



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 9. Februar 2018 (730 17 342 / 51)**

---

**Krankenversicherung**

**Ungerechtfertigte Betreibung / Gemäss Art. 27 Abs. 2 ATSG wäre die Krankenversicherung dazu verpflichtet gewesen, den Beschwerdeführer über das Verrechnungsverbot aufzuklären**

\_\_\_\_\_ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Gerichtsschreiberin i.V. Anna Studinger

\_\_\_\_\_ Parteien A.\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer

gegen

**Avenir Krankenversicherung AG**, Rue des Cèdres 5, Postfach,  
1919 Martigny, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_ Betreff Leistungen

A. A.\_\_\_\_ und seine Ehefrau B.\_\_\_\_ sind bei der Avenir Krankenversicherung AG (Avenir) obligatorisch krankenversichert. Am 16. Januar 2017 erhielt A.\_\_\_\_ eine berichtigte Abrechnung Kostenbeteiligung im 2016 Nr. 360624733 in der Höhe von Fr. 247.95, die sich aus Fr. 228.34 (Abrechnung Kostenbeteiligung Nr. 358404139.1) und Fr. 19.61 (Abrechnung Kostenbeteiligung Nr. 358404139.2) zusammensetzt. Die fällige Rechnung sowie die erste Mahnung vom 22. März 2017 (Fr. 257.95 inkl. Fr. 10.-- Mahnspesen) blieben unbezahlt. Mit Schrei-

ben vom 5. April 2017 teilte A.\_\_\_\_ der Avenir mit, dass seine Ehefrau und er es sich erlauben würden, die Fr. 161.45 – aus der von der Avenir zu Unrecht nicht anerkannten Rückerstattung (Leistungsabrechnung Nr. 361827723 vom 3. Februar 2017) – mit der offenen Rechnung in Höhe von Fr. 247.95 zu verrechnen und ihr lediglich den Restbetrag von Fr. 86.50 zu überweisen. Am 7. April 2017 erhielt die Avenir die angekündigte Teilzahlung über Fr. 86.50.

Am 19. April 2017 teilte die Avenir A.\_\_\_\_ mit, dass sie sein Schreiben vom 5. April 2017 erhalten habe und die Leistungsabrechnung Nr. 361827723 vom 3. Februar 2017 zur Korrektur weitergeleitet worden sei. Für den offenen Restbetrag von Fr. 161.45 schickte die Avenir dem Versicherten am 21. April 2017 die letzte Zahlungsaufforderung (Fr. 191.45 inkl. Fr. 30.-- Mahnspeesen).

Am 25. April 2017 bat A.\_\_\_\_ erneut um die korrigierte Leistungsabrechnung Nr. 361827723 vom 3. Februar 2017. Am 26. April 2017 wurde der Betrag von Fr. 145.30 (Fr. 161.45 minus 10 % Selbstbehalt) mit Abrechnung Nr. 370460230 für die oben genannte Rechnung festgehalten.

Am 8. Juni 2017 leitete die Avenir für die teilweise unbezahlt gebliebene Abrechnung Kostenbeteiligung Nr. 360624733 vom 16. Januar 2017 die Betreuung ein. Gegen den Zahlungsbefehl Nr. 21732430 vom 12. Juni 2017 (Fr. 161.45 zuzüglich Fr. 90.-- administrative Kosten und Fr. 33.30 Betreuungskosten) erhob A.\_\_\_\_ am 16. Juni 2017 Rechtsvorschlag.

B. Mit Verfügung vom 7. Juli 2017 beseitigte die Avenir den Rechtsvorschlag in vollem Umfang von Fr. 251.45 (Fr. 161.45 und Fr. 30.-- Aufforderungskosten und Fr. 60.-- Dossiereröffnungskosten). Die von A.\_\_\_\_ am 10. Juli 2017 gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Avenir mit Entscheid vom 19. September 2017 ab. Im Einspracheschreiben teilte A.\_\_\_\_ unter anderem mit, dass er bisher noch keine korrigierte Leistungsabrechnung erhalten habe.

C. Gegen den Einspracheentscheid vom 19. September 2017 erhob A.\_\_\_\_ am 6. Oktober 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids. Zur Begründung legte er eine chronologische Aufstellung der Auseinandersetzung mit der Avenir bei.

D. In der Beschwerdeantwort vom 22. November 2017 hielt die Avenir an ihrem Entscheid fest und beantragte, es sei die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei, und es sei in der Betreuung Nr. 21732430 vollumfänglich Rechtsöffnung zu erteilen.

