

200 17 126 KV
ACT/BRM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 7. August 2017

Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Progrès Versicherungen AG
Versicherungsrecht, Postfach, 8081 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 19. Dezember 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1948 geborene A. _____ war 2014 bei der Sansan Versicherungen AG (Sansan), heute Progrès Versicherungen AG (nachfolgend Progrès; ein Unternehmen der Helsana-Gruppe), in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) versichert (Akten der Beschwerdegegnerin [act. II] 1). Dabei hatte er das Versicherungsmodell BeneFit PLUS Hausarzt/Gruppenpraxis HMO C. _____ (D. _____ AG bzw. das Ärztezentrum D. _____; vgl. act. II 7) ... gewählt.

Im Juni 2014 hat der Krankenversicherer davon erfahren, dass der Betreiber (E. _____ AG,) des Netzwerks C. _____ dessen Strategie angepasst hatte und diese nicht mehr in der bisherigen Form weiterbetrieben wird (vgl. act. II 4), worauf sich die dieser bisher angeschlossene D. _____ AG bzw. das Ärztezentrum D. _____ per 1. Januar 2015 keinem Ärztenetzwerk der Helsana mehr anschliessen konnte (vgl. act. II 7 und 9). Am 4. November 2014 verschickte die Sansan eine neue, ab 1. Januar 2015 gültige Versicherungspolice (act. II 8). In einem Schreiben vom 15. Dezember 2014 teilte der Krankenversicherer dem Versicherten mit, dass der bisherige koordinierende Leistungserbringer nicht mehr am System der Hausarztversicherung teilnehmen werde, und gab ihm Gelegenheit, entweder aus der Ärzteliste einen neuen koordinierenden Arzt auszuwählen oder in die Grundversicherung ohne Hausarztmodell überzutreten (act. II 9); im beigelegten Übertrittsgesuch gab der Versicherte am 8. Januar 2015 an, aus der Hausarztversicherung aus- und in die Grundversicherung überzutreten (act. II 10). Am 13. Januar 2015 stellte der Krankenversicherer die neue, ab 1. Februar 2015 gültige Versicherungspolice zu; die Prämie betrug Fr. 421.— (act. II 11).

B.

Der den Versicherten – und weitere Mandanten in ähnlich gelagerten Fällen – vertretende Fürsprecher B._____ führte im Schreiben vom 12. Oktober 2015 an die Helsana AG aus, dass sein Mandant mit den Änderungen des Versicherungsvertrages nicht einverstanden sei. Auf Verlangen des Beschwerdeführers (act. II 16) erliess die Sansan die Verfügung vom 18. November 2015; darin hielt sie fest, dass der Wechsel des Versicherten in die Grundversicherung unter Berücksichtigung der Versicherungsbedingungen (VB), insbesondere der vertraglichen Frist, erfolgt sei. Mangels Verletzung der Versicherungsbedingungen bestehe kein Anspruch auf Schadenersatz und es ergebe sich auch aus den gesetzlichen Grundlagen kein solcher (act. II 17).

Die hiergegen gerichtete Einsprache (act. II 19) wies die Sansan Versicherungen AG, Recht & Compliance, mit Entscheid vom 19. Dezember 2016 ab (act. II 20).

C.

Mit – auf instruktionsrichterlichen Hinweis (vgl. Verfügung vom 6. Februar 2017) hin verbesserter und innert der erstreckten Frist (vgl. Verfügung vom 16. Februar 2017) eingegangener – Beschwerde vom 16. Februar 2017 lässt der Versicherte, weiterhin vertreten durch Fürsprecher B._____, beantragen, der Einspracheentscheid vom 19. Dezember 2016 sowie die Verfügung vom 18. November 2015 seien aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, dem Beschwerdeführer einen Betrag von Fr. 859.20 zuzüglich Zins zu 5% ab dem 1. November 2015 zu bezahlen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, der Krankenversicherer habe nicht ordnungsgemäss, insbesondere nicht rechtzeitig, darüber informiert, dass das bisherige alternative Versicherungsmodell ab Januar 2015 nicht weitergeführt werde, so dass dem Beschwerdeführer die Möglichkeit verwehrt geblieben sei, zu einer anderen Krankenversicherung zu wechseln; der dadurch entstandene Schaden im Umfang der Differenz der Prämie für die Grundversicherung zu

