

# ZG\_VERWALTUNGSGERICHT S 2019 38 vom 23. Januar 2020

ZG Verwaltungsgericht, 2020-01-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zg\\_verwaltungsgericht\\_S\\_2019\\_38](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zg_verwaltungsgericht_S_2019_38)

FR: ZG\_VERWALTUNGSGERICHT S 2019 38 du 23 janvier 2020

IT: ZG\_VERWALTUNGSGERICHT S 2019 38 del 23 gennaio 2020

## Regeste

Sozialvers.rechtl. Kammer — Krankenversicherung — Beschwerde

## Erwägungen

### E. 2

Urteil S 2019 38 A. Der 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ hat am 29. Februar 2016 einen Antrag zur Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung per 1. Januar 2017 bei der Assura Basis SA (nachfolgend: Assura) im Modell Hausarzt mit einer jährlichen Franchise von Fr. 300.-- gestellt (Bg-act. 3), welchen die Beschwerdegegnerin mit Versicherungspolice vom 10. März 2016 bestätigte (Bg-act. 4). Die Nettoprämie betrug Fr. 255.50. Mit Prämienmitteilung 2017 vom 10. Oktober 2016 (Bg-act. 5) teilte die Assura A.\_\_\_\_\_ die per 1. Januar 2017 erhöhte Nettoprämie von Fr. 287.30 mit. In der Folge erhielt die Assura von der B.\_\_\_\_\_ GmbH den Wunsch des Versicherten übermittelt, die Franchise auf Fr. 2'500.-- festsetzen zu wollen (Bg-act. 6). Daraufhin schickte die Krankenversicherung A.\_\_\_\_\_ am 22. Dezember 2016 eine neue Versicherungspolice mit einer Franchise von Fr. 2'500.-- und einer Nettoprämie von Fr. 168.-- (Bg-act. 7). A.\_\_\_\_\_ musste sich Mitte 2017 im Spital C.\_\_\_\_\_ behandeln lassen, woraus Kosten von Fr. 2'169.35 entstanden sind. Hiervon stellte ihm die Assura mit Leistungsabrechnung vom 16. August 2017 insgesamt Fr. 1'815.90 als Kostenbeteiligung in Rechnung (Bg-act. 8). In der Zwischenzeit teilte der Versicherte am 13. Oktober 2017 mit Onlineformular mit, er wünsche per 1. Januar 2018 eine Anpassung der Franchise auf Fr. 300.-- (Bg-act. 9), was ihm mit Versicherungspolice vom 19. Oktober 2017 bestätigt wurde (Bg-act. 10). Mit einer weiteren Leistungsabrechnung vom 8. November 2017 forderte die Assura einen Betrag von Fr. 79.40 für Leistungen des Spitals D.\_\_\_\_\_ zurück (Bg-act. 11). Aufgrund ausgebliebener Zahlung mahnte die Assura A.\_\_\_\_\_ am 24. November 2017 betreffend die Kostenbeteiligung für die Leistungen des Spitals C.\_\_\_\_\_ (Bg-act. 12). Der Versicherte kündigte sodann am 30. November 2017 die Krankenversicherung per 31. Dezember 2017 (Bg-act. 13). Da A.\_\_\_\_\_ seine Ausstände weiterhin nicht beglich, liess ihm die Assura am 29. Dezember 2017 eine letzte Mahnung im Betrag von Fr. 1'925.30 (Fr. 1'815.90 [Kostenbeteiligung Spital C.\_\_\_\_\_] + Fr. 79.40 [Kostenbeteiligung Spital D.\_\_\_\_\_] + Fr. 30.-- [Mahngebühren]) zukommen (Bg-act. 15). Schliesslich leitete die Krankenversicherung eine Betreibung für Beteiligungen in der Höhe von Fr. 1'895.30 sowie Mahnspesen von Fr. 30.-- beim Betreibungsamt E.\_\_\_\_\_ ein (Bg-act. 18). Gegen den Zahlungsbefehl vom 2. März 2018 (Bg-act. 19) erhob A.\_\_\_\_\_ Rechtsvorschlag. Mit Verfügung vom 28. September 2018 beseitigte die Assura den Rechtsvorschlag und verpflichtete den Versicherten zur Bezahlung der in Betreibung gesetzten Beträge sowie von Betreibungskosten in Höhe von insgesamt Fr.

