



Fall-Nr.: KV 2008/2
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 25.03.2020
Entscheiddatum: 23.01.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 23.01.2009

Art. 7 Abs. 1 und 5 KVG. Art. 64a Abs. 1 KVG. Art. 90 KVV. Art. 26 Abs. 1 ATSG. Prämienausstand in der obligatorischen Krankenversicherung. Voraussetzungen der Kündigung des Versicherungsvertrags. Verzugszinsen. Rechtsöffnung. Prüfung der Frage der mutwilligen Prozessführung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Januar 2009, KV 2008/2).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 23. Januar 2009

in Sachen

S.____,

Beschwerdeführer,

gegen

Panorama Kranken- und Unfallversicherung, Rue du Nord 5, 1920 Martigny,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Forderung

Sachverhalt:



A.

A.a A.____ und B.____ sowie die beiden Söhne C.____ und D.____ waren seit dem 1. Juni 1996 bei der Panorama Kranken- und Unfallversicherung (ehemals Personalkrankenkasse Zürich, PKK; vgl. act. G 8.1/27) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege versichert (act. G 8.1/2-4). Am 30. März 2007 wurde der Panorama telefonisch die Kündigung der Versicherungen bekanntgegeben mit dem Hinweis, dass die Bestätigung der Weiterversicherung in der Wincare folgen werde (act. G 8.1/5). Mit Schreiben vom 4. April 2007 an die Ehefrau bestätigte die Panorama die Kündigung der Versicherungen per 31. Dezember 2007 (Versicherter und dessen Ehefrau) bzw. per 30. Juni 2007 (Söhne), sofern die diesbezüglichen Bedingungen (Bestätigung der Weiterversicherung; keine Zahlungsausstände) erfüllt seien (act. G 8.1/6). Aufgrund einer Adress-Nachfrage der Panorama (act. G 8.1/7) gab das Sozialamt E.____ der Panorama mit Schreiben vom 25. Mai 2007 den Wegzug der Ehefrau des Versicherten per 22. Mai 2007 nach Deutschland bekannt. Das Sozialamt werde daher keine Ausstände der Ehefrau übernehmen (act. G 8.1/8). Am 22. Juni 2007 teilte die Ehefrau des Versicherten der Panorama mit, sie lebe seit dem 1. März 2007 vom Versicherten getrennt. Die beiden Söhne würden bei ihm leben. Sie bitte daher um Zusendung der Rechnungen an den Versicherten (act. G 8.1/9).

A.b Am 9. Juli 2007 stellte die Panorama gegenüber dem Versicherten Rechnung für seine Prämien und diejenigen für die beiden Söhne für den März 2007 im Betrag von Fr. 337.30 (act. G 8.1/10). Am 10. Juli 2007 teilte die Panorama dem Versicherten mit, dass die Versicherungsverträge von ihm und seiner Ehefrau getrennt und die Kinder mit dem Vertrag des Vaters gruppiert würden; ferner habe sie die Prämien aufgrund der neuen Adresse per 1. Juli 2007 angepasst (act. G 8.1/11). Am 19. Juli 2007 liess die Panorama dem Versicherten die Prämienrechnungen für die Monate April bis August 2007 im Betrag von Fr. 1'713.50 sowie für September 2007 im Betrag von Fr. 350.80 zukommen (act. G 8.1/12f). Im Schreiben vom 3. September 2007 teilte der Versicherte der Panorama mit, dass er keinen Vertrag unterschrieben habe und damit auch keine Rechnungen bezahlen werde (act. G 8.1/14). Mit Schreiben vom 19. September 2007 mahnte die Panorama gegenüber dem Versicherten die ausstehenden Prämien gemäss Rechnungen vom 9. und 19. Juli 2007 und belastete ihm je Fr. 10.-- Mahnspesen (insgesamt Fr. 30.--; act. G 8.1/15-17). Im Schreiben vom 27. September 2007 brachte



St.Galler Gerichte

die Panorama ihr Erstaunen über sein Schreiben vom 3. September 2007 zum Ausdruck, da seine Verträge seit über zehn Jahren bestehen würden und nie angefochten worden seien. Zudem sei bisher keine Aufnahmebestätigung einer neuen Krankenkasse eingetroffen, womit die Kündigung vom 29. März 2007 noch nicht gültig sei (act. G 8.1/18). Am 22. November 2007 erfolgten erneute Mahnungen betreffend die Prämien für März bis September 2007 mit Belastung von Mahnspesen von je Fr. 30.-- pro Rechnung (act. G 8.1/19-21).

