



Fall-Nr.: KV 2017/4
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 12.10.2018
Entscheiddatum: 12.10.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 12.10.2018

Art. 64a Abs. 1 KVG; Art. 105b Abs. 1 KVV; Art. 26 Abs. 1 ATSG.

Rechtsöffnung nur für einen Teil der in Betreuung gesetzten Forderungen erteilt. Dies insbesondere wegen der fehlenden Schuldner-eigenschaft des Beschwerdeführers für allfällig geschuldete Krankenkassenprämien seiner volljährigen Tochter (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Oktober 2018, KV 2017/4).

Entscheid vom 12. Oktober 2018

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane

Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin

Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

KV 2017/4

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,



gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Forderung

Sachverhalt

A.

A.a Am 21. November 2013 meldeten sich A.____ (nachfolgend: Versicherter) und seine Tochter B.____ (nachfolgend: Versicherte) per 1. Januar 2014 für die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei der Avenir Krankenversicherung AG (nachfolgend: Avenir) an. Der Versicherte wurde dabei für beide als Korrespondenzempfänger und Empfänger der Prämien- und Kostenbeteiligungsrechnungen angegeben (act. G 3.2). Am 11. Dezember 2013 erstellte die Avenir für den Versicherten einen Versicherungsausweis in deutscher Sprache und für die Versicherte in französischer Sprache (act. G 3.3). Der Versicherungsausweis der Versicherten wurde am 27. Januar 2014 auch noch in deutscher Sprache ausgestellt (act. G 3.5). Auf den Versicherungsausweisen waren neben der obligatorischen Grundversicherung auch noch Zusatzversicherungen aufgeführt (vgl. act. G 3.3 und 3.5).

A.b Mit Schreiben vom 26. Juni 2014 kündigte der Versicherte die Grundversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) sowie die Zusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) von ihm, der Versicherten und weiteren bei der Avenir versicherten Familienmitgliedern per 31. Dezember 2014 (act. G 3.7). Am 3. Juli 2014 wurde dem Versicherten von der Avenir mitgeteilt, dass die Kündigung der Versicherungsdeckung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung per 31. Dezember 2014 erfasst worden sei. Weiter wurde unter Hinweis auf die massgebliche gesetzliche Bestimmung darauf aufmerksam gemacht, dass die Schliessung dieser Versicherung erst dann definitiv



St.Galler Gerichte

erfolgen könne, wenn die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten vollständig bezahlt seien. Ferner wurde in dem Schreiben über die möglichen Kündigungstermine der Zusatzversicherungen informiert (act. G 3.8).

A.c Mit Schreiben vom 12. Juli 2014 teilte die Ehefrau des Versicherten der Avenir sinngemäss mit, dass der Vermittler bei Vertragsabschluss nicht auf unterschiedliche Laufzeiten der einzelnen Verträge hingewiesen habe, sondern immer nur von einem Jahr die Rede gewesen sei. Ausserdem würden sie die Prämien für die Zusatzversicherungen seit einem halben Jahr doppelt bezahlen. Es sei mit dem Versicherungsvermittler abgesprochen gewesen, dass die Zusatzversicherungen erst im Jahr 2015 zu laufen beginnen würden, falls der vorherige Krankenversicherer sie nicht aus der Versicherung entlasse (act. G 3.9). Daraufhin informierte die Avenir den Versicherten mit Schreiben vom 23. Juli 2014 darüber, dass mit Rücksicht auf die geschilderten Umstände eine Zusatzversicherung ausnahmsweise per Beginn aufgelöst werde. Die Kündigung der weiteren Zusatzversicherungen sowie der Grundversicherung werde zudem per 31. Dezember 2014 akzeptiert. Demnach seien der Beschwerdeführer und seine Familie ab dem 1. Januar 2015 nicht mehr bei der Avenir versichert (act. G 3.10). In weiteren Schreiben machte die Ehefrau des Versicherten sinngemäss geltend, dass nicht sämtliche Familienmitglieder Versicherungspolicen in Deutsch erhalten hätten, weshalb der Familie Prämienverbilligungen entgangen seien, die sie von der Avenir zurückfordere. Ferner wurde erneut beanstandet, dass die Prämien für Zusatzversicherungen bereits an eine andere Krankenkasse bezahlt worden seien und die Avenir diese Prämien doppelt einkassiert habe (vgl. act. G 3.14 und 3.16). Am 24. November 2014 hielt die Avenir fest, dass alle Verträge gemäss Krankenversicherungs- und Versicherungsvertragsgesetz ausser derjenige des Sohnes C.____ per 31. Dezember 2014 gekündigt worden seien und für das Jahr 2015 somit keine Versicherungsdeckungen mehr bestünden. Zudem wurde die Ehefrau des Versicherten aufgefordert, zur Überprüfung einer allfälligen Doppeldeckung bei den Zusatzversicherungen die entsprechenden Policen einzureichen (act. G 3.15). Am 21. Januar 2015 informierte die Avenir die Ehefrau des Versicherten in einem Schreiben darüber, welche Zusatzversicherungen laut Auskunft der entsprechenden Krankenkasse für welche Familienmitglieder im Jahr 2014 Bestand hatten, und löste diejenigen Zusatzversicherungen der Avenir, bei welchen eine Doppeldeckung



vorhanden gewesen war, per Beginn auf. Hinsichtlich der beiden eingangs erwähnten Versicherten wurde festgehalten, dass demnach im Jahr 2014 bei beiden lediglich noch die Zusatzversicherung ProVista (ID) bei der Avenir in Kraft gewesen sei und die Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung per 31. Dezember 2014 akzeptiert worden sei (act. G 3.17).

A.d Mit Schreiben vom 22. Januar 2015 teilte die Avenir dem Versicherten mit, dass die Krankenkasse Swica seine Mitgliedschaft bestätigt habe. Aufgrund noch unbeglichener Ausstände könne jedoch die Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht akzeptiert werden (act. G 3.18). Sodann erstellte die Avenir für die beiden Versicherten am 26. Januar 2015 je eine korrigierte Prämienrechnung (Nr. 235754334 für den Versicherten und Nr. 235754387 für die Versicherte) über die aus ihrer Sicht noch offenen Prämien aus Grund- und Zusatzversicherungen, wobei darauf jeweils vermerkt war, dass der entsprechende Betrag dem Bankkonto des Versicherten belastet worden sei (vgl. act. G 3.53 und 3.57).