1'998.60 (Bg-

### **E. 2.1**

Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung, ist somit für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde sachlich zuständig (Art. 57 ATSG in Verbindung mit § 77 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes, VRG [BGS 162.1]), und § 6 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung [BGS 842.1]). Diese Zuständigkeit beschränkt sich im Bereich des Krankenpflegeversicherungsrechts indes auf die Klärung

### **E. 2.2**

Die gegen den Einspracheentscheid der Assura vom 31. Januar 2019 am 18. Februar 2019 (Poststempel vom 26. Februar 2019) erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde gilt als im Sinne von Art. 60 Abs. 1 ATSG – 30-tägige Frist – rechtzeitig. Als rechtzeitig im Sinne von Art. 52 Abs. 1 ATSG gilt auch die am 11. Oktober 2018 erhobene Einsprache (Bg-act. 22) gegen die Verfügung vom 28. September 2018 (Bg-act. 21). Der Beschwerdeführer ist vom angefochtenen Entscheid direkt betroffen, somit zur Beschwerde legitimiert. Letztere entspricht denn auch den an eine Laienbeschwerde gestellten formellen Anforderungen, weshalb sie zu prüfen ist. 3.

### **E. 3**

Urteil S 2019 38 act. 21). Die von A. \_\_\_\_\_ dagegen erhobene Einsprache wies sie ab (Entscheid vom 31. Januar 2019; Bg-act. 2). B. Beschwerdeweise beantragte A. \_\_\_\_\_ die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 31. Januar 2019 und der Forderung im Betrag von Fr. 1'998.60 sowie der Betreuung Nr. x. \_\_\_\_\_. Eventualiter sei ein detaillierter Kontoauszug über die bezahlten Prämien und Kosten auszuhändigen und ein eventuell zu viel bezahlter Betrag an ihn zurückzuerstatten (act. 1). C. Die Assura schloss vernehmlassend auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde (act. 3). D. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 5 und 7). Das Verwaltungsgericht erwägt: 1. Die Bestimmungen des am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) sind nach Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) in der heute geltenden Fassung auf die Krankenversicherung anwendbar, soweit das KVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Die Abweichungen werden in Abs. 2 abschliessend aufgelistet. Die Bestimmungen über den Bezug der Prämien und der Kostenbeteiligung der Versicherten sind dem Geltungsbereich des ATSG nicht entzogen, so dass dieses vorliegend anwendbar ist. 2.

### **E. 3.1**

Versicherer legen für ihre Versicherten Prämien fest und diese sind für alle grundsätzlich und ohne gesetzlich geregelte Ausnahmen gleich bemessen (vgl. Art. 61 Abs. 1 KVG). Die Versicherten sind verpflichtet, die Monatsprämien im Voraus spätestens am vereinbarten Fälligkeitsdatum zu entrichten (vgl. Art. 15.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG [nachfolgend: AVB; Bg-act. 27]; vgl. auch Art. 90 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV, SR 832.102]).

### **E. 3.2**

Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Die Kostenbeteiligung besteht aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) und 10 % der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Der Bundesrat bzw. der Verordnungsgeber bestimmt den Rahmen für die Franchise (von derzeit Fr. 300.-- bis zu Fr. 2'500.--) und legt den Höchstbetrag des Selbstbehaltes fest. Auch für Spalkosten kann ein nach der finanziellen Belastung der Familie abgestufter Betrag festgelegt werden, den der Bundesrat bzw. der Verordnungsgeber bestimmt. Sodann können für bestimmte Leistungen höhere Kostenbeteiligungen vorgesehen werden. Gewisse Leistungen (Präventionsprogramme) können aber auch von der Franchise ausgenommen werden und für Leistungen im Zusammenhang mit der Mutterschaft nach Art. 29 Abs. 2 KVG sollen keine Kostenbeteiligungen erhoben werden (vgl. Art. 64 Abs. 1 bis Abs. 7 KVG).

