

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00044

vom 20. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2018.00044

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00044 du 20 décembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2018.00044 del 20 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1953, ist seit dem 1. Januar 1996 (Urk.

E. 1.2

Am

E. 2

S. 2).

E. 2.2

Seit dem In-Kraft-Treten des KVG am 1. Januar 1996 sind prämiengünstigere Kollektivversicherungen für bestimmte Personengruppen innerhalb desselben Versicherers, namentlich Betriebskrankenkassen mit einer in der Regel günstigen Risikostruktur, nicht mehr zulässig. Seither führen die Kassen die obligatorische Krankenversicherung ihrer Versicherten, die bis dahin einem solchen Kollektivvertrag unterstellt waren, nach neuem Recht weiter. Im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung sind Kollektivverträge zwar nicht grundsätzlich verboten; sie können indessen nur noch dazu dienen, dem Versicherungsnehmer, also etwa dem Arbeitgeber, einzelne administrative Aufgaben zu übertragen, beispielsweise die Auszahlung der Leistungen und das Inkasso der Prämien für den Versicherer zu besorgen (Urteil des Bundesgerichts K 47/01 vom 25. August 2003, E. 4.2; Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts, a.a.O., Art. 63 Rz 2 mit Hinweisen; Eugster, Krankenversicherung, a.a.O., S. 416 Rz 22). Auch kann die Prämienzahlungspflicht im Einverständnis mit dem Versicherer von einer Drittperson wie etwa dem Arbeitgeber übernommen werden. Am Rechtsverhältnis zwischen dem Versicherer und der versicherten Person ändert sich damit aber nichts; die Prämienzahlungspflicht der versicherten Person besteht weiterhin, wenn die Vereinbarung mit der Drittperson bezüglich der Übernahme der Prämienzahlung dahin fällt (Urteil des Bundesgerichts K 36/01 vom 13. Dezember 2001, E. 3b; Eugster, Krankenversicherung, a.a.O., S. 798 Rz 1312 mit Hinweisen).

E. 2.3

Die obligatorisch Versicherten trifft nach Art. 61 KVG und Art. 89 ff. der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) eine Prämienzahlungspflicht. Die Prämien sind im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen (Art. 90 KVV).

E. 2.4

In Art. 64a KVG und Art. 105a ff. KVV werden die Folgen der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen geregelt. Bezahlte die versicherte Person fällige Prämien

oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer ihr gemäss Art. 64a Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 105b Abs. 1 KVV nach mindestens einer schriftlichen Mahnung spätestens drei Monate ab der Fälligkeit der Prämien eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges hinzuweisen. Der Versicherer muss die Zahlungsaufforderung getrennt von allfälligen anderen Zahlungsansprüchen zustellen. Bezahlte die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreibung anheben (Art. 64a Abs. 2 KVG).

2.5

Der obligatorische Krankenpflegeversicherer ist berechtigt, im Falle des Rechtsvorschlages nachträglich eine formelle Verfügung zu erlassen und darin auch als Rechtsöffnungsinstanz über die Aufhebung des Rechtsvorschlages

zu befinden, und nach Eintritt der Rechtskraft derselben (respektive des sie gegebenenfalls ersetzenden Einspracheentscheides) die Betreibung fortzusetzen (Urteile des Bundesgerichts K 1/04 vom 6. August 2004 E. 3 und 9C_934/2011 vom 31. Januar 2012 je mit Hinweisen). 3.

E. 3

. März (Urk. 9/2), 5. April (Urk. 9/3), 6. Mai (Urk. 9/4), 5. Juni (Urk. 9/5), 5. Juli (Urk. 9/7), 5. August (Urk. 9/8) und 5. September 2017 (Urk. 9/9)

stellte die Helsana dem Versicherten die Rechnungen für die Monatsprämien

April bis Oktober 2017, abzüglich der kantonalen Prämienverbilligung, in Höhe von total Fr. 2'097.10 zu. Nach einer ersten Zahlungserinnerung (Urk. 9/10-16)

ermahnte sie den Versicherten zweimal

(Urk. 9/17-30), die offenen Prämien für die Monate April bis Oktober 2017 zu begleichen.

