

200 20 154 KV
WIS/PRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil der Einzelrichterin vom 14. Mai 2020

Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Assura-Basis SA
Avenue C.-F. Ramuz 70, Case postale 532, 1009 Pully
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 28. Januar 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1951 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist seit 2008 bei der Assura-Basis SA (Assura bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenpflegeversichert (Akten der Assura [act. II] 1).

Am 6. Februar 2019 wurde der Versicherte in das Notfallzentrum des Spitals B. _____ eingewiesen, von wo aus er gleichentags in die psychiatrischen Dienste C. _____ verlegt wurde. Am 7. Februar 2019 wurde er nach Hause entlassen (act. II 16 f.). Für direkt vergütete Behandlungskosten (vgl. act. II 2 - 5) forderte die Assura vom Versicherten mit Leistungsabrechnung vom 22. März 2019 für die Behandlung vom 6. Februar 2019 im Spital B. _____ einen Betrag von Fr. 901.35 (Fr. 886.35 Franchise plus Fr. 15.-- Spitalbeitrag, act. II 6) und mit Leistungsabrechnung vom 22. Mai 2019 für die Behandlung vom 6. bis 7. Februar 2019 in den psychiatrischen Diensten C. _____ einen Betrag von Fr. 1'044.20 (Fr. 1'029.20 Franchise plus Fr. 15.-- Spitalbeitrag, act. II 9). Am 10. bzw. 20. September 2019 wurden die Leistungsabrechnungen dahingehend korrigiert, als der Spitalkostenbeitrag von Fr. 15.-- jeweils vergütet (Behandlung in den psychiatrischen Diensten C. _____, act. II 10) bzw. von der Kostenbeteiligung abgezogen (Behandlung im Spital B. _____, act. II 11) wurde. Nach zwei vergeblichen Mahnungen (act. II 12, 14) leitete die Assura im November 2019 für den Ausstand im Umfang von Fr. 2'033.85 (Fr. 1'930.55 Kostenbeteiligung zuzüglich Fr. 30.-- administrative Spesen) die Schuldbetreibung ein (act. II 18 f.) und beseitigte mit Verfügung vom 6. Dezember 2019 (act. II 20) den vom Versicherten gegen den Zahlungsbefehl erhobenen Rechtsvorschlag (act. II 19, S. 2). Die dagegen erhobene Einsprache (act. II 21) wies sie mit Entscheid vom 28. Januar 2020 ab (act. II 23).

B.

Mit E-Mail vom 23. Februar 2020 erhob der Versicherte gegen den Einspracheentscheid vom 28. Januar 2020 beim Verwaltungsgericht des Kan-

tons Bern Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides. Am 1. März 2020 erfolgte eine weitere Eingabe des Beschwerdeführers per E-Mail. Am 3. März 2020 ging beim Verwaltungsgericht innerhalb der angesetzten Nachfrist die verbesserte, eigenhändig unterschriebene Beschwerde ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 9. März 2020 wurde das vorliegende Verfahren per 1. März 2020 Verwaltungsrichterin Wiedmer zur weiteren Instruktion übertragen.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. März 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit E-Mail vom 7. April 2020 reichte der Beschwerdeführer eine weitere Eingabe zu den Akten.

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

kantonales Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 28. Januar 2020 (act. II 23). Streitig und zu prüfen ist der Bestand (Verität) der von der Beschwerdegegnerin gegenüber dem Beschwerdeführer geltend gemachten Forderung im Umfang von insgesamt Fr. 2'033.85 (Fr. 1'930.55 Kostenbeteiligungen zuzüglich Fr. 30.-- administrative Spesen) sowie die Voraussetzung für die Aufhebung des Rechtsvorschlages in der Betreuung Nr. ... des Betreibungsamtes D. _____ im erwähnten Umfang.

Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern ist nicht zuständig für die Beurteilung der Frage, ob die Einlieferung durch die Polizei in das Spital B. _____ und die Überweisung mittels fürsorgerischer Unterbringung in den psychiatrischen Diensten C. _____ rechtens war. Ferner ist sie auch für die Anträge zum „Haftpflichtrechtlichen Verteil Schlüssel“ und zur Eröffnung eines „Haftpflicht-Schadendossier“ durch den Kanton Bern nicht zuständig. Darüber kann und darf die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts nicht urteilen. Soweit der Beschwerdeführer entsprechende Vorbringen äussert, kann auf die Beschwerde nicht eingetreten werden.

1.3 Der Streitwert liegt unter Fr. 20'000.--, weshalb 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.

2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]). Diese Leistungen

umfassen Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital von Ärzten oder Ärztinnen bzw. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, durchgeführt werden (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 und 3). Die Leistungen nach den Art. 25 - 31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 Satz 1 KVG; BGE 145 V 116 E. 3.2 S. 119).

2.2 Die Leistungspflicht für stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital, d.h. einer Anstalt oder deren Abteilung aufhält, das der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Des Weiteren muss eine Krankheit vorliegen, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinne ist einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können, andererseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf Behandlungserfolg besteht. Dabei kann eine Leistungspflicht für den Spitalaufenthalt auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (BGE 126 V 323 E. 2b S. 326, 120 V 200 E. 6a S. 206; SVR 2012 KV Nr. 13 S. 52 E. 3.1).

2.3 Gemäss Art. 42 Abs. 1 KVG schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung, soweit die Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart haben. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (System des „Tiers garant“). Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des „Tiers payant“; Art. 42 Abs. 2 KVG).

Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er

benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des „Tiers payant“ erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist (Art. 42 Abs. 3 KVG).

2.4 Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen (Art. 64 Abs. 1 KVG). Die Kostenbeteiligung besteht gemäss Art. 64 Abs. 2 KVG aus einem festen Jahresbetrag (Franchise; lit. a) und 10% der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt; lit. b). Die ordentliche Franchise beträgt Fr. 300.-- pro Kalenderjahr (Art. 103 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 [KVV, SR 832.102]) und die wählbaren Franchisen betragen für Erwachsene und junge Erwachsene Fr. 500.--, Fr. 1'000.--, Fr. 1'500.--, Fr. 2'000.-- und Fr. 2'500.-- (Art. 93 Abs. 1 KVV). Der Höchstbetrag des Selbstbehalts beläuft sich auf Fr. 700.-- für Erwachsene (Art. 103 Abs. 2 KVV). Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital beträgt Fr. 15.-- (Art. 64 Abs. 5 KVG i.V.m. Art. 104 Abs. 1 KVV).

2.5 Beahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges hinzuweisen (Art. 64a Abs. 1 KVG). Der Versicherer muss die Zahlungsaufforderung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit zustellen. Er muss sie getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen (Art. 105b Abs. 1 KVV). Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreibung anheben (Art. 64a Abs. 2 Satz 1 KVG).

2.6 Nach der Rechtsprechung sind die Versicherer befugt, den gegen eine (noch nicht rechtskräftig festgesetzte) Prämien- und Kostenbeteiligungsforderung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhobenen Rechtsvorschlag im Rahmen des Verwaltungsverfahrens mittels Verfügung oder Einspracheentscheid aufzuheben (vgl. Art. 79 des Bundesgesetzes vom 11. April 1889 über Schuldbetreibung und Konkurs [SchKG;

SR 281.1]). Dabei muss ausdrücklich auf die Betreuung Bezug genommen und der Rechtsvorschlag als aufgehoben erklärt werden. Die Verwaltungsbehörde fällt in dieser Konstellation nicht nur einen Sachentscheid, sondern handelt gleichzeitig auch als Rechtsöffnungsinstanz. Gleiches gilt im Beschwerdefall für die Gerichte (BGE 121 V 109 E. 2 S. 110, 119 V 329 E. 2b S. 331; SVR 2010 KV Nr. 6 S. 28 E. 2.1).

