

## **BL\_GERICHTE 730 17 429/160 vom 22. Juni 2018**

BL Gerichte, 2018-06-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_730\\_17\\_429\\_160](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_17_429_160)

FR: BL\_GERICHTE 730 17 429/160 du 22 juin 2018

IT: BL\_GERICHTE 730 17 429/160 del 22 giugno 2018

### **Regeste**

Kündigung/Prämien

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Rechtsvorschlag von C.\_\_\_\_ gegen den Zahlungsbefehl Nr. X.\_\_\_\_ für den Betrag von Fr. 2'195.- (für ausstehende Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 1. Januar 2017 bis 30. Juni 2017) wie auch den Rechtsvorschlag von B.\_\_\_\_ gegen den Zahlungsbefehl Nr. Y.\_\_\_\_ für den Betrag von Fr. 2'034.- (ebenfalls für ausstehende Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 1. Januar 2017 bis 30. Juni 2017) aufgehoben hat bzw. die gegen die betreffenden Verfügungen erhobenen Einsprachen abgewiesen hat.

#### **E. 3.1**

Vorweg machen die Beschwerdeführenden geltend, sie hätten ihren Vertrag bei der Beschwerdegegnerin per 31. Dezember 2016 gekündigt und bei der Arcosana eine neue Krankenversicherung abgeschlossen. Seit der bezüglich der Krankenkassenprämien vorgenommenen Familientrennung vom 1. April 2016 bzw. 1. August 2016 hätten sie ihre Prämienrechnungen bis zum 31. Dezember 2016 vollständig bezahlt. Bis zu ihrer Volljährigkeit seien ihre Eltern Prämienschuldner, weshalb sie keine Prämienausstände gehabt hätten. Die Beschwerdegegnerin habe daher ihre Kündigungen zu Unrecht nicht akzeptiert. Damit bestreiten die Beschwerdeführenden den Bestand der Forderungen (Prämien für die Monate Januar bis Juni 2017). Die Beschwerdegegnerin bringt diesbezüglich vor, Kinder würden auch vor ihrer Volljährigkeit für ihre Krankenkassenprämien haften. Es seien Ausstände durch derzeit 23 Verlustscheine über insgesamt rund Fr. 55'000.- dokumentiert. Demzufolge habe der Versicherungswechsel nicht akzeptiert werden können und die Krankenversicherungsverträge zwischen den Parteien seien weitergelaufen, weshalb die Prämien über den 31. Dezember 2016 hinaus geschuldet seien.

#### **E. 3.2**

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. Der Versicherer kann seine Prämien nach den ausgewiesenen

Kostenunterschieden kantonale und regional abstufen. Massgebend ist jeweils der Wohnort der versicherten Person (Art. 61 Abs. 2 KVG).

### **E. 3.3**

Gemäss Art. 7 Abs. 1 KVG kann die versicherte Person unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln. In Abweichung von Art. 7 KVG kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, solange sie die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinse und Betriebskosten nicht vollständig bezahlt hat (Art. 64a Abs. 6 KVG). Säumig im Sinne von Art. 64a Abs. 6 des Gesetzes ist die versicherte Person ab Zustellung der Mahnung nach Art. 105b Abs. 1 (Art. 105l Abs. 1 KVV). Kündigt eine säumige versicherte Person ihr Versicherungsverhältnis, so muss der Versicherer sie informieren, dass die Kündigung keine Wirkung entfaltet, wenn die bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse sowie die bis zu diesem Zeitpunkt aufgelaufenen Betriebskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind (Art. 105l Abs. 2 KVV). Sind die ausstehenden Beträge nach Abs. 2 beim Versicherer nicht rechtzeitig eingetroffen, so muss dieser die betroffene Person informieren, dass sie weiterhin bei ihm versichert ist und frühestens auf den nächstmöglichen Termin nach Art. 7 Abs. 1 und 2 des Gesetzes den Versicherer wechseln kann. Der Versicherer muss zudem den neuen Versicherer innerhalb von 60 Tagen darüber informieren, dass die versicherte Person weiterhin bei ihm versichert ist (Art. 105l Abs. 3 KVV).