A.c Am 21. November 2007 stellte die Panorama beim Betreibungsamt F.____ das Betreibungsbegehren gegen den Versicherten für die Prämien von März bis September 2007 im Gesamtbetrag von Fr. 2'401.60 zuzüglich Mahnkosten von Fr. 90.-- und Dossiereröffnungskosten von Fr. 80.-- (act. G 8.1/22). Gegen den am 28. November 2007 zugestellten Zahlungsbefehl erhob der Versicherte Rechtsvorschlag (act. G 8.1/23). Mit Verfügung vom 4. Dezember 2007 hob die Panorama den Rechtsvorschlag auf (act. G 8.1/24). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (act. G 8.1/25) wies die Panorama mit Einspracheentscheid vom 23. Januar 2008 ab (act. G 8.1/26).

B.

B.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte mit Eingabe vom 3. Februar 2008 Beschwerde. Zur Begründung legte er dar, er habe keinerlei Verträge unter seinem Namen mit der Beschwerdegegnerin abgeschlossen.

B.b In der Beschwerdeantwort vom 2. Mai 2008 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Der angefochtene Entscheid sei zu bestätigen, und es sei ihr in der Betreuung Nr. 72982 des Betreibungsamtes F.____ vollumfänglich Rechtsöffnung zu erteilen; jegliche anderweitigen Begehren seien abzuweisen. Zur Begründung legte sie unter anderem dar, der Beschwerdeführer und seine Kinder seien sehr wohl bei ihr versichert. Der Beschwerdeführer verhalte sich treuwidrig, wenn er dies in Abrede stelle, wo er doch seit 1996 Prämien entrichte und Leistungen beziehe. Die Betreuung für die in Rechnung gestellten Prämien sei rechtmässig erfolgt, und auch die geltend gemachten Verzugszinsen, Mahn- und Umtriebsspesen seien gerechtfertigt. Die Betreuungskosten würden zulasten des Beschwerdeführers gehen.



St.Galler Gerichte

B.c Mit Replik vom 12. Mai 2008 bestätigte der Beschwerdeführer seinen Antrag und seine Ausführungen.

B.d Mit Schreiben vom 15. Mai 2008 wies der Gerichtspräsident den Beschwerdeführer darauf hin, dass sein Begehren offensichtlich aussichtslos sei und er bei Festhalten an seinen Anträgen gegebenenfalls kostenpflichtig werde. Ihm wurde die Gelegenheit eingeräumt, für die Zeit von März bis September 2007 einen Krankenversicherungsnachweis zu erbringen oder allenfalls einen Beschwerderückzug bekanntzugeben (act. G 11). Da der Beschwerdeführer die eingeschriebene Sendung auf der Post nicht abholte, erfolgte eine erneute Zustellung mit gewöhnlicher Post. In der Folge nahm der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 29. Mai 2008 Stellung (act. G 14). Auf ein weiteres Schreiben des Versicherungsgerichts vom 3. Juni 2008 reichte der Beschwerdeführer Versicherungsverträge mit der Swica Gesundheitsorganisation mit Gültigkeit ab 1. Juli 2007 (für die beiden Söhne) bzw. ab 1. Januar 2008 (für ihn selbst) ein (act. G 16). Auf Anfrage des Versicherungsgerichts vom 18. Juni 2008 (act. G 17) gab die Swica im Schreiben vom 2. Juli 2008 unter anderem bekannt, sie werde die zum aktuellen Zeitpunkt bestehende Doppelversicherung eliminieren, indem sie die bei der Swica bestehenden Verträge des Beschwerdeführers und seiner Söhne rückwirkend per 31. Dezember 2007 aufheben werde (act. G 18).

