

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2019.00091 vom 23. Februar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2019.00091

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2019.00091 du 23 février 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2019.00091 del 23 febbraio 2021

Erwägungen

E. 1

Die 1963 geborene X.____ war bis zum 31. Dezember 2018 im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) bei der ÖKK Kranken- und Unfallversicherung AG (nachfolgend: ÖKK) versichert (Urk. 7/8). Infolge Nichtbegleichens ausstehender Kostenbeteiligungen leitete die ÖKK über den Betrag von Fr. 1'254.

E. 3.1

).

Da im Anschluss an die von der Beschwerdegegnerin getätigten Schreiben (vgl. vorstehend E. 4.1) weder der behandelnde Arzt noch die Beschwerdeführerin ihrer Auskunftspflicht nachkamen, war es dem Vertrauensarzt respektive der Beschwerdeführerin nicht möglich, die Zweckmässigkeit und somit die Leistungspflicht überprüfen zu können. Dass die Beschwerdegegnerin daraufhin

mangels jeglicher Angaben von einer fehlenden Zweckmässigkeit ausging, was wie angekündigt zur Ablehnung der Kostenübernahme für weitere Medikamentenbezüge ab dem 24. September 2018 führte, ist vor diesem Hintergrund ebenfalls nicht zu beanstanden.

Es ist der Beschwerdeführerin zwar darin zu zustimmen, dass sie ihren Arzt weder zu einer Aussage zwingen noch nötigen könne (Urk. 1); Derartiges war angesichts der Auskunftspflicht des behandelnden Arztes allerdings ohnehin nicht notwendig.

Darüber hinaus ergeben sich aus den Akten keine Anhaltspunkte dahin gehend, dass die Beschwerdeführerin ihrem behandelnden Arzt die Auskunft an den Vertrauensarzt untersagt hätte, was sie im Übrigen auch nicht geltend macht. 4.3

Nach dem Gesagten steht fest, dass die Beschwerdegegnerin

die Kostenübernahme für die Medikamente Zolpidem, Stilnox und Zoldorm

zu Recht abgelehnt hat, mit Hinweis zur Kostenübernahme der nach dem 24. September 2018 bezogenen Medikamente nicht mehr verpflichtet war. Die direkte Vergütung der Medikamente an die Apotheken erfolgte demnach ab dem 24. September 2018 ohne Rechtsgrund (Art. 25 Abs. 1 ATSG).

E. 3.2.1

Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung (Art. 42 Abs. 1 Satz 1

KVG; System des «Tiers garant »). Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (Art. 42 Abs. 2 Satz 1 KVG; System des «Tiers payant »).

E. 3.2.2

Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen ; er muss ihm alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können (Art. 42 Abs. 3 KVG). Der Versicherer kann dabei zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen (Art. 42 Abs. 4 KVG). In diesem Zusammenhang ist nicht vom Leistungserbringer zu beurteilen, welche Angaben er dem Versicherer macht; vielmehr richtet sich der Umfang der Auskunftspflicht danach, was der Versicherer für die Durchsetzung seiner Rechte und der Pflicht zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 KVG als notwendig erachtet (BGE 133 V 359 E. 6.4 f.; vgl. auch Eugster, a.a.O., Art. 42 N. 16 f.). Der Leistungserbringer ist indes in begründeten Fällen berechtigt, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt des Versicherers weiter zu geben (Art. 42 Abs. 5 KVG), wo durch dem Arztgeheimnis Rechnung getragen wird (BGE 133 V 359 E. 8.3; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts K 7/05 vom 18. Mai 2006 E. 4.2 f.).

E. 3.3

Zu Unrecht bezogene Leistungen sind zurück zu erstatten. Wer Leistungen in gutem Glauben empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse Härte vorliegt. Der Rückforderungsanspruch erlischt mit dem Ablauf eines Jahres, nach dem der Versicherer davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren seit der Auszahlung der einzelnen Leistungen (Art. 25 Abs. 1 und 2 ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen Fassung). 4. 4.1

Es ist vorliegend unbestritten, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten für den Bezug der in der SL aufgeführten Medikamente Zolpidem, Stilnox und Zoldorm

im Zeitraum vom 4. Januar 2018 bis 23.