3.

3.1 Aufgrund der Akten ist erstellt und zwischen den Parteien zu Recht nicht bestritten, dass der Beschwerdeführer im hier zur Diskussion stehenden Jahr 2019 bei der Beschwerdegegnerin versichert gewesen war, wobei eine Jahresfranchise von Fr. 2'500.-- vereinbart (act. II 1, vgl. E. 2.4 vorstehend) und das Hausarzt-Modell (vgl. act. II 25) abgeschlossen worden ist. Ferner ist erstellt, dass der Beschwerdeführer am 6. Februar 2019 durch die Polizei in das Notfallzentrum des Spitals B._____ eingeliefert und von dort gleichentags in die psychiatrischen Dienste C._____ verlegt wurde, wo er am 7. Februar 2019 nach Hause entlassen worden ist (act. II 16 f.). Ebenfalls unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer die zur Diskussion stehenden Kostenbeteiligungen für die durch die Beschwerdegegnerin direkt vergüteten Kosten nicht beglichen hat.

3.2 Der Beschwerdeführer macht in der Beschwerde (vgl. auch Eingaben vom 1. März und 7. April 2020) im Wesentlichen geltend, dass ihm die Kostenbeteiligungen für die Behandlungen bzw. die Aufenthalte im Spital B._____ sowie in den psychiatrischen Diensten C._____ nicht zur Bezahlung auferlegt werden dürften, da die Einweisungen gegen seinen Willen erfolgt seien und weder ein Behandlungsbedarf vorgelegen noch eine Behandlung stattgefunden hätte. Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit würden fehlen. Die Rechnungen seien in mehrerer Hinsicht falsch und hätten nicht durch die Beschwerdegegnerin in Anwendung des „Tiers payant“-Systems bezahlt werden dürfen.

3.2.1 Aufgrund der Aktenlage erstellt und unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 6. Februar 2019 durch drei Polizisten in das Notfallzentrum des Spitals B._____ eingeliefert wurde. Im Austrittsbericht vom

6. Februar 2019 diagnostizierten die Ärzte des Spitals B._____ eine Hypomanie mit Fremdgefährdung und einen Verdacht auf eine psychische Verhaltensstörung (act. II 16, S. 1). Der Beschwerdeführer wurde in der Folge durch das Spital B._____ mittels fürsorglicher Unterbringung in die psychiatrischen Dienste C._____ verlegt (act. II 16, S. 2). Auch im Austrittsbericht des psychiatrischen Dienstes C._____ vom 8. Februar 2019 wurde ein hypomanes Zustandsbild (ICD-10: F30.0) bei fremdaggressivem Verhalten gegenüber der Polizei im Rahmen einer Zwangsräumung, mehreren Gefährdungsmeldungen bei der KESB sowie erster psychiatrischer Hospitalisation und keinen ambulanten Behandlungen im Vorfeld diagnostiziert (act. II 17, S. 2). Am 7. Februar 2019 kamen die Ärzte dann zum Schluss, dass keine Eigen- und Fremdgefährdung vorliege und entliessen den Beschwerdeführer nach Hause (act. II 17, S. 3). Die Ärzte des Spitals B._____ wie auch des psychiatrischen Dienstes C._____ haben jeweils Abklärungen vorgenommen. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind damit Behandlungen erfolgt bzw. wurden Leistungen erbracht. Der Beschwerdeführer geht fehl in der Annahme, Dr. med. E._____ vom Spital B._____ sei kein anerkannter Arzt, weshalb es diesem nicht erlaubt sei, gegenüber Krankenversicherungen Rechnung zu stellen (Beschwerde, S. 1 und 3 sowie Eingaben vom 1. März und 7. April 2020). Zwar wird sein ausländisches Diplom in der Schweiz nicht anerkannt, jedoch dürfen Personen mit einem Diplom vom Typ „nicht anerkennbares Diplom aus dem Ausland“ unter Aufsicht arbeiten (www.medreg.admin.ch). Dr. med. E._____ ist von Beruf Arzt (www.med-reg.admin.ch), darf unter Aufsicht im Spital arbeiten und seine Leistungen können mit obligatorischen Krankenpflegeversicherungen abgerechnet werden (act. II 8). Im Übrigen wurden der Austrittsbericht des Spitals B._____ vom 6. Februar 2019 bzw. die Überweisung in die psychiatrischen Dienste C._____ durch Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und G._____ unterzeichnet (act. II 16, S. 2). Diese Ärztinnen verfügen über ein in der Schweiz anerkanntes bzw. eidgenössisches Diplom (www.medreg.admin.ch). Sodann kann dem Beschwerdeführer schliesslich nicht gefolgt werden, wenn er geltend macht, die Zuweisung in das Spital B._____ hätte durch den Hausarzt erfolgen müssen, da er das Hausarzt-Modell habe (Beschwerde, S. 2 sowie Eingaben vom 1. März 2020). Da es sich vorliegend um einen (nachgewiesenen)