E. Auf Veranlassung des Gerichts reichte die Avenir am 5. Januar 2018 den Nachweis der Überweisung von Fr. 145.30 (Abrechnung Nr. 370460230 vom 26. April 2017) ein. Am 17. Januar 2018 bezog A.\_\_\_\_ Stellung dazu.

Die Präsidentin zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 in Verbindung mit Art. 56 Abs. 1 und Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Verfügungen und Einspracheentscheide eines Sozialversicherungsträgers beim zuständigen Versicherungsgericht innerhalb von 30 Tagen Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer ist in C.\_\_\_\_\_ (BL) wohnhaft, die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft kann bejaht werden. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Damit ist das Kantonsgericht auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde befugt. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Laienbeschwerde ist einzutreten.

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. 10'000.-- durch Präsidialentscheid. Im vorliegenden Fall beläuft sich der Streitwert auf Fr. 251.45 zuzüglich der Betreuungskosten in der Höhe von Fr. 33.30. Die Angelegenheit ist somit 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 ebenso verpflichtet, hierfür im Voraus (in der Regel monatlich) zu bezahlende Prämien zu entrichten. Gemäss Art. 64 Abs. 1 KVG hat sich die versicherte Person sodann an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen zu beteiligen. Die Kostenbeteiligung besteht aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) und 10 % der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt; vgl. Art. 64 Abs. 2 lit. a und b KVG).

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 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995). Bezahlt die versicherte Person ihre fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen innerhalb der angesetzten Frist nicht,

so muss der Krankenversicherer von Gesetzes wegen die Betreuung anheben (vgl. Art. 64a Abs. 2 KVG).

3.3 Wenn die versicherte Person Aufwendungen verschuldet, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, kann der Versicherer gemäss Art. 105b Abs. 2 KVV in der ab 1. Januar 2012 anwendbaren Fassung angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht.

4. 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 Betreuung fortzusetzen. Für eine direkte Fortsetzung der Betreuung ohne Durchlaufen des eigentlichen Rechtsöffnungsverfahrens nach Art. 80 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) vom 11. April 1889, in der revidierten Fassung vom 16. Dezember 1994, gilt als Voraussetzung, dass das Dispositiv der Krankenkassenverfügung auf die hängige Betreuung 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 329 E. 2b).

5. Der Sozialversicherungsprozess ist gemäss Art. 61 lit. c ATSG vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht, welcher 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 2015, Art. 61 Rz. 96f. 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).

6.1 Der Bestand und die Höhe der mit Verfügung vom 7. Juli 2017 festgehaltenen ursprünglich geschuldeten Kostenbeteiligung ist zwischen den Parteien unstrittig (sozialversicherungsrechtlicher Sachentscheid [vgl. E. 4]). Strittig und zu prüfen ist einzig, ob das Einleiten der Betreuung rechtmässig erfolgt ist und der Rechtsvorschlag mit Verfügung vom 7. Juli 2017 zu Recht aufgehoben und mit Einspracheentscheid vom 19. September 2017 bestätigt wurde. Dazu ist in einem ersten Schritt zu klären, ob der Beschwerdeführer den geschuldeten Betrag in der Höhe von Fr. 247.95 mit dem ihm zustehenden Betrag in Höhe von Fr. 161.45 verrechnen durfte.

6.2 Unter der Herrschaft des bis Ende 1995 in Kraft gewesenen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 11. Juni 1911 (KUVG) war es der versicherten Person verwehrt, ausstehende Prämien oder Kostenbeteiligungen mit beanspruchten Leistungen zu verrechnen.

Das Bundesgericht stellte in BGE 110 V 186 fest, dass die meisten Sozialversicherungsgesetze des Bundes das Verrechnungsrecht regeln würden (Art. 20 Abs. 2 AHVG, Art. 50 IVG, Art. 50 Abs. 3 UVG, Art. 94 Abs. 2 AVIG). Übereinstimmend werde dieses Recht jeweils nur der Verwaltung eingeräumt; die gesetzlichen Formulierungen würden ein Verrechnungsrecht der versicherten Person ausschliessen. Der Grund für diese übereinstimmenden Regelungen läge darin, dass nur die Verwaltung befugt sei, Verfügungen zu erlassen, d.h. einseitig und hoheitlich über Rechte und Pflichten der Versicherten zu befinden (Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG]). Hieraus ergäbe sich die einseitige Zuerkennung des Verrechnungsrechtes an die Verwaltung. Das habe insbesondere auch für die Krankenversicherung zu gelten. Würde man in diesem Bereich das Verrechnungsrecht auch der versicherten Person zugestehen, so hätte es diese in der Hand, zunächst von sich aus zu bestimmen, welche Kassenleistungen sie für richtig halte, und damit die Krankenkasse zu veranlassen, eine Beitragsverfügung zu erlassen, bei der die Beiträge an sich gar nicht streitig seien, sondern eben die Leistungen. Zudem liege es im Interesse der Vereinheitlichung des Sozialversicherungsrechts, auch in der Krankenversicherung das Recht zur Verrechnung einseitig nur den – öffentlichen und privaten – Krankenkassen einzuräumen. Mit Bezug auf das seit 1. Januar 1996 geltende KVG bestätigte das Bundesgericht seine Rechtsprechung mit Urteil L. vom 22. Juli 2005 (K 114/03, E. 6 bis E. 8).