B.e Mit Schreiben vom 14. Juli 2008 unterbreitete der Gerichtspräsident den Parteien einen Einigungsvorschlag in dem Sinn, dass der Beschwerdeführer die bestehende Mitgliedschaft bei der Beschwerdegegnerin im Zeitraum 1. März bis 30. September 2007 anerkenne und die in Betreuung gesetzte Prämienforderung von Fr. 2'401.60 bezahle, zuzüglich Fr. 90.-- Mahngebühren und Fr. 70.-- Kosten des Zahlungsbefehls (Ziffer 1). Im weiteren anerkenne der Beschwerdeführer das Weiterbestehen der Mitgliedschaft von A.___, D.___ und D.___ bei der Beschwerdegegnerin und der entsprechenden Prämienzahlungspflicht über den 31. Dezember 2007 hinaus (Ziffer 2). Die Beschwerdegegnerin erkläre sich bereit, die bestehenden Krankenversicherungsverträge des Beschwerdeführers und seiner Söhne nach Bezahlung aller bis zu diesem Zeitpunkt geschuldeten Prämien und Kostenbeteiligungen rückwirkend per 30. Juni 2008 zu beenden (Ziffer 3). Die Swica Gesundheitsorganisation versichere den Beschwerdeführer und die beiden Söhne mit Wirkung ab 1. Juli 2008 im Umfang der Versicherungsanträge vom 14. Mai 2007 (Ziffer



4). Die Swica Gesundheitsorganisation erstatte dem Beschwerdeführer bereits bezahlte Prämien für bestehende Doppelversicherungen im Zeitraum 1. Juli 2007 bis 30. Juni 2008 zurück und erhebe neu Prämien erst ab dem 1. Juli 2008 (Ziffer 5). Die Parteien im Verfahren KV 2008/2 würden sich bei gegenseitiger Zustimmung zu dieser einvernehmlichen Lösung als auseinandergesetzt erklären und um kostenlose Abschreibung des gegenstandslos gewordenen Verfahrens vor Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen ersuchen (Ziffer 6; act. G 19). Diesem Vorgehen stimmten die Verfahrensparteien mit Eingaben vom 23. Juli und 14. August 2008 grundsätzlich zu (act. G 20, 21). Auf ein weiteres Schreiben des Versicherungsgerichts vom 7. Oktober 2008 (act. G 22) informierte die Swica über die ihr vom Beschwerdeführer überwiesenen Prämien und erklärte sich bereit, diese der Beschwerdegegnerin zu überweisen (act. G 23). Mit Schreiben des Versicherungsgerichts vom 7. Oktober 2008 war der Beschwerdeführer gebeten worden, zu bestätigen, dass die geschuldeten Prämien (nach Abzug der an die Swica bezahlten Prämien) von ihm bis Ende Oktober 2008 bezahlt würden (act. G 22). Nachdem er auf dieses Schreiben nicht reagiert hatte, wurde ihm von Seiten des Versicherungsgerichts eine erneute Frist eingeräumt mit dem Hinweis, dass die Einigung als nicht zustande gekommen betrachtet werde, wenn innert Frist weder eine Zahlungsbestätigung für den Ausstand gegenüber der Beschwerdegegnerin noch eine Erklärung der Beschwerdegegnerin vorliege, wonach die Angelegenheit aus ihrer Sicht als erledigt angesehen und der Übertritt zur Swica per 1. Juli 2008 vollzogen werden könne (act. G 24). Innert der angesetzten Frist erfolgte keine Reaktion des Beschwerdeführers und auch kein Zahlungseingang bei der Beschwerdegegnerin (act. G 25).

Erwägungen:

1.

1.1 Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens sind offene Prämienforderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des Beschwerdeführers und seiner beiden Söhne betreffend die Monate März bis September 2007 (vgl. act. G 8.1/15-17), wie sie mit Zahlungsbefehl vom 28. November 2007 seitens der Beschwerdegegnerin geltend gemacht wurden, und an welchen sie mit Verfügung vom 4. Dezember 2007 und im angefochtenen Einspracheentscheid festhielt. Soweit im vorliegenden Verfahren