Mit Zahlungsbefehl vom 8. Februar 2018 (zugestellt am 14. Februar 2018, Betreibung Nr. «...» des Betreibungsamtes B.____) forderte die Helsana den Versicherten zur Bezahlung der Prämienforderungen für April bis Oktober 2017

von gesamthaft

Fr. 2'097.10, zuzüglich Zins von 5% ab 9. Februar 2018, Mahngebühren in Höhe von Fr. 420.-- und aufgelaufenen Zins von Fr. 63.65, auf. Zusätzlich wurden dem Versicherten Betreuungskosten von Fr. 73.30 in Rechnung gestellt (Urk. 9/33). Der vom Versicherten dagegen erhobene Rechtsvorschlag (Urk. 9/33 S. 2) wurde von der Helsana mit Verfügung vom 28. Februar 2018 im Betrag von Fr. 2'654.05 (bestehend aus der Prämienforderung von Fr. 2'097.10, dem aufgelaufenen Zinsbetrag von Fr. 63.65, den Inkassokosten von Fr. 73.30 und der Mahngebühren von Fr. 420.--), aufgehoben (Urk. 9/34). Hiergegen erhob der Versicherte am 26. März

2018 Einsprache (Urk. 8/35). Mit Einspracheentscheid vom 3. April 2018 hiess die Helsana die Einsprache teilweise gut, soweit sie sich gegen die Aufhebung des Rechtsvorschlages betreffend die Betreuungskosten richtete, und hielt im Übrigen an der Bezahlung der Ausstände fest.

Sie beseitigte im Dispositiv den Rechtsvorschlag im Umfang von Fr. 2'097.10 zuzüglich 5 % Zins seit 9. Februar 2018 und im Umfang von Fr. 420.— (Urk. 2 S. 6). 2.

Dagegen erhob der Versicherte mit undatierter Eingabe erneut «Einsprache» bei der Helsana mit dem sinngemässen Antrag, der angefochtene Einsprache entscheid sei aufzuheben, soweit damit sein Rechtsvorschlag gegen die Betreuung Nr. «...» aufgehoben worden sei (Urk. 1). Die Helsana leitete die Eingabe an das Sozialversicherungsgericht zur Behandlung als Beschwerde weiter (Urk. 4). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Juni 2018 beantragte die Helsana die Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 3.1

Die Helsana begründet ihre Forderung damit, die obligatorische Krankenpflegeversicherung sei als Individualversicherung konzipiert. Deshalb müssten die im Kollektivvertrag zwischen der Z.____ (Y.____), vertreten durch die A.____, und der Helsana aufgeführten versicherten Personen für ihre Prämien selber aufkommen. Nichts daran ändere der Umstand, dass die Prämienzahlungen anfänglich vom Vertragsnehmer geleistet worden seien. Dieser wolle die Prämien nämlich nicht mehr zahlen. Dies ergebe sich aus dem E-Mail der A.____ vom 10. Januar 2017 an die Helsana.

Zusätzlich folge dies aus dem Umstand, dass in der ab 1. Januar 2017 gültigen Versicherungspolice als Ausstellungsgrund eine Vertragsänderung genannt werde und im Gegensatz zur vom 1. Januar bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Police nicht mehr ein über die A.____ abgeschlossener Kollektivvertrag erwähnt werde. Der Hinweis des Beschwerdeführers auf ein Telefongespräch mit der Mitarbeiterin der Helsana Frau C.____ vermöge daran nichts zu ändern; dieses Gespräch habe angeblich am 5. Februar 2018, also nach dem E-Mail des Brokers, stattgefunden (Urk. 2 S. 3-4, Urk. 8 S. 7-9, Urk.

E. 3.2

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber im Wesentlichen geltend, er sei über einen Kollektivvertrag zwischen der Z.____ (Y.____) und der Helsana

beziehungsweise eine Gruppenversicherung obligatorisch krankenversichert. Dieser Vertrag gelte bis 31. März 2019. Hingegen bestehe kein Vertrag zwischen ihm und der Helsana. Demzufolge habe nicht er, sondern die Z.____ als Versicherungsnehmerin beziehungsweise Y.____ als Zahlstelle bis zum Ablauf des Vertrages die auf ihn entfallenden Prämien zu bezahlen.