### **E. 3.3**

Die Franchise nach Art. 64 Abs. 2 lit. a KVG beträgt Fr. 300.-- je Kalenderjahr (Art. 103 Abs. 1 KVV). Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung betreiben, bei der Versicherte eine höhere Franchise als nach Art. 103 Abs. 1 wählen können (wählbare Franchisen). Die wählbaren Franchisen betragen für Erwachsene und junge Erwachsene Fr. 500.--, Fr. 1'000.--, Fr. 1'500.--, Fr. 2'000.-- und Fr. 2'500.-- (Art. 93 Abs. 1 KVV).

### **E. 3.4**

Gemäss Art. 64a Abs. 1 KVG hat der Versicherer die versicherte Person schriftlich zu mahnen, ihr eine Nachfrist von dreissig Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzugs hinzuweisen, wenn sie die fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlt. Art. 105a KVV bestimmt, dass der Satz für den Verzugszins auf fälligen Prämien nach Art. 26 Abs. 1 ATSG 5 % im Jahr beträgt. Gemäss Art. 105b Abs. 1 KVV muss der Versicherer unbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen spätestens drei Monate ab Fälligkeit schriftlich mahnen.

### **E. 3.5**

Nach der Rechtsprechung sind die Versicherer befugt, den gegen eine Prämienforderung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhobenen Rechtsvorschlag im Rahmen des Verwaltungsverfahrens mittels Verfügung oder Einspracheentscheid aufzuheben (vgl. Art. 79 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs vom 11. April 1889 [SchKG, SR 281.1]). Dabei muss ausdrücklich auf die Betreibung Bezug genommen und der Rechtsvorschlag als aufgehoben erklärt werden. Die Verwaltungsbehörde fällt in dieser Konstellation nicht nur einen Sachentscheid, sondern handelt gleichzeitig auch als Rechtsöffnungsinstanz. Gleiches gilt im Beschwerdefall für die Gerichte (vgl. BGer-Urteil 9C\_193/2010 vom 31. März 2010 E. 1).

### **E. 3.6**

Nach Art. 26 Abs. 1 ATSG sind für fällige Beitragsforderungen Verzugszinsen zu leisten. Fälligkeit bedeutet, dass der Gläubiger die Leistung einfordern und sie einklagen darf. Der Zeitpunkt der Fälligkeit einer Forderung kann sich aus Vereinbarung, aus der Natur des Rechtsverhältnisses oder gestützt auf eine gesetzliche Bestimmung ergeben. Nicht verlangt ist somit der Eintritt des Verzugs des Schuldners. Dieser muss also nicht gemahnt werden, um die Verzugszinspflicht auszulösen (Kieser, ATSG-Komm., 3. Aufl. 2015, Art. 26 ATSG N 26).

### **E. 3.7**

Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren

### **E. 3.8**

Die Betreuungskosten sind von Gesetzes wegen geschuldet (Art. 68 SchKG) und vom Schuldner bei erfolgreicher Betreuung zusätzlich zum dem Gläubiger zugesprochenen Betrag zu bezahlen. Es ist nicht Sache des Krankenversicherers diese Kosten zu verfügen. Sie bilden nicht Gegenstand des Rechtsöffnungsverfahrens und es braucht dafür keine Rechtsöffnung erteilt zu werden. 4. Der Bestand eines Versicherungsverhältnisses mit der Assura wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Ebenso wenig stellt er in Abrede, dass er Leistungen des Spitals C.\_\_\_\_\_ und des Spitals D.\_\_\_\_\_ in Anspruch genommen hat. Demgegenüber ist streitig, welche Franchise für den Beschwerdeführer im Jahr 2017 Geltung hatte.

### **E. 4**

Urteil S 2019 38 der Ansprüche und Forderungen aus KVG, während die Geltendmachung von Ansprüchen nach VVG der Überprüfung durch die zivilen Gerichte vorbehalten ist. Die örtliche Zuständigkeit ist gestützt auf Art. 58 Abs. 1 ATSG gegeben, da die versicherte Person ihren Wohnsitz nun in der Gemeinde F.\_\_\_\_\_, vormals in E.\_\_\_\_\_, hat.