im Rahmen eines Einigungsversuchs Prämien für spätere Zeitperioden diskutiert wurden (vgl. act. G 20), können diese nicht das vorliegende Beschwerdeverfahren einbezogen werden, zumal sich der Beschwerdeführer dazu in betraglicher Hinsicht nicht äusserte. - Der Beschwerdeführer und seine Ehefrau unterzeichneten am 6. Mai 1996 Versicherungsanträge für die ganze Familie zuhanden der damaligen PKK (act. G 8.1/3). Diese wurde im Jahr 2000 in "Stiftung Panorama" und schliesslich 2004 in "Panorama Kranken- und Unfallversicherung" umbenannt (act. G 8.1/27). Im Juli 2003 erfolgte ein Anschluss an die Groupe Mutuel, über welchen die Versicherten informiert wurden (act. G 8.1/28, 29). Unbestritten blieb, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für das Jahr 1996 und die Folgejahre jeweils die Versicherungspolice zustellte und diese unbeanstandet blieben. Im weiteren ist davon auszugehen, dass die Prämien bis und mit Februar 2007 jeweils bezahlt wurden und zudem auch Leistungsabrechnungen erfolgten (vgl. act. G 8.1/18). Unbestritten ist schliesslich, dass die beiden Söhne seit der Ehetrennung beim Beschwerdeführer leben und er auch für deren Krankenversicherungsprämien aufzukommen hat (act. G 8.1/9). Die Ehetrennung bewirkte entgegen der offenbaren Auffassung des Beschwerdeführers (act. G 14) keine Auflösung der bestehenden Verträge. Im Streit stehen sodann auch nicht Beiträge der Ehefrau des Beschwerdeführers, sondern einzig solche des Beschwerdeführers selbst und der beiden Söhne (vgl. act. G 8.1/11). Der Bestand der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Beschwerdegegnerin kann bei dieser Aktenlage - jedenfalls für den hier streitigen Zeitraum von März bis September 2007 - nicht ernsthaft in Frage gestellt werden.

1.2 Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]). Am 29. März 2007 unterzeichnete der Beschwerdeführer als Versicherungsnehmer die Kündigung der bei der Beschwerdegegnerin bestehenden Krankenversicherung für die ganze Familie (act. G 8.1/5). Ein Versicherungswechsel wäre somit grundsätzlich auf Ende Juni 2007 in Betracht gekommen. Das Versicherungsverhältnis endet jedoch beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffenden Personen bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Unterlässt der neue Versicherer diese Mitteilung, so hat er der versicherten Person den



daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämien­differenz. Sobald der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten hat, informiert er die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist (Art. 7 Abs. 5 KVG). Eine solche Mitteilung zuhanden der Beschwerdegegnerin war unbestrittenermassen nie erfolgt. Zudem kann bei ausstehenden Prämien der Versicherer in Abweichung von Art. 7 KVG nicht gewechselt werden (Art. 64a Abs. 4 KVG). Im Kündigungszeitpunkt (29. März 2007; act. G 8.1/5) war die Prämie für März 2007 nicht beglichen, und auch Prämien für die Folgemonate bezahlte der Beschwerdeführer nicht. Die Voraussetzungen für einen Versicherungswechsel auf Ende Juni 2007 waren daher nicht erfüllt. Im übrigen ist auf die bei der Swica bestehenden Krankenversicherungsverträge (act. G 14) in diesem Verfahren nicht näher einzugehen.

2.

2.1 Nach Art. 90 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) in der ab 1. August 2007 gültigen Fassung bzw. Art. 90 Abs. 1 KVV in der früheren Fassung sind die Prämien im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen. Beahlt die versicherte Person fällige Prämien nicht, so hat der Versicherer sie schriftlich zu mahnen, ihr eine Nachfrist von dreissig Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges hinzuweisen (Art. 64a Abs. 1 KVG; in Kraft seit 1. Januar 2006). Der Versicherer muss unbezahlte fällige Prämien und Kostenbeteiligungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, nachdem er mindestens einmal an diese Ausstände erinnert hatte, getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen spätestens drei Monate ab Fälligkeit schriftlich mahnen. Mit der Mahnung muss er der versicherten Person eine Frist von 30 Tagen zur nachträglichen Erfüllung ansetzen und sie auf die Folgen der Nichtbezahlung hinweisen (Art. 105b Abs. 1 KVV; in Kraft seit 1. August 2007 und gemäss SchlussB der Änderung vom 27. Juni 2007 auf vor dem 1. August 2007 fällig gewordene Prämien nicht anwendbar). Beahlt die versicherte Person innerhalb der angesetzten Frist nicht, so muss der Versicherer die Forderung innerhalb von weiteren vier Monaten getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen in Betreuung setzen (Art. 105b Abs. 2 KVV; in Kraft seit 1. August 2007 und gemäss SchlussB der Änderung vom 27. Juni 2007 auf vor dem 1. August 2007 fällig gewordene Prämien nicht anwendbar). 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; in Kraft seit 1. August 2007 und gemäss SchlussB der Änderung vom 27. Juni 2007 auf vor dem 1. August 2007 fällig gewordene Prämien nicht anwendbar). 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 nach Artikel 26 Absatz 1 ATSG beträgt 5 Prozent im Jahr (Art. 105a KVV; in Kraft seit 1. August 2007). Beahlt die versicherte Person trotz Mahnung nicht und wurde im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren bereits gestellt, so schiebt der Versicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen auf, bis die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten vollständig bezahlt sind (Art. 64a Abs. 2 Satz 1 KVG; in Kraft seit 1. Januar 2006). Die Krankenversicherer haben die Befugnis, mit Verfügung über den Bestand ihrer Forderungen gegenüber versicherten Personen zu entscheiden und einen im Betreibungsverfahren erhobenen Rechtsvorschlag analog zu Art. 79 Abs. 1 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG; SR 281.1) zu beseitigen (vgl. BGE 121 V 109; Art. 54 Abs. 2 ATSG).

