

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2015.00050 vom 30. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2015.00050

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2015.00050 du 30 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2015.00050 del 30 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____

ist bei der Helsana Versicherungen AG für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert; im Jahr 2014 hatte sie eine Franchise von Fr. 2'500.-- gewählt (vgl. die Versicherungs police für das Jahr 2014 in Urk. 10/1).

Die Pflicht der Versicherten zur Bezahlung der Versicherungsprämien gegenüber der Helsana Versicherungen AG war Gegenstand mehrerer Prozesse am Sozialversicherungsgericht gewesen, in denen das Gericht die Forderungen der Kasse jeweils bestätigt hatte (Prozess Nr. KV.2013.00010: Urteil vom 30. Oktober 2013 betreffend die Prämien für die Monate Oktober 2011 bis Juni 2012; Prozess Nr. KV.2013.00043: Urteil vom 30. Oktober 2013 betreffend die Prämien für die Monate Juli bis September 2012; Prozess Nr. KV.2013.00116: Urteil vom

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 4. Mai 2015 erhob X.____ mit Eingabe vom 11. Juni 2015 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte sinngemäss, die Kasse sei zu verpflichten, für sämtliche Folgekosten eines Unfalls vom 2. Mai

2014 aufzukommen, es sei festzustellen, dass die Durchführungsstelle für Zusatzleistungen oder die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA) der Kasse zu Unrecht Prämien überwiesen habe, die ihr, der Versicherten, zustünden, es sei festzustellen, dass der Unfall vom 2. Mai 2014 die Folge von Operationen vom 20. und vom 24. August 2011 sei, es sei festzustellen, dass die Kasse ihr Recht auf Akteneinsicht verletzt habe, die Kasse sei zu verpflichten, ihre Rechnungskopien zu den Behandlungen aufgrund des Unfalls vom 2. Mai 2014 zukommen zu lassen, sämtliche Kostenbeteiligungsforderungen der Kasse seien abzuweisen, die Kasse habe ihr die Kosten für selbst bezahlte Rechnungen zu erstatten, sie sei ausserdem zur Bezahlung eines Schadenersatzes von acht Millionen zu verpflichten und habe ihr schliesslich sämtliche vorhandenen Kopien von Röntgenbildern auszuhändigen (Urk. 1 S. 2 f.). Die Helsana Versicherungen AG schloss in der Beschwerdeantwort vom 17. August 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), wovon die Versicherte mit Verfügung vom 18. August

2015 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 11). Mit Eingabe vom 14.

September 2015 (Urk. 12) dokumentierte die Versicherte das Gericht mit verschiedenen von ihr bezahlten Rechnungen (Urk. 13/1-11), und mit den Eingaben vom 12. Mai 2016 und vom 20. Oktober 2016 liess sie dem Gericht verschiedene Orientierungskopien ihrer Korrespondenz mit der Durchführungsstelle für Zusatzleistungen und mit der Spitex

zukommen (Urk. 14 und Urk. 15 sowie Urk. 16 und Urk. 17/1-5).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Nach Art. 64 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) beteiligen sich die Versicherten an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen (Abs. 1). Diese Kostenbeteiligung besteht aus einem festen Jahresbetrag, der sogenannten Franchise (Abs. 2 lit . a), und 10 % der die Franchise übersteigenden Kosten, dem sogenannten Selbstbehalt (Abs. 2 lit . b). Ausserdem leistet die versicherte Person einen nach der finanziellen Belastung der Familie abgestuften Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital, den der Bundesrat festsetzt (Abs. 5). Zur Höhe der Franchise, zum Höchstbetrag des Selbstbehalts und zum Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital hat der Bundesrat gestützt auf die Delegationsnorm in Art. 64 Abs. 3 KVG die Vorschriften in Art. 93-95 und Art. 103 10

E. 2.1

Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids vom 4. Mai 2015 sind die Kostenbeteiligungen im Gesamtbetrag von Fr. 3'529.20 zuzüglich Mahnspesen und Umtriebsspesen in der Höhe von je Fr. 80.--, zu deren Bezahlung die Beschwerdeführerin verpflichtet hat.