A.e Zwischen dem 27. Januar 2015 und dem 18. März 2015 folgten mehrere E-Mails seitens des Versicherten bzw. von dessen Familienangehörigen, in welchen der Service der Avenir bemängelt und geltend gemacht wurde, dass keine Prämien mehr geschuldet seien. Die Avenir habe mittels Lastschriftverfahrens mehrere Prämien abgebucht. Es sei daher nicht verständlich, warum sie nicht sämtliche Prämien bezogen habe. Sinngemäss wurde der Avenir unterstellt, dass sie absichtlich nicht sämtliche Prämien abgebucht habe, um einen Krankenkassenwechsel zu verhindern. Ferner wurde erneut geltend gemacht, dass die Avenir entgangene Prämienverbilligungen aufgrund nicht zugestellter Policen schulde und zu Unrecht Prämien für Zusatzversicherungen bezogen habe, da diese bereits bei einer anderen Kasse bezahlt worden seien. Sodann wurde darauf hingewiesen, dass die Avenir die Kündigungen bestätigt und akzeptiert habe, weshalb es unverständlich sei, dass sie nun zwei Familienmitglieder (die beiden eingangs erwähnten Versicherten) nicht aus der Versicherung entlassen wolle (act. G 3.19 ff.).

A.f In einer E-Mail vom 14. April 2015 erklärte die Avenir dem Versicherten, dass für ihn und die Versicherte für das Jahr 2014 trotz der Bezüge im Lastschriftverfahren noch



Ausstände bestünden. Das Lastschriftverfahren sei bei allen Familienmitgliedern bis heute eingetragen. Avenir könne sich leider nicht erklären, warum manche Prämienrechnungen nicht abgebucht worden seien. Es wurde darauf hingewiesen, dass für ihn und die Versicherte am 26. Januar 2015 neue korrigierte Prämienrechnungen für das Jahr 2014 ausgestellt worden seien (act. G 3.25). Noch am gleichen Tag wiederholte die Ehefrau des Versicherten in einer Mail die bereits früher gegen die Avenir erhobenen Vorwürfe und brachte sinngemäss zum Ausdruck, dass das Lastschriftenverfahren erst per 31. Dezember 2014 geschlossen worden sei, weshalb die Avenir bis zu diesem Zeitpunkt die Prämien hätte beziehen können. Ferner forderte sie die Avenir erneut auf, die beiden Versicherten aus der Versicherung austreten zu lassen (act. G 3.26). Am 20. April 2015 erfolgte die erste Mahnung zur Rechnung der Versicherten (Nr. 235754387) vom 26. Januar 2015 (act. G 3.53 S. 2). In ihrer Antwort an den Versicherten vom 28. April 2015 erklärte die Avenir, dass sie das Lastschriftverfahren am 20. Januar 2014 bei allen Versicherungsverträgen der Familie registriert habe. Aus unerklärlichen Gründen seien die Prämien der beiden Versicherten teilweise nicht abgezogen worden. Allerdings seien bezüglich der Rechnungen der beiden noch Versicherten jeweils eine erste und zweite Mahnung verschickt worden. Folglich sei der Versicherte über die nicht beglichenen Prämien schriftlich informiert worden. Aus diesem Grund sei die Kündigung der Grundversicherung der Versicherten nicht akzeptiert worden, worüber bereits mit Schreiben vom 22. Januar 2015 informiert worden sei. Aufgrund der kürzlich erfolgten Mitteilung, dass das Lastschriftverfahren per 31. Dezember 2014 geschlossen worden sei, habe man die Prämienrechnungen vom 26. Januar 2015 nun ebenfalls annulliert und das Lastschriftverfahren geschlossen. Diese Prämienrechnungen würden dem Versicherten demnächst per Post zugestellt. Sodann wurden für die beiden Versicherten am 28. April 2015 erneut Versicherungsausweise ausgestellt (act. G 3.27). Noch am gleichen Tag gelangte die Krankenversicherung Swica an die Avenir mit der Bitte um erneute Prüfung, ob dem Wunsch der Versicherten, rückwirkend per 31. Dezember 2014 aus der Kasse austreten zu können, nicht stattgegeben werden könne. Es sei ja nicht der Fehler der Versicherten, dass nicht sämtliche Prämien abgebucht worden seien (act. G 3.28). Mit Mail vom 8. Mai 2015 hielt die Avenir an ihren Ausführungen in den Nachrichten vom 14. April und 28. April 2015 fest (act. G 3.29).



St.Galler Gerichte

A.g Am 30. April 2015 liess man dem Versicherten für sich eine neue Rechnung (Nr. 303187036) zukommen, die betragsmässig mit derjenigen vom 26. Januar 2015 übereinstimmte. Allerdings enthielt die neue Rechnung nun nicht mehr den Vermerk, dass der Betrag dem Bankkonto belastet worden sei, sondern die Aufforderung den Gesamtbetrag von Fr. 1'058.70 bis spätestens 31. Mai 2015 zu bezahlen. Ferner ist auf der Rechnung angemerkt, dass die Rechnung mit der Nr. 235754334 vom 26. Januar 2015 annulliert worden sei (act. G 3.58). Für die Prämien der Versicherten ist keine neue Rechnung aktenkundig.

A.h Am 22. Juni 2015 erfolgte die erste Mahnung für die Rechnung des Versicherten vom 30. April 2015. Sodann folgten am 20. Juli 2015 die zweiten und letzten Mahnungen für die korrigierte Rechnung der Versicherten vom 26. Januar 2015 und diejenige des Versicherten vom 30. April 2015 unter Hinweis auf die Folgen bei nicht rechtzeitiger Bezahlung. Der Rechnung ist zu entnehmen, dass eine letzte Zahlungsfrist eingeräumt werde und der Betrag bis spätestens 19. August 2015 zu überweisen sei (act. G 3.53 und 3.58). Nach verstrichener Zahlungsfrist reichte die Avenir im November 2015 für ausstehende Prämien von Januar 2014 bis September 2015 die Betreuung (Nr. 201511976) ein (act. G 3.59).

A.i Am 17. Dezember 2015, 12. April 2016 und 14. April 2016 gelangte der Versicherte erneut mit diversen Mails an die Avenir, in welchen die bereits früher erhobenen Vorwürfe wiederholt wurden und zum Ausdruck gebracht wurde, dass der Sachverhalt an die Medien weitergeleitet worden sei. Sowohl in den Mails als auch in einem Schreiben vom 11. April 2016 wurden zudem Auflistungen über die nach Auffassung des Versicherten von der Avenir abgebuchten Beträge eingereicht (act. G 3.32 ff.).

A.j Am 25. April 2016 gelangte die Avenir mit der Frage an die Krankenversicherung Swica, ob der Versicherte per 1. Januar 2015 bei ihr grundversichert sei. Es habe sich herausgestellt, dass der Versicherte per 31. Dezember 2014 keine Ausstände mehr gehabt habe, weshalb die Avenir bereit wäre, ihn per 31. Dezember 2014 austreten zu lassen. Dies sei aber erst möglich nach einer entsprechenden Versicherungsbestätigung seitens der Swica (act. G 3.36). Die Swica bestätigte daraufhin die Reaktivierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der beiden Versicherten per 1. Januar 2015 (act. G 3.38).