### **E. 4.1**

Während die Assura bezugnehmend auf die Versicherungspolice vom 22. Dezember 2016 (Bg-act. 7) von einer Franchise in Höhe von Fr. 2'500.-- und einer Nettoprämie KVG von Fr. 168.-- (abzüglich des Ertrags aus Umweltabgaben von Fr. 5.65: Fr. 162.35) ausgeht, macht der Beschwerdeführer geltend, er habe eine Versicherung mit einer Franchise von Fr. 300.-- abgeschlossen. Einer Erhöhung auf Fr. 2'500.-- habe er nie zugestimmt.

### **E. 4.2**

Die Vorbringen des Beschwerdeführers sind indessen allesamt nicht stichhaltig:

#### **E. 4.2.1**

Seine Ausführungen, er habe nie einen Antrag für eine Franchisenerhöhung abgegeben, auch nicht über Dritte, erscheint nicht als glaubhaft. Aus den Akten ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer ursprünglich über die B.\_\_\_\_\_ GmbH einen Antrag um Aufnahme in die Krankenversicherung mit einer Franchise von Fr. 300.-- gestellt hat (Bg-act. 3). Die Aufnahme wurde von Seiten der Assura am 10. März 2016 bestätigt (Bg-act. 4). Mit Prämienmitteilung 2017 vom 10. Oktober 2016 wurde dem Versicherten die Erhöhung der Nettoprämie von Fr. 255.50 auf Fr. 287.30 für das Jahr 2017 angezeigt (Bg-act. 5). Sodann findet sich eine E-Mail von G.\_\_\_\_\_ von der B.\_\_\_\_\_ GmbH vom 20. Dezember 2016 in den Akten, mit welcher er der Assura den Wunsch des Beschwerdeführers um eine Franchisenerhöhung auf Fr. 2'500.-- mitteilte (Bg-act. 6).

#### **E. 4.2.2**

Aktenwidrig ist zudem die Behauptung des Beschwerdeführers, der Versicherungsagent habe ohne sein Wissen nebst der Erhöhung der Franchise auch Zusatzversicherungen abgeschlossen, um die monatlichen Prämien praktisch gleich zu halten. Weil der monatliche Betrag nahezu gleich geblieben sei, habe er nichts gemerkt. Er sei erst wenige Jahre in der Schweiz und habe sich beim Abschluss seiner ersten Krankenversicherung auf sein

Gegenüber verlassen. Er habe einzig eine Grundversicherung abgeschlossen, von Zusatzversicherungen habe er nichts gewusst. Er habe seinen Versicherungsstatus immer über den Monatsbetrag kontrolliert. Da dieser bis auf eine vernachlässigbare kleine Differenz gleich geblieben sei, sei er davon ausgegangen, immer noch gleich versichert zu sein. Er habe nicht gewusst, wie die Police zu lesen sei. Er habe auch kein Grund zur Annahme gehabt, es hätte sich etwas geändert, da er nie eine solche beantragt habe. Den Antrag um Aufnahme in die Krankenversicherung vom 29. Februar 2016 (Bg-act. 3) hat der Beschwerdeführer selber unterzeichnet. Darin wurde nebst einer Grundversicherung im Hausarztmodell mit einer Franchise von Fr. 300.-- auch eine Zusatzversicherung VVG gewünscht (Complementa Extra, Komplementärmedizin Medna

#### **E. 4.2.3**

Ausserdem verhält sich der Versicherte selber widersprüchlich, wenn er über mehrere Monate hinweg die deutlich tiefere Monatsprämie bezahlt und erst nach Erhalt der Leistungsabrechnung mit einer entsprechenden Kostenbeteiligung am 16. August 2017 (Bg-act. 8) sich darauf beruft, lediglich eine Franchise von Fr. 300.-- vereinbart zu haben. Wie die Assura zutreffend bemerkte, wäre angesichts der im Jahr 2017 bezogenen medizinischen Leistungen die tiefste Franchise am vorteilhaftesten für ihn gewesen (vgl. Bg-act. 26). Dem Beschwerdeführer hätte indessen von vornherein klar sein müssen, dass angesichts der zu entrichtenden, deutlich tieferen Monatsprämien keine Franchise von Fr. 300.-- zur Anwendung gelangte.

