



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 7. Januar 2021 (730 20 255 / 03)

Krankenversicherung

Kostenbeteiligung; Erteilung der definitiven Rechtsöffnung

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer

gegen

SWICA Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38,
8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Forderung / Rechtsöffnung (Kostenbeteiligungen)

A. Der 1968 geborene A._____ ist bei der SWICA Krankenversicherung AG (nachfolgend: SWICA) seit dem 1. Januar 2003 im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege versichert. In den Jahren 2018 und 2019 erfolgte die obligatorische Krankenversicherung unter dem Modell Favorit Telmed mit einer Jahresfranchise von Fr. 300.--. Am 5. Dezember 2018 und 9. Januar 2019 stellte die SWICA dem Versicherten einen Betrag von Fr. 24.15 bzw. Fr. 288.60 für offene Kostenbeteiligungen für die Behandlung und den Medikamentenbezug am 26. November 2018 in Rechnung. Mit Schreiben vom 11. März 2019 und 15. Mai 2019 mahnte die Krankenversicherung den Versicherten für die ausstehenden Kostenbeteiligungen in der Höhe von insgesamt Fr. 312.75 zuzüglich Mahngebühren. Nachdem letzterer die ausstehenden Beträge weiterhin

nicht beglichen hatte, stellte das Betreibungsamt Basel-Landschaft auf Begehren der SWICA am 4. Juli 2019 den Zahlungsbefehl in der Betreibung Nr. X.____ über einen Betrag von Fr. 312.75 zuzüglich Mahnspesen von Fr. 30.-- und Inkassogebühren von Fr. 95.-- sowie Betreuungskosten von Fr. 33.30 aus. Den gegen diesen Zahlungsbefehl erhobenen Rechtsvorschlag hob die SWICA mit Verfügung vom 16. Oktober 2019 auf und verpflichtete A.____ zur Bezahlung von insgesamt Fr. 471.05. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 29. Mai 2020 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____ am 2. Juli 2020 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben, eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass er das Kantonsspital B.____ nicht für eine Behandlung, sondern lediglich zur Abgabe eines Medikaments aufgesucht habe. Die Behandlung habe gegen seinen Willen stattgefunden, weshalb er für die verursachten Kosten nicht belangt werden könne.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 16. September 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Die Präsidentin zieht **in Erwägung** :

1. Die formellen Voraussetzungen (Einhaltung von Form und Frist, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Beschwerdelegitimation) sind erfüllt, so dass auf die Beschwerde vom 2. Juli 2020 einzutreten ist.

2. Gemäss § 55 Abs. 1 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 20'000.- durch Präsidialentscheid. Im vorliegenden Fall beläuft sich der Streitwert auf insgesamt Fr. 437.75 (Kostenbeteiligungen in der Höhe von Fr. 312.75 zuzüglich Mahn- und Inkassogebühren von Fr. 125.--). Die Angelegenheit ist daher präsidial zu entscheiden.

3.1 Nach Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz für die Krankenpflege versichern. Mit anderen Worten besteht ein gesetzlich vorgeschriebenes Versicherungsobligatorium. Gemäss Art. 61 ff. KVG in Verbindung mit Art. 90 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 ist jede versicherte Person verpflichtet, hierfür im Voraus monatlich zu bezahlende Prämien zu entrichten. Nach Art. 64 Abs. 1 KVG vom 18. März 1994 beteiligen sich die versicherten Personen an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Diese Kostenbeteiligung besteht aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) und 10% der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Zur Höhe der Franchise, zum Höchstbetrag des Selbstbehalts und zum Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital hat der Bundesrat gestützt auf die Delegationsnorm in Art. 64 Abs. 3 KVG die Vorschriften in Art. 93-95 und Art. 103-105 KVV erlassen.

3.2 Bezahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat ihr der Krankenversicherer nach mindestens einer schriftlichen Mahnung eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzugs hinzuweisen (Art. 64a Abs. 1 KVG). Dabei muss er die Zahlungsaufforderung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit und getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen (Art. 105b Abs. 1 KVV). Bei Verzug in der Bezahlung von Kostenbeteiligungen innerhalb der angesetzten Frist ist der Krankenversicherer von Gesetzes wegen verpflichtet, die Betreibung anzuhängen (vgl. Art. 64a Abs. 2 KVG). Die in Art. 105b KVV genannte Frist ist eine reine Ordnungsvorschrift, deren Nichteinhaltung weder den Anspruch auf die Ausstände noch auf den der betreibungsrechtlichen Durchsetzung verwirkt (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [Hrsg.], 3. Auflage, Basel 2016, Rz. 1324).