6.3 Das Kantonsgericht hielt bereits mit Urteil vom 2. Mai 2005 fest, dass die vom Bundesgericht entwickelte Rechtsprechung auch unter dem neuen KVG Geltung beanspruchen könne (vgl. Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KGE SV] i.S. K. vom 2. Mai 2005 [730 04 168/88] E. 4 und 5, bestätigt in KGE SV, i.S. Z. vom 31. Januar 2006 [730 05 183/23,24] E. 5 d/bb). Auch nach der in der Literatur überwiegenden Meinung kann das in der Bundesgerichtspraxis entwickelte Verrechnungsverbot von obligatorischen Krankenkassenbeiträgen auch unter dem neuen KVG Anwendung finden (vgl. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Koller/Müller/Rhinow/Zimmerli, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Basel/Genf/München 1998, S. 114 N 225 und UELI KIESER, Tafeln zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 3. Aufl., Zürich 2003, Tafel 42, S. 65).

6.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer im vorliegenden Fall unter Fortführung der vom Bundesgericht entwickelten Praxis und in Bestätigung der bisherigen Praxis des Kantonsgerichts grundsätzlich nicht zur Verrechnung berechtigt ist. Die Krankenversicherung hat nach wie vor Anspruch auf den vom Beschwerdeführer zurückbehaltenen Restbetrag der Rechnung Kostenbeteiligung im 2016 Nr. 360624733 vom 16. Januar 2017 in Höhe von Fr. 161.45.

7.1 Fraglich ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Aufklärungs- und Beratungspflicht verletzt hat, indem sie dem Beschwerdeführer nicht angezeigt hat, dass die eigenmächtige Verrechnung nicht zulässig ist und von ihr nicht akzeptiert werde. Dies hätte zur Folge, dass die Betreuung zu Unrecht ergangen ist, sie folglich den Rechtsvorschlag nicht hätte aufheben dürfen und sie für die zusätzlich verursachten Kosten einzustehen hat.

7.2 Eine Berufung auf den Vertrauensschutz ist auch bei unterlassener Auskunftserteilung möglich, sofern eine bestimmte gesetzlich oder nach den besonderen Umständen des Einzelfalls gebotene Auskunft im konkreten Anwendungsfall unterblieben ist (vgl. BGE 124 V 215 E. 2b/aa). Das Sozialversicherungsrecht sieht seit dem In-Kraft-Treten des ATSG und somit seit dem 1. Januar 2003 vor, dass gemäss Art. 27 Abs. 1 ATSG die Versicherungsträger und Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen verpflichtet sind, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereichs die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären. Art 27 Abs. 2 ATSG erfasst die im konkreten Einzelfall und bezogen auf eine einzelne Person erfolgende Information. Danach hat jede Person Anspruch auf grundsätzlich unentgeltliche Beratung über ihre Rechte und Pflichten. Damit soll sichergestellt werden, dass die versicherte Person eine begründete Entscheidung treffen und im konkreten Einzelfall ihre Rechte wirksam wahrnehmen kann.

7.3 Zuständig sind die Versicherungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind. Dabei ist die zu beratende Person über die massgebenden Umstände rechtlicher oder tatsächlicher Art, die zu einer zutreffenden Wahrnehmung der Rechte und Pflichten führen, zu informieren. Gegebenenfalls ist eine Empfehlung zum weiteren Vorgehen abzugeben. Die in Art. 27 Abs. 2 ATSG statuierte Beratungspflicht bedeutet, dass der Versicherungsträger sich nicht (wie vor dem In-Kraft-Treten des ATSG) darauf berufen kann, der Betroffene hätte sich bei entsprechender Gesetzeskenntnis zutreffend verhalten können (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2015, Art. 27, Rz. 30).