### **E. 4**

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 (BGE 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen; vgl. dazu auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 61 Rz. 60 und Art. 43 Rz. 9 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. Gygi, a.a.O., S. 208). 5.1 Die Eltern schliessen die Krankenversicherung für ihre Kinder als deren gesetzliche Vertreter (Art. 304 ZGB) ab und begründen damit eine selbständige Prämienzahlungsschuld der Kinder. Die Eltern schulden den unmündigen Kindern die Prämienzahlung als familienrechtlichen Unterhalt (Art. 276 Abs. 1 ZGB i.V.m. Art. 277 Abs. 1 ZGB), womit aber nicht auch bestimmt wird, wer gegenüber dem Krankenversicherer Prämienschuldner ist (RKUV 2000 KV 129 232; Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2008, 9C\_660/2007, E. 3.3). Prämienschuldner sind neben dem unmündigen Kind die Eltern, weil die Pflichtversicherungsprämien für die unmündigen Kinder zu den laufenden Bedürfnissen der Familie im Sinne von Art. 166 ZGB gehören (BGE 125 V 435 E. 3b). Die - solidarische - Haftung der Eltern wird auf die Prämien begrenzt, die bis zum Erreichen der Volljährigkeit anfallen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit dem 1. Januar 2007: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 28. Februar 2002, K 132/01, E. 3b/b). Die Haftung der Eltern befreit andererseits die Kinder nicht von ihrer persönlichen Haftung für die Prämien, die für die Zeit vor dem Eintritt der Volljährigkeit zu bezahlen waren; die Versicherer

können sie demzufolge für ausstehende Prämien aus der Zeit vor dem vollendeten 18. Altersjahr belangen (Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2008, 9C\_660/2007, E. 3.2; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [Hrsg.], 3. Auflage, Basel 2016, Rz. 1314 f.). 5.2 Vorliegend ergibt sich, dass die Haftung der Eltern die Beschwerdeführenden nicht von ihrer persönlichen Haftung für die Prämien, die für die Zeit vor dem Eintritt ihrer Volljährigkeit zu bezahlen waren, befreit. Weiter ergibt sich zudem, dass die Beschwerdeführenden für die Prämien schuld nach Eintritt ihrer Volljährigkeit - die Beschwerdeführerin ist seit 21. August 2012, der Beschwerdeführer seit 31. August 2013 volljährig - jedenfalls selbst für ihre Versicherungsprämien haften. Daran ändert auch nichts, dass die Eltern der Beschwerdeführenden über deren Volljährigkeit hinaus die Prämien für ihre Kinder entrichtet haben. 5.3 In den Akten befinden sich diverse Verlustscheine gegenüber der Mutter der Beschwerdeführenden in der Gesamthöhe von rund Fr. 55'000.-. Wie sich aus den Zusammenstellungen der Sanitas vom 13. Februar 2018 bzw. 14. Februar 2018 ergibt, steht der Sanitas per 31. März 2016 ein Saldo von Fr. 13'756.20 aus der Krankenversicherung für C.\_\_\_\_ zu, aus der Krankenversicherung für B.\_\_\_\_ per 31. Juli 2016 ein Betrag in der Höhe von Fr. 4'971.90. Damit steht fest, dass beide Beschwerdeführenden im Zeitpunkt ihrer Kündigungen noch Prämienausstände bei der Beschwerdegegnerin hatten. Diese Beträge wurden bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt. Demzufolge hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die Kündigungen nicht akzeptiert und den Beschwerdeführern mit Schreiben vom 16. Januar 2017 mitgeteilt, dass sie weiterhin bei ihr versichert seien. Nachdem die Beschwerdeführenden mit Schreiben vom 1. Februar 2017 bei der Beschwerdegegnerin gegen diese Mitteilung opponiert hatten, legte diese den Beschwerdeführenden dar, dass die Kinder selbst für ihre Krankenkassenprämien haften. Dagegen haben die Beschwerdeführenden keine Schritte unternommen und damit die Weiterversicherung bei der Beschwerdegegnerin akzeptiert. Erst im Rahmen des vorliegenden Verfahrens haben die Beschwerdeführenden nun wieder geltend gemacht, dass ihre Kündigung zu Unrecht nicht akzeptiert worden sei. Gestützt auf diese Ausführungen ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht den Versicherungswechsel abgelehnt hat, da objektiv gegenüber beiden Beschwerdeführenden Prämienausstände vorlagen, welche bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig beglichen wurden. Damit sind die Krankenkassenprämien ab 1. Januar 2017 grundsätzlich weiterhin geschuldet.