E. 2.2

Der

Gesamtforderung

der Kostenbeteiligungen von Fr. 3'529.20 liegen die folgenden Rechnungen zugrunde, die allesamt im eingereichten Dossier der Beschwerdeführerin vorhanden sind:

Rechnung der Stiftung A.____

vom 31. Mai 2014 im Betrag von Fr. 151.20 für eine zweitägige stationäre Behandlung vom 30. und 31. Mai 2014 (Urk. 10/3) ,

Rechnung von Dr. med. B.____ vom 16. Juni 2014 im Betrag von Fr. 661.35 für ambulante Behandlungen im Mai/Juni 2014 (Urk. 10/28/2),

Rechnung der Physiotherapie C.____ vom 17. Juni 2014 im Betrag von Fr. 271.90 für Behandlungen vom Juni 2014 (Urk. 10/5),

zwei Rechnungen der Stiftung A.____ je vom 30. Juni 2014 in den Beträgen von Fr. 907.20 und Fr. 18.-- für eine stationäre Behandlung vom 1. bis zum 13. Juni 2014 (Urk. 10/7/1+2) und eine Rechnung der Apotheke D.____ vom 4. Juli 2014 im Betrag von Fr. 26.90 für einen Medikamentenbezug vom Juni 2014 (Urk. 10/28/1), was eine Summe von insgesamt Fr. 952.10 ergibt,

Rechnung der E.____ vom 23. Juni 2014 im Betrag von Fr. 9'477.60 für einen Eingriff vom 7. Mai 2014 (Urk. 10/28/3),

Rechnung der Apotheke D.____ vom 7. Januar 2015 im Betrag von Fr. 25.05 für einen Medikamentenbezug vom Dezember

2014 (Urk. 10/28/4).

Ebenfalls im Dossier der Beschwerdegegnerin sind die Leistungsabrechnungen zu den aufgezählten Rechnungen: Mit den Abrechnungen vom 14. und vom 21. Juni sowie vom 5. und vom 12. Juli 2014 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Beträge von Fr. 151.20, Fr. 661.35, Fr. 271.90 und Fr. 952.10 in Anrechnung an die Franchise von Fr. 2'500.-- volumfänglich in Rechnung (Urk. 10/4, Urk. 10/6, Urk. 10/8 und Urk. 10/9), und mit der Abrechnung vom 23. August 2014 brachte die Beschwerdegegnerin von den Beträgen in der Höhe von Fr. 9'477.60 und Fr. 25.05 noch einen Anteil von Fr. 432.65 als Restbetrag der Franchise sowie den Selbstbehalt von Fr. 700.-- und den Spitalkostenbeitrag von Fr. 360.-- (24 Tage à Fr. 15.--) in Abzug, was zu einem weiteren Kostenbeteiligungsbetrag von Fr. 1'492.65

führte (Urk. 10/11). Die strittige Forderung in der Höhe von Fr. 3'529.20 präsentiert sich als Summe der genannten Kostenbeteiligungsbeträge und ist somit belegt.

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin, der die genannten Rechnungen mit der Verfügung vom 18. August 2015 zugestellt worden waren (vgl. Urk. 11 S.

2), bestritt die Höhe der Rechnungsbeträge nicht und machte auch nicht geltend, die Beschwerdegegnerin

sei bei der Anrechnung an die Franchise, der Ermittlung des Selbstbehalts und der Berechnung des Spitalkostenbeitrags nicht richtig vorgegangen. Vielmehr wandte sie gegen die Verpflichtung zur Bezahlung der Kostenbeteiligungen

ein, die Behandlungen und Medikamentenbezüge gemäss den aufgelisteten Rechnungen seien auf die Unfälle der Jahre 2001 und 2014 zurückzuführen (Urk. 1 S. 6 f.).

Tatsächlich müssen sich die Versicherten an den Kosten der Leistungen aufgrund des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) nicht beteiligen,

anders als dies bei den Kosten der Leistungen aufgrund des KVG der Fall ist. Die Beschwerdegegnerin wies jedoch zu Recht darauf hin (Urk. 2 S. 4; vgl. auch den Brief an die Beschwerdeführerin vom 25. Februar 2015, Urk. 10/22), dass der Krankenversicherer gestützt auf Art. 70 Abs. 2 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) verpflichtet ist, Vorleistungen zu erbringen, wenn die Leistungspflicht des Unfallversicherers strittig ist. Der Umfang der zu erbringenden Vorleistungen des Krankenversicherers

richtet sich allerdings nach den Bestimmungen des KVG und nicht nach denjenigen des UVG (Art. 71 Satz 1 ATSG; vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, N 3 zu Art. 71 ATSG). Die Beschwerdegegnerin stellte der Beschwerdeführerin daher richtigerweise die Kostenbeteiligungen nach Art. 64 KVG in Rechnung und bemerkte zutreffend, dass ihr diese Kostenbeteiligungen vom Unfallversicherer erstattet würden, falls sich dieser nachträglich als leistungspflichtig erweise (Urk. 2 S. 4, Urk. 10/22).

