Beschwerdeführer zu tragen ist. 11.1 Art. 26 ATSG hat eine auch auf dem Gebiet der Krankenversicherung anwendbare gesetzliche Grundlage für die Erhebung von Verzugszinsen auf ausstehende Prämienforderungen geschaffen. Der Satz für den Verzugszins auf fälligen Prämien beträgt nach Art. 26 Abs. 1 ATSG fünf Prozent im Jahr (Art. 105a KVV). Der Verzugszins ist ab dem Folgetag des vom Krankenversicherer gesetzten oder kraft Reglement geltenden Zahlungstermins (Fälligkeitstag) geschuldet, ab welchem sich der Prämienschuldner in Verzug befindet. Die Verzugszinspflicht entsteht jedoch nicht etwa erst mit Zustellung der Mahnung oder der Zahlungsaufforderung (Art. 64a Abs. 1 KVG) oder gar erst mit Ablauf der darin gesetzten Zahlungsfristen, sondern beginnt bereits mit Ablauf der ordentlichen (ersten) Zahlungsfrist zu laufen. Bei periodisch anfallenden Forderungen wie den Prämien kann es sich aus Praktikabilitätsgründen rechtfertigen, für den Beginn des Verzugszinses den mittleren Verfall festzulegen, wobei eine kulanterweise über den ursprünglichen Fälligkeitstag hinausgehende Zahlungsfrist nicht massgebend ist (Ivo Bühler/Cliff Egle , Basler Kommentar zum KVG, Rz. 11 zu Art. 64a KVG mit weiteren Hinweisen; Urteil des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 5. November 2012, KV 2012/3, E. 8.1.2 m. H. auf BGE 131 III 12 E. 9.5; Kieser , a.a.O., Rz. 29 ff. und 89 zu Art. 26 ATSG). 11.2 Nach Ziff. 5.2 der VB werden die Prämien in der Regel monatlich erhoben. Sie sind im Voraus zahlbar und werden am ersten Tag jedes Monats fällig. Vorliegend ergibt sich folgende Aufstellung: Prämie von Fälligkeit Verzugszins geschuldet ab Zahlungs- aufforderung zugestellt am Forderungs- betrag in Fr. Zins ab Fälligkeit bis Einleitung der Betreuung am

15.10.2019	August 2018	01.08.2018	02.08.2018	24.09.2018	(Beil. 17)	420.70 Fr.	4.90 (mit Teilzahlung Fr. 360.-- vom 27.08.2018)
September 2018	01.09.2018	02.09.2018	21.10.2018	(Beil. 22)	420.70 Fr.	4.65 (mit Teilzahlung Fr. 360.-- vom 28.09.2018)	
Oktober 2018	01.10.2018	02.10.2018	17.11.2018	(Beil. 26)	420.70 Fr.	4.30 (mit Teilzahlung Fr. 360.-- vom 25.10.2018)	
November 2018	01.11.2018	02.11.2018	14.12.2019	(Beil. 30)	420.70 Fr.	3.25 (mit Teilzahlung Fr. 360.-- vom 09.11.2018)	
Dezember 2018	01.12.2018	02.12.2018	09.02.2019	(Beil. 36)	420.70 Fr.	2.65 (mit Teilzahlung Fr. 360.-- vom 03.12.2018)	
Januar 2019	01.01.2019	02.01.2019	16.02.2019	(Beil. 37)	541.60 Fr.	7.15 (mit Teilzahlung Fr. 360.-- vom 03.01.2019)	
Februar 2019	01.02.2019	02.02.2019	17.03.2019	(Beil. 42)	541.60 Fr.	6.95 (mit Teilzahlung Fr. 360.-- vom 15.02.2019)	
März 2019	01.03.2019	02.03.2019	13.04.2019	(Beil. 46)	541.60 Fr.	5.60 (mit Teilzahlung Fr. 360.-- vom 01.03.2019)	
April 2019	01.04.2019	02.04.2019	19.05.2019	(Beil. 50)	541.60 Fr.	4.85 (mit Teilzahlung Fr. 360.-- vom 01.04.2019)	
Mai 2019	01.05.2019	02.05.2019	15.06.2019	(Beil. 54)	541.60 Fr.	5.75 (mit Teilzahlung Fr. 360.-- vom 04.06.2019)	
Juni 2019	01.06.2019	02.06.2019	21.07.2019	(Beil. 57)	541.60 Fr.	4.75 (mit Teilzahlung Fr. 360.-- vom 01.07.2019)	