St.Galler Gerichte

A.k Am 26. April 2016 gelangte Y.____ von der Z.____ GmbH im Auftrag des Versicherten (vgl. act. G 3.42) an die Avenir. Er listete die seitens der Avenir einkassierten Beträge auf und stellte fest, dass entsprechend seiner Auflistung für den Versicherten im Zeitraum 1. April bis 30. September 2014 und für die Versicherte vom 1. Januar bis 30. Juni 2014 sowie vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2014 keine Prämien bezahlt bzw. abgezogen worden seien. Er machte geltend, dass die Einkassierung und Rechnungsstellung sehr unübersichtlich erfolgt seien und ungeklärt sei, warum die Avenir, trotz entsprechender Deckung auf dem Konto des Versicherten, an mehreren Terminen keine Prämien bezogen habe. Er erklärte ferner, dass die Betreuung Nr. 2015119676 sowohl Prämien des Versicherungsjahrs 2014 als auch solche des Versicherungsjahrs 2015 betreffe. Die Prämien des Versicherungsjahrs 2014 hätten anhand der ausstehenden Rechnungen nachvollzogen werden können, während hinsichtlich der Prämien 2015 Fragen offen seien, weshalb darum gebeten werde, auf weitere Inkassomassnahmen hinsichtlich dieser Betreuung zu verzichten (act. G 3.37).

A.l Nachdem die Avenir in der Betreuung Nr. 201511976 nach selber beseitigtem Rechtsvorschlag (vgl. act. G 3.59) bereits das Fortsetzungsbegehren gestellt hatte (vgl. act. G 3.61), zeigte sie mit Schreiben vom 29. April 2016 dem Betreibungsamt an, dass in der laufenden Betreuung gegen den Beschwerdeführer am 28. April 2016 ein Guthaben in der Höhe von Fr. 2'268.45 verbucht worden sei, mit der Bitte, dieses im Betreibungsverfahren zu berücksichtigen (act. G 3.63).

A.m Mit Schreiben vom 11. Mai 2016 wurde dem Versicherten von der Avenir mitgeteilt, dass

der mit ihr bestehende Versicherungsvertrag rückwirkend per 31. Dezember 2014 geschlossen worden sei und er sowie die Versicherte nun per 1. Januar 2015 bei der Krankenversicherung Swica grundversichert seien. Eine ausstehende Betreuung (wohl das Jahr 2015 betreffend) sei daher zurückgezogen worden und damit erledigt. Die Betreuung Nr. 201511976 betreffe Ausstände aus den Jahren 2014 und 2015. Bei dieser Betreuung seien nur noch die Ausstände aus dem Jahr 2014 geschuldet. Die Korrekturen seien auf der Betreuung vorgenommen worden. Ferner wurde dem Versicherten die Zusammensetzung des Restbetrags der Betreuung erklärt (act. G 3.40). Am 19. November 2016 zeigte die Avenir dem Betreibungsamt dann allerdings



St.Galler Gerichte

den Rückzug der Betreuung Nr. 201511976 an (act. G 3.64) und leitete am 5. Dezember 2016 eine neue Betreuung (Nr. 201612056) ein über Fr. 2'391.55 zuzüglich Zins von 5 % seit dem 5. Dezember 2016 sowie für die Forderung über Fr. 49.55 ohne Zinsen. Ferner wurden administrative Kosten in der Höhe von Fr. 390.00 und Kosten für die erste Zustellung im Umfang von Fr. 73.30 betrieben. Die Ehefrau des Versicherten erhob noch am 7. Dezember 2016 Rechtsvorschlag (act. G 3.65).

A.n Am 15. Dezember 2016 bat die Krankenversicherung Swica die Avenir um eine schriftliche Bestätigung der Aufhebung der obligatorischen Grundversicherung der Familie des Versicherten per 31. Dezember 2014. Nach weiterer Mailkorrespondenz erklärte die Avenir der Swica am 12. April 2017, dass die Versicherten ausschliesslich im Jahr 2014 bei ihr versichert gewesen seien, weshalb für das Jahr 2015 keine Prämien geltend gemacht würden. Aus unerklärlichen Gründen seien im Jahr 2014 nicht sämtliche Prämien einkassiert worden, obwohl ein Lastschriftverfahren bestanden habe. Damit den Versicherten daraus keinen Nachteil erwachse, seien die Verträge trotz bestehender Ausstände per 31. Dezember 2014 geschlossen worden (act. G 3.48).

A.o Mit Verfügung vom 22. Dezember 2016 beseitigte die Avenir den Rechtsvorschlag in der Betreuung Nr. 201612056 (act. G 3.66).

B. Die vom Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Einsprache vom 6. Januar 2017 (bei der Avenir eingegangen am 26. Januar 2017) wies diese mit Einspracheentscheid vom 14. Februar 2017 ab (act. G 3.67 und 3.68).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid der Avenir (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 14. Februar 2017 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 13. März 2017 Beschwerde. Darin beantragt er sinngemäss die Aufhebung des Einspracheentscheides unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1).



St.Galler Gerichte

C.b Am 19. April 2017 liess die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer einen Kontoauszug für die Zeit vom 1. Januar 2014 bis zum 19. April 2017 zukommen (act. G 3.69).

C.c Am 26. April 2017 reichte die Beschwerdegegnerin die Vorakten sowie ihre Beschwerdeantwort ein mit dem Antrag, die Beschwerde sei abzuweisen und der Einspracheentscheid vom 14. Februar 2017 zu bestätigen. Ferner wird darin beantragt, dass ihr in der Betreibung Nr. 201612056 Rechtsöffnung zu erteilen sei und jegliche anderweitigen Begehren abzuweisen seien. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beschwerdeführers (act. G 3)

C.d Am 29. Mai 2017 erstattete der Beschwerdeführer Replik, in welcher er an den in der Beschwerde gestellten Anträgen festhielt. Zusätzlich beantragte er, dass die von der Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort gestellten Anträge abzuweisen seien (act. G 5). Zudem reichte er diverse Mails und Schreiben als Beilagen ein (vgl. act. G 5.1 ff.).

C.e Mit Schreiben vom 6. Juni 2017 teilte die Beschwerdegegnerin dem Versicherungsgericht mit, dass die vom Beschwerdeführer in seiner Replik gemachten Ausführungen nichts an ihrem Standpunkt zu ändern vermöchten, weshalb sie auf weitere Ausführungen in der vorliegenden Sache verzichte. Sie verweise auf den in der Beschwerdeantwort dargelegten Sachverhalt und halte an den gestellten Anträgen vollumfänglich fest (act. G 7).

Erwägungen

1.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens sind Prämienforderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für das Jahr 2014.

2.

Die Beschwerdegegnerin fordert vom Beschwerdeführer die Bezahlung von Fr. 2'441.10 (davon Fr. 49.55 als Forderung ohne Zinsen) für Versicherungsprämien des



Jahres 2014 (vgl. act. G 3.65). Auch wenn in der Betreuung vom 5. Dezember 2016 (Nr. 201612056) als Forderungsgrund fälschlicherweise Prämien für den Zeitraum von Januar 2014 bis Mai 2015 angegeben sind und auch in der Verfügung vom 22. Dezember 2016 fälschlicherweise dieser Zeitraum aufgeführt ist (vgl. act. G 3.66 S. 2), so ist doch unbestritten, dass einzig Prämien aus dem Jahr 2014 zur Diskussion stehen (vgl. act. G 3 S. 8; G 3.68 S. 2 und 3.69).