#### **E. 4.2.4**

Aus dem Hinweis, wonach der Kassenwechsel per 1. Januar 2018 problemlos bestätigt worden sei, weshalb keine Ausstände vorliegen könnten, kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Hierzu kann auf die zutreffenden Ausführungen der Assura in E. 8 des angefochtenen Einspracheentscheids verwiesen werden. Eine versicherte Person gilt erst ab Zustellung der Mahnung nach Art. 105b Abs. 1 KVV als säumig im Sinne von Art. 64a Abs. 6 KVG (vgl. Art. 105l Abs. 1 KVV; BGer-Urteil 9C\_51/2016 vom 2. November 2016 E. 4.2). Die letzte Zahlungsaufforderung mit einer Frist von 30 Tagen gemäss Art. 105b Abs. 1 KVV versandte die Assura erst am 29. Dezember 2017 (Bg-act. 15), weshalb der Versicherte im Zeitpunkt des Versicherungsaustritts nicht als säumig im Sinne des Gesetzes galt.

#### **E. 4.2.5**

Sodann kritisiert der Beschwerdeführer, er habe sich bei der Ombudsstelle Krankenversicherung gemeldet, welche sehr viele Unterlagen einverlangt habe. Diese habe er bei der Assura eingefordert, allerdings diese Dokumente nie erhalten. Infolgedessen habe sich die Ombudsstelle nicht mehr mit dem Fall befassen wollen (Bg-act. 24). Wie allerdings dem E-Mailverkehr zwischen der Assura und der Ombudsstelle zu entnehmen ist (vgl. Bg-act. 20), erhielt die Ombudsstelle sämtliche notwendigen Akten von der Krankenversicherung zugestellt, sodass sie sich ein umfassendes Bild machen konnte. Deshalb teilte H. \_\_\_\_\_ vom Rechtsdienst der Assura mit E-Mail vom 11. Juni 2018 mit, betreffend die Franchise 2017 sei es für sie nachvollziehbar. Sie werde den Versicherten bzw. dessen Vertreterin entsprechend informieren (Bg-act. 20 S. 4). Damit liegen keine Anhaltspunkte vor, dass der Beschwerdeführer in irgendeiner Weise nachteilig behandelt worden wäre. Offenbar kam bereits die Ombudsstelle nach Sichtung

#### **E. 4.3**

Nach dem Gesagten steht für das Gericht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer die Franchisenerhöhung auf Fr. 2'500.-- per 1. Januar 2018 selber in Auftrag gegeben hat. Andernfalls – wofür indessen keine Anhaltspunkte bestehen – hätte er spätestens vier Wochen nach Zustellung der Versicherungspolice vom 22. Dezember 2016 (Bg-act. 7) eine Berichtigung verlangen müssen, wäre er mit der Vertragsanpassung nicht einverstanden gewesen. Dies hat er nachweislich unterlassen. Da er zudem während mehrerer Monate die entsprechenden Monatsprämien für eine Versicherung auf Basis einer Franchise von Fr. 2'500.-- entrichtet hat, muss davon ausgegangen werden, dass er damit einverstanden war. Infolgedessen ist die Kostenbeteiligung vom 16. August 2017 (Bg-act. 8) zu Recht ergangen. 5. Zur in Betreuung gesetzten Forderung ergibt sich was folgt:

