



Fall-Nr.: KV 2010/3
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 23.03.2020
Entscheiddatum: 11.06.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 11.06.2010

Art. 64a KVG; Art. 90 KVV: Erteilung der definitiven Rechtsöffnung für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Juni 2010, KV 2010/3).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber und
Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Adrian Rothenberger

Entscheid vom 11. Juni 2010

in Sachen

J.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

Avenir Versicherungen, Verwaltung, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Forderung

Sachverhalt:

A.



St.Galler Gerichte

A.a J.____ war seit Februar 2008 mit einer Jahresfranchise von Fr. 1'000.-- bei den Avenir Versicherungen obligatorisch krankenversichert (act. G 5.1/2). Gleichzeitig hatte die Versicherte drei Zusatzversicherungen abgeschlossen, die jedoch von Seiten der Avenir Versicherungen aufgrund von Zahlungsrückständen per 30. September 2009 gekündigt wurden (act. G 5.1/3).

A.b Am 23. Februar 2009 stellten die Avenir Versicherungen die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für den Monat Juni 2009 für die Versicherte (Fr. 199.--) und ihre Tochter (Fr. 56.10) in Rechnung (Rechn.-Nr. 104836515; act. G 5.1/21).

A.c Ebenfalls am 23. Februar 2009 stellten die Avenir Versicherungen der Versicherten eine Behandlung bei Dr. med. A.____, Allgemeine Medizin FMH, im Dezember 2008 mit Fr. 267.60 zu Lasten der Franchise in Rechnung. Gleichzeitig forderten sie die Bezahlung eines Selbstbehalts von Fr. 9.-- für von der Tochter der Versicherten bei Dr. A.____ aus dem Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezogene Leistungen (Rechn.-Nr. 103868554; act. G 5.1/15).

A.d Am 30. März 2009 verrechneten die Avenir Versicherungen der Versicherten zu Lasten der Franchise weitere, im Januar 2009 bei Dr. A.____ bezogene medizinische Leistungen im Umfang von Fr. 284.80. Gleichzeitig forderten sie die Bezahlung eines Selbstbehalts von Fr. 2.55 für von der Tochter der Versicherten im Januar 2009 bei Dr. A.____ bezogene Leistungen (Rechn.-Nr. 106349621; act. G 5.1/18).

A.e Nachdem diese drei Rechnungen trotz jeweils zweimaliger Mahnung (vgl. act. G 5.1/16, 17, 19, 20, 22 und 23) unbezahlt geblieben waren, setzten die Avenir Versicherungen mit Zahlungsbefehl Nr. 09.190 des Betreibungsamtes Amden vom 3. September 2009 eine Forderung von Fr. 975.75 nebst Zins zu 5% seit 20. August 2009, Fr. 90.-- Mahnkosten, Fr. 80.-- Dossiereröffnungskosten und Fr. 70.-- Zahlungsbefehlskosten in Betreibung. Der Zahlungsbefehl wurde am 4. September 2009 zugestellt. Am 14. September 2009 erhob die Versicherte Rechtsvorschlag (act. G 5.1/25).



A.f Mit Verfügung vom 13. Oktober 2009 reduzierten die Avenir Versicherungen die in Betreuung gesetzte Forderung von Fr. 975.75 um die darin enthaltenen VVG-Prämien und -Selbstbehalte im Umfang von Fr. 156.70 und beseitigten gleichzeitig den von der Versicherten erhobenen Rechtsvorschlag im Umfang der verbliebenen Forderung (act. G 5.1/26).

B.

B.a Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte mit Schreiben vom 7. November 2009 Einsprache. Zur Begründung führte sie an, ihr seien nicht sämtliche Abrechnungen zugestellt worden. Damit sei ihr die Möglichkeit genommen worden, eine entsprechende Kontrolle der Abrechnungen durchzuführen. Im Jahr 2009 seien zudem Leistungen von rund Fr. 1'559.15 über die Franchise abgerechnet worden, obwohl lediglich eine solche von Fr. 1'000.-- vereinbart sei. Des Weiteren habe sie selbst diverse Arztrechnungen bezahlt, die unberücksichtigt geblieben seien (act. G 5.1/27).