Notfall gehandelt hat, war eine direkte Zuweisung zulässig (vgl. dazu act. II 25, Besondere Versicherungsbedingungen [BVB] der Assura, Art. 22.1, Ausgabe Oktober 2018).

Zusammenfassend haben sowohl das Spital B. _____ als auch die psychiatrischen Dienste C. _____ am 6. und 7. Februar 2019 Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht, welche durch Letztere zu vergüten waren und an welchen sich der Beschwerdeführer somit grundsätzlich (vgl. E. 3.2.2 f. hiernach) zu beteiligen hat. Diesbezüglich bleibt festzuhalten, dass der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin die Kostenbeteiligung unabhängig davon schuldet, ob ein Regress auf einen Haftpflichtigen möglich ist. Ferner ist die Kostenbeteiligung auch dann geschuldet, wenn die Leistung gegen den Willen des Versicherungsnehmers erbracht wird und von ihm als ungerechtfertigt erachtet wird (CHRISTIAN P.R. SCHMID IN: BLECHTA/COLATRELLA/RÜEDI/STAFFELBACH [Hrsg.], Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2019, Art. 64 N. 12).

3.2.2 Aus den Akten geht hervor, dass die hier interessierenden Leistungserbringer und die Beschwerdegegnerin das System des „Tiers payant“ vereinbart haben (vgl. act. II 4 f., 6, 9). Dies ist gemäss Art. 42 Abs. 2 KVG zulässig (vgl. E. 2.3 hiervor) und nicht vom Einverständnis des Versicherten abhängig. Folglich haben die Leistungserbringer ihre Rechnungen von Fr. 886.35 und Fr. 1'029.20 (act. II 4 f.) zu Recht direkt an die Beschwerdegegnerin gesandt. Diese war deshalb verpflichtet, die Rechnungen zu begleichen und bei der Abrechnung mit dem Beschwerdeführer allfällige Kostenbeteiligungen zu beachten.

3.2.3 In Anbetracht der Jahresfranchise des Beschwerdeführers von Fr. 2'500.-- (vgl. act. II 1) und dem Umstand, dass im Jahr 2019 bis zum 6. bzw. 7. Februar 2019 noch keine entsprechenden Kosten erhoben bzw. abgerechnet worden sind, wurden die Franchise und wie auch der Spitalbeitrag (vgl. act. II 10 f. und 14) durch die Beschwerdegegnerin korrekt berechnet (vgl. E. 2.4 hiervor). Die für die Kostenbeteiligungen in Betreibung gesetzte Forderung in der Höhe von Fr. 1'930.55 ist damit hinreichend ausgewiesen und nicht zu beanstanden.