## **E. 5**

Urteil S 2019 38

### **E. 5.1**

Der Beschwerdeführer macht – zu Recht – nicht geltend, dass er die der Leistungsabrechnung vom 16. August 2017 (Bg-act. 8) zugrunde liegenden Leistungen des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 30. Juni bis 5. Juli 2017 in Höhe von Fr. 2'169.35 nicht in Anspruch genommen hätte. Der Bestand wie auch der Umfang der Forderung kann demnach als ausgewiesen erachtet werden. Diese Kostenbeteiligung von Fr. 1'815.90 hat die Assura dem Versicherten mit Leistungsabrechnung vom 16. August 2017 in Rechnung gestellt (Bg-act. 8). Die Mahnung erfolgte sodann mit Schreiben vom 24. November 2017 (Bg-act. 12). Darin wurde er auch auf die entsprechenden Folgen bei Nichtbezahlung aufmerksam gemacht. Am 29. Dezember 2017 erging die letzte Mahnung, mit welcher der Beschwerdeführer aufgefordert wurde, den ausstehenden Betrag innert 30 Tagen zu begleichen, ansonsten die Betreuung eingeleitet werde (Bg-act. 15). Damit hat die Assura das Mahnverfahren nach Art. 64a Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 105b Abs. 1 KVV korrekt durchgeführt. Der Rechtsvorschlag gegen die Kostenbeteiligung in der Betreuung Nr. x. \_\_\_\_\_ des Betreibungsamtes E. \_\_\_\_\_ ist daher im Umfang von Fr. 1815.90 zu beseitigen. Auf fälligen Beitragsforderungen ist ein Verzugszins geschuldet (vgl. E. 3.6 hiavor). Auch in Art. 15.4 der AVB findet sich die Regelung, dass für fällige Beitragsforderungen und Beitragsrückerstattungsansprüche Verzugszinsen von 5 % zu leisten sind (Bg-act. 27). Die

### **E. 5.2**

Der Betreuung Nr. x. \_\_\_\_\_ liegt auch die Kostenbeteiligung für Leistungen des Spitals D. \_\_\_\_\_ im Umfang von Fr. 79.40 vom 8. November 2017 zugrunde. Hierfür wurde der Beschwerdeführer indessen vor der Zahlungsaufforderung im Sinne von Art. 105b Abs. 1 KVV nicht vorerst mindestens einmal schriftlich gemahnt (Art. 64a Abs. 1 KVG). Dies gab die Assura gegenüber der Ombudsstelle selber zu (vgl. Bg-act. 20 S. 3). Damit ist das korrekte Mahnverfahren nicht eingehalten, weshalb die Beschwerdegegnerin nicht befugt war, den Rechtsvorschlag über diesen Betrag aufzuheben (vgl. BGer-Urteil 9C\_78/2016 vom 21. Juli 2016 E. 3.2). Insofern ist der Einspracheentscheid zu korrigieren.

### **E. 5.3**

Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass die Verwaltungsgerichtsbeschwerde teilweise gutzuheissen ist und der Einspracheentscheid vom 31. Januar 2019 wie folgt abzuändern ist:

## **E. 6**

Urteil S 2019 38 erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht (Art. 105b Abs. 2 KVV; BGE 125 V 276).

### **E. 6.1**

Das Verfahren ist für die Parteien kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

### **E. 6.2**

Im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde darf obsiegenden Behörden oder mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen werden. Praxisgemäss ist der Beschwerdegegnerin daher keine Prozessentschädigung zuzusprechen (BGE 126 V 143 E. 4a).

### **E. 6.3**

Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG) besteht im vorliegenden Fall auch für den immerhin teilweise obsiegenden Beschwerdeführer nicht, da er anwaltlich nicht vertreten ist. Zudem sind die für eine – nur in Ausnahmefällen zuzusprechende – Aufwandentschädigung erforderlichen Voraussetzungen, die kumulativ gegeben sein müssen (komplexe Sache, ausserordentlich hoher Arbeitsaufwand, vernünftiges Verhältnis zwischen dem betriebenen Aufwand und dem Ergebnis der Interessenwahrung) hier nicht erfüllt (vgl. BGE 110 V 72 E. 7; EVG-Urteil I 567/06 vom 5. März 2007 E. 7).