derjenigen des Hausarztmodells sei deshalb durch die Beschwerdegegnerin zu ersetzen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. April 2017 beantragt die Progrès die Abweisung der Beschwerde. Sollte das Gericht wider Erwarten eine Ersatzpflicht der Beschwerdegegnerin bejahen, betrüge der Schaden im Sinne der Prämien Differenz im Jahr 2015 Fr. 787.60 (11 Monate à Fr. 71.60), da die Umteilung per 1. Februar 2015 erfolgt sei.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er 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 ist der Einspracheentscheid vom 19. Dezember 2016 (act. II 20). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Schadenersatz hat und wenn ja, in welcher Höhe.

1.3 Der Streitwert – geltend gemachter Schadenersatz in Höhe von Fr. 859.20 – liegt unter der massgebenden Grenze von Fr. 20'000.—, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG; zum Streitwert: Art. 57 Abs. 1 GSOG i.V.m. Art. 91 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 [ZPO; SR 272]).

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.

2.1 Gemäss Art. 3 Abs. 1 KVG muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen.

Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Versicherern, die nach dem KVAG eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung haben, frei wählen (Art. 4 KVG). Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln (Art. 7 Abs. 1 KVG). Bei der Mitteilung der neuen Prämien kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der Prämie vorangeht. Der Versicherer muss die neuen, vom Bundesamt für Gesundheit genehmigten Prämien jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen (Art. 7 Abs. 2 KVG).

2.2 Abgeleitet aus dem Grundsatz von Treu und Glauben (Art. 9 der Bundesverfassung [BV]), welcher die Bürgerin und den Bürger in ihrem berechtigten Vertrauen auf behördliches Verhalten schützt, können falsche Auskünfte von Verwaltungsbehörden unter bestimmten Voraussetzungen eine vom materiellen Recht abweichende Behandlung der rechtsuchenden

Person gebieten. Gemäss Lehre und Rechtsprechung (BGE 131 V 472 E. 5 S. 480; SVR 2012 ALV Nr. 3 S. 7 E. 5.2) ist dies der Fall,

1. wenn die Behörde in einer konkreten Situation mit Bezug auf bestimmte Personen gehandelt hat;
2. wenn sie für die Erteilung der betreffenden Auskunft zuständig war oder wenn die rechtsuchende Person die Behörde aus zureichenden Gründen als zuständig betrachten durfte;
3. wenn die Person die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne weiteres erkennen konnte;
4. wenn sie im Vertrauen auf die Richtigkeit der Auskunft Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können, und
5. wenn die gesetzliche Ordnung seit der Auskunftserteilung keine Änderung erfahren hat.

3.

3.1 Vereinbart war zwischen dem Beschwerdeführer und der Beschwerdegegnerin eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG, namentlich das Modell BeneFit PLUS Hausarzt / Gruppenpraxis HMO C. _____ ... (act. II 1). Dabei musste sich der Versicherte vor Inanspruchnahme jeglicher medizinischer Leistungen und Behandlungen immer zuerst an den von ihm gewählten koordinierenden Leistungserbringer wenden (vgl. act. II 2 Ziff. 1 Abs. 1 und Ziff. 16 Abs. 1 VB). Die Wahl dieses Versicherungsmodells führte zu einer günstigeren Prämie.

