

200 15 96 KV und
200 15 97 KV (2)
KOJ/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 3. Juni 2015

Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin



gegen

Avenir Krankenversicherung AG
Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny
Beschwerdegegnerin

betreffend zwei Einspracheentscheide vom 6. Januar 2015

Sachverhalt:

A.

Die 1992 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war 2012 bei der Krankenkasse C._____ obligatorisch krankenversichert. Per 1. Januar 2013 ersuchte sie sowohl bei der Avenir Krankenversicherung AG (nachfolgend: Avenir bzw. Beschwerdegegnerin; Unterzeichnung der Beitrittserklärung am 27. August 2012 [Akten der Avenir, Antwortbeilage {AB} 2]) als auch bei der Krankenkasse D._____ (nachfolgend: Krankenkasse D._____; Unterzeichnung des Versicherungsantrages am 6. September 2012 [AB 12]) um Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Auf Kündigung vom 6. September 2012 und Nachversicherungsbestätigung der Krankenkasse D._____ vom 11. September 2012 hin (Eingang bei der Krankenkasse C._____ am 19. September 2012 [Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage {BB} 4]) bestätigte die Krankenkasse C._____ mit Schreiben vom 25. September 2012 die Aufhebung der Versicherung per 31. Dezember 2012 (BB 5). In der Folge bestätigte die Krankenkasse C._____ ausdrücklich den Wechsel der Grundversicherung zur Krankenkasse D._____ (Schreiben vom 12. März 2013 [Beilage 2 zu AB 16]) und wies in diesem Zusammenhang darauf hin, die Krankenkasse D._____ habe rechtzeitig eine Nachversicherungsbestätigung per 1. Januar 2013 zugestellt, ohne dass noch weitere Nachversicherungsbestätigungen bei ihr eingegangen wären (E-Mail vom 23. Januar 2014 [Beilage 3 zu AB 16]).

Gegenüber der Avenir hatte die Versicherte (gemeinsam mit ihrer Mutter) mit Einschreiben vom 10. September 2012 sämtliche Versicherungsverträge annulliert bzw. die Aufnahme in die Kasse gekündigt (Eingang bei der Avenir am 11. September 2012 [AB 5]), was diese jedoch ablehnte (AB 6). Unter Bezugnahme auf ein am 4. Oktober 2012 geführtes Telefongespräch begründete die Versicherte (wiederum gemeinsam mit ihrer Mutter) mit Schreiben vom 8. Oktober 2012 die Annullierung der Versicherung (Eingang bei der Avenir am 11. Juli 2013 [AB 7]). Auf Betreuung hin teilte die Versicherte der Avenir mit Einschreiben vom 25. Juni 2013 und unter Bei-

lage des erwähnten Schreibens vom 8. Oktober 2012 mit, seit 1. Januar 2013 bei der Krankenkasse D._____ versichert zu sein (AB 7). Nach Einholung einer Bestätigung des aktuellen Krankenversicherers (AB 8) sowie einer Stellungnahme des Versicherungsberaters (AB 9) verneinte die Avenir mit Schreiben vom 4. Oktober 2013 (AB 10) die Möglichkeit der Auflösung der Versicherungsverträge per Beginn. Gegenüber der Versicherten und deren bisherigen Krankenkasse beanspruchte die Avenir Zeitpriorität aufgrund des früheren Unterschriftsdatums (AB 17, 20; vgl. auch AB 21). Folglich hob sie die Rechtsvorschläge der Versicherten gegen die Prämienforderungen für Juli bis September 2013 (AB 35; vgl. auch AB 30 ff.) und Januar bis März 2014 (AB 44; vgl. auch AB 40 ff.) mit Verfügungen vom 13. Juni 2014 (AB 36) und 17. Juli 2014 (AB 45) auf, wogegen die Versicherte jeweils Einsprache erhob (AB 37 und 46).

Unter Hinweis darauf, dass die Krankenkasse D._____ die Nachversicherungsbestätigung am 17. September 2012 (per Einschreiben; Beilage 3 zu AB 24) beweismässig vor der Avenir (per Einschreiben erst am 21. Dezember 2012; AB 14, vgl. auch AB 23) der Krankenkasse C._____ habe zukommen lassen, ging die Ombudsstelle Krankenversicherung mit Schreiben vom 19. August 2014 (AB 24) davon aus, dass die Versicherte mit der Avenir keinen rechtsgültigen Versicherungsvertrag nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) abgeschlossen habe. Trotzdem (vgl. AB 25) wies die Avenir die Einsprachen mit Entscheiden vom 6. Januar 2015 (AB 39 und 48) mit der Begründung ab, dass der Versicherungsvertrag zwischen ihr und der Versicherten gültig zustande gekommen sei, und bestätigte die Aufhebung der Rechtsvorschläge.