## **E. 6**

Im Zusammenhang mit der Mitwirkungspflicht (vgl. oben Ziff. 4) des mit der Prämienforderung belasteten Versicherten hat dieser substantiiert darzulegen, weshalb der von der Krankenkasse ermittelte Forderungsbetrag unzutreffend sei (vgl. ZAK 1991 S. 126 E. II/1b). Die erhobenen Einwände müssen überprüfbar sein (vgl. Urteil des EVG vom 29. September 2004, H 21/04, E. 4.3). Hat die Krankenkasse den eingeklagten Forderungsbetrag zeitlich und masslich spezifiziert, genügt mit Blick auf das Verhältnis zwischen Untersuchungsgrundsatz und Mitwirkungspflicht ein blosser Verweis des Versicherten in der Beschwerdebeurteilung auf eine eigene Aufstellung der von ihm getätigten Zahlungen den gestellten Anforderungen nur dann, wenn der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht durch erläuternde Bezugnahme auf die Kontoübersicht und andere von der Krankenkasse eingereichte Akten darzutun in der Lage ist, wie und gestützt worauf er einen abweichenden Forderungsbetrag ermittelt hat. Zur Substantiierungspflicht gehört in diesem Zusammenhang schliesslich aufzuzeigen, dass die

Krankenversicherung den Sachverhalt unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt habe (vgl. KGE SV vom 10. März 2008, 730 06 138/86, E. 4.2 und vom 8. Februar 2008, 730 07 422/57, E. 4.2).

## **E. 7**

Nachdem feststeht, dass der Versicherungsvertrag zwischen den Beschwerdeführenden und der Beschwerdegegnerin über den 31. Dezember 2016 Bestand hatte, ist nun zu prüfen, ob die Rechtsvorschläge in den Betreibungen Nr. X.\_\_\_\_ (Prämien von C.\_\_\_\_ für die Monate Januar bis Juni 2017)) und Nr. Y.\_\_\_\_ (Prämien von B.\_\_\_\_ für die Monate Januar bis Mai 2017) von der Beschwerdegegnerin zu Recht beseitigt wurden.

### **E. 7.1**

Aus den von der Beschwerdegegnerin eingereichten Akten ergibt sich, dass sowohl C.\_\_\_\_ als auch B.\_\_\_\_ im Jahr 2017 bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch krankenpflegeversichert waren (vgl. Versicherungspolice 2017, Beilagen 32 und 52 zur Beschwerdeantwort). Weiter geht aus den Akten hervor, dass C.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin die Prämien im Betrag von Fr. 1'891.50 für die Monate Januar bis Juni 2017 sowie B.\_\_\_\_ die Prämien für die Monate Januar bis Mai 2017 im Betrag von insgesamt Fr. 1'753.75 schuldete.

### **E. 7.2**

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 in der seit 1. Januar 2012 geltenden Fassung). 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, in der ab Januar 2012 geltenden Fassung). Bezahlt die versicherte Person ihre fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen innerhalb der angesetzten Frist nicht, so muss der Krankenversicherer von Gesetzes wegen die Betreibung anheben (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 (vgl. dazu Eugster, a.a.O., Rz. 1324).

### **E. 7.3**

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.

#### **E. 7.4**

Gestützt auf die schlüssige Aktenlage ist davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin gegenüber C.\_\_\_\_ zu Recht eine Forderung im Betrag von insgesamt Fr. 1'891.50.- und gegenüber B.\_\_\_\_ zu Recht eine Forderung im Betrag von Fr. 1'753.75 für Prämienausstände geltend macht.