September 2018 übernommen und den verschiedenen Apotheken im Sinne des Systems «Tiers payant» direkt vergütet hat (Urk. 6 S. 3; vgl. die einzelnen Rechnungen in Urk. 7/1).

Aus den Akten ist weiter ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin

infolge dieser Medikamentenbezüge zwecks Beurteilung ihrer Leistungspflicht – insbesondere der Zweckmässigkeit – den behandelnden Arzt der Beschwerdeführerin mehrfach aufforderte, ihrem Vertrauensarzt Angaben zur Diagnose sowie zur medizinischen Begründung für die hohe Dosierung der Medikamente zu machen (vgl. Schreiben vom 11. Juni 2018 [Urk. 7/2], vom 16. Juli 2018 [Urk. 7/3] und vom 30. Juli 2018 [Urk. 7/4] sowie den Hinweis auf erfolglose telefonische Kontaktaufnahmen [Urk. 7/5]). Darüber hinaus wies sie nicht nur den behandelnden Arzt auf die Folgen einer verweigerten Auskunft hin (Urk. 7/4), sondern teilte auch der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 21. September 2018 mit, dass sie ohne den ärztlichen Bericht die weitere Leistungspflicht nicht beurteilen könne, was zur Ablehnung der Kostenübernahme für die Medikamente Stilnox und Zolpidem führen werde (Urk. 7/6). 4. 2

Wie vorstehend erwähnt, besteht eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die von der Beschwerdeführerin bezogenen und in der SL aufgeführten Medikamente nur bei Erfüllung der WZW-Kriterien im Einzelfall. Folglich war sie zur Überprüfung, ob der Einsatz dieser Medikamente aufgrund der medizinischen Umstände bei der Beschwerdeführerin indiziert war, berechtigt. Dass sie vor diesem Hintergrund zuhanden ihres Vertrauensarztes Auskünfte vom behandelnden Arzt der Beschwerdeführerin einzuholen versuchte, ist nicht zu beanstanden, zumal es gerade Aufgabe des Vertrauensarztes ist, die Zweckmässigkeit der Leistungen zu beurteilen, und mit der medizinischen Indikation zugleich auch die Zweckmässigkeit ausgewiesen ist

(vgl. vorstehend E).

E. 5

beim Betreibungsamt Winterthur-Stadt die Betreibung gegen die Versicherte ein (Zahlungsbefehl vom 30. September 2019 [Urk. 7/39]).

Mit Verfügung vom 14. Oktober 2019 (Urk. 7/40) verpflichtete die ÖKK die Versicherte zur Bezahlung der ausstehenden Kostenbeteiligungen von insgesamt Fr. 1'004.35 zuzüglich Verzugszins von 5 %, der Mahn- und Umtriebskosten von insgesamt Fr. 250.-- sowie der Betreibungskosten von Fr. 73.30 und hob den von der Versicherten in der Betreibung Nr. ... am 8. Oktober 2019 erhobenen Rechtsvorschlag (Urk. 7/39 S. 2) auf. Die dagegen von der Versicherten am 28. Oktober 2019 erhobene Einsprache (Urk. 7/41) wies die ÖKK mit Einspracheentscheid vom 29. November 2019 ab (Urk. 2 [= Urk. 7/42]). 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 29. November 2019 erhob die Versicherte mit Eingabe vom 12. Dezember 2019 Beschwerde und beantragte sinngemäss dessen Aufhebung (Urk. 1). Die ÖKK schloss mit Beschwerdeantwort vom 16. Januar 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin am 17. Januar 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Die Einzelrichterin zieht in Erwägung: 1.

Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs.