B.

Gegen diese Einspracheentscheide erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 29. Januar 2015 Beschwerde. Zur Begründung liess sie im Wesentlichen vorbringen, unter Berücksichtigung des Doppelversicherungsverbots und der Nachversicherungsbestätigung sei ab 1. Januar 2013 einzig ein Versicherungsverhältnis mit der Krankenkasse

D. _____ zustande gekommen. Gleichzeitig ersuchte die Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Februar 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 26. Februar 2015 zog der Instruktionsrichter im vorliegenden Verfahren die schon im Verfahren IV/2014/1212 betreffend Rechtsverzögerung eingereichten Verwaltungskaten bei. Gleichzeitig hiess er das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt gut. Aufforderungsgemäss reichte Letzterer am 3. März 2015 seine Kostennote ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten sind die Einspracheentscheide vom 6. Januar 2015 (AB 39 und 48). Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der in Betreuung gesetzten Forderungen für die Prämien und Selbstbehalte der Monate Juli bis September 2013 im Betrag von Fr. 1'175.10 (AB 37) und Januar bis März 2014 im Betrag von Fr. 1'096.65 (AB 48; je inkl. Mahn- bzw. Aufforderungskosten und Dossiereröffnungskosten und je zzgl. Zinsen und Betreuungskosten).

1.3 Der Streitwert liegt bei Zahlungsausständen von Fr. 1'175.10 (AB 37) und Fr. 1'096.65 (AB 48) unter der massgebenden Grenze von Fr. 20'000.--, womit die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

Das KVG schreibt ein allgemeines Versicherungsobligatorium für die gesamte schweizerische Wohnbevölkerung vor (Art. 3 Abs. 1 KVG). Die versicherungspflichtigen Personen können ihren Versicherer unter den vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) anerkannten Krankenkassen frei wählen (Art. 4 i.V.m. Art. 11 KVG).

2.1 Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf Ende eines Kalendersemesters wechseln (Art. 7 Abs. 1 KVG). Bei der Mitteilung einer neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht (Art. 7 Abs. 2 KVG). Im Falle eines Wechsels des Versicherers nach Art. 7 Abs. 1 oder Abs. 2 KVG endet das Versicherungsverhältnis beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist (Art. 7 Abs. 5 Satz 1 KVG). Entsprechend führt eine gültige Kündigung für sich alleine nicht zur

Beendigung des bisherigen Versicherungsverhältnisses; dieses endet gemäss Art. 7 Abs. 5 Satz 1 KVG vielmehr erst, wenn der neue Versicherer dem bisherigen mitgeteilt hat, die betreffende Person sei bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert (BGE 130 V 448 E. 3.1 S. 450). Der Sinn der Mitteilung gemäss Art. 7 Abs. 5 Satz 1 KVG besteht in erster Linie darin, das Entstehen einer Versicherungslücke zu vermeiden. Die Versicherer sollen auf diesem Weg dafür sorgen, dass niemand dem Versicherungsobligatorium entgeht. Diese Kontrollfunktion kann wesentlich besser wahrgenommen werden, wenn die Mitteilung der Versicherungsdeckung direkt von Versicherer zu Versicherer erfolgt und somit bei Bedarf Rückfragen möglich sind (BGE 130 V 448 E. 5.3.3 S. 456). Die in Art. 7 Abs. 5 Satz 1 KVG vorgesehene Mitteilung hat demnach direkt vom neuen an den bisherigen Versicherer zu erfolgen (BGE 130 V 448 E. 5.4 S. 457).

Das Ende des Versicherungsverhältnisses wird erst mit dem Eingang der Mitteilung der Weiterversicherung beim bisherigen Krankenversicherer bewirkt (BGE 130 V 448 E. 3.1 S. 451). Für diese Mitteilung ist keine besondere Form vorgeschrieben, doch trägt der (neue) Krankenversicherer die Folgen der Beweislosigkeit (GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [nachfolgend: EUGSTER KVG], 2010, S. 78).