2.1 Der Beschwerdeführer macht insbesondere geltend, dass keine Prämien für das Jahr 2014 mehr offen sein könnten, da nach geltendem Recht ein Krankenkassenwechsel per 1. Januar 2015 nicht hätte stattfinden können, sofern noch Ausstände für das Jahr 2014 vorhanden gewesen wären (vgl. act. G 5 S. 3 f.). Die Krankenversicherung Swica habe mit Mail vom 27. April 2016 bestätigt, dass er und seine Tochter ab dem 1. Januar 2015 bei ihr grundversichert seien (act. G 5 S. 2 und G 1 S. 2). Ausserdem habe die Beschwerdegegnerin in einem Mail vom 25. April 2016 an die Krankenkasse Swica sogar ausdrücklich festgehalten, dass per 31. Dezember 2014 keine Ausstände mehr vorhanden gewesen seien (act. G 1 S. 2). Zwar sei in einem Schreiben von seinem angeblichen Rechtsvertreter erwähnt, dass für bestimmte Zeiträume keine Prämien beglichen bzw. einkassiert worden seien, jedoch wäre die Beschwerdegegnerin ermächtigt gewesen, die Prämien direkt mittels Lastschriftverfahrens bei der Bank einzufordern (act. G 5 S. 3). Das Konto habe die nötige Deckung aufgewiesen (act. G 1 S. 3). Demnach müsse davon ausgegangen werden, dass die nicht per Lastschriftverfahren einkassierten Prämien durch Verrechnung bezahlt worden seien. Immerhin habe seine Familie für das Jahr 2014 keine Prämienverbilligung erhalten, wodurch ihr ein grosser Nachteil entstanden sei (act. G 5 S. 3).

2.2 Demgegenüber wendet die Beschwerdegegnerin ein, dass der Versicherte und seine Tochter im Jahr 2014 unbestrittenermassen bei ihr versichert gewesen seien. Zur Begleichung der Prämien sei ein Lastschriftverfahren eingerichtet worden. Aus noch unerklärlichen Gründen hätten die ausgestellten Rechnungen teilweise nicht abgebucht werden können. Deswegen seien für den Versicherten nach wie vor Ausstände für den Prämienzeitraum April bis Dezember 2014 und für die Versicherte für Januar bis Juni 2014 sowie Oktober bis Dezember 2014 vorhanden. Aufgrund der geführten Korrespondenzen bezüglich der Zusatzversicherungen seien die Prämienrechnungen



mehrmals annulliert und abgeändert worden. Zuletzt seien die Prämien der Versicherten mit der Rechnung vom 26. Januar 2015 und diejenigen des Versicherten mit der Rechnung vom 30. April 2015 eingefordert worden. Aufgrund der Unkenntnis, dass das Lastschriftverfahren schon geschlossen worden sei, seien die Rechnungen wiederum per Lastschriftverfahren fakturiert worden, hätten jedoch nicht eingezogen werden können. Der Beschwerdeführer bestätige teils selber, dass noch gewisse Ausstände bestünden. Zudem ergebe sich auch aus dem Kontoauszug, dass noch Prämien in der Höhe von Fr. 2'441.10 offen seien. Die Entlassung des Versicherten aus dem Vertrag per 31. Dezember 2014 sei nur daher erfolgt, weil den Versicherten kein Nachteil daraus erwachsen sollte, dass die Prämien aus bisher unerklärlichen Gründen nicht vollständig einkassiert worden seien. Der Beschwerdeführer sei mehrmals über die offenen Prämienrechnungen unterrichtet worden. Die Auflösung des Versicherungsvertrages sowie die Falschaussage, dass keine Prämien mehr geschuldet seien, in der Mail an den Nachversicherer würden daran nichts ändern (act. G 3 S. 9 f.).

2.3 Der von der Beschwerdegegnerin geforderte Betrag stützt sich auf eine Schlussrechnung vom 26. Januar 2015 für die Prämien der Tochter des Beschwerdeführers für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2014 und auf eine Schlussrechnung vom 30. Januar 2015 für die Prämien des Beschwerdeführers für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2014 (act. G 3.53 und 3.58). Aus den Unterlagen geht hervor, dass es sich bei diesen Schlussrechnungen um Berichtigungsrechnungen für den gesamten Versicherungszeitraum handelt, wodurch die zuvor erstellten Rechnungen abgelöst worden sind (vgl. act. G 3.49 ff.). Die zahlreich vorgenommenen Änderungen bei den Zusatzversicherungen haben nämlich dazu geführt, dass immer wieder neue Rechnungen ausgestellt und alte Rechnungen annulliert worden sind (vgl. act. G 3.10, 3.15, 3.17 und 3.49 ff.). Zudem hat die Beschwerdegegnerin aus bisher unbekanntem Gründen im Jahr 2014 nicht sämtliche Prämien mittels Lastschriftverfahrens, welches unstreitig bestanden hat, abgebucht (vgl. act. G 3.69; act. G 3 S. 9 f.). Wohl aufgrund dieser unübersichtlichen Lage sind am 26. Januar 2015 bzw. 30. April 2015 von der Beschwerdegegnerin nochmals berichtete Rechnungen ausgestellt worden über sämtliche aus ihrer Sicht noch offenen Prämien der Grund- und Zusatzversicherungen des Beschwerdeführers und seiner Tochter für das Jahr 2014 (vgl. act. G 3.53 und 3.58). Die in diesen Schlussrechnungen geforderten Beträge abzüglich der in den Rechnungen noch