B.b Mit Entscheid vom 18. Dezember 2009 wiesen die Avenir Versicherungen die Einsprache ab. Entgegen der Ansicht der Versicherten sei von jeder Leistungsrechnung eine verständliche Abrechnung erstellt und ihr zugestellt worden. Am 29. September 2009 seien der Versicherten zum besseren Verständnis zudem nochmals sämtliche detaillierten Abrechnungen und Selbstbehaltrechnungen geschickt worden. Es treffe auch nicht zu, dass eine höhere als die vertraglich vereinbarte Franchise belastet worden sei (act G 5.1/28).

C.

C.a Gegen diesen Entscheid richtet sich die von der Versicherten am 15. Januar 2010 beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen angehobene Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben. Zur Begründung führt die Beschwerdeführerin erneut an, bis zum Zeitpunkt der Beschwerde sei von Seiten der Beschwerdegegnerin keine ordnungsgemässe Aufrechnung der bezahlten Prämien und der Selbstbehalte erfolgt und es seien von ihr selbst bezahlte Arztrechnungen nicht berücksichtigt worden (act. G 1).



C.b In der Beschwerdeantwort vom 22. Februar 2010 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und Erteilung der definitiven Rechtsöffnung. Entgegen den Einwänden der Beschwerdeführerin seien die jeweiligen Rechnungsbeträge mehrfach und mit verschiedenen Darstellungen substantiiert worden. Darüber hinaus sei der Beschwerdeführerin sogar die Klärung des Sachverhalts in einem persönlichen Gespräch angeboten worden. Davon habe sie aber keinen Gebrauch machen wollen. Die pauschalen Behauptungen der Beschwerdeführerin, sie verfüge über ein Guthaben zu ihren Gunsten und die Abrechnungen seien nicht korrekt, genügten nicht, um die von ihr korrekt ausgewiesenen Beträge in Abrede zu stellen. Die geforderten Verzugszinsen und Verwaltungskosten fänden ihre Grundlage in Art. 3 Abs. 1 der Ergänzenden Ausführungsbestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG (act. G 5).

C.c In der Replik vom 14. März 2010 hält die Beschwerdeführerin entsprechen im Wesentlichen an den bereits dargelegten Rügen fest, und ergänzt diese durch die Anmerkung, dass die Kündigung der Zusatzversicherungen Mitte 2009 ungerechtfertigt gewesen sei. Zudem mahne die Beschwerdegegnerin weiterhin Beträge aus dem Jahr 2009 mahne, die bereits Gegenstand des vorliegenden Gerichtsverfahrens bildeten (act. G 7).

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 9).

C.e Mit Schreiben vom 1. April 2010 forderte das Gericht die Beschwerdegegnerin auf, die detaillierten Leistungsabrechnungen der Jahre 2008 und 2009 sowie sämtliche diesen Leistungsabrechnungen zugrunde liegenden Rechnungen der Leistungserbringer einzureichen (act. G 11). Dieser Aufforderung kam die Beschwerdegegnerin am 26. April 2010 nach. Das Gericht informierte die Beschwerdeführerin am 29. April 2010 über den Akteneingang und räumte ihr Gelegenheit ein, die eingereichten Akten einzusehen und allenfalls eine Stellungnahme abzugeben (act. G 13). Von diesem Recht machte die Beschwerdeführerin keinen Gebrauch.