2.2 Im Nachgang zu zwei erfolglos gebliebenen Mahnungen setzte die Beschwerdegegnerin den Prämienbetrag betreffend die Monate März bis September 2007 von insgesamt Fr. 2'401.60 zuzüglich Fr. 90.-- Mahnkosten und Fr. 80.-- Dossiereröffnungskosten in Betreibung. Anhaltspunkte für eine Unrichtigkeit des Prämienbetrags werden weder geltend gemacht noch sind solche aus den Akten ersichtlich, weshalb vom erwähnten Betrag auszugehen ist. Die Erhebung angemessener Mahngebühren und Umtriebsspesen beim Verzug in der Zahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen ist unter der Voraussetzung der schuldhaften Verursachung der (bei rechtzeitiger Zahlung unnötigen) Aufwendungen durch die versicherte Person im Bereich des KVG zulässig, sofern der Krankenversicherer in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht (BGE 125 V 276). Eine Regelung zur Erhebung von Verzugszinsen sowie Mahn- und Verwaltungskosten nach Ablauf der angesetzten Zahlungsfrist findet sich in Art. 12 Abs. 2 lit. a der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beschwerdegegnerin (AVB; act. G 8.1/1). Die Höhe der



in diesem Zusammenhang von der Beschwerdegegnerin geltend gemachten Mahnspesen - Fr. 30.-- für die ersten drei Mahnbriefe gleichen Datums (act. G 8.1/15-17) und Fr. 60.-- für die zweiten Mahnungen (act. G 8.1/19f), d.h. insgesamt Fr. 90.-- - lässt sich nicht beanstanden. Die Mahnspesen sind demgemäss zu Recht verfügt worden. Die ebenfalls in Betreuung gesetzten "Dossiereröffnungskosten" von Fr. 80.-- lassen sich dagegen nicht ohne weiteres unter Verwaltungskosten im Sinn von Art. 12 Abs. 2 lit. a AVB subsumieren. Inwiefern sie mit den durch die Zahlungsausstände bedingten Umtrieben und Korrespondenzen (vgl. act. G 8.1/18, 24, 26) 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. Auch die Betreuungskosten können - im Gegensatz zu Mahngebühren und Umtriebsspesen - nicht Gegenstand der Rechtsöffnung sein; diese sind von Gesetzes wegen geschuldet (Art. 68 SchKG) und vom Schuldner bei erfolgreicher Betreuung zusätzlich zum Betrag, der dem Gläubiger zugesprochen wurde, zu bezahlen (RKUV 2003, 226).

2.3 Die Beschwerdegegnerin machte in der dem angefochtenen Entscheid zugrunde liegenden Verfügung Verzugszinsen von 5% "während der Betreuung" (act. G 8.1/24) geltend. Im Zahlungsbefehl wurden Zinsen von 5 % seit 20. November 2007 verlangt (act. 8.1/23). In Bezug auf fällige KVG-Prämienforderungen ist ein Verzugszins (Art. 26 Abs. 1 ATSG) auch für geringe Beträge und kurzfristige Ausstände geschuldet (RKUV 2004 KV 306, 463 Erw. 5.3.4). Der Beschwerdeführer hat daher im Sinn des Antrags der Beschwerdegegnerin ab 20. November 2007 auf den ausstehenden Prämien Verzugszinsen von 5 % zu bezahlen.

3.