offenen Prämien für Zusatzversicherungen und der noch eingegangenen Zahlungen sind von der Beschwerdegegnerin in Betreuung gesetzt worden, wobei sich die vorliegend zu beurteilende Betreuung mit der Nr. 201612056 gegen den Beschwerdeführer richtet (vgl. act. G 3.65, G 3.53, G 3.57, G 3.40 und G 3.69). Auf dem Zahlungsbefehl ist als Schuldner einzig der Beschwerdeführer genannt (vgl. act. G 3.59). Bei der Prämienzahlungspflicht handelt es sich allerdings um eine Pflicht, welche die versicherte Person persönlich trifft. So hält denn auch Art. 3 Abs. 1 der ergänzenden Ausführungsbestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG der Beschwerdegegnerin fest, dass der Versicherte seine Prämien im Voraus zu bezahlen habe und er selber Schuldner sei (vgl. act. G 3.1). Während bei minderjährigen Kindern die Eltern solidarisch für die Versicherungsprämien ihrer Kinder haften können, besteht für volljährige Kinder grundsätzlich keine Schuldmitübernahme der Eltern. Die Rechnungsstellung an ein Familienhaupt ändert ebenfalls nichts an den gesetzlichen Schuldverhältnissen. Namentlich ist im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich keine wie auch immer geartete Familienversicherung vorgesehen, auch wenn einige Versicherer Familienmitglieder zur administrativen Entlastung teilweise zusammenfassen und dabei gelegentlich Begriffe wie Familienpolice, Familienvertrag oder Familienversicherung verwenden. Vielmehr werden auf Grund des Prinzips der Individualversicherung grundsätzlich stets einzelne Versicherungsverhältnisse mit den jeweiligen Familienmitgliedern abgeschlossen. Ein allfälliges Familienhaupt im Rahmen eines Familienkonstrukts von Versicherungen wird somit nicht automatisch zum Schuldner von Prämien und Kostenbeteiligungen von Familienmitgliedern, sofern nicht von Gesetzes wegen eine solidarische Haftung besteht oder eine entsprechende Vereinbarung getroffen worden ist. Die Zahlungspflicht kann im Einverständnis mit dem Versicherer von einer Drittperson übernommen werden, jedoch ändert dies am Rechtsverhältnis zwischen dem Versicherer und der versicherten Person nichts, weshalb die Prämienzahlungspflicht der versicherten Person weiterhin bestehen bleibt, sobald die Vereinbarung mit der Drittperson bezüglich Übernahme der Prämienzahlung dahinfällt (zum Ganzen vgl. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. Basel 2016, S. 798 ff. mit weiteren Hinweisen [nachfolgend zitiert als GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung]; Urteil des EVG vom 4. Juli 2003, K 137/02, E. 4.1 mit



weiteren Hinweisen). Gemäss Angaben in der Beitrittserklärung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Beschwerdegegnerin ist die Tochter des Beschwerdeführers bereits im Zeitpunkt des Versicherungsvertragsabschlusses volljährig gewesen (vgl. act. G 3.2). Sie hat denn ihre Beitrittserklärung auch selbständig unterzeichnet (act. G 3.2 S. 3). Ferner ist für sie ein eigener Versicherungsausweis ausgestellt worden (vgl. act. G 3.3 S. 4 ff. und G 3.5) und sie hat auch eigene Prämienrechnungen erhalten (vgl. act. 3.49 ff.). Demnach ist die Tochter des Beschwerdeführers als Schuldnerin ihrer eigenen Prämien anzusehen, da die Akten keine Hinweise auf das Bestehen einer Vereinbarung geben, wonach sich der Beschwerdeführer explizit dazu verpflichtet hat, die Prämien seiner volljährigen Tochter zu bezahlen. Namentlich geht eine eindeutige Bereitschaft des Beschwerdeführers, für die Prämien seiner volljährigen Tochter einzustehen, nicht aus den Beitrittserklärungen zur Versicherung hervor, wie dies die Beschwerdegegnerin geltend macht (act. G 3 S. 9). Auch wenn die Tochter des Beschwerdeführers auf ihrer Beitrittserklärung als Konto für Überweisungen dasjenige ihrer Eltern angegebenen hat, kann daraus nicht ohne weiteres auf die Schuldneigenschaft des Beschwerdeführers für Prämien seiner Tochter geschlossen werden, da diese Beitrittserklärung lediglich von der Tochter, nicht jedoch vom Beschwerdeführer unterzeichnet worden ist (vgl. act. G 3.2). Zwar setzt ein Lastschriftverfahren nach der allgemeinen Lebenserfahrung eine entsprechende Vollmacht voraus und kann somit als konkludente Einverständniserklärung zur Übernahme der Prämien der Tochter auf diesem Wege verstanden werden, solange die entsprechende Vollmacht besteht. Doch hat dieses Lastschriftverfahren teilweise eben gerade nicht funktioniert und mittlerweile ist es nun eingestellt worden, womit der Beschwerdeführer sein Einverständnis für den Zugriff auf sein Konto jedenfalls zurückgezogen und damit signalisiert hat, dass er für keine weiteren Prämien der Tochter auf diesem Wege mehr aufkommen will. Aus einer einmal vorhandenen Vollmacht für den Bezug von Prämien per Lastschriftverfahren kann ohne ausdrückliche anderweitige Vereinbarung nicht ohne weiteres gefolgert werden, dass der Beschwerdeführer für sämtliche Prämien der Tochter einzustehen hat. Vielmehr kann der Rückzug der Vollmacht als Dahinfallen einer konkludenten Abmachung zur Prämienübernahme gewertet werden. Bei Dahinfallen einer solchen allfälligen Vereinbarung bleibt letztlich die versicherte Person, sprich die Tochter des Beschwerdeführers, Schuldnerin für ihre eigenen Prämien, weshalb der



Beschwerdeführer nicht auch für ihre Prämien betrieben werden kann. Soweit Ausstände der volljährigen Tochter in Frage stehen, ist im vorliegenden Verfahren gegen den Beschwerdeführer demnach keine Rechtsöffnung zu erteilen. Offenbleiben kann an dieser Stelle, ob die Schlussrechnung vom 26. Januar 2015 für die Prämien der Tochter des Beschwerdeführers überhaupt noch rechtsgültigen Bestand hat, nachdem dem Beschwerdeführer mit Mail vom 28. April 2015 mitgeteilt worden ist, dass unter anderem diese Rechnung annulliert worden sei und die Prämienrechnungen demnächst mit separater Post zugestellt würden, was für die Prämien der Tochter jedoch nicht geschehen zu sein scheint (vgl. act. G 3.27 S. 2 und G 3.53). Der Beschwerdeführer hat für seine Prämien in der Folge eine neue Rechnung mit Datum 30. April 2015 erhalten, auf welcher ausdrücklich vermerkt ist, dass die ihn betreffende Rechnung vom 26. Januar 2015 annulliert worden ist und in welcher er zur Zahlung von Fr. 1'058.70 für offene Prämien des Jahres 2014 aufgefordert wird (vgl. act. G 3.58). Auf diese Schlussrechnung stützt sich die in Betreuung gesetzte Forderung, soweit sie nicht die Prämien der Tochter oder Verwaltungs- bzw. Betreuungskosten betrifft (vgl. act. G 3.65 und G 1.2 S. 2). Zu prüfen bleibt nun, ob die Beschwerdegegnerin den Bestand dieser Forderung rechtsgenügend nachzuweisen vermag und für diesen Betrag somit Rechtsöffnung zu erteilen ist.