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers ist jedoch nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids, und es kann daher im vorliegenden Verfahren nicht darüber entschieden werden. Daran ändert entgegen der Bemerkung in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 6 f.) nichts, dass es sich beim Unfallversicherer, den die Beschwerdeführerin als leistungspflichtig erachtet, um die Helsana Unfall AG handelt. Denn auch wenn die Helsana Unfall AG durch die Helsana Versicherungen AG vertreten wird, handelt es sich bei ihr um

einen von der Helsana Versicherungen AG zu unterscheidenden Rechtsträger, und wenn kein Entscheid dieses Rechtsträgers über seine Leistungspflicht vorliegt, fehlt es dies bezüglich an einem Anfechtungsobjekt.

E. 2.4

Damit hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid zu Recht die Pflicht der Beschwerdeführerin zur Bezahlung der Kostenbeteiligungsforderung von Fr. 3'529.20 festgelegt. Soweit die Beschwerdeführerin sinngemäss rügte, sie habe die Rechnungen, die der Kostenbeteiligungsforderung zugrunde liegen, nicht erhalten (Urk. 1 S. 3), so obliegt es im System des Tiers payant

(Art. 42 Abs. 2 KVG) dem Rechnungssteller, der versicherten Person eine Kopie der Rechnung zuzustellen, die an den Versicherer gegangen ist (Art. 42 Abs. 3 Satz 3 KVG). Ob die Beschwerdeführerin eine solche Kopie erhalten hat, ist nicht bekannt. Hingegen ist die Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren vom Gericht mit Rechnerkopien dokumentiert worden. Eine allfällige Verletzung ihres Anspruchs auf Einsicht in die massgeblichen Akten als Teilgehalt des rechtlichen Gehörs (vgl. Kieser, a.a.O., N 19 zu Art. 42 ATSG), gälte daher als geheilt (vgl. BGE 124 V 180 E. 4a).

E. 2.5

Die Beschwerdeführerin brachte weiter vor, die Beschwerdegegnerin verfüge aufgrund der Überweisungen von Prämienverbilligungsbeiträgen über Prämienüberschüsse, die sie ihr auszuzahlen habe (Urk. 1 S. 2 und S. 7 f.).

Bei Bezügen von Ergänzungsleistungen wird nach Art.

E. 2.6

Neben der Hauptforderung von Fr. 3'529.20 ist auch die Erhebung von Mahnspesen und Umtriebsspesen in der Höhe von je Fr. 80.-- gerechtfertigt. Gesetzliche Grundlage ist hier Art. 105b Abs. 2 KVV, die erforderliche reglementarische Regelung findet sich in Art. 5.5 der Versicherungsbedingungen der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/2), und die Kosten sind durch Zahlungserinnerungen und Mahnungen ausreichend belegt (Urk. 10/10, Urk. 10/12, Urk. 10/13, Urk. 10/15, Urk. 10/16 und Urk. 10/18) und in ihrer Höhe als angemessen zu beurteilen.

E. 2.7

Aufgrund dieser Erwägungen ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Mai 2015 zu bestätigen, und die Beschwerde ist in Bezug auf die darin festgesetzten Forderungen abzuweisen. 3.

Demgegenüber kann auf die weiteren, eingangs zusammengefassten Anträge der Beschwerdeführerin materiell nicht eingetreten werden, da die entsprechen den Ansprüche nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids sind. Neben den bereits genannten Ansprüchen gegenüber dem Unfallversicherer und dem Anspruch auf Erstattung der Prämienüberschüsse betrifft dies das Recht der Beschwerdeführerin auf Einsicht in sämtliche, mit der strittigen Forderung nicht zusammenhängenden Akten, den Anspruch auf Aushändigung von Röntgenbildern, die Pflicht der Beschwerdegegnerin, für weitere, von der Beschwerdeführerin nach dem System des Tiers payant bezahlte Rechnungen aufzukommen,

und schliesslich den Antrag der Beschwerdeführerin auf Bezahlung von Schadenersatz. 4.