Erwägungen:



1.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens sind die offene Prämienforderung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Beschwerdeführerin und ihrer Tochter betreffend den Monat Juni 2009 sowie offene Kostenbeteiligungen für von der Beschwerdeführerin und ihrer Tochter im Dezember 2008 und Januar 2009 bei Dr. A.____ bezogene kassenpflichtige Leistungen (vgl. act. G 5.1/24), wie sie mit Zahlungsbefehl vom 12. September 2009 seitens der Beschwerdegegnerin geltend gemacht wurden und an welchen sie mit Verfügung vom 13. Oktober 2009 und im angefochtenen Einspracheentscheid festhielt. Auf die von der Beschwerdeführerin mit der Replik erhobenen Rügen, wonach die Zusatzversicherungen ungerechtfertigt aufgelöst worden seien und von der Beschwerdegegnerin Positionen gemahnt würden, die Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildeten, kann im vorliegenden Beschwerdeverfahren mangels entsprechenden Anfechtungsgegenstands nicht eingetreten werden.

2.

Der Krankenversicherer fällt in seinen Verfügungen und Einspracheentscheiden betreffend ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen nicht bloss einen sozialversicherungsrechtlichen Sachentscheid über die Verpflichtung der versicherten Person zu einer Geldzahlung, sondern kann gleichzeitig auch als Rechtsöffnungsinstanz über die Aufhebung des Rechtsvorschlags befinden (BGE 119 V 331 f. E. 2b mit Hinweisen). Das Versicherungsgericht ist daher verpflichtet, im Rechtsmittelverfahren eine umfassende Kontrolle der geforderten Kostenbeteiligungen vorzunehmen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 23. Juni 2003, K 99/02, E. 4.2.1).

2.1 Am 26. April 2010 reichte die Beschwerdegegnerin die der Leistungsabrechnung vom 23. Februar 2009 zugrunde liegenden detaillierten Abrechnungen von Dr. A.____ ins Recht (act. G 12.1/4). Danach belastete Dr. A.____ der Beschwerdegegnerin Fr. 267.60 für eine Behandlung der Beschwerdeführerin zwischen dem 20. und 25. Dezember 2008 und Fr. 89.95 sowie Fr. 13.15 für zwei Behandlungen ihrer Tochter am 11. und



24. Dezember 2008, wobei nur die Behandlung vom 11. Dezember 2008 eine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergütende Leistung zum Gegenstand hatte. Die von der Beschwerdeführerin bezogenen Leistungen wurden ihr auf die vertraglich vereinbarte Jahresfranchise von Fr. 1'000.-- (Art. 64 Abs. 2 lit. a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10] i.V.m. Art. 93 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]) angerechnet, was sich im Hinblick darauf, dass im Jahr 2008 bis zu diesem Zeitpunkt soweit ersichtlich erst Fr. 335.20 belastet worden waren (act. G 12.1/9), nicht beanstanden lässt. Für die von der Tochter bezogenen Leistungen stellte die Beschwerdegegnerin unter dem Titel Selbstbehalt korrekt Fr. 9.-- und Fr. 1.30 in Rechnung (Art. 64 Abs. 2 lit. b KVG).

2.2 Der Leistungsabrechnung vom 30. März 2009 liegen Abrechnungen von Dr. A.____ vom 11./16. Februar 2009 über Fr. 25.40 für von der Tochter und Fr. 284.40 für von der Beschwerdeführerin anfangs Januar 2009 bezogene kassenpflichtige Leistungen zu Grunde (act. G 12.1/5). Auch in diesem Fall rechnete die Beschwerdegegnerin die Behandlung der Beschwerdeführerin vollumfänglich auf die Jahresfranchise an. Eine Überschreitung der vereinbarten Jahresfranchise ist dabei allein schon deswegen, weil es sich um die erste Behandlung der Beschwerdeführerin im Jahr 2009 gehandelt hat, von vornherein ausgeschlossen. Hinsichtlich der für die Tochter erbrachten Leistungen stellte die Beschwerdegegnerin korrekt einen Selbstbehalt von Fr. 2.55 in Rechnung.