2.4 Für den Beschwerdeführer werden in der Schlussrechnung vom 30. April 2015 noch Prämien für den Zeitraum April bis September 2014 geltend gemacht (act. G 3.58). Für die übrigen Zeiträume des Jahres 2014 werden in der Schlussrechnung hingegen keine Prämien mehr gefordert, da diese per Lastschriftverfahren abgezogen worden sind, wie sich dem von der Beschwerdegegnerin eingereichten Kontoauszug vom 19. April 2017 entnehmen lässt (vgl. act. G 3.69). Gemäss diesem Kontoauszug sind für die Periode Januar bis März 2014 Fr. 679.05 und für den Zeitraum Oktober bis Dezember 2014 Fr. 599.25 per Lastschriftverfahren einkassiert worden (vgl. act. G 1.69 S. 1). Diese Darstellung der abgebuchten Beträge und der noch nicht beglichenen Prämienzeiträume stimmt denn auch mit der vom Beschwerdeführer bzw. seinem Rechtsvertreter in einem Schreiben vom 26. April 2016 vorgenommenen Auflistung überein (vgl. act. G 3.37). Ebenso enthält ein Mail des Beschwerdeführers bzw. seiner Ehefrau vom 18. März 2015 diese Zeiträume bzw. Beträge (vgl. act. G 3.24). Aus dem Schreiben vom 26. April 2016 geht auch hervor, dass die beiden auf dem Kontoauszug der Beschwerdegegnerin ebenfalls ersichtlichen Bezüge in der Höhe von Fr. 3'135.15



und Fr. 1'045.05 nicht die Prämien des Beschwerdeführers und seiner Tochter, sondern diejenigen anderer Familienmitglieder für das Jahr 2014 betreffen. Ferner wird deutlich, dass der aufgeführte Bezug von Fr. 597.15 für den Zeitraum Juli bis September 2014 für die Prämien der Tochter des Beschwerdeführers getätigt worden ist (vgl. act. G 3.37 S. 1 und 3.69 S. 2). Aufgrund der übereinstimmenden Darstellung der Schlussrechnung, des Kontoauszugs der Beschwerdegegnerin vom 19. April 2017 und der beiden erwähnten Schreiben des Beschwerdeführers ist davon auszugehen, dass die Schlussrechnung vom 30. April 2015 für den Beschwerdeführer zu Recht noch offene Prämienforderungen für den Zeitraum April bis September 2014 aufgelistet hat (vgl. act. G 3.58). Die in der Schlussrechnung ermittelten Beträge für die Prämien der Grundversicherung können anhand des Versicherungsausweises des Beschwerdeführers vom 11. Dezember 2013 (vgl. act. G 3.3) nachvollzogen werden. Weiter kann der Schlussrechnung entnommen werden, dass bereits im Lastschriftverfahren gezahlte Prämien für Zusatzversicherungen des Beschwerdeführers, die rückwirkend per Beginn aufgelöst wurden (vgl. act. G 3.17), in der Schlussrechnung gutgeschrieben worden sind (vgl. act. G 3.58). Die gutgeschriebenen Beträge können anhand der Zugeständnisse der Beschwerdegegnerin bezüglich Auflösung von Versicherungen (vgl. act. G 3.17) und der im Versicherungsausweis des Beschwerdeführers vom 11. Dezember 2013 aufgeführten Prämien für die Zusatzversicherungen (vgl. act. G 3.3) nachvollzogen werden. Die Schlussrechnung, auf welche sich die in Betreuung gesetzte Forderung hinsichtlich der Prämien des Beschwerdeführers stützt, ist nach dem Gesagten insgesamt nachvollziehbar. Die entsprechende Rechnung enthält lediglich noch Prämienforderungen für die Grundversicherung und Prämienforderungen für eine Zusatzversicherung namens ProVista. Auf die in den Schlussrechnungen des Beschwerdeführers und seiner Tochter noch offenen Prämien für die Zusatzversicherung ProVista in der Höhe von insgesamt Fr. 102.00 (vgl. act. G 3.53 und 3.58) hat die Beschwerdegegnerin schliesslich verzichtet, weshalb diese in der aktuell laufenden Betreuung nicht mehr geltend gemacht werden (vgl. act. G 3.40 S. 2 und G 3.69 S. 3). Für die Prämien des Beschwerdeführers ist somit noch von einem offenen Forderungsbetrag von Fr. 1'058.70 (Rechnungsbetrag der Schlussrechnung vom 30. April 2015 für den Prämienzeitraum April bis September 2014 unter Berücksichtigung der zu viel geleisteten Prämien für Zusatzversicherungen auch



anderer Zeiträume) abzüglich Fr. 40.80 (in der Rechnung vom 30. April 2015 aufgeführte Prämien für die Zusatzversicherung ProVista, auf welche nachträglich von der Beschwerdegegnerin verzichtet worden ist) auszugehen, spricht von Fr. 1'017.90. Weitere Zahlungseingänge hinsichtlich der vom Beschwerdeführer für das Jahr 2014 geschuldeten Prämien gehen aus dem von der Beschwerdegegnerin eingereichten Kontoauszug vom 19. April 2017 nicht hervor (vgl. act. G 3.69). Die auf dem Kontoauszug verzeichnete Gutschrift vom 26. Januar 2015 in der Höhe von Fr. 48.00 und die am 12. März 2015 eingegangene Zahlung in der Höhe von Fr. 199.05 betreffen die Prämien der Tochter des Beschwerdeführers, wie aus der Schlussrechnung vom 26. Januar 2015 und der ersten Mahnung zu dieser Rechnung vom 20. April 2015 hervorgeht (vgl. act. G 3.53). Bei den auf dem Kontoauszug der Beschwerdegegnerin aufgeführten Gutschreibungen hinsichtlich Prämien für das Jahr 2015 wird es sich um rein elektronische Buchungsvorgänge handeln, mit welchen die zuvor zu Gunsten der Beschwerdegegnerin aufgeführten Beträge später dem Beschwerdeführer gutgeschrieben worden sind, da die Beschwerdegegnerin den Versicherungsvertrag rückwirkend per 31. Dezember 2014 aufgelöst hat, womit für das Jahr 2015 keine Prämien mehr geschuldet sind (vgl. act. G 3.69). Weitere Zahlungen werden vom Beschwerdeführer denn auch nicht substantiiert behauptet bzw. durch entsprechende Quittungen oder Kontoauszüge belegt. Aus der Auflistung von irgendwelchen behaupteten Abbuchungen, wie sie sich teilweise in den Akten finden (vgl. z.B. act. G 3.33), vermag er nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Ferner steht dem Beschwerdeführer vorliegend insbesondere auch nicht die Möglichkeit einer Verrechnung offen für angeblich entgangene Prämienverbilligungen. Zum einen enthalten die Akten mehrere an den Beschwerdeführer adressierte Versicherungsausweise und auch Korrespondenzen mit Hinweisen darauf, dass Versicherungsausweise zugestellt worden sind (vgl. z.B. act. G 3.3, 3.5, 3.6, 3.11, 3.13, 3.23 und 3.27). Es erscheint daher naheliegend, dass der Beschwerdeführer zumindest für sich und seine Tochter Versicherungsausweise für das Jahr 2014 erhalten hat. Zum anderen hat er keinerlei weitere Beweise wie beispielsweise ausgefüllte Prämienverbilligungsanträge oder ablehnende Bescheide hinsichtlich Prämienverbilligungen beigebracht, die darauf hindeuten könnten, dass ihm tatsächlich aufgrund fehlender Policen Prämienverbilligungen entgangen sind. Ob eine Verrechnung entgangener Prämienverbilligungen mit offenen Prämien überhaupt