2.2 Als neuer Versicherer gilt derjenige, bei welchem die Aufnahme beantragt wurde (BGE 129 V 394 E. 5.1 S. 395). Das Versicherungsverhältnis entsteht durch Verwaltungsakt, mit welchem der Versicherer auf Anmeldung hin die Aufnahme formell, aber nicht in konstitutiver Weise vollzieht. Die Anmeldung ist eine empfangsbedürftige Gestaltungserklärung, an welche die antragstellende Person grundsätzlich gebunden ist und die bei erfüllten gesetzlichen Aufnahmebedingungen ihre Rechtswirkung – die Begründung des Versicherungsverhältnisses – ohne Erfordernis der Zustimmung durch den Versicherer automatisch entfaltet. Eine jederzeitige Widerrufbarkeit eines Antrags auf Beitritt wäre mit der Rechtssicherheit und einer geordneten Durchführung der sozialen Krankenversicherung nicht zu vereinbaren. Ein Antrag wird jedoch hinfällig, wenn die versicherte Person die Kündigung beim bisherigen Versicherer unterlässt. Die Anmeldung bei verschiedenen Krankenversicherern führt zu einer unzulässigen

Doppelversicherung, weil die Versicherungspflicht nur einmal erfüllt werden kann (BGE 130 V 448 E. 4.2 ff. S. 451 ff.; zum Ganzen: GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2007, [nachfolgend: EUGSTER SBVR], S. 407 f. N. 20 ff.). Vorrang hat in einem solchen Fall das zuerst zustande gekommene Versicherungsverhältnis (EUGSTER KVG, a.a.O., S. 50) bzw. das Versicherungsverhältnis mit dem Krankenversicherer, bei welchem die Anmeldung als erste eingegangen ist (EUGSTER SBVR, a.a.O., S. 408 N. 22).

3.

3.1 Nach dem unter E. 2.1 hiervor Ausgeführten kann ein neues Versicherungsverhältnis von Gesetzes wegen und gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht entstehen, bevor das bisherige beendet ist, was seinerseits den Eingang der Mitteilung der Weiterversicherung nach Art. 7 Abs. 5 Satz 1 KVG beim bisherigen Krankenversicherer voraussetzt. Soweit sich die Beschwerdegegnerin hierbei auf ihre mit normaler Post versandte Mitteilung der Weiterversicherung vom 6. September 2012 beruft (AB 4), verneint die Krankenkasse C._____ deren Erhalt (vgl. Beilage 3 zu AB 16). Die Beschwerdegegnerin vermag damit hinsichtlich dieses Schriftstücks weder eine Kündigung der bisherigen Versicherung noch die Mitteilung der Weiterversicherung durch sie nachzuweisen. Weil die Voraussetzungen für eine Beendigung der Versicherung bei der Krankenkasse C._____ damit nicht erstellt waren, hat auch kein neues Versicherungsverhältnis (mit der Beschwerdegegnerin) zustande kommen können.

3.2 Nachgewiesen ist dann aber die per Einschreiben versandte und am 19. September 2012 bei der Krankenkasse C._____ eingegangene Kündigung mitsamt der Nachversicherungsbestätigung der Krankenkasse D._____ (BB 4). Diese beweismässig erstellte Eingabe erfüllt die Voraussetzungen zur Beendigung des bisherigen Versicherungsverhältnisses bei der Krankenkasse C._____ (vgl. E. 2.1 hiervor), bestätigt doch

die Krankenkasse D._____ gemäss Art. 7 Abs. 5 Satz 1 KVG ausdrücklich, dass der Versicherungsschutz nicht unterbrochen wird.

3.3 Da einerseits ein neues Versicherungsverhältnis nicht entstehen kann, bevor das bisherige beendet ist, und da andererseits auch Versicherungslücken zu vermeiden sind, stimmt der Zeitpunkt des Versicherungsbeginns zwangsläufig mit demjenigen der Beendigung des bisherigen Versicherungsverhältnisses überein (BGE 130 V 448 E. 4.7 S. 453; vgl. auch E. 2.1 hiavor). Gestützt auf die Nachversicherungsbestätigung der Krankenkasse D._____ (BB 4) ist somit das Versicherungsverhältnis bei der Krankenkasse C._____ per 31. Dezember 2012 beendet (vgl. E. 3.2 hiavor) und sogleich, d.h. per 1. Januar 2013, das Versicherungsverhältnis mit der Krankenkasse D._____ begründet worden.