2.3 Die am 23. Februar 2009 für den Monat Juni 2009 in Rechnung gestellte Prämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung in Höhe von Fr. 199.-- (act. G 5.1/21) entspricht der im Versicherungsausweis des Jahres 2009 aufgeführten Prämie. Ob die Prämie von Fr. 56.10 für die Tochter ebenfalls korrekt ist, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Nachdem sich der Betrag aber in der zu üblichen Grössenordnung bewegt und die Beschwerdeführerin keine substantiierten Einwendungen dagegen erhebt, ist indessen von der Richtigkeit dieser Forderung auszugehen.

2.4 Die Beschwerdeführerin rügt weiter, die Beschwerdegegnerin habe ihr bislang "keine ordnungsgemässe Aufrechnung der gezahlten Prämien und der Selbstbehalte" zugestellt. Dabei verkennt sie, dass die Beschwerdegegnerin gesetzlich nicht zur Erstellung einer solchen Zusammenstellung verpflichtet ist, obliegt es doch der versicherten Person, die Richtigkeit der ihr zugestellten Prämienrechnungen und



Leistungsabrechnungen fortlaufend zu überprüfen bzw. die entsprechenden Unterlagen aufzubewahren und so eine nachträgliche selbständige Überprüfung zu ermöglichen. Unterlässt sie dies, kann die Bezahlung von Prämien- und Leistungsabrechnungen nicht einfach mit dem Hinweis auf die fehlende Kontrollierbarkeit resp. Nachvollziehbarkeit verweigert werden. Obwohl dazu nicht verpflichtet, erstellte die Beschwerdegegnerin am 29. September 2009 zuhanden der Beschwerdeführerin eine Zusammenstellung über sämtliche seit Februar 2008 erbrachten Leistungen und liess ihr zudem anfangs November 2009 sämtliche Einzelabrechnungen nochmals zukommen, was die Beschwerdeführerin mit E-Mail vom 6. November 2009 auch bestätigte (act. G 5.1/7). Dass diese zudem - wie insbesondere gegenüber dem Betreibungsamt Amden gerügt - vorgängig zur Betreibung weder eine Rechnung noch eine Mahnung erhalten haben soll, erscheint schon deshalb nicht glaubwürdig, als sie gemäss elektronischem Kontoauszug im fraglichen Zeitraum Rechnungen der Beschwerdegegnerin bezahlt hat und demzufolge auch erhalten haben muss (vgl. act. G 5.1/29 S. 3 f.).

2.5 Nach dem Gesagten sind Bestand und Umfang der von der Beschwerdegegnerin mit den Leistungsabrechnungen Nr. 103868554 und Nr. 104836515 vom 23. Februar 2009 und Nr. 106349621 vom 30. März 2009 in Rechnung gestellten, korrekt gemahnten und in Betreibung gesetzten Forderungen rechtsgenügend ausgewiesen. Daran vermag auch der nicht näher substantiierte Hinweis der Beschwerdeführerin auf zusätzlich von ihr bezahlte Rechnungen nichts zu ändern, zumal es an ihr gelegen hätte, diese Rechnungen der Beschwerdegegnerin zur Bearbeitung einzureichen bzw. sich nach dem Bearbeitungsstand zu erkundigen, falls diese auf eine eingereichte Rechnung nicht reagiert hätte.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin im angefochtenen Einspracheentscheid zudem verpflichtet, ihr Fr. 90.-- Mahnkosten und Fr. 80.-- Dossiereröffnungskosten zu bezahlen. 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. 3 KVV). Nach Art. 3 Ziff. 1 der Ergänzenden Ausführungsbestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG der Avenir Versicherungen als Mitglied der Groupe Mutuel, Ausgabe 1. Januar 2008 (nachfolgend: AVB), werden bei Zahlungsverzug insbesondere für Mahnungen, Zahlungsaufforderungen und Beteiligungen Verwaltungskosten erhoben (act. G 5.1/1). Die Höhe der jeweilig zu erhebenden Kosten ist nicht festgelegt, weshalb die Beurteilung der Angemessenheit unter Berücksichtigung des Äquivalenzprinzips zu erfolgen hat (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band Soziale Sicherheit, 2. Aufl., Basel 2007, Rz 1045 FN 1635). Die Beschwerdegegnerin stellte der Beschwerdeführerin für jede der drei streitigen Rechnungen zwei Mahnungen zu. Die dafür geforderten Mahnkosten von Fr. 90.-- sind angemessen. Die ebenfalls in Betreuung gesetzten "Dossiereröffnungskosten" von Fr. 80.-- lassen sich dagegen nicht ohne weiteres unter Verwaltungskosten im Sinn von Art. 3 Abs. 1 AVB subsumieren. Inwiefern sie mit den durch die Zahlungsausstände bedingten Umtrieben und Korrespondenzen begründet sind und ob sich ihr sachlicher Anwendungsbereich nicht mit den erwähnten Mahngebühren deckt, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Mangels ausreichend bestimmter reglementarischer Grundlage kann der erwähnte Betrag von Fr. 80.-- nicht in die Rechtsöffnung mit einbezogen werden.