3.1 Die Beschwerde ist dementsprechend unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 23. Januar 2008 in dem Sinn abzuweisen, dass der Beschwerdeführer verpflichtet wird, der Beschwerdegegnerin den Betrag von Fr. 2'491.60 (Prämien von Fr. 2'401.60 und Mahngebühr von Fr. 90.--) zuzüglich Zins zu 5 % seit 20. November 2007 auf den ausstehenden Prämien zu zahlen. In diesem



Umfang ist der in der Betreuung Nr. 72982 des Betreibungsamtes F.____ erhobene Rechtsvorschlag zu beseitigen.

3.2 Nach Art. 61 lit. a ATSG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht für die Parteien in der Regel kostenlos; einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, können jedoch eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten auferlegt werden. Mutwillige Prozessführung ist nicht einfach mit der Erhebung einer aussichtslosen Beschwerde gleichzusetzen. Sie setzt vielmehr ein subjektives tadelnswertes Verhalten einer Partei in dem Sinn voraus, dass die Partei die Aussichtslosigkeit bei der ihr zumutbaren vernunftgemässen Überlegung ohne weiteres hätte erkennen können, den Prozess aber trotzdem führt (BGE 124 V 285 Erw. 3b, SVR-AHV 1998 Nr. 7; vgl. auch U. Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 61 Rz 32).

Im vorliegenden Verfahren wies der Gerichtspräsident den Beschwerdeführer im Schreiben vom 15. Mai 2008 darauf hin, dass sein Begehren offensichtlich aussichtslos sei und er bei Festhalten an seinen Anträgen gegebenenfalls kostenpflichtig werde. Ihm wurde die Gelegenheit eingeräumt, für die Zeit von März bis September 2007 einen Krankenversicherungsnachweis zu erbringen oder allenfalls einen Beschwerderückzug bekanntzugeben (act. G 11). Da der Beschwerdeführer die eingeschriebene Sendung auf der Post nicht abholte, erfolgte eine erneute Zustellung mit gewöhnlicher Post. In der Folge wies der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 29. Mai 2008 unter anderem sinngemäss darauf hin, dass der ursprünglich von ihm unterzeichnete Vertrag die ganze Familie umfasst habe, er jedoch zwischenzeitlich von seiner Frau getrennt lebe (act. G 14). Auf ein weiteres Schreiben des Versicherungsgerichts vom 3. Juni 2008 reichte er am 15. Juni 2008 Versicherungsverträge mit der Swica ein und räumte ein, dass er "wohl verloren" habe. Er bat um Mitteilung, was er tun solle, da er zwei Versicherungen nicht zahlen könne (act. G 16). Dem in der Folge von Seiten des Versicherungsgerichts unterbreiteten Einigungsvorschlag vom 14. Juli 2008 (act. G 19) stimmte der Beschwerdeführer grundsätzlich zu (act. G 21), reagierte jedoch auf die Schreiben des Gerichts vom 7. und 29. Oktober 2008 (act. G 22, 24), welche die tatsächliche Realisierung der Einigung betrafen, nicht mehr. - Bei dieser Sachlage war für den Beschwerdeführer die Aussichtslosigkeit des Verfahrens bei der ihm zumutbaren vernunftgemässen Überlegung, betreffend den Prämienausstand, grundsätzlich ohne weiteres erkennbar. Die Beschwerdegegnerin erklärte sich sodann



bereits im Rahmen der Einigungsverhandlung bereit, von der Erhebung von Dossiereröffnungskosten von Fr. 80.-- abzusehen (act. G 20). Andererseits kann dem Beschwerdeführer eine gänzlich fehlende Mitwirkung am Verfahren nicht vorgehalten werden. Auch hatte sich aufgrund der Kündigung der einen Versicherung und der Stellung eines Versicherungsantrags bei einer neuen Versicherung offensichtlich eine etwas konfuse Situation für den Beschwerdeführer ergeben. Angesichts dieser Umstände erscheint es gerechtfertigt, auf eine Kostenerhebung zu verzichten. Einzig der Umstand, dass der Beschwerdeführer die Einigung in diesem Verfahren verunmöglichte, rechtfertigt keine Verfahrenskostenauflegung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinn abgewiesen, dass der Beschwerdeführer verpflichtet wird, der Beschwerdegegnerin den Betrag von Fr. 2'491.60 (Prämien von Fr. 2'401.60 und Mahngebühr von Fr. 90.--) zuzüglich Zins zu 5 % auf den ausstehenden Prämien seit 20. November 2007 zu zahlen. In diesem Umfang wird in der Betreuung Nr. 72982 des Betreibungsamtes F.____ Rechtsöffnung erteilt.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.