#### **E. 8**

Wenn die versicherte Person Aufwendungen verschuldet, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, kann der Krankenversicherer gemäss Art. 105b Abs. 2 KVV angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der versicherten Personen eine entsprechende Regelung vorsieht. Die Beschwerdegegnerin macht in diesem Zusammenhang im Verfahren betreffend C.\_\_\_\_ Mahnkosten im Umfang von Fr. 90.- und Inkassogebühren von Fr. 90.- geltend. Gemäss Ziff. 20 Abs. 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für Versicherungen nach KVG (Ausgabe 2009) ist sie berechtigt, bei nicht fristgerechter Bezahlung der Prämien angemessene Gebühren für Mahnungen und Beteiligungen zu Lasten der versicherten Person zu erheben (Mahnespesen und Inkassogebühren). Die von der Beschwerdegegnerin unter diesem Titel vorliegend geltend gemachten Kosten im Umfang von insgesamt Fr. 180.- hätten bei fristgerechter Bezahlung der strittigen und wiederholt gemahnten Ausstände ohne Weiteres vermieden werden können. Die von der Beschwerdegegnerin geltend gemachte Entschädigung erweist sich demnach als rechtmässig und ist im Übrigen auch hinsichtlich ihrer Höhe als angemessen zu bezeichnen. Im Verfahren betreffend B.\_\_\_\_ macht die Beschwerdegegnerin Mahnkosten im Umfang von Fr. 60.- und Inkassogebühren von Fr. 90.- geltend; auch diese von der Beschwerdegegnerin geltend gemachte Entschädigung erweist sich als rechtmässig und in ihrer Höhe als angemessen. Diese Kosten sind demnach ebenfalls von den Beschwerdeführenden zu tragen. 9.1 Art. 26 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 hat eine auch auf dem Gebiet der Krankenversicherung anwendbare gesetzliche Grundlage für die Erhebung von Verzugszinsen auf ausstehende Prämienforderungen geschaffen. Der Satz für den Verzugszins auf fälligen Prämien beträgt nach Art. 26 Abs. 1 ATSG fünf Prozent im Jahr (Art. 105a KVV). Zu prüfen bleibt, ab wann vorliegend Verzugszinsen geschuldet sind. Nach Art. 102 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR) vom 30. März 1911 wird der Schuldner bei einer fälligen Verbindlichkeit erst durch die Mahnung des Gläubigers in Verzug gesetzt. Entsprechend gilt die versicherte Person ab Zustellung der Mahnung des Krankenversicherers als säumig (Art. 1051 Abs. 2 KVV). 9.2 Soweit die Beschwerdegegnerin die Verzugszinsen integral ab dem 16. April 2017 (im Verfahren C.\_\_\_\_) bzw. ab 7. April 2017 (im Verfahren B.\_\_\_\_) auf die gesamthaft strittigen Prämienausstände geltend gemacht hat, scheint sie übersehen zu haben, dass die Verzugszinsen erst ab Zeitpunkt der Mahnung der einzelnen Prämienbetreffnisse geschuldet sind. Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin C.\_\_\_\_ aktenkundig erstmals mit Mahnungen vom 15. Juni 2017 für die ausstehenden Restprämien der Monate Januar bis April 2017 im Betrag von Fr. 1'261.- (Beilage 40 der Beschwerdeantwort) und für die

Prämie für Mai 2017 im Betrag von Fr. 315.25 (Beilage 41 der Beschwerdeantwort) in Verzug gesetzt. Zudem hat sie mit Mahnung vom 12. August 2017 die Prämie für Juni 2017 im Betrag von Fr. 315.25 (Beilage 42 der Beschwerdeantwort) in Verzug gesetzt. Für die entsprechenden Ausstände ist ein Verzugszins demnach erst ab dem sie betreffenden Datum der Mahnung geschuldet, und nicht, wie von der Beschwerdegegnerin geltend gemacht, auf den ganzen Betrag ab 16. April 2017. Dies bedeutet, dass die Beschwerdeführerin auf den ausstehenden Betrag von Fr. 1'261.- (Prämienausstand Januar bis April 2017) ab 15. Juni 2017 5% Verzugszinsen zu leisten hat. Auf der ausstehenden Prämie für den Monat Mai 2017 im Betrag von Fr. 315.25 hat die Beschwerdeführerin ab dem 13. Juli 2017 und auf der ausstehenden Prämie für Juni 2017 im Betrag von Fr. 315.25 ab dem 12. August 2017 jeweils 5% Verzugszinsen zu leisten. 9.3 Bezüglich B.\_\_\_\_ ergibt sich folgende Situation: Die Beschwerdegegnerin hat B.\_\_\_\_ aktenkundig erstmals mit Mahnungen vom 15. Juni 2017 für die ausstehenden Restprämien der Monate Januar bis April 2017 im Betrag von Fr. 1'403.- (Beilage 57 der Beschwerdeantwort) und für die Prämie für Mai 2017 im Betrag von Fr. 350.75 (Beilage 58 der Beschwerdeantwort) am 13. Juli 2017 in Verzug gesetzt. Für die entsprechenden Ausstände ist ein Verzugszins demnach erst ab dem sie betreffenden Datum der Mahnung geschuldet, und nicht, wie von der Beschwerdegegnerin geltend gemacht, auf den ganzen Betrag ab 16. April 2017. Dies bedeutet, dass der Beschwerdeführer auf den ausstehenden Betrag von Fr. 1'403.- (Prämienausstand Januar bis April 2017) ab 15. Juni 2016 5% Verzugszinsen zu leisten hat. Auf der ausstehenden Prämie für den Monat Mai 2017 im Betrag von Fr. 350.75 hat der Beschwerdeführer ab dem 13. Juli 2017 5% Verzugszinsen zu leisten.