Am 26. Juni 2014 hatte der entsprechende Leistungserbringer – bzw. das dahinter stehende ärztliche Netzwerk – die Zusammenarbeit mit der Beschwerdegegnerin per Ende 2014 gekündigt (act. II 4) und eine weitere Zusammenarbeit der D. _____ AG bzw. des Ärztezentrums D. _____ mit der Beschwerdegegnerin auf anderer Basis kam in der Folge auch nicht zustande (act. II 5 – 7). Das zwischen den Parteien vereinbarte Versicherungsmodell konnte mithin von der Progrès ab Januar 2015 nicht mehr angeboten werden. Die Beschwerdegegnerin hatte von dieser Unmöglichkeit am Nachmittag des 31. Oktober 2014 definitiv Kenntnis erhalten (act. II 7 sowie I. Ziff. 6 des Einspracheentscheides vom 19. Dezember 2016 [act. II

20]). Dennoch hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 4. November 2014 eine ab 1. Januar 2015 gültige Versicherungspolice mit der bisherigen Versicherungsdeckung BeneFit PLUS Hausarzt / Gruppenpraxis HMO C. _____ ... zugestellt (act. II 8). Erst mit Schreiben vom 15. Dezember 2014 wurde der Beschwerdeführer auf die Unmöglichkeit der Weiterführung des bisherigen Versicherungsmodells hingewiesen und aufgefordert anzugeben, ob er auch zukünftig eine besondere Versicherungsform mit einem neu zu wählenden koordinierenden Arzt wünscht oder in die Grundversicherung wechseln möchte (act. II 9); eine allfällige Kündigung des Gesamtverhältnisses wurde im genannten Schreiben nicht zur Diskussion gestellt.

3.2 Mit der Zustellung der Versicherungspolice vom 4. November 2014 hat die Beschwerdegegnerin eine falsche Auskunft erteilt. Der Versand der neuen Police erfolgte – entgegen den Ausführungen im Einspracheentscheid (act. II 20 S. 3 Ziff. 5) und der darauf abstellenden Annahme in der Beschwerde (S. 5 unten) – nicht etwa am 8. Oktober 2014, sondern vielmehr am 4. November 2014, wobei sie (wie darin explizit angegeben) diejenige vom 8. Oktober 2014 ersetzte (act. II 8). Zu prüfen ist, ob die Voraussetzungen der Bindung an falsche Auskünfte (vgl. E. 2.2 hiavor) erfüllt sind: Mit der Zustellung der Police für das Jahr 2015 hat die Beschwerdegegnerin in einer konkreten Situation, nämlich die Versicherung für das Jahr 2015, und mit Bezug auf eine bestimmte Person, nämlich den Beschwerdeführer, gehandelt. Sodann war die Progrès als (aktuelle und auch zukünftige) Vertragspartnerin und Sozialversicherungsträgerin ohne weiteres für die Erteilung dieser Auskunft zuständig, deren Unrichtigkeit der Versicherte nicht ohne weiteres erkennen konnte, zumal insbesondere weder geltend gemacht noch erstellt ist, dass dieser um die Aufhebung des Zusammenarbeitsvertrages seines besonderen Leistungserbringers mit der Beschwerdegegnerin wusste. Aufgrund der erteilten Auskunft hatte der Beschwerdeführer keinen Anlass, sich allenfalls um einen Wechsel des Versicherers zu bemühen, womit er im Vertrauen auf die Richtigkeit der Auskunft Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können. Schliesslich hat die gesetzliche Ordnung seit dem Versand der Police keine Änderung erfahren.

