

SO_GERICHTE VSBES.2019.119 vom 22. März 2019

SO Obergericht, 2019-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.119

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.119 du 22 mars 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.119 del 22 marzo 2019

Erwägungen

E. 3

Vorliegend ist im Wesentlichen zu prüfen, ob der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin die geltend gemachten Kostenbeteiligungen zuzüglich Mahnkosten schuldet und somit dafür die definitive Rechtsöffnung zu erteilen ist. 3.1 Der Beschwerdeführer stellt sich unter anderem auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe nicht das Recht, den Rechtsvorschlag aufzuheben. Dem ist folgendes entgegenzuhalten: Der Versicherer hat das Vollstreckungsverfahren einzuleiten, falls Versicherte fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung nicht bezahlen. Erhebt der Schuldner wie im vorliegenden Fall Rechtsvorschlag, kann die Krankenkasse nachträglich eine formelle Verfügung erlassen, in welcher auf die hängige Betreuung Bezug genommen und der Rechtsvorschlag ausdrücklich als aufgehoben erklärt wird (vgl. hierzu BGE 119 V 331 E. 2 b). Diese Verfügung stellt einen definitiven Rechtsöffnungstitel dar. Erwächst sie in Rechtskraft, kann die Krankenkasse die Betreuung direkt fortsetzen (vgl. Urteil vom 20. Oktober 2003, 7B.213/2003). Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist somit in diesem Punkt nicht zu beanstanden. 3.2 Sodann bestreitet der Beschwerdeführer den von der Beschwerdegegnerin eingeforderten Betrag von CHF 1'692.80, welcher sich aus Kostenbeteiligungen der Franchise von CHF 734.50, der Selbstbehalte von CHF 691.40, der Spitalbeiträge von CHF 195.00 sowie einer zurückgeforderten Kostenbeteiligung von CHF 71.90 zusammensetzt. 3.2.1 In Art. 60 ff. KVG ist die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geregelt, wobei aus Art. 61 KVG hervorgeht, dass sich die Versicherten an den für sie erbrachten Leistungen zu beteiligen haben (Abs. 1) und diese Kostenbeteiligung aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) (Abs. 2 lit. a.) sowie einem Selbstbehalt (Abs. 2 lit. b.) besteht. Die Franchise nach Artikel 64 Abs. 2 lit. a. KVG beträgt laut Art. 103 KVV (Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung; SR: 832.102) CHF 300.00 je Kalenderjahr, wobei die Versicherer neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung betreiben können, bei der Versicherte zwischen Franchisen in Höhe von CHF 500.00, CHF 1'000.00, CHF 1'500.00, CHF 2'000.00 und CHF 2'500.00 wählen können (Art. 93 Abs. 1 KVV). In Art. 20 BVB KVG (Besondere Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Hausarzt-Modell) erklärt die Beschwerdegegnerin, dass sie eine Versicherung mit den entsprechenden Wahlfranchisen betreibt. Der Selbstbehalt nach Artikel 64 Abs. 2 lit. b. KVG beläuft sich gemäss Art. 103 Abs. 2 KVV höchstens auf CHF 700.00 pro Jahr für Erwachsene und CHF 350.00 für Kinder. Nach Art. 64 Abs. 5 KVG ist zudem ein Betrag für Spitalaufenthaltskosten zu entrichten. Bei der Kostenbeteiligung geht es darum, dass die versicherte Person einen Beitrag an die verursachten Gesundheitskosten leisten soll, um das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung zu stärken. Beim Spitalkostenbeitrag geht es nicht um Gesundheitskosten, sondern im weitesten Sinne um die Verhinderung einer