möglich wäre, muss daher nicht weiter erläutert werden. Dass die Beschwerdegegnerin trotz des unstrittig bestehenden Lastschriftverfahrens nicht sämtliche Abbuchungen getätigt hat, lässt offene Prämienforderungen ebenfalls nicht (ohne weiteres) untergehen. Es ist dem Beschwerdeführer darin zuzustimmen, dass die Rechnungsstellungen sehr unübersichtlich erfolgt sind und es unglücklich ist, dass er Anzeigen von Abbuchungen erhalten hat, die anscheinend gar nicht erfolgt sind (vgl. act. G 49 ff.). Aufgrund der nachfolgenden Zahlungserinnerungen bzw. Mahnungen und der zahlreichen Korrespondenz mit der Beschwerdegegnerin, in welchen von offenen Prämienforderungen die Rede gewesen ist, kann er aber nicht behaupten, nichts von fehlenden Abbuchungen gewusst zu haben. Ferner ist anzumerken, dass noch nicht geklärt ist, warum die Abbuchungen nicht getätigt worden sind. Es könnte durchaus sein, dass diesbezüglich nicht nur Fehler seitens der Beschwerdegegnerin gemacht worden sind. Denkbar sind auch technische Probleme seitens der Bank oder bei gewissen Abbuchungen eine zeitweise fehlende Kontodeckung. Jedenfalls entfallen die Prämienforderungen aufgrund der fehlerhaften Abwicklung des Lastschriftverfahrens nicht (ohne weiteres). Dem Beschwerdeführer ist insofern zuzustimmen, dass gemäss Art. 64a Abs. 6 KVG ein Versicherungswechsel grundsätzlich nur dann vorgenommen werden kann, wenn sämtliche Ausstände beglichen worden sind. Vorliegend scheint ein solcher Wechsel nun trotz bestehender Ausstände zugelassen worden zu sein. Dies ändert jedoch an der bestehenden Forderung der Beschwerdegegnerin nichts, bezweckt doch die Bestimmung von Art. 64a Abs. 6 KVG grundsätzlich gerade die Sicherstellung der Prämienbezahlung (GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), in: ERWIN MURER/HANS-ULRICH STAUFFER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zürich/Basel/Genf 2010, N 3 zu Art. 64a Abs. 4 KVG). Würden offene Prämienforderungen bei einem allfällig rechtswidrigen Wechsel ohne weiteres dahinfliegen, würde dies dem Zweck der Norm somit gerade nicht entsprechen. Auch ist an dieser Stelle anzumerken, dass der Beschwerdeführer ständig auf einen Versicherungswechsel gedrängt hat, obwohl die Beschwerdegegnerin sich anfänglich klar dagegen positioniert und unmissverständlich zum Ausdruck gebracht hat, dass noch offene Prämienforderungen bestehen (vgl. act. G 3.18 ff.). Es könnte somit an ein rechtsmissbräuchliches Verhalten grenzen, wenn der Beschwerdeführer nun aus dem Versicherungswechsel für sich ableiten will, dass keine Prämien mehr geschuldet seien. Schliesslich kann der Beschwerdeführer auch aus der



Mail, in welcher von einer Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin gegenüber der Krankenversicherung Swica fälschlicherweise erwähnt wird, dass keine Ausstände mehr für das Jahr 2014 bestehen würden, nichts zu seinen Gunsten ableiten (vgl. act. G 3.36). Er kann keine Ansprüche aus Vertrauensschutz geltend machen, ist die Mail doch weder an ihn direkt adressiert gewesen noch hat er gestützt auf die Auskunft für ihn nachteilige Dispositionen getroffen (vgl. ULRICH HÄFELIN/GEORG MÜLLER/FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7. Aufl. Zürich/St. Gallen 2016, S. 143 ff.). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin Bestand und Umfang der in Betreuung gesetzten Grundforderung bezüglich Prämien des Beschwerdeführers mit den eingereichten Unterlagen rechtsgenügend dargelegt hat. Die Einwendungen des Beschwerdeführers vermögen daran nichts zu ändern.

2.5 Weiter gilt es noch zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin verfahrensrechtlich korrekt vorgegangen ist.

2.5.1 Nach Art. 90 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) sind die Prämien im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen. Der Versicherer muss für unbezahlte fällige Prämien und Kostenbeteiligungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, nachdem er diese Ausstände mindestens einmal schriftlich gemahnt hat, getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen spätestens drei Monate ab Fälligkeit eine schriftliche Zahlungsaufforderung zustellen. Mit dieser muss er der versicherten Person eine Frist von 30 Tagen zur nachträglichen Erfüllung ansetzen und sie auf die Folgen der Nichtbezahlung hinweisen (art. 64a Abs. 1 KVG; Art. 105b Abs. 1 KVV). Bezahlt die versicherte Person innerhalb der angesetzten Frist nicht, so muss der Versicherer die Betreuung anheben (Art. 64a Abs. 2 KVG). Bei der Frist von Art. 105b Abs. 1 KVV handelt es sich allerdings um eine Ordnungsvorschrift, deren Nichteinhaltung weder den Anspruch auf die Ausstände noch den der betriebsrechtlichen Durchsetzung verwirken lässt (vgl. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, S. 801 mit weiteren Hinweisen).

2.5.2 Wie bereits erwähnt, hat die Beschwerdegegnerin für den Beschwerdeführer am 30. April 2015 eine nachvollziehbare Schlussrechnung erstellt, in welcher er zur



Zahlung der offenen Prämienforderungen bis zum 7. Juli 2015 angehalten worden ist (vgl. act. G 3.58 S. 1). Am 22. Juni 2015 ist sodann die erste schriftliche Mahnung bzw. Zahlungserinnerung erfolgt (vgl. act. G 3.58 S. 3). Am 20. Juli 2015 hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer sodann unter Ansetzung einer dreissigtägigen Frist und unter Hinweis auf die Folgen bei nicht rechtzeitiger Zahlung gemahnt (vgl. act. G 3.58 S. 4). Am 13. November 2015 ist die erste Betreibung eingeleitet worden (vgl. act. G 3.59), welche später aber wieder zurückgezogen worden ist (vgl. act. G 1.64), um am 5. Dezember 2016 eine erneute, abgeänderte Betreibung einzuleiten (vgl. act. G 3.65). Schliesslich sind lediglich Prämien (keine anderen Ausstände) gemahnt und betrieben worden. Nach dem Gesagten bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die verfahrensrechtlichen Mahn- und Betreibungsvorschriften von Art. 64a Abs. 1 KVG oder Art. 105b KVV hinsichtlich der Prämien des Beschwerdeführers nicht eingehalten worden sind.

2.6 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). Die geforderten Verzugszinsen von 5 % für die im Rahmen dieses Urteils festgestellten Forderungen sind ausgewiesen.

2.7

2.7.1 Für von der versicherten Person verschuldete Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, kann der Versicherer gemäss Art. 105b Abs. 2 KVV angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht.