3.4 Die direkte Mitteilung erlaubt es auch mit einer gewissen Zuverlässigkeit zu verhindern, dass sich eine Person doppelt versichert (sei es absichtlich oder irrtümlich), etwa indem sie eine neue Versicherung abschliesst, ohne die alte rechtsgültig gekündigt zu haben (BGE 130 V 448 E. 5.3.4 S. 456). Vorliegend hat sich die Beschwerdeführerin nicht nur bei der Krankenkasse D._____ angemeldet, sondern schon vorher bei der Beschwerdegegnerin. Nach dem unter E. 3.3 hiavor Ausgeführten muss diesfalls dem zuerst zustande gekommenen Versicherungsverhältnis Vorrang zukommen (EUGSTER KVG [2010], a.a.O., S. 50), mithin demjenigen mit der Krankenkasse D._____. Auch wenn vorliegend die Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin zeitlich früher einging, vermochte diese den Zugang ihrer Nachversicherungsbestätigung und infolgedessen die Beendigung des bisherigen Versicherungsverhältnisses mit der Krankenkasse C._____ nicht nachzuweisen (vgl. E. 3.1 hiavor); der Abschluss eines Versicherungsverhältnisses mit ihr blieb damit aufschiebend bedingt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. Dezember 2010, 9C_930/2010/9C_942/2010, E. 2.3). Soweit sie dann mit Einschreiben vom 21. Dezember 2012 (AB 14) den Bedingungseintritt zu erwirken versuchte, steht dem das Doppelversicherungsverbot entgegen, da zu diesem Zeitpunkt das Versicherungsverhältnis bei der Krankenkasse C._____ bereits durch die von der Krankenkasse

D. _____ eingereichte Nachversicherungsbestätigung rechtsgültig beendet und auf diese übergegangen war.

Die von der Beschwerdegegnerin dagegen in der Beschwerdeantwort, S. 8 f., vorgebrachten Bedenken vermögen daran nichts zu ändern: Die Anmeldung bei verschiedenen Krankenversicherern hat mit Blick auf das Doppelversicherungsverbot zwangsläufig zur Folge, dass nur einer der vom Versicherten gewählten Versicherer seiner Aufnahmepflicht nachkommen kann.

3.5 Damit ist vorliegend gar kein Versicherungsverhältnis zwischen den Parteien begründet worden, womit auch keine Prämienpflicht der Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin besteht.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und es sind die angefochtenen Einspracheentscheide vom 6. Januar 2015 (AB 39 und 48) aufzuheben.

4.

4.1 Verfahrenskosten sind in Anwendung von Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Praxisgemäss ist dem Gericht bei der Festsetzung der Parteien-schädigung ein weiter Ermessensspielraum einzuräumen. Im Rahmen seines Ermessens hat das Gericht für die Bestimmung der Höhe des Anwaltshonorars die Wichtigkeit und Schwierigkeit der Streitsache, den Umfang der Arbeitsleistung und den Zeitaufwand des Anwalts zu berücksichtigen (BGE 114 V 83 E. 4b S. 87). Als Grundsatz gilt, dass die Parteien-schädigung nur den objektiv erforderlichen Vertretungsaufwand umfassen soll (SVR 2006 BVG Nr. 26 S. 105 E. 11.3.1). Bei der Beurteilung des Arbeits- und Zeitaufwandes darf das Sozialversicherungsgericht auch beach-

ten, dass der Sozialversicherungsprozess im Unterschied zum Zivilprozess von der Untersuchungsmaxime beherrscht wird, wodurch in vielen Fällen die Arbeit des Anwalts erleichtert wird. Dessen Tätigkeit kann nur in dem Umfang berücksichtigt werden, als sich der Anwalt bei der Erfüllung seiner Aufgabe in einem vernünftigen Rahmen hält, unter Ausschluss nutzloser oder sonstwie überflüssiger Schritte. Im Weiteren fallen Bemühungen, welche der Anwalt vor der Einleitung des Prozesses unternommen hat, bei der gerichtlichen Festsetzung der Höhe seines Honorars ausser Betracht (BGE 114 V 83 E. 4b S. 87; ZAK 1989 S. 254 E. 4b - d).

Mit Kostennote vom 3. März 2015 macht Rechtsanwalt B._____ ein Honorar von Fr. 3'250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 108.-- und Mehrwertsteuer (MWSt.) von Fr. 268.65, total Fr. 3'626.65, geltend. Zwar sind sowohl die Prozessinstruktion als auch das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege Teil des Verfahrens, doch gilt es andererseits zu berücksichtigen, dass es sich um überblickbare Akten und einen bekannten Prozessgegenstand (vgl. Verfahren IV/2014/1212) handelte und dass die bloss vierseitige Beschwerde im Wesentlichen die Ausführungen der Ombudsstelle Krankenversicherung wiederholte. Unter Berücksichtigung dessen ist die Parteienschädigung ermessensweise auf pauschal Fr. 2'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen. Diesen Betrag hat die Beschwerdeführerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerde werden die angefochtenen Einspracheentscheide vom 6. Januar 2015 aufgehoben.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- Avenir Krankenversicherung AG
- Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.