7.4 Die Beratung wird grundsätzlich auf entsprechendes Begehren hin erfolgen. Damit ist in Übereinstimmung mit der bisherigen Rechtsprechung zum Vertrauensschutz sogleich aber vorauszusetzen (vgl. BGE 116 V 298 E. 3a), dass die Beratung durch die Verwaltung eine entsprechende Mitwirkung des Betroffenen verlangt. Daraus resultiert, dass die erteilte Antwort nur in Bezug auf den jeweilig umschriebenen Sachverhalt, wie er der Behörde durch den Betroffenen im Detail zur Auskunft unterbreitet wird, verbindlich ist. Der aufgrund von Art. 27 Abs. 2 ATSG statuierte Paradigmenwechsel, wonach der Betroffene bei entsprechender Beratung durch den Versicherungsträger die eigene Rechtsunkenntnis nicht gegen sich gelten lassen muss (vgl. KIESER, a.a.O., Art. 27, Rz. 30), kommt mit anderen Worten nur insoweit zur Anwendung, als dem Versicherungsträger alle sachrelevanten Tatsachen nachweisbar mitgeteilt worden sind, wobei der Versicherungsträger, wenn er einen entsprechenden Beratungsbedarf feststellt, auch von sich aus zu beraten hat (in diesem Sinne auch KIESER, a.a.O., Art. 27, Rz. 28). Auch wenn eine unvollständige Auskunft einer falsch erteilten Auskunft gleich kommen kann, ist im Grundsatz der Sachverhalt massgebend, wie er der Behörde zur Kenntnis gebracht wird (Urteile des Kantonsgerichts [KGE SV] vom 3. November 2004 [2004/106] E. 5a; vom 9. Februar 2005 [715 04 184] E. 5b; vom 16. November 2005 [715 05 65/715 05 66] E. 8c; vom 7. April 2006 [715 05 325] E. 5.4).

7.5 Das Bundesgericht hat in einem wegleitenden Entscheid Art. 27 Abs. 2 ATSG dahingehend konkretisiert, dass die betreffende Person durch Aufklärung und Beratung in die Lage zu versetzen sei, sich so zu verhalten, dass eine den gesetzgeberischen Zielen des betreffenden Erlasses entsprechende Rechtsfolge eintrete. Dabei sei die zu beratende Person über die

für die Wahrnehmung der Rechte und Pflichten massgebenden Umstände rechtlicher oder tatsächlicher Art zu informieren, wobei gegebenenfalls ein Rat bzw. eine Empfehlung für das weitere Vorgehen abzugeben sei (Urteil des EVG vom 14. September 2005 [C 192/04] E. 4.3). Aufgrund des Wortlautes ("Jede Person hat Anspruch auf [...] Beratung über ihre Rechte und Pflichten.") sowie des Sinnes und Zwecks der Norm (Ermöglichung eines Verhaltens, welches zum Eintritt einer den gesetzgeberischen Zielen des betreffenden Erlasses entsprechenden Rechtsfolge führt) stehe fest, dass es auf jeden Fall zum Kern der Beratungspflicht gehöre, die versicherte Person darauf aufmerksam zu machen, dass ihr Verhalten eine der Voraussetzungen des Leistungsanspruches wie zum Beispiel die Anspruchsvoraussetzung der Vermittlungsfähigkeit gefährden könne (Urteil des EVG vom 14. September 2005 [C 192/04] E. 4.3). Unterbleibe eine Auskunft entgegen gesetzlicher Vorschrift oder obwohl sie nach den im Einzelfall gegebenen Umständen geboten sei, würde dies der Erteilung einer unrichtigen Auskunft gleichgestellt (Urteil des EVG vom 14. September 2005 [C 192/04] E. 5). Abgeleitet aus dem Grundsatz von Treu und Glauben, welcher den Bürger in seinem berechtigten Vertrauen auf behördliches Verhalten schütze, könnten falsche Auskünfte von Verwaltungsbehörden unter bestimmten Voraussetzungen eine vom materiellen Recht abweichende Behandlung des Rechtsuchenden gebieten. Gemäss Rechtsprechung und Doktrin sei dies der Fall, 1. wenn die Behörde in einer konkreten Situation mit Bezug auf bestimmte Personen gehandelt hat; 2. wenn sie für die Erteilung der betreffenden Auskunft zuständig war oder wenn die rechtsuchende Person die Behörde aus zureichenden Gründen als zuständig betrachten durfte; 3. wenn die Person die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne weiteres erkennen konnte; 4. wenn sie im Vertrauen auf die Richtigkeit der Auskunft Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können, und 5. wenn die gesetzliche Ordnung seit der Auskunftserteilung keine Änderung erfahren hat (Urteil des EVG vom 14. September 2005 [C 192/04] E. 5).