3.3 Wurde das Vollstreckungsverfahren eingeleitet und wird durch die betroffene Person Rechtsvorschlag erhoben, so ist der Versicherer befugt, nachträglich eine formelle Verfügung zu erlassen und nach Eintritt der Rechtskraft die Betreibung fortzusetzen. Für eine direkte Fortsetzung der Betreibung ohne Durchlaufen des eigentlichen Rechtsöffnungsverfahrens nach Art. 80 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) vom 11. April 1889 gilt als Voraussetzung, dass das Dispositiv der Krankenkassenverfügung auf die hängige Betreibung Bezug nimmt und den Rechtsvorschlag ausdrücklich – gegebenenfalls auch nur teilweise – als aufgehoben erklärt. Die Krankenkasse hat deshalb in ihrer Verfügung nicht bloss einen sozialversicherungsrechtlichen Sachentscheid über die Verpflichtung der versicherten Person zu einer Geldzahlung zu fällen, sondern gleichzeitig als Rechtsöffnungsinstanz über die Aufhebung des Rechtsvorschlages zu befinden (vgl. BGE 119 V 331 E. 2b). Schliesslich hat das zuständige Versicherungsgericht im Rahmen eines allfälligen Beschwerdeverfahrens den Bestand und die Höhe der Forderung der Krankenkasse zu prüfen. Erst wenn dessen Urteil, welches auch die Rechtsöffnung bestätigt, in formelle Rechtskraft erwachsen ist, kann die Betreibung fortgesetzt werden.

4. Der Sozialversicherungsprozess ist gemäss Art. 61 lit. c ATSG vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Dieser besagt, dass das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen hat (vgl. BGE 108 V 197 E. 5; vgl. dazu auch UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2020, Art. 61 Rz. 106f. und Art. 43 Rz. 13 m.w.H.). Der Untersuchungsgrundsatz gilt aber nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflicht der Parteien ergänzt (vgl. BGE 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen). Dazu gehört auch die Substantiierungspflicht, welche besagt, dass die wesentlichen Tatsachenbehauptungen und -bestreitungen in den Rechtsschriften enthalten sein müssen (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 208).

5.1 Den Versicherungspolice vom 13. Oktober 2017 und 15. Oktober betreffend den Beschwerdeführer ist zu entnehmen, dass dieser in den Jahren 2018 und 2019 bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch krankpflegeversichert war (Beilage 1 der Vernehmlassung). Damit ist er verpflichtet, die monatlichen Prämien zu leisten und allfällige Kostenbeteiligungen zu tragen. Dies wird vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt. Er bestreitet ausserdem grundsätzlich weder die Höhe der geltend gemachten Forderungen und der Bearbeitungsgebühren noch die

Höhe der auf ihn überwälzten Betreuungskosten. Stattdessen macht er sinngemäss geltend, dass er die der streitigen Kostenbeteiligung zugrundeliegenden Kosten nicht verursacht habe bzw., dass die Ärzte des Kantonsspitals B._____ ihn gegen seinen Willen untersucht und behandelt hätten, obwohl er lediglich zur Abgabe eines Medikaments das Spital aufgesucht habe.

5.2 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Im krankenversicherungsrechtlichen Verfahren ist somit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang der Krankenversicherer Kosten für Krankenpflegeleistungen in diesem Sinne zu übernehmen hat und – bejahendenfalls – ob die Bedingungen für eine Kostenbeteiligung der versicherten Person gegeben sind. Dabei ist zu beachten, dass die Krankenversicherer, sofern eine Pflicht zur Kostenübernahme besteht, eine Kostenvergütung auch dann zu leisten haben, wenn eine therapeutische Massnahme den angestrebten Erfolg (zunächst) nicht erreicht oder eine Komplikation auftritt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 12. Februar 2003, K 79/02, E. 3.1). Vor dem Hintergrund, dass die vom Krankenversicherer zu übernehmenden Leistungen, insbesondere die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant in Spitälern von Ärzten vorgenommen werden (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), umfassen, hat die Beschwerdegegnerin die Kosten für die am 26. November 2018 stattgefundene Behandlung inklusive Medikamentenabgabe zu Recht erstattet. Daraus resultiert ohne weiteres, dass sich der Beschwerdegegner gemäss Art. 64 Abs. 1 KVG nach Massgabe der von ihm gewählten Franchise und des gesetzlich festgelegten Selbstbehaltes an diesen Kosten zu beteiligen hat.

5.3 Daran vermögen auch die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Gemäss Art. 56 Abs. 1 KVG muss sich der Leistungserbringer in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Untersteht das Versicherungsverhältnis – wie vorliegend – dem System des Tiers payant (Art. 42 Abs. 2 KVG), kann lediglich der Versicherer bezahlte Vergütungen für Leistungen, die über das wirtschaftliche Mass hinausgehen, zurückverlangen. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit obliegt damit der Beschwerdegegnerin und bildet darüber hinaus nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Es kann indessen festgehalten werden, dass keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Behandlung vom 26. November 2018 dem Wirtschaftlichkeitsprinzip widersprochen hätte. Obschon der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift vom 29. Juni 2020 angibt, das Kantonsspital B._____ lediglich zur Abgabe eines Medikamentes aufgesucht zu haben und keine Behandlung notwendig gewesen sei, ist seiner Einsprache zu entnehmen, dass er am betroffenen Tag über «höllische, brennende» Bauchschmerzen und ein Aufstossen wie mit «Batteriesäure» geklagt hatte. Es erscheint damit nicht als aussergewöhnlich, dass die Ärzte des Spitals weitere Untersuchungen bzw. Behandlungen für notwendig erachteten bzw. im Hinblick auf die vom Beschwerdeführer beklagte Symptomatik dazu verpflichtet waren. Unabhängig von den letztlich unsubstantiierten Vorbringen des Beschwerdeführers steht fest, dass die Behandlung und die Medikamentenabgabe wie in Rechnung gestellt stattgefunden haben, die Beschwerdegegnerin zur Übernahme der Kosten verpflichtet ist und der Beschwerdeführer sich entsprechend seiner Police daran beteiligen zu hat. Die übrigen Vorbringen des Beschwerdeführers erweisen sich ebenfalls als nicht entscheiderelevant, betreffen sie doch lediglich allgemeine Ausführungen