Im Urteil vom 23. Dezember 2014 wurde die Beschwerdeführerin über die Möglichkeit informiert, dass ihr gestützt auf Art. 61 lit. a ATSG und § 33 Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Gerichtskosten wegen Mutwilligkeit auferlegt werden, wenn sie in Zukunft weitere Prämienforderungen der Beschwerdegegnerin mit den bereits bekannten Vorbringen bestreiten sollte, ohne dass sich im Sachverhalt etwas geändert hätte (E).

5) . Vorliegen den falls entsprechen zwar etliche Argumente der Beschwerdeführerin dem bereits früher Vorgebrachten. Strittig waren diesmal jedoch nicht Prämien, sondern Kostenbeteiligungen, weshalb von einer Kostenauflegung nochmals Abstand zu nehmen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

Der Rechtsvorschlag in der Betreuung Nr. Y.____ des Betreibungsamtes Z.____ (Zahlungsbefehl vom 19. Februar 2015) wird für den Betrag von Fr. 3'689.20 aufgehoben. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Helsana Versicherungen AG unter Beilage je einer Kopie von Urk. 12, Urk. 13/1-11, Urk. 14-16 und Urk. 17/1-5 - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigKobel

E. 5

der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) erlassen. Erwachsene können eine Franchise von maximal Fr. 2'500.-- wählen (Art. 93 Abs. 1 KVV), der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts beläuft sich für Erwachsene auf Fr. 700.-- (Art. 103 Abs. 2 KVV), und der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital beträgt Fr. 15.-- (Art. 104 Abs. 1 KVV). 2.

E. 10

Abs. 3 lit. d ELG entspricht. § 12 Abs. 1 des Zusatzleistungsgesetzes des Kantons Zürich (ZLG) erklärt die Sozialversicherungsanstalt (SVA) als zuständig für die Ausrichtung der Prämienverbilligung (Fassung ab Januar 2014). Gestützt auf § 21a ZLG (Fassung ab Januar 2014) haben die Durchführungsstellen der SVA diejenigen Personen zu melden, bei denen die Bedarfsrechnung nach Art. 9–11 ELG einen Anspruch auf eine jährliche Ergänzungsleistungen ergibt, und die SVA hat die Pauschalbeträge gemäss § 21b Abs. 1 ZLG

(Fassung ab Januar 2014) direkt den Krankenversicherern auszurichten.

Gestützt auf diese Bestimmungen hat die Beschwerdegegnerin für die Beschwerdeführerin, die eine Rente der Invalidenversicherung und Ergänzungsleistungen bezieht, für das Jahr 2014 eine Prämienpauschale von Fr. 4'356.-- (Brief der Beschwerdegegnerin an die Beschwerdeführerin vom 20. Mai 2014, Urk. 3/4) und für das Jahr 2015 eine Prämienpauschale von Fr. 4'572.-- (Prämienrechnung vom 6. Dezember 2014, Urk. 3/19) erhalten. Diese Pauschalen überstiegen die effektiv geschuldeten Prämien der Jahre 2014 und 2015 um Beträge von Fr. 1'543.80 beziehungsweise von Fr. 1'554.-- (Urk. 3/4 und Urk. 3/19). Die Erstattung solcher Prämienüberschüsse an die versicherte Person ist in Art. 106c Abs. 5 KVV geregelt, wo unter anderem das Recht der Krankenkassen statuiert ist, mit den Überschüssen vorab die Prämienforderungen des laufenden Kalenderjahres und andere fällige Forderungen nach KVG zu decken. Der Anspruch der Beschwerdeführerin auf die Prämienüberschüsse ist jedoch nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids. Er kann daher grundsätzlich auch nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sein, sondern nur insoweit einfließen, als die Beschwerdeführerin geltend machen sollte, die Beschwerdegegnerin habe die Prämienüberschüsse an die strittige Kostenbeteiligungsforderung angerechnet, wodurch sich diese reduziert habe. Dafür bestehen indessen keine Anhaltspunkte. Vielmehr verwendete die Beschwerdegegnerin gemäss ihrem Brief vom 20. Mai 2014 einen Grossteil des Überschusses des Jahres 2014 zur Deckung der Prämienforderung für die Monate März bis Dezember 2013 (Urk. 3/4), und den Überschuss des Jahres 2015 verwendete sie gemäss einem Brief vom 24. April 2015 (Urk. 10/27) ebenfalls zur Deckung von ausstehenden Prämien der Vorjahre. Da solche Prämienausstände durch die Urteile vom 30. Oktober 2013 und vom 23. Dezember

2014 dokumentiert sind, leuchtet diese Aussage der Beschwerdegegnerin ein.

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