Total Zins Fr. 54.80 11.3 Gemäss den vorliegenden Unterlagen hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer jeweils für die ausstehenden monatlichen Prämien gemahnt (vgl. Beilagen 17, 22, 26, 30, 36, 37, 42, 46, 50 und 54 der Beschwerdeantwort), die Zahlungsaufforderung innerhalb von drei Monaten ab deren Fälligkeit und getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zugestellt (vgl. Tabelle oben und E. 4.2 hiervor) sowie ab dem Zeitpunkt der Fälligkeit bis zur Anhebung der Betreuung auf die einzelnen Betreffnisse 5% Zins erhoben. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden, allerdings ist bei den von der Beschwerdegegnerin berechneten Verzugszinsen eine rechnerische Korrektur anzubringen. Namentlich betragen diese Fr. 54.80 (anstelle von Fr. 56.70). Nebst diesen Verzugszinsen hat der Beschwerdeführer auch die seit Einleitung der Betreuung entstandenen Verzugszinsen von 5% seit 16. Oktober 2019 auf der

Gesamtforderung von Fr. 1'393.10 zu bezahlen. 12.1 Was schliesslich die Betreuungskosten betrifft, so bilden diese selber nicht Gegenstand des Rechtsöffnungsentscheids. Der Rechtsöffnungsrichter verfügt jedoch im Urteilsdispositiv über deren Zusprechung (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 Betreuungskosten zu tragen. Dazu gehören in jedem Falle die Kosten für den Zahlungsbefehl (Urteil des EVG vom 2. Februar 2006, K 112/05, E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Der Beschwerdeführer ist Schuldner im Betreibungsverfahren Nr. X.____, weshalb auch die Kosten des Zahlungsbefehls in der Höhe von gesamthaft Fr. 73.30 von ihm zu übernehmen sind. 12.2 Somit ergibt sich, dass der Beschwerdeführer in der Zeit von August 2018 bis Juni 2019 bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch krankenversichert war und die monatlichen Prämien zu leisten hatte, was nur teilweise geschehen ist. Daraus ergibt sich, dass die Forderung der Beschwerdegegnerin im Umfang der offen gebliebenen Prämienausstände für die Monate August 2018 bis Juni 2019 im Gesamtvolumen von Fr. 1'393.10 zu Recht besteht.

E. 13

Im Ergebnis ist der Beschwerdeführer verpflichtet, der Beschwerdegegnerin Prämienausstände von Fr. 1'393.10 (nebst 5% Zins ab 16. Oktober 2019), Verzugszinsen von Fr. 54.80, Mahnkosten von Fr. 150.-- sowie die Betreuungskosten von Fr. 73.30 zu bezahlen. In diesem Umfang ist der Beschwerdegegnerin im Betreibungsverfahren Nr. X.____ des Betreibungsamtes die definitive Rechtsöffnung zu erteilen. Die Beschwerde vom 5. März 2020 ist somit abzuweisen.

E. 14

Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in der Regel kostenlos, sodass keine Verfahrenskosten zu erheben sind. Demgemäss wird erkannt: //: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Rechtsvorschlag in der Betreuung Nr. X.____ des Betreibungsamtes Basel-Landschaft vom 16. Oktober 2019 wird im Umfang von Fr. 1'393.10 nebst 5% Zins ab 16. Oktober 2019, Verzugszins von Fr. 54.80 zuzüglich Mahnkosten von Fr. 150.-- aufgehoben und es wird der Beschwerdegegnerin in diesem Umfang definitive Rechtsöffnung erteilt. 3. Die Betreuungskosten von Fr. 73.30 werden dem Beschwerdeführer auferlegt. 4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Gegen diesen Entscheid wurde vom Beschwerdeführer am 30.12.2020 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: 9C_800/2020) erhoben.

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