### **E. 7**

Urteil S 2019 38 Es ist hierbei nicht ersichtlich, inwiefern dies nicht den tatsächlichen Begebenheiten entsprechen soll. Die Erhöhung passt ins Gesamtbild. Zunächst ist erstellt, dass der Beschwerdeführer bereits vor der Anpassung der Franchise seine Krankenversicherung über die B. \_\_\_\_\_ GmbH abgeschlossen hat (vgl. Bg-act. 3). Daher erstaunt es nicht, wenn der Auftrag erneut durch den Versicherungsagenten mitgeteilt wurde. Auch der Zeitpunkt der Änderung ist nicht aussergewöhnlich. Der Versicherte beantragte rund zwei Monate nach der Mitteilung der Assura über die höhere Nettoprämie für das Jahr 2017 (Bg-act. 5) die Franchisenerhöhung. In seiner Replik erklärte er, er habe aufgrund seines knappen Einkommens beim Agenten der Assura eine Grundversicherung abgeschlossen, weil sie günstiger gewesen sei, als jene bei seiner bisherigen Krankenversicherung (act. 5 S. 2). Damit bringt er zum Ausdruck, dass die Höhe der Prämie für ihn durchaus eine Rolle spielte. Durch die höhere Franchise resultierte auch eine tiefere monatliche Prämie, was eine Anpassung als naheliegend erscheinen lässt. Träfe im Übrigen der Vorwurf des Beschwerdeführers zu, dass er nie einen solchen Auftrag erteilt habe, würde es sich wohl um ein strafrechtlich relevantes Verhalten handeln. Allerdings ist nicht erkennbar, inwiefern der Versicherungsvermittler durch die Franchisenerhöhung für sich einen Vorteil ziehen könnte.

### **E. 8**

Urteil S 2019 38 und Natura, Ferien- und Reiseversicherung, Previsia Plus). Auch zum VVG-Vertrag gab der Versicherte seine Unterschrift. Die beantragte Versicherung wurde von der Assura mit Versicherungspolice vom 10. März 2016 bestätigt (Bg-act. 4). Darin wurde sowohl die Versicherung nach KVG wie auch nach VVG mit den einzelnen monatlich zu entrichtenden Prämien wiedergegeben. Damit ist die Aussage des Beschwerdeführers, er habe nie Zusatzversicherungen abgeschlossen, klar tatsachenwidrig. Dieselben Zusatzversicherungen mit im Übrigen identischen monatlichen Prämien wurden

sowohl in der Prämienmitteilung 2017 vom 10. Oktober 2016 (Bg-act. 5) wie auch in der (angepassten) Versicherungspolice vom 22. Dezember 2016 (Bg-act. 7) aufgelistet. Mithin sind keine neuen oder anderen Zusatzversicherungen hinzugekommen. Der Vorwurf, der Versicherungsagent habe ohne sein Wissen neue Versicherungen nach VVG abgeschlossen, entbehrt damit jeglicher Grundlage. Schleierhaft ist in diesem Zusammenhang, welche Prämien bzw. welche Beträge der Versicherte miteinander verglichen hat. Im Jahr 2016 war er nachweislich noch bei der Sanagate versichert (Bg-act. 3). Erst ab 1. Januar 2017 schloss er sich der Assura an. Doch bereits die erste Monatsprämie war auf Basis einer Franchise von Fr. 2'500.-- geschuldet. Auf welchen Monatsbetrag er sich zum Vergleich beruft, ist nicht erkennbar. Hätte er zunächst monatliche Prämien von Fr. 369.50 (Fr. 281.65 nach KVG, Fr. 87.85 nach VVG; Bg-act. 5) zahlen müssen, waren es nach der Franchisenerhöhung Fr. 250.20 (Fr. 162.35 nach KVG, Fr. 87.85 nach VVG; Bg-act. 7). Dabei handelt es sich selbstredend nicht einmal annähernd um einen gleich gebliebenen Betrag. Unbehelflich ist sodann sein Einwand der mangelnden Deutschkenntnisse, weshalb er nicht gewusst habe, wie die Police zu lesen sei. Die jeweiligen Schreiben der Assura sind nachvollziehbar und verständlich gegliedert. Für jeden einzelnen Posten ist die dazugehörige monatliche Nettoprämie aufgeführt. Nur schon ein Vergleich zweier Policen hätte die Unterschiede zu Tage gefördert. Die Franchise ist unter der Rubrik Einzelangaben klar festgehalten. Damit hätte der Beschwerdeführer ohne weiteres erkennen können und müssen, dass die Franchise angepasst worden war. In diesem Zusammenhang gilt noch darauf hinzuweisen, dass in der Versicherungspolice vom 22. Dezember 2016 (Bg-act. 7), mit welcher die höhere Franchise und gleichzeitig tiefere Nettoprämie angezeigt wurde, auf der zweiten Seite der Hinweis angebracht ist, wonach die versicherte Person innert vier Wochen nach Empfang der Urkunde eine Berichtigung verlangen kann, sollten die darin enthaltenen Angaben nicht korrekt sein, ansonsten der