#### **E. 10**

Was schliesslich die Betreuungskosten betrifft, so bilden diese selber nicht Gegenstand des Rechtsöffnungsentscheides. Der Rechtsöffnungsrichter verfügt jedoch im Urteilsdispositiv über deren Zusprechung ( André Panchaud/Marcel Caprez , Die Rechtsöffnung, Zürich 1980, § 164; Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KG SV] vom 9. April 2003 [735 02 504] E. 6). 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). C.\_\_\_\_ ist Schuldnerin im Betreibungsverfahren Nr. X.\_\_\_\_, weshalb auch die Kosten des Zahlungsbefehls von Fr. 73.30 (vgl. Zahlungsbefehl vom 2. November 2017, Beilage 47 der Beschwerdeantwort) von ihr zu übernehmen sind. Im Betreibungsverfahren Nr. Y.\_\_\_\_ betreffend B.\_\_\_\_ hat dieser die Kosten des Zahlungsbefehls von Fr. 73.30 (vgl. Zahlungsbefehl vom 3. November 2017) zu übernehmen.

#### **E. 11**

Zusammenfassend ergibt sich aus dem Gesagten, dass die Beschwerdeführenden - solange sie ihre Prämienausstände nicht bezahlen - bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch krankenversichert sind und die monatlichen Prämien zu leisten haben. Ausserdem sind die Rechtsvorschläge im genannten Umfang zu beseitigen. Die Beschwerde vom 22. Dezember 2017 ist daher diesbezüglich abzuweisen.

#### **E. 12**

Die Beschwerdeführenden machen des Weiteren geltend, die Beschwerdegegnerin habe die Differenz zwischen den Prämien aus dem Versicherungsvertrag mit der Beschwerdegegnerin und den tieferen Prämien aus dem - nicht zustande gekommenen -

Versicherungsvertrag mit der Arcosana zu erstatten. Sinngemäss machen die Beschwerdeführenden damit geltend, die Beschwerdegegnerin habe ihnen den durch die Verweigerung des Versicherungsvertrags entstandenen Schaden zu ersetzen.

### **E. 12.1**

Zu prüfen ist demzufolge, ob die Beschwerdegegnerin es den Beschwerdeführenden mit ihrem Verhalten verunmöglicht hat, auf 2017 einen Wechsel des Krankenversicherers vorzunehmen, und sie deshalb eine Schadenersatzpflicht nach Art. 7 Abs. 6 KVG trifft (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 10. November 2017, 9C\_367/2017, E. 5).

#### **E. 12.1.1**

Gemäss Art. 7 Abs. 6 KVG hat der bisherige Versicherer, wenn er den Wechsel des Versicherers verunmöglicht, der versicherten Person den Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämien Differenz. Es handelt sich dabei um eine spezialgesetzliche Schadenersatzpflicht des Krankenversicherers, die dem Bundesgesetz über die Verantwortlichkeit des Bundes sowie seiner Behördenmitglieder und Beamten (VG) vom 14. März 1958 (Urteil des Bundesgerichts vom 10. November 2017, 9C\_367/2017, E. 5.2; Urteil des EVG vom 17. Juli 2003, K 86/01, E. 4.1, nicht vollständig publ. in: BGE 129 V 394, aber in: SVR 2004 KV Nr. 1 S. 1; vgl. ferner BGE 139 V 127 E. 3.2 und E. 5.1) sowie grundsätzlich auch der Haftungsnorm von Art. 78 ATSG vorgeht (Urteil des Bundesgerichts vom 10. November 2017, 9C\_367/2017, E. 5.2.1; Eugster, a.a.O., S. 463 Rz. 194).