4.

Für fällige Beitragsforderungen sind gemäss Art. 26 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) Verzugszinsen zu leisten. Der Satz für den Verzugszins auf fälligen Prämien beträgt 5 Prozent im Jahr (Art. 105a KVV), wobei im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung lediglich ausstehende Prämien, nicht aber Kostenbeteiligungen als Beitragsforderungen im Sinne von Art. 26 Abs. 1 ATSG zu qualifizieren und daher verzugszinspflichtig sind (Urteil des EVG vom 12. Januar 2006, K 40/05, E. 4.2.1). Entsprechend hat die Beschwerdeführerin auch nur die in Betreuung gesetzte Prämienforderung von Fr. 255.10 mit 5% zu verzinsen, dies jedoch nicht erst seit 20. August 2009, sondern bereits seit Eintritt der Fälligkeit per 1. Juni 2009 (vgl. Art. 26 Abs. 1 ATSG; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, N 12 zu Art. 26 ATSG). Nachdem aufgrund der deutlichen Verringerung des zinspflichtigen Betrags



durch die geringe Verlängerung der Zinspflicht insgesamt keine Schlechterstellung der Beschwerdeführerin resultiert, kann eine Androhung im Sinn von Art. 61 lit. d ATSG vorliegend unterbleiben.

5.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Die Beschwerdeführerin ist zu verpflichten, der Beschwerdegegnerin Prämien und Kostenbeteiligungen in Höhe von insgesamt Fr. 819.15 zuzüglich 5% Zins auf Fr. 255.10 seit 1. Juni 2009 sowie Mahnkosten von Fr. 90.-- zu bezahlen. Dafür ist der Beschwerdegegnerin auch definitive Rechtsöffnung zu erteilen. Die Kosten der Betreuung sind vom Schuldner von Gesetzes wegen zu bezahlen (Art. 68 SchKG), weshalb dafür keine Rechtsöffnung zu erteilen ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin wird verpflichtet, der Beschwerdegegnerin für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen gemäss Leistungsabrechnungen Nr. 103868554 und Nr. 104836515 vom 23. Februar 2009 und Nr. 106349621 vom 30. März 2009 den Betrag von Fr. 819.05 zuzüglich 5% Zins auf Fr. 255.10 seit 1. Juni 2009 sowie Mahnspesen von Fr. 90.-- zu bezahlen.
3. Der Rechtsvorschlag in der Betreuung Nr. 09.190 des Betreibungsamts Amden wird aufgehoben und der Beschwerdegegnerin für den Betrag von Fr. 909.05 zuzüglich 5% Zins auf Fr. 255.10 seit 1. Juni 2009 definitive Rechtsöffnung erteilt.
4. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.