8.1 Wann der Versicherungsträger zu informieren und er allenfalls für unterlassene Informationen einzustehen hat, ist jeweils im konkreten Einzelfall zu bestimmen. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 5. April 2017 der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, dass seine Ehefrau und er es sich nun – nachdem sie seit zwei Monaten auf eine Leistungsrückerstattung bzw. korrigierte Leistungsabrechnung warten würden – erlauben würden, den ihnen zustehenden Betrag mit der geschuldeten Kostenbeteiligung zu verrechnen und der Beschwerdegegnerin nur noch den Restbetrag zu überweisen. Am 7. April 2017 ging der Restbetrag in der Höhe von 86.50 bei der Beschwerdegegnerin ein. Daraufhin wäre es die Pflicht der Beschwerdegegnerin gewesen, den Versicherten auf die Rechtslage aufmerksam zu machen und ihm mitzuteilen, dass das von ihm angenommene Verrechnungsrecht nicht besteht. Stattdessen ging die Beschwerdegegnerin mit keinem Wort auf die Verrechnung ein, sondern teilte mit Schreiben vom 19. April 2017 dem Versicherten lediglich mit, dass sie sein Schreiben vom 5. April 2017 (bzgl. der Verrechnungsankündigung) erhalten habe. Aufgrund des Unterbleibens der Information betreffend Verrechnungsverbot seitens der Versicherung nahm der Versicherte an, dass seine Verrechnung akzeptiert wurde. In der Folge traf er Dispositionen (Verweigerung der Zahlung des Restbetrages), die nicht ohne Nachteil (Mehrkosten durch Betreibung und Mahngebühren) rückgängig gemacht werden können.

Laut Darstellung der Beschwerdegegnerin habe der Versicherte am 26. April 2017 eine korrigierte Abrechnung Nr. 370460230 erhalten. Die Kontoüberweisung des Betrages fand am nachfolgenden Tag statt. Der Beschwerdeführer bestreitet die Leistungsabrechnung vom 26. April 2017 erhalten zu haben, er habe erstmals zusammen mit dem Einspracheentscheid der Krankenversicherung vom 19. September 2017 Kenntnis davon erhalten. Auf dem Kontoauszug des Beschwerdeführers erschien der Betrag von Fr. 145.30 (Fr. 161.45 minus 10 % Selbstbehalt). Folglich war der überwiesene Betrag nicht deckungsgleich mit dem strittigen Betrag von Fr. 161.45 und dementsprechend – ohne den entsprechenden Abrechnungsbeleg – nicht einfach nachvollziehbar. Daher ist es nicht erstaunlich, dass der Beschwerdeführer nach wie vor davon ausgegangen ist, dass die Verrechnung akzeptiert wurde.

8.2 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Krankenversicherung nach Art. 27 Abs. 2 ATSG dazu verpflichtet gewesen wäre, den Versicherten über das bestehende Verrechnungsverbot aufzuklären. Demzufolge hätte sie dem Versicherten vor Einleitung der Betreuung und nach erfolgter Rückzahlung der Fr. 145.30 nochmals eine Zahlungsaufforderung zustellen müssen und ihn explizit auf das Verrechnungsverbot aufmerksam machen müssen. Das sofortige Einleiten der Betreuung war nicht gerechtfertigt. Es darf davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer die Restschuld getilgt hätte, sofern er über das Verrechnungsverbot informiert worden wäre. Es hätten den Parteien viele Aufwendungen wie auch Mehrkosten erspart bleiben können. Aus dem Gesagten folgt, dass der Beschwerdeführer zu Unrecht betrieben wurde und der Einspracheentscheid vom 19. September 2017 bezüglich der Bestätigung der Beseitigung des Rechtsvorschlages aufzuheben ist. Zu schützen ist die Forderung in der Höhe von Fr. 161.45 zuzüglich Fr. 10.00 Mahnungskosten, welche vor der Verrechnungserklärung entstanden sind. Für die entstandenen Mehrkosten hat die Krankenversicherung (Fr. 30.00 Mahnkosten, Fr. 60.00 Dossiereröffnungskosten) selber einzustehen. Die Beschwerde ist in diesem Sinne teilweise gutzuheissen.

9. 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] i.S. S. vom 9. April 2003 [735 02 504] E. 6). Vorliegend sind der Beschwerdegegnerin durch die Ausstellung des Zahlungsbefehls Nr. 21732430 vom 12. Juni 2017 Betreuungskosten in der Höhe von Fr. 33.30 angefallen. Ebenfalls stellen diese Kosten Mehrkosten dar, welche hätten vermieden werden können und daher von der Krankenversicherung selber zu tragen sind.

10. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenlos, so dass keine Verfahrenskosten zu erheben sind. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.



Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen teilweise gutgeheissen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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