Die Voraussetzungen der Bindung an eine falsche Auskunft sind demnach erfüllt; durch den Vertrauensschutz soll die versicherte Person vor dem im Vertrauen auf die erteilte Auskunft erlittenen Nachteil bewahrt werden. Dieser kann, da die vereinbarte besondere Versicherungsform von Seiten des Krankenversicherers unmöglich geworden ist, einzig durch den Ersatz des entstandenen Schadens ausgeglichen werden. Er besteht in der Differenz der effektiven Prämie nach dem Wechsel in die Grundversicherung zur Prämie für das zwischen den Parteien früher vereinbarte besondere Versicherungsmodell. Allerdings hätte der Beschwerdeführer das Versicherungsverhältnis mit der Progrès ab Kenntnis der Tatsache, dass die bisherige Versicherung nicht mehr abgeschlossen werden konnte, was Mitte Dezember 2014 der Fall war (act. II 9), unter Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Frist von drei Monaten (Art. 7 Abs. 1 KVG) auf Ende Juni 2015 kündigen und per 1. Juli 2015 eine ihm besser zusagende Versicherung – allenfalls bei einem anderen Krankenversicherer – mit einer günstigeren Prämie abschliessen können, wobei ein Beitritt zu einer besonderen Versicherungsform jederzeit möglich ist (Art. 100 Abs. 2 KVV); da die bisherige besondere Versicherungsform auf Anfangs 2015 nicht mehr möglich war und der Versicherte in die Grundversicherung übergetreten ist (act. II 11), kommt die Norm von Art. 100 Abs. 3 KVV, der (ausschliesslich) für besondere Versicherungsformen allein eine Kündigung auf Jahresende vorsieht, vorliegend nicht zur Anwendung. Damit ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Differenz zwischen der Prämie für die Grundversicherung (Fr. 421.—; act. II 11) und der Prämie gemäss der Police vom 4. November 2014 (Fr. 349.40; act. II 8) für die Monate Februar (Wechsel des Versicherungsmodells ab 1. Februar 2015) bis und mit Juni 2015, ausmachend Fr. 358.— ($421.— - 349.40 = 71.60 \times 5$) zu ersetzen hat.

3.3 Soweit der Beschwerdeführer die Ausrichtung von Verzugszinsen geltend macht, sind solche mangels einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage nicht geschuldet. Offen bleiben kann, ob Art. 26 ATSG einschlägig ist, denn selbst wenn dies der Fall wäre, wären die darin geforderten Voraussetzungen nicht erfüllt. Eine andere, hier anwendbare Grundlage für einen Zinsanspruch ist nicht ersichtlich und insbesondere ist die in der Beschwerde, S. 12, angerufene privatrechtliche Norm von Art. 104 des

Bundesgesetzes vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht [OR]; SR 220) im Bereich der Krankenversicherung nicht anwendbar.

3.4 Angesichts der oben dargelegten Umstände kann im Übrigen dahingestellt bleiben, ob sich ein Anspruch auf Schadenersatzleistungen alternativ allenfalls auf Art. 7 Abs. 6 KVG, Art. 27 ATSG oder Art. 78 ATSG stützen liess, wäre doch der nach diesen Normen zu ersetzende Schaden nicht höher als derjenige gemäss E. 3.2 hiavor.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1). Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine "Überklagung" eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat. Indessen kommt die Zusprechung einer vollen Parteientschädigung bei teilweisem Obsiegen nur in Frage, wenn die Beschwerde führende Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt (SVR 2016 IV Nr. 12 S. 38 E. 5; Entscheid des BGer vom 16. November 2010, 9C_580/2010, E. 4.1).

Nach diesen Grundsätzen besteht vorliegend kein Anlass zur Ausrichtung lediglich einer reduzierten Parteientschädigung. In seiner Kostennote vom 5. Mai 2017 macht Fürsprecher B. _____ ein Honorar von Fr. 373.35 zuzüglich Auslagen von Fr. 31.90 sowie 8% MWSt, insgesamt Fr. 437.65, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in dieser Höhe auszurichten.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 19. Dezember 2016 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verurteilt, dem Beschwerdeführer Schadenersatz in Höhe von Fr. 358.— zu bezahlen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteidenschädigung in Höhe von Fr. 437.65 (inkl. Auslagen und MWSt) auszurichten.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Progrès Versicherungen 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. Der Streitwert im Sinn von Art. 51 ff. BGG beträgt Fr. 358.—.