#### **E. 9**

Urteil S 2019 38 Vertrag als genehmigt gilt. Hiervon hat der Beschwerdeführer kein Gebrauch gemacht. Diesen Umstand hat er sich entgegen halten zu lassen.

#### **E. 10**

Urteil S 2019 38 der Akten zum Ergebnis, dass der Versicherte eine Franchise von Fr. 2'500.-- gewählt hat und infolgedessen die Kostenbeteiligung für die Leistungen im Spital C.\_\_\_\_\_ zu Recht erging.

#### **E. 11**

Urteil S 2019 38 Kostenbeteiligung fällt indessen nicht unter diesen Titel. Eine gesetzliche Grundlage für die Erhebung von Verzugszinsen auf Kostenbeteiligungen besteht nicht (vgl. EVG-Urteil K 40/05 vom 12. Januar 2006 E. 4.2.1). Die Assura hat demzufolge zu Unrecht in ihrer Verfügung vom 28. September 2018 den Rechtsvorschlag auch für 5 % Verzugszins aufgehoben (Bg-act. 21). Hiervon hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid indessen Abstand genommen und lediglich den Rechtsvorschlag in Bezug auf die ausstehende Kostenbeteiligung aufgehoben. Diesbezüglich bedarf es keiner Weiterungen. Die Betreuungskosten hat sie ausserdem zu Recht nicht mitinbegriffen. Diese kann sie von Gesetzes wegen von den Zahlungen der Beschwerdeführerin vorab in Abzug bringen (vgl. E. 3.8 hiervor). Betreffend Bearbeitungs- und Mahngebühren hat die Assura eine entsprechende Regelung in ihren AVB in Art. 17.1 vorgesehen (vgl. auch E. 3.7 hiervor). Dort ist festgehalten, dass der versicherten Person eine Beteiligung an den

zusätzlichen Verwaltungskosten für Mahnungen und Zahlungsaufforderungen von Fr. 10.-- bzw. Fr. 30.- - auferlegt werden. Weiter hielt das Bundesgericht fest, die Höhe der im Zahlungsverzug einer obligatorisch versicherten Person zu erhebenden Kosten stehe im Ermessen der Krankenversicherung, soweit sie sich an das Äquivalenzprinzip halte (BGer-Urteil 9C\_870/2015 vom 4. Februar 2016 E. 4.1). Vorliegend sind die massgeblichen Mahngebühren von Fr. 30.-- bei einem Ausstand von knapp Fr. 1'900.-- angemessen. Deshalb ist der Rechtsvorschlag für die Mahnspesen von Fr. 30.-- in der Betreuung Nr. x.\_\_\_\_\_ des Betreibungsamtes E.\_\_\_\_\_ zu beseitigen.

#### **E. 12**

Urteil S 2019 38 In der Betreuung Nr. x.\_\_\_\_\_ des Betreibungsamtes E.\_\_\_\_\_ ist der Rechtsvorschlag für die Kostenbeteiligung gemäss Leistungsabrechnung vom 16. August 2017 in Höhe von Fr. 1'815.90 (Bg-act. 8) und Mahnspesen von Fr. 30.-- zu beseitigen und in diesem Umfang definitive Rechtsöffnung zu erteilen. Der Rechtsvorschlag gegen die Kostenbeteiligung gemäss Leistungsabrechnung vom 8. November 2017 in Höhe von Fr. 79.40 (Bg-act. 11) erweist sich als begründet. Die Erteilung der definitiven Rechtsöffnung im Einspracheentscheid vom 31. Januar 2019 für die Forderung von Fr. 79.40 ist aufzuheben. 6.

#### **E. 13**

Urteil S 2019 38 Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

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