Überentschädigung. Die Kosten für Unterkunft und insbesondere Verpflegung sollen zu einem kleinen Teil an jene Versicherte überwält werden, die während eines Spitalaufenthalts Verpflegungskosten einsparen können (vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: SBVR XIV, 3. Aufl., Rz. 1385). Der Beitrag beläuft sich auf CHF 15.00 pro Tag (Art. 104 Abs. 1 KVV). 3.2.2 Wie aus den Akten ersichtlich, ist der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin seit dem 1. Januar 2015 im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit einer Franchise von CHF 2'500.00 versichert (A-Nr. 2). Gemäss der nachvollziehbaren Darstellung der Beschwerdegegnerin, wurde dem Beschwerdeführer für die Behandlung durch die B.____ vom 7. bis 20. März 2018 ein Betrag von CHF 734.50 in Rechnung gestellt, da dieser die massgebende Franchise für das Jahr 2018 noch nicht überschritten hatte (A-Nr. 3 und 4). Dieser Teil der Forderung ist demnach genügend substantiiert und erstellt. Sodann übernahm die Beschwerdegegnerin mit Leistungsabrechnung vom 4. Juli 2018 (A-Nr. 11) unter anderem die Kosten für die Behandlung vom 5. April 2018 der B.____ im Betrag von CHF 1'058.80 (A-Nr. 7), für die Behandlung vom 16. April bis 2. Mai 2018 in der C.____ den Betrag von CHF 9'675.10 (A-Nr. 8) sowie für die Behandlung vom 29. Mai 2018 bis 30. Mai 2018 in der D.____ den Betrag von CHF 1'406.95 (A-Nr. 10). Da die Franchise des Jahres 2018 bereits vollständig beglichen war, wurde dem Beschwerdeführer für diese Leistungen lediglich ein Selbstbehalt von total CHF 691.40 – verbleibende Differenz zu CHF 700.00, nachdem mit Leistungsberechnung vom 22. Juni 2018 ein Betrag von CHF 8.60 berücksichtigt worden war – weiterverrechnet (CHF 105.60 für die Behandlung vom 5. April 2018 der B.____ + CHF 585.80 für die Behandlung vom 16. April bis 2. Mai 2018 in der C.____). Zudem wurde ihm ein Spitalbeitrag von total CHF 195.00, entsprechen CHF 15.00 pro Tag (vgl. E. II. 3.2.1 hiervor), in Rechnung gestellt (CHF 165.00 für die Behandlung vom 16. April bis 2. Mai 2018 in der C.____, und CHF 30.00 für die Behandlung vom 29. Mai 2018 bis 30. Mai 2018 in der D.____). Damit sind die dem Beschwerdeführer in Rechnung gestellten Selbstbehaltskosten sowie die Spitalbeiträge ebenfalls genügend substantiiert und nicht zu beanstanden. Schliesslich hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Rückforderung von CHF 71.90 infolge Annullation einer Kostenbeteiligung in Rechnung gestellt (A-Nr. 13). Diese Rückforderung ergibt sich daraus, dass die Beschwerdegegnerin mit Leistungsabrechnung vom 22. Juni 2018 für die Behandlung vom 19. April 2018 der E.____ irrtümlich den ganzen Betrag von CHF 135.15 (A-Nr. 5) übernahm, bzw. da diese Leistung den massgebenden Selbstbehalt und die Franchise für das Jahr 2018 nicht, resp. nicht vollständig überschritten hatte, dem Beschwerdeführer die Kostenbeteiligung im Umfang der zu diesem Zeitpunkt noch offenen Differenz zur Franchise von CHF 55.35 sowie den Selbstbehaltsanteil von CHF 7.90 abzog und CHF 71.90 ausbezahlte (A-Nr. 6). Nach Erhalt der Klinikrechnung stellte die Beschwerdegegnerin jedoch fest, dass die Behandlungskosten der E.____ in den Zeitraum eines Spitalaufenthaltes fielen und somit mit der vertraglichen Spitalpauschale abgegolten werden, weshalb sich die Beschwerdegegnerin nicht an den Kosten beteiligen konnte. Demnach ist die Rückforderung von CHF 71.90 ebenfalls korrekt. 3.2.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der von der Beschwerdegegnerin vom Beschwerdeführer geforderte Betrag von CHF 1'692.80 (Kostenbeteiligungen der Franchise von CHF 734.50, der Selbstbehalte von CHF 691.40, der Spitalbeiträge von CHF 195.00 sowie einer zurückgeforderten Kostenbeteiligung von CHF 71.90) gestützt auf die vorgehenden Erwägungen nicht zu beanstanden ist. 4. An der Rechtmässigkeit der geforderten Kostenbeteiligungen vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern.