1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] in der bis 31. Mai 2020 gültigen Fassung). 2. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin zu Recht zur Bezahlung von insgesamt Fr. 1'004.35 (für ausstehende Kostenbeteiligungen) zuzüglich Verzugszins von 5 %, Mahn- und Umtriebskosten

von insgesamt Fr. 250.-- sowie Betreibungskosten von Fr. 73.30 verpflichtet hat, und ob insoweit der Rechtsvorschlag aufgehoben werden kann. 2.2

Vorab zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme für die Medikamente Zolpidem, Stilnox und Zoldorm zu Recht abgelehnt und sie der Beschwerdeführerin in Rechnung gestellt hat.

Aktenkundig sind folgende Abrechnungen für Medikamentenbezüge: • Leistungsabrechnung vom 9. Dezember

2018 (Urk. 7/12; Rechnungen Urk. 7/13 -7/15): insgesamt Fr. 227.-- respektive Fr. 218.75 (korrigiert infolge eines Verrechnungsfehlers, vgl. Urk. 6 S. 5 und 7); • Leistungsabrechnung vom 12. Januar

2019 (Urk. 7/ 18; Rechnungen Urk. 7/19-7/22): insgesamt Fr. 519.40; •
Leistungsabrechnung vom 19. Januar

2019 (Urk. 7/25 ; Rechnungen Urk. 7/15, 7/26 und 7/27): insgesamt Fr. 80.95; •
Leistungsabrechnung vom 5. Februar 2019 (Urk. 7/30 ; Rechnung Urk. 7/31): Fr. 79.30; •
Leistungsabrechnung vom 16. März 2019 (Urk. 7/34 ; Rechnung Urk. 7/35): insgesamt
Fr. 105.95.

Aus den fünf Leistungsabrechnungen ergibt sich ein Gesamtbetrag von Fr. 1'004.35 ,
welcher der Beschwerdeführerin in Rechnung gestellt und infolge Nichtbezahlens von der
Beschwerdegegnerin in Betreuung gesetzt wurde (vgl. vorstehend E. 2 .1). 2 .3

Die Beschwerdeführerin argumentierte mit Blick auf die Ablehnung der Kosten über
nahme , infolge massiver Medikamentenbezüge (90 Packungen à je 30 Tabletten innert
knapp vier Monaten) sei der behandelnde Arzt der Beschwerdeführerin in

zwecks Abklärung der Leistungspflicht sowie zur Beurteilung eines all fäl li gen Medi
kamentenmissbrauchs mehrfach zur Begründung der Behandlung mit den Medi ka menten
Zolpidem und S t ilnox

auf ge fordert worden. Mangels Rück meldung sei die Be schwerde führerin darüber in
formiert worden, dass ab 24. September 2018

für diese Medikamente keine Kosten übernahme mehr er folgen werde. Da von der Be
schwerdeführerin keine ent sprech enden Schritte ein geleitet, sondern einzig im November
2018 die Kündi gung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eingereicht worden
sei, habe man ihr die Medi ka menten bezüge von Zolpidem , Stilnox und Zoldorm

in der Folge in Rechnung gestellt, wo bei diese Kostenüber wälzung einzig aus der Miss
achtung der ge setz lich ver an kerten Mit wir kungs pflicht resultiere (Urk. 2 und 6).

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, sie könne ihren
Arzt weder zu einer Aussage zwingen noch nötigen; vielmehr liege es in seinem Ermessen,
ob und welche Auskunft er der Beschwerdegegnerin erteilen wolle (Urk. 1). 3 . 3 . 1 3 . 1.1

Art. 24 KVG verpflichtet die Krankenkassen, aus der obligatorischen Kranken pflege
versicherung die Kosten für die in Art. 25-31 KVG aufgeführten Leistungen nach Massgabe
der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen. Die Leistungen
müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (WZW; Art. 32 Abs. 1 KVG).