3.3 Es bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin das gesetzlich vorgeschriebene Mahn- und Vollstreckungsverfahren (vgl. E. 2.5 hiervor) für die geforderten Kostenbeteiligungen korrekt durchgeführt hat. Dies ist vorliegend zu bejahen. Der Beschwerdeführer wurde am 30. August 2019 (act. II 12) erstmals gemahnt und zur Zahlung aufgefordert. Mit (letzter) Mahnung vom 1. Oktober 2019 (act. II 14) wurde dem Beschwerdeführer eine 30-tägige Nachfrist eingeräumt und er wurde darüber in Kenntnis gesetzt, dass bei Nichtbezahlung innerhalb der angesetzten Frist Bearbeitungs- und Mahngebühren sowie Betreibungsgebühren in Rechnung gestellt werden (vgl. Art. 64a Abs. 1 KVG).

3.4 Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht (Art. 105b Abs. 2 KVV; vgl. BGE 125 V 276). Im vorliegenden Fall sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen [AVB] KVG der Assura in der Ausgabe Januar 2018 anwendbar (act. II 24). Art. 6.3 AVB KVG sieht vor, dass der versicherten Person eine Beteiligung an den zusätzlichen Verwaltungskosten für Zahlungserinnerungen und Zahlungsaufforderungen von Fr. 10.-- bzw. Fr. 30.-- auferlegt wird. Da der gemahnte und sich deshalb in Verzug befindliche Beschwerdeführer Verwaltungskosten verursachte und dieser zusätzliche Aufwand der Beschwerdegegnerin nicht entstanden wäre, wenn dieser die Kostenbeteiligungen rechtzeitig bezahlt hätte, ist die Erhebung der administrativen Spesen von Fr. 30.-- nicht zu beanstanden.

3.5 Über die geschuldeten Beträge wurde noch keine rechtskräftige Verfügung erlassen. Damit war die Beschwerdegegnerin befugt, den gegen die noch nicht rechtskräftig festgesetzte Kostenbeteiligung von Fr. 1'930.55 erhobenen Rechtsvorschlag mittels Einspracheentscheid vom 28. Januar 2020 aufzuheben (vgl. E. 2.6 hiervor). Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin entspricht der Rechtsprechung und ist somit nicht zu beanstanden.

3.6 Die Betreibungskosten sind von Gesetzes wegen geschuldet (Art. 68 SchKG) und vom Schuldner bei erfolgreicher Betreibung zusätzlich zum dem Gläubiger zugesprochenen Betrag zu bezahlen. Es ist nicht Sa-

che des Krankenversicherers diese Kosten zu verfügen. Sie bilden nicht Gegenstand des Rechtsöffnungsverfahrens und es braucht dafür keine Rechtsöffnung erteilt zu werden (SVR 2019 BVG Nr. 34 S. 133 E. 3.1.2, 2006 KV Nr. 1 S. 2 E. 4.1; RKUV 2004 S. 465 E. 5.3.2).

3.7 Nach dem Dargelegten ist der Einspracheentscheid vom 28. Januar 2020 (act. II 23) nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. In der Betreibung Nr. ... des Betreibungsamtes D._____ bleibt der Rechtsvorschlag im Umfang von Fr. 1'930.55 zuzüglich administrative Spesen von Fr. 30.-- aufgehoben und der Beschwerdegegnerin ist in diesem Umfang die definitive Rechtsöffnung zu erteilen.

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 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet die Einzelrichterin:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Der in der Betreibung Nr. ... des Betreibungsamtes D._____ erhobene Rechtsvorschlag bleibt im Umfang von Fr. 1'930.55 zuzüglich administrative Spesen von Fr. 30.-- aufgehoben und der Beschwerdegegnerin wird in diesem Umfang die definitive Rechtsöffnung erteilt.

3. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Assura-Basis SA
 - Bundesamt für Gesundheit

Die Einzelrichterin:

Die Gerichtsschreiberin:

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.