Dieser Vertrag könne nicht allein mit einer E-Mail rechtsgültig angepasst werden. Frau C.____ vom Kundenservice der Helsana habe ihm am 5. Februar 2018 telefonisch mitgeteilt, dass die Z.____ beziehungsweise Y.____ die Zahlstelle seien.

Nachdem er dies Frau C.____

vom Kundenservice der Helsana am 6. Februar 2018 nochmals schriftlich bestätigt habe, habe sie seiner Darstellung nicht widersprochen.

Auch könne er die Prämien nicht bezahlen (Urk. 1, Urk. 3/1-7,

Urk. 12; vgl. auch Urk. 13/3, Urk. 13/5). 4. 4.1

Laut den Parteien hatte der Kollektivvertrag der Helsana mit der Z.____ auch die obligatorische

Krankenpflegeversicherung des Beschwerdeführers zum Gegenstand (vgl. Urk. 9/1a).

Offenbar ist dieser Vertrag abhanden gekommen (Urk. 8 S. 2).

Nichtsdestotrotz

kann davon ausgegangen werden, dass das Versicherungsverhältnis nach KVG zwischen dem Beschwerdeführer und der Helsana rechtsgültig zustande gekommen ist.

Der Beschwerdeführer hat Wohnsitz in der Schweiz und untersteht deshalb dem Krankenversicherungspflichtobligatorium. Die Beitrittserklärung ist an keine besondere Form gebunden und kann auch konkludent durch Duldung und faktische Erfüllung eines Vertragsverhältnisses erfolgen.

Der Vertrag über die obligatorische Krankenversicherung bei der Helsana wurde offensichtlich seit mehr als zehn Jahren faktisch erfüllt (Urk. 2 S. 2, Urk. 3/3, Urk. 3/5, Urk. 8 S. 8), was zweifellos nicht der Fall gewesen wäre, wenn der Beschwerdeführer mit der Entstehung dieses Versicherungsverhältnisses nicht einverstanden gewesen wäre. Deshalb führt seine Behauptung, er habe mit der Helsana nie einen Vertrag über die Grundversicherung unterzeichnet, zu keinem anderen Schluss (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_621/2015 vom 25. Februar 2016, E. 3.2), zumal

seine Einwände im Beschwerdeverfahren nicht auf einen Wechsel des Krankenversicherers abzielen, sondern darauf, die Prämien nicht bezahlen zu müssen. 4.2

Wie vorstehend dargelegt, ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung

seit dem In-Kraft-Treten des KVG am

E. 8

S. 2). Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (Urk. 12, Urk. 16).

Auf die Vorbringen in den Rechtsschriften und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Die Einzelrichterin zieht in Erwägung: 1.

Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§

E. 11

Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). 2. 2 .1

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) schreibt ein allgemeines Versicherungspflichtobligatorium vor. Nach Art. 3 Abs. 1 KVG muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz für Krankenpflege versichern lassen. Das Versicherungsverhältnis entsteht durch Beitrittserklärung der versicherungspflichtigen Person oder ihres Vertreters/Versicherungsvermittlers, welche an keine besondere Form gebunden ist (Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Auflage, Zürich 2018, Art. 3 Rz 1 f. und 4 mit Hinweisen). Die soziale Krankenversicherung in der Schweiz beruht auf dem Prinzip der Individualversicherung. Die Rechte und Pflichten der Versicherten beruhen auf der persönlichen Zugehörigkeit zur Versicherung. Der Beitritt begründet zwischen dem Versicherer und der versicherten Person einen vom öffentlichen Recht beherrschten Vertrag. Die versicherte Person hat dabei eine individuelle Prämienzahlungspflicht und Leistungsansprüche beizubringen (vgl. Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches

Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3. Auflage, Basel 2016, S. 416 Rz 21 mit Hinweisen).

E. 16

).

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