Wirksam im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG ist eine Leistung, sofern sie objektiv ge eignet
ist, auf ein angestrebtes diagnostisches, therapeutisches oder pflege ri sches Ziel
hinzuwirken respektive wenn sie den Krankheitsverlauf günstig be ein flusst (BGE 145 V
116 E. 3.2.1; Eugster , Recht spre chung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Auflage,
Zürich/Basel/Genf 2018, Art. 32 N 2). Die Wirksamkeit muss dabei nach wissenschaftli
chen Kriterien nachgewiesen sein (BGE 145 V 116 E. 3.2).

Zweckmässigkeit setzt Wirksamkeit voraus; eine Anwendung ist zweck mässig, wenn sie
gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken den
bestmöglichen diagnostischen oder therapeutischen Nutzen auf weist (BGE 145 V 116
E. 3.2.2; 130 V 299 E. 6.1; Eugster , a.a.O., Art. 32 N 9). Zweck mäs sigkeit ist mit der
medizinischen Indikation der jeweiligen Leistung gleich zu setzen; mit der medizinischen
Indikation ist auch die Zweck mäs sig keit aus ge wie sen (Eugster , a.a.O., Art. 32 N 10 ;
vgl. auch BGE 130 V 532 E. 2.2).

Die Wirtschaftlichkeit schliesslich setzt Wirksamkeit und Zweckmässigkeit voraus. Der Leistungserbringer hat sich in seinen Leistungen auf dasjenige Mass zu beschränken, das im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Wirtschaftlich ist bei vergleichbarem Nutzen die kostengünstigere Alternative (BGE 145 V 116 E. 3.2.3; Eugster, a.a.O., Art. 32 N 13). 3.1.2

Gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Diese Leistungen umfassen unter anderem die ärztlich verordneten Arzneimittel (Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG). Welche Arzneimittel die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen hat, ist behördlich festgelegt: Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erlässt eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste [SL]; Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG).

Das blosses Aufführen eines Arzneimittels in der SL allein genügt allerdings zur Begründung der Leistungspflicht grundsätzlich nicht; vielmehr muss es im konkreten Behandlungsfall auch so eingesetzt werden, dass Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gewährleistet sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_462/2016 vom 25. April 2017 E. 3.3; vgl. auch Eugster, a.a.O., Art. 25 N 33). Der Versicherer prüft folglich, ob der Einsatz des Arzneimittels im konkreten Behandlungsfall auf Grund der medizinischen Umstände bei der versicherten Person indiziert ist (BGE 143 V 95 E. 3.5; Eugster, a.a.O., Art. 25 N 35). 3.1.3

Art. 57 Abs. 4 KVG räumt dem Vertrauensarzt die Kompetenz zur Überprüfung der Voraussetzungen der Leistungspflicht der Versicherer ein; ihm obliegt insbesondere die Beurteilung der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlung. Der Leistungserbringer ist gestützt auf Art. 57 Abs. 6 KVG verpflichtet, dem Vertrauensarzt Auskunft zu erteilen; in diesem Rahmen ist der Leistungserbringer von seiner beruflichen Geheimhaltungspflicht entbunden.

Auch wenn der Leistungserbringer einer Einwilligung der

versicherten Person zur Auskunftserteilung nicht bedarf, kann ihm diese die Weitergabe von Daten an den Versicherer anbieten;

dies stellt indes regelmässig einen Verstoß gegen die Mitteilungspflichten dar, was zu Sanktionen nach Art. 43 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) führen kann. Wo über Auskunft zu erteilen ist, liegt schliesslich in der Entscheidungskompetenz des Vertrauensarztes (Eugster, a.a.O., Art. 57 N 3 und 8; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts K 7/05 vom 18. Mai 2006 E. 4.2; Gerber, Der Vertrauensarzt in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung [OKP], SZS 2019, S. 81).

Auch die versicherte Person selbst ist verpflichtet, dem Versicherer alle medizinischen Grundlagen dafür zu liefern, dass er die Voraussetzungen für die Leistungspflicht prüfen kann (BGE 130 V 464 E. 5).