2.7.2 Eine Regelung zur Erhebung von Verwaltungskosten, insbesondere Mahn- und Betreibungskosten, nach Ablauf der angesetzten Zahlungsfrist findet sich in Art. 3 der AVB zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG der Beschwerdegegnerin, ohne dass dort jedoch deren Höhe festgelegt wäre (vgl. act. G 3.1). Für die Beurteilung der Angemessenheit ist in solchen Fällen das Kostendeckungs- oder Äquivalenzprinzip anzuwenden (GEBHARD EUGSTER,



Krankenversicherung, S. 807). Angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer trotz Zahlungserinnerung und Mahnung die Bezahlung der geschuldeten Prämienbeträge unterlassen und damit in schuldhafter Weise Aufwendungen verursacht hat, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht eingetreten wären, sind die in der ersten Zahlungsaufforderung vom 22. Juni 2015 geforderten Mahngebühren in der Höhe von Fr. 10.00 und diejenigen in der zweiten Mahnung vom 20. Juli 2015 in der Höhe von neu Fr. 30.00 (entsprechend dem Rechnungsbetrag sind die Mahnspesen der ersten Mahnung im Betrag von Fr. 30.00 enthalten) nicht zu beanstanden (vgl. act. G 3.58). Allerdings scheint es nicht gerechtfertigt, dem Beschwerdeführer Aufforderungskosten in der Höhe von Fr. 150.00, wie sie auf dem Einspracheentscheid aufgeführt sind (vgl. act. G 1.2 S. 2), aufzuerlegen. Zum einen enthalten die von der Beschwerdegegnerin betriebenen Aufforderungskosten wohl auch Gebühren für Mahnungen hinsichtlich Prämien der Tochter des Beschwerdeführers, weshalb ohnehin nur etwa die Hälfte der Kosten dem Beschwerdeführer in Rechnung gestellt werden könnte. Zum anderen ist aber auch nicht ersichtlich, worauf sich die weiteren Aufforderungskosten stützen. Es wäre vorliegend nicht billig, dem Beschwerdeführer die Mahngebühren von sämtlichen sich in den Akten befindlichen Zahlungsaufforderungen von Rechnungen, die später wieder annulliert worden sind, anzulasten. Denn die Beschwerdegegnerin hat aufgrund des Umstandes, dass sie nicht sämtliche Prämien per Lastschriftverfahren abgebucht hat sowie zunächst Prämien für das Jahr 2015 in Rechnung gestellt hat, die sie dann doch wieder hat annullieren müssen, ebenfalls zu unnötigen Kosten beigetragen. Schliesslich haben die Rechnungen auch aufgrund der zahlreichen Änderungen bei den Zusatzversicherungen immer wieder angepasst werden müssen, sodass dem Beschwerdeführer letztlich lediglich die Mahngebühren hinsichtlich der Schlussrechnung vom 30. Januar 2015 angelastet werden können. Weiter rechtfertigt es sich, die Hälfte der geltend gemachten Dossiereröffnungskosten in der Höhe von Fr. 120.00 (die andere Hälfte betrifft wohl die Tochter des Beschwerdeführers; vgl. act. G 1.2 S. 2) dem Beschwerdeführer in Rechnung zu stellen, da er durch die verspätete Zahlung Anlass zu Zahlungsaufforderungen und der Einleitung der Betreuung gegeben hat. Was die von der Beschwerdegegnerin aufgelisteten "Kosten für die Zustellung" in der Höhe von Fr. 73.30 (vgl. act. G 1.2 S. 2; act. G 3.65) betrifft, kann hingegen wiederum keine Rechtsöffnung erteilt werden. Es ist anzunehmen, dass sie mit diesen



Zustellungskosten die Einleitung der Betreuung Nr. 201511976 vom 13. November 2015 gemeint hat (vgl. act. G 3.59), die sie später wieder zurückgezogen hat (vgl. act. G 3.64). Zum einen ist fraglich, ob über die Kosten einer anderen Betreuung in diesem Verfahren entschieden werden kann, zumal für Betreuungskosten grundsätzlich keine Rechtsöffnung zu erteilen ist (vgl. E. 2.8). Zudem hat die Beschwerdegegnerin es selber zu verantworten, dass sie zunächst eine Betreuung eingeleitet, diese wieder zurückgezogen und sodann wieder eine neue Betreuung eingeleitet hat, weil sie gemerkt hat, dass der Beschwerdeführer für das Jahr 2015 keine Prämien mehr schuldet (vgl. act. G 3.59, G 3.64 und G 3.65). Als Aufwendungen kann die Beschwerdegegnerin somit lediglich Kosten in der Höhe von Fr. 150.00 geltend machen. Die anderen Kosten erscheinen nicht angemessen.

2.8 Die Betreuungskosten von Fr. 73.30 sind von Gesetzes wegen geschuldet (Art. 68 SchKG) und vom Schuldner bei erfolgreicher Betreuung zusätzlich zum Betrag, der dem Gläubiger zugesprochen wird, zu bezahlen (RKUV 2003 Nr. KV 251 S. 226). Entsprechend sind sie nicht in die Rechtsöffnung einzubeziehen.

3.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Der Beschwerdeführer ist zu verpflichten, der Beschwerdegegnerin den Betrag von Fr. 1'017.90 nebst Verzugszins von 5 % ab 5. Dezember 2016 zu bezahlen. Weiter ist der Beschwerdeführer zu verpflichten, der Beschwerdegegnerin insgesamt Fr. 150.00 für Bearbeitungs- und Mahngebühren zu bezahlen. In diesem Umfang ist in der Betreuung Nr. 201612056 des Betreibungsamtes D.____ definitiv Rechtsöffnung zu erteilen. Für darüberhinausgehende Forderungen ist keine Rechtsöffnung zu erteilen und über deren Bestand ist mit diesem Urteil nicht entschieden worden. Gerichtskosten sind keine zu erheben (vgl. Art. 61 lit. a ATSG). Der teilweise obsiegenden Beschwerdegegnerin steht als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauter Institution keine Parteientschädigung zu (vgl. BGE 128 V 133 f. E. 5b). Dem anwaltlich nicht vertretenen Beschwerdeführer sind ebenfalls keine Parteikosten zuzusprechen (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 196 ff. zu Art. 61 lit. g ATSG).

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen und der Einspracheentscheid vom 14. Februar 2017 entsprechend aufgehoben; der Beschwerdeführer wird verpflichtet, der Beschwerdegegnerin den Betrag von Fr. 1'017.80 nebst Verzugszins von 5 % ab 5. Dezember 2016 zu bezahlen; weiter wird er verpflichtet, der Beschwerdegegnerin Bearbeitungs- und Mahnkosten in der Höhe von Fr. 150.00 zu bezahlen. In diesem Umfang wird in der Betreuung Nr. 201612056 des Betreibungsamtes D.____ definitiv Rechtsöffnung erteilt. Für darüberhinausgehende Forderungen wird keine Rechtsöffnung erteilt. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.