Der Beschwerdeführer macht unter anderem geltend, er habe den Spitalbeitrag für die Behandlung in der D.____ von CHF 30.00 schon bezahlt. Wie die Beschwerdegegnerin hierzu schlüssig aber darlegt, betrifft diese Zahlung vom 30. August 2018 die Leistungsabrechnung vom 11. Juli 2018, welche nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist. Es handelt sich zwar um einen Spitalbeitrag für die C.____, jedoch für den Zeitraum vom 18. bis 19. Mai 2018 und nicht, wie hier, vom 16. April bis 2. Mai oder 29. bis 30. Mai 2018. Wie sodann den Akten (A-Nrn. 3, 4, 7 und 11) entnommen werden kann und von der Beschwerdegegnerin nachvollziehbar begründet wird, hat die Beschwerdegegnerin entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers die übernommene Rechnung der B.____ über CHF 1'058.80 nicht nachträglich auf CHF 734.50 korrigiert und somit CHF 324.30 nicht übernommen. Vielmehr handelt es sich um zwei separate Rechnungen der B.____ für verschiedene Zeiträume, welche separat abgerechnet wurden. Insofern der Beschwerdeführer sodann geltend macht, es bestünden auf seiner Seite offene Guthaben gegenüber der Beschwerdegegnerin, ist darauf nicht weiter einzugehen, da dies nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens darstellt. Zudem kann der Beschwerdeführer diese von ihm behaupteten Guthaben auch nicht gegen den Willen der Beschwerdegegnerin zur Verrechnung bringen. Weder dem Versicherer (Art. 105c KVV) noch den Versicherten (BGE 110 V 183 E. 2f. S. 185 ff.) steht im Falle ausstehender Prämien oder Kostenbeteiligungen ein Verrechnungsrecht zu. Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer, es sei nicht zulässig, dass die Beschwerdegegnerin die Rechnungen direkt an die Leistungserbringer bezahlt habe. Im System des Tiers payant ist der Versicherer (Krankenkasse) gegenüber dem Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler etc.) Honorarschuldner (Art. 42 Abs. 2 KVG). Der Versicherer seinerseits stellt in der Folge der versicherten Person, wie im vorliegenden Fall, die von ihr zu übernehmenden Kosten (Selbstbehalt, Franchise usw.) in Rechnung. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist somit nicht zu beanstanden. 5. Schliesslich macht der Beschwerdeführer Leistungsansprüche aufgrund seiner Zusatzversicherung nach VVG geltend. Diesbezüglich stützt sich die strittige Forderung auf Zivilrecht. Gemäss Art. 89 Abs. 1 der Verfassung des Kantons Solothurn wird die Zivilgerichtsbarkeit ausgeübt durch die Friedensrichter, die Amtsgerichtspräsidenten, die Amtsgerichte, das Obergericht sowie weitere Gerichte und Schlichtungsbehörden nach Massgabe des Gesetzes. Die Zuständigkeit des Versicherungsgerichts müsste sich somit auf die letztgenannte Bestimmung stützen können. Es wäre also eine spezialgesetzliche Kompetenzzuweisung erforderlich. Laut § 1 der Verordnung des Kantonsrates über das Verfahren vor dem Versicherungsgericht und über die Organisation und das Verfahren der Schiedsgerichte in den Sozialversicherungen in der bis 28. Februar 2015 gültig gewesenen Fassung beurteilte das Versicherungsgericht alle Streitigkeiten in Sozialversicherungssachen, mit Einschluss der beruflichen Vorsorge und der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, im Rahmen der eidgenössischen und kantonalen Gesetzgebung. Die hier strittige Kollektiv-Taggeldversicherung galt praxisgemäss als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Entsprechende Streitigkeiten waren daher durch das Versicherungsgericht zu behandeln. Mit Wirkung ab 1. März 2015 wurde die Verordnung jedoch geändert. Nach der neuen Fassung beurteilt das Versicherungsgericht alle Streitigkeiten in Sozialversicherungssachen, mit Einschluss der beruflichen Vorsorge, im Rahmen der eidgenössischen und kantonalen Gesetzgebung. Die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung und damit auch der hier strittige Anspruch fallen nicht mehr in die sachliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts. Da dem Versicherungsgericht die

sachliche Zuständigkeit fehlt, ist auf diese Rügen bezüglich Krankenzusatzversicherung nach VVG nicht einzutreten (vgl. BGE 131 V 153 E. 1.2 S. 155 f.). 6. Bei Verzug der Zahlung von Prämien ist die Erhebung angemessener Mahngebühren und Umtriebsspesen zulässig, sofern die versicherte Person Aufwendungen schuldhaft verursacht hat und der Versicherer in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der versicherten Personen eine entsprechende Regelung vorsieht (Urteil vom 12. Januar 2006, K 40/05; BGE 125 V 276). Die geltend gemachten Gläubigerkosten finden ihre Grundlage in Art. 6.3 der AVB KVG (Allgemeine Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG der Assura, Ausgabe 1. Januar 2018) der Beschwerdegegnerin, wonach bei Zahlungsverzug eine Beteiligung von CHF 10.00 respektive CHF 30.00 für Zahlungserinnerungen und Zahlungsaufforderungen auferlegt wird. Die geltend gemachten Mahngebühren von total CHF 30.00 sind angemessen, weshalb diese in der beantragten Höhe in die Rechtsöffnung mit einzubeziehen sind. 7. Zusammenfassend ist somit in der Betreuung Nr. [...] des Betreibungsamtes [...] im Umfang von CHF 1'722.80 (CHF 1'692.80 für ausstehende Kostenbeteiligungen zuzüglich Mahnkosten von CHF 30.00) die definitive Rechtsöffnung zu erteilen. Die Beschwerde wird demnach abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist. 8. Bei diesem Verfahrensausgang ist keine Parteientschädigung zuzusprechen. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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