#### **E. 12.1.2**

Verunmöglicht der Versicherer den Versichererwechsel, so besteht die vom Gesetz vorgesehene Rechtsfolge somit nicht in der rückwirkenden Anerkennung des Versichererwechsels, sondern in einer Schadenersatzpflicht des bisherigen Versicherers, welche den allgemeinen Grundsätzen des Schadenersatzrechts folgt. Sie setzt demnach ein widerrechtliches Handeln oder Unterlassen, einen Schaden, einen Kausalzusammenhang zwischen der Handlung bzw. Unterlassung einerseits und dem Schaden andererseits sowie - regelmässig - ein Verschulden voraus (vgl. Art. 41 Abs. 1 OR; BGE 130 V 448 E. 3.1 und E. 5.2). Der Versicherer haftet nach Art. 7 Abs. 6 KVG für den Schaden, der die Folge eines Fehlverhaltens seiner Mitarbeiter, einer unzumutbaren Betriebsorganisation oder eines sonstigen in seiner Verantwortung liegenden Mangels bei der Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist. Massgebend für die Bemessung der Ersatzpflicht ist jeder effektive und adäquat kausale Schaden. Der fehlbare Versicherer hat insbesondere die Differenz zu einer tieferen Prämie des neuen Versicherers zu erstatten (Art. 7 Abs. 6 zweiter Teilsatz KVG; BGE 129 V 394 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts vom 10. November 2017, 9C\_367/2017; Eugster, a.a.O., S. 463 Rz. 193). 12.2.1 Gestützt auf die obigen Ausführungen (Ziff. 5.3) ergibt sich, dass Ende 2016 bei beiden Beschwerdeführenden noch unbeglichene Prämienforderungen bestanden haben. 12.2.2 Wie aus den Auflistungen der Beschwerdegegnerin vom 13. bzw. 14. Februar 2018 hervorgeht, betragen die Ausstände von C.\_\_\_\_\_ für Prämien, Leistungen etc. per 31. März 2016 total Fr. 13'756.20 und diejenigen von B.\_\_\_\_\_ per 31. Juli 2016 Fr. 4'971.90.

### **E. 12.3**

Zu beachten gilt es indessen, dass, falls eine säumige versicherte Person ihr Versicherungsverhältnis kündigt, der Versicherer sie informieren muss, dass die Kündigung keine Wirkung entfaltet, wenn die bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen sowie die bis zu diesem

Zeitpunkt aufgelaufenen Betreuungskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind (Art. 105I Abs. 2 KVV). Sind die ausstehenden Beträge beim Versicherer nicht rechtzeitig eingetroffen, so muss dieser die betroffene Person informieren, dass sie weiterhin bei ihm versichert ist und frühestens auf den nächstmöglichen Termin nach Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG den Versicherer wechseln kann (Art. 105I Abs. 3 Satz 1 KVV). Der Versicherer hat die säumige versicherte Person somit, nach erfolgter Kündigung, hinsichtlich der in Art. 64 Abs. 6 KVG verankerten Rechtsfolgen aufzuklären. Dies hat nach Möglichkeit so rechtzeitig zu geschehen, dass die versicherte Person die Chance hat, den betreffenden Ausstand noch vor dem Ablauf der Kündigungstermins zu begleichen (vgl. auch Eugster, a.a.O., S. 457 Rz. 168).

#### **E. 12.3.1**

Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführenden, nachdem diese mit Schreiben vom 18. Oktober 2016 ihre Versicherungsverhältnisse auf Ende 2016 gekündigt hatten, die Kündigungen am 5. November 2016 schriftlich bestätigt. Darin wurde auf die Kündigungsmodalitäten verwiesen, namentlich dass ein Versichererwechsel erst erfolgen könne, wenn sämtliche Ausstände beglichen seien und die Aufnahmebestätigung des neuen Versicherers vorliege. Nicht enthalten sind demgegenüber Angaben zur Frage, ob konkret noch Ausstände vorhanden waren und bejahendenfalls in welcher Höhe. Gestützt darauf sowie die Tatsache, dass die Ausstände im Rahmen der Familienversicherung entstanden waren und jeweils gegenüber der Mutter der Beschwerdeführenden und nicht gegen diese selbst geltend gemacht worden waren, durften die Beschwerdeführenden davon ausgehen, dass sämtliche Ausstände beglichen waren und einem Wechsel des Versicherers, vorbehaltlich der noch beizubringenden Aufnahmebestätigung des neuen Versicherers, nichts mehr im Wege stand. Auf Grund der fehlenden Informationen zu den tatsächlich noch bestehenden Ausständen, auf welche erst mit Schreiben vom 16. Januar 2017 zunächst andeutungsweise bzw. anschliessend mit Schreiben der Beschwerdegegnerin im laufenden Beschwerdeverfahren vom 13. bzw. 14. Februar 2018 hinsichtlich des genauen Betrags zunehmend konkreter hingewiesen wurde, sahen sich die Beschwerdeführenden offenkundig ausserstande, die