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stellte die Medikamentenbezüge in der Höhe von insgesamt Fr. 1'004.35 (vgl. vorstehend E. 2.2) in der Folge der Beschwerdeführerin in Rechnung; sie stützte ihre Forderung auf Art. 64a KVG, welcher die Nichtbezahlung von Prämien und

Kostenbeteiligungen regelt, und beschriftet dies be züglich festgelegte Verfahren (vgl. Urk. 7/16, 7/17, 7/23, 7/24, 7/28, 7/29, 7/32, 7/33, 7/36 und 7/37 sowie den Zahlungsbefehl vom 30. September

2019 [Urk. 7/ 39]).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin handelt es sich vorliegend aller dings nicht um Kostenbeteiligungen, weshalb die ses Vor gehen nicht korrekt war. Indessen ändert dies nichts daran, dass die Be schwerde gegnerin berechtigt ist , das irrtümlich Bezahlte von der Be schwerde führerin zurückzufordern . Ihre For de rung vermag sich dabei auf Art. 25 Abs. 1 ATSG zu stützen (Kieser , Rück er stat tung von Versicherungsleistungen in der Krankenversicherung, HILL 2010 II Nr. 2, S. 8) .

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin verpflichtet e die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 14. Oktober 2019 (Urk. 7/40) zur Bez ahlung der Forderung im Umfang von ins gesamt Fr. 1'004.35 zu züg lich Verzugszins von 5 % , Mahn- und Um triebs spesen sowie der Betreuungskosten , wodurch sie der ver fahrens rechtliche n

Voraus setzung eine r

Rück er stattung

– dem Erlass einer formellen Ver fügung – Rech nung trug (Kieser , Rück er stattung, a.a.O., S. 12).

Die erste direkte Vergütung an eine Apotheke (Apotheke Y.____) erfolgte am 24. Oktober 2018 (Urk. 7/12 und 7/13), am 14. Februar 2019 forderte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin erstmals auf, den geforderten Betrag zurückzuerstatten (vgl. Urk. 7/16) . Die Frist von einem Jahr zur Geltend machung der Rückerstattung, gerechnet ab Kenntnis des Rück er stat tungs grundes, ist somit eingehalten (vgl. vorstehend E. 3.3) , was auch auf sämt liche weiteren Direktvergütungen

zutrifft (vgl. vorstehend E. 2. 2) .

Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin demnach zu Recht zur Rück er stattung von Fr. 1'004.35 verpflichtet. Insbesondere kann angesichts des Schreibens der Beschwerdegegnerin vom 21. September 2018 (Urk. 7/6), worin sie die Beschwerdeführerin über die Ablehnung der Kostenübernahme ab dem 24. September 2018 informierte, eine allenfalls der Rückerstattungspflicht ent ge gen stehende Gutgläubigkeit der Beschwerdeführerin ausgeschlossen werden.

Im Umfang von Fr. 1'004.35 ist der di e Verfügung vom 14. Oktober 2019

(Urk. 7/40) be stätigende Einspracheentscheid vom

29. November 2019 (Urk. 2)

der Beschwerde gegnerin folglich korrekt . In diesem Punkt obsiegt die Be schwerde geg ne rin.

E. 5.3

Da keine ausstehenden Kostenbeteiligungen einzufordern sind, erübrigt sich das in

Art. 64a KVG vorgesehene förmliche Mahnverfahren vor Erlass der Rückertstatungsverfügung. Die von der Beschwerdegegnerin dafür verlangten Mahn- und Umtriebskosten im Umfang von Fr. 250.--

(Urk. 7/17, 7/24, 7/29, 7/32, 7/37 und 7/39) schuldet die Beschwerdeführerin demzufolge nicht (Art. 105b Abs. 2

der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV] e contrario); in diesem Punkt unterliegt die Beschwerdegegnerin.