über die Gesundheitskosten in der Schweiz. Sofern der Beschwerdeführer eine Fehlbehandlung geltend macht, ist er von der Beschwerdegegnerin zu Recht auf den Weg der Schadenersatzklage im Rahmen des Haftpflichtrechts verwiesen worden.

5.4 Nach dem Ausgeführten ist der Beschwerdeführer verpflichtet, die Kostenbeteiligung für den Spitalaufenthalt und die Medikamentenabgabe am 26. November 2018 zu leisten und die Beschwerdegegnerin ist berechtigt, diese einzufordern. Der Beschwerdeführer macht keine weiteren Einwände geltend, die gegen die Richtigkeit der Forderung sprechen. Da die Forderung im Übrigen von der Beschwerdegegnerin am 11. März 2019 und 15. Mai 2019 korrekt gemahnt wurde, stand der Einleitung des Betreibungsverfahrens nichts im Wege.

5.5 Die Erhebung von Bearbeitungsgebühren (Mahnspesen und Inkassogebühren) in der Höhe von insgesamt Fr. 125.-- ist ebenfalls gerechtfertigt. Gemäss Art. 105b Abs. 3 KVV kann der Versicherer bei durch die versicherte Person verschuldete angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht, wenn die versicherte Person Aufwendungen verschuldet, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären. In Art. 21 Abs. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankenpflege- und Taggeldversicherung nach KVG (AVB, gültig ab 1. Januar 2018) der Beschwerdegegnerin findet sich die erforderliche reglementarische Grundlage. Die Kosten sind durch die Mahnschreiben und die Zahlungsaufforderungen ausreichend belegt und in ihrer Höhe insgesamt als noch angemessen zu beurteilen. Die von der Beschwerdegegnerin unter diesem Titel vorliegend geltend gemachten Kosten im Umfang von insgesamt Fr. 125.-- hätten bei fristgerechter Bezahlung der strittigen und wiederholt gemahnten Ausstände ohne Weiteres vermieden werden können. Die Bearbeitungsgebühren wurden ausserdem vom Beschwerdeführer nicht substantiiert bestritten.

6. Was schliesslich die Betreuungskosten betrifft, so bilden diese selber nicht Gegenstand des Rechtsöffnungsentscheides. Der Rechtsöffnungsrichter verfügt jedoch im Urteilsdispositiv über deren Zusprechung (vgl. ANDRÉ PANCHAUD/MARCEL CAPREZ, Die Rechtsöffnung, Zürich 1980, § 164; Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KG SV] vom 19. Juni 2019 [730 18 383] E. 7.1). Gemäss Art. 68 SchKG hat grundsätzlich der Schuldner die Betreuungskosten zu tragen. Dazu gehören in jedem Falle die Kosten für den Zahlungsbefehl (Urteil des EVG vom 2. Februar 2006, K 112/05, E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Der Beschwerdeführer hat demgemäss zusätzlich die Betreuungskosten von Fr. 33.30 zu tragen

7. Zusammenfassend ergibt sich aus dem Gesagten, dass der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin einen Betrag in Höhe von Fr. 437.75 (Kostenbeteiligungen in der Höhe von Fr. 312.75 zuzüglich Inkassogebühren von Fr. 95.-- und Mahnspesen von Fr. 30.--) schuldet. In diesem Umfang ist der SWICA in der Betreuung Nr. X. ____ des Betreibungsamtes Liestal vom 4. Juli 2020 die definitive Rechtsöffnung zu erteilen. Zudem gehen die Kosten für die Ausstellung des Zahlungsbefehls in der Höhe von Fr. 33.30 zu Lasten des Versicherten.

8. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in der Regel kostenlos, weshalb vorliegend keine Verfahrenskosten zu erheben sind.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Der Rechtsvorschlag in der Betreibung Nr. X.____ des Betreibungsamtes Basel-Landschaft (Zahlungsbefehl vom 4. Juli 2019) wird für den Betrag von Fr. 437.75 aufgehoben und es wird der Beschwerdegegnerin die definitive Rechtsöffnung erteilt.

Der Beschwerdeführer hat der Beschwerdegegnerin die Kosten für die Ausstellung des Zahlungsbefehls in der Höhe von Fr. 33.30 zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>