E. 5.4

Mit Verfügung vom 14. Oktober 201

E. 5.5

Die Betreuungskosten von Fr. 73.30 (Urk. 7/39) sind von Gesetzes wegen geschuldet (Art. 68 Abs. 1 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs [SchKG]) und vom Schuldner bei erfolgreicher Betreuung zusätzlich zur Forderung zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin ist berechtigt, diese Kosten von den Zahlungen der Beschwerdeführerin vorab zu erheben (Art. 68 Abs. 2 SchKG). Sie bilden nicht Gegenstand des Rechtsöffnungsverfahrens, weshalb hierfür keine Rechtsöffnung zu erteilen ist (Urteil des Bundesgerichts K 144/03 vom 18. Juni 2014 E. 4.1). Entsprechend diesem Grundsatz hat die Beschwerdegegnerin die Betreuungskosten von der Beseitigung des Rechtsvorschlages ausgenommen (Urk. 2 S. 2). Zu beachten ist allerdings, dass sich die Forderung der Beschwerdegegnerin nicht auf Art. 64a KVG, sondern auf Art. 25 ATSG stützt. Vor Eintritt der Rechtskraft des Rückforderungsentscheides und der Prüfung eines allfälligen Erlassgesuches im Sinne von Art. 25 Abs. 1 Satz 2 ATSG war die Anhebung der Betreuung nicht angezeigt. Die Beseitigung des Rechtsvorschlages kann dementsprechend im Beschwerdeverfahren nicht bestätigt werden. In diesem Punkt unterliegt die Beschwerdegegnerin

schliesslich ebenfalls . 6.

Zusammengefasst ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die Beschwerdeführerin ist zu verpflichten, der Beschwerdegegnerin Fr. 1'004.35 zurückzuerstatten. 7 . 7.1

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit . a ATSG). 7.2

Der Beschwerdeführerin ist keine Prozessentschädigung zuzusprechen, da ihr Arbeitsaufwand und ihre Umtriebe im vorliegenden Verfahren nicht den Rahmen dessen überschritten, was der Einzelne zu mutbarerweise nebenbei zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat. Die Einzelrichterin erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin Fr. 1'004.35 zurückzuerstatten hat. Im Weiter gehen den Umfang wird der angefochtene Einspracheentscheid der ÖKK Kranken- und Unfallversicherung AG vom 29. November 2019 aufgehoben. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beschwerdeführerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 5 .

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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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 Einzelrichterin Die Gerichtsschreiberin Philipp Böhme

E. 9

(Urk. 7/40) verpflichtete die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin zur Bezahlung eines Verzugszinses von 5 % gemäss Zahlungsbefehl und hielt

im Einspracheentscheid vom 29. November 2019 (Urk. 2) den 29. November 2019 als den Beginn des Zinslaufes fest.

Nach Art. 26 Abs. 1 ATSG sind für fällige Beitragsforderungen und Beitragsrückstellungen Ansprüche Verzugs- und Vergütungszinsen zu leisten.

Die Versicherer werden für ihre Leistungen nach Ablauf von 24 Monaten nach Entstehung des Anspruches, frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung verzugszinspflichtig, sofern die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist (Art. 26 Abs. 2 ATSG).

Die hier zu beurteilende Forderung betrifft weder eine fällige Prämie (Beitrag) noch eine Beitragsrückerstattung oder die Ausrichtung von Leistungen im Sinne von Art. 26 Abs. 2 ATSG, sondern vielmehr die Rückerstattung von Leistungen. Rechtssprechungsgemäss lässt sich weder aus Art. 26 Abs. 2 ATSG noch aus dem allgemeinen Rechtsgrundsatz der Verzugszinspflicht im öffentlichen Recht eine Verzugszinspflicht auf Rückerstattungen von Leistungen herleiten (Urteil des Bundesgerichts K 40/05 vom 12. Januar 2006 E. 4.3; ferner BGE 139 V 82 E. 3.3; Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genève 2020, Art. 26 N 41 ff.), weshalb die Beschwerdeführerin vorliegend keine solchen schuldet. Auch in diesem Punkt unterliegt die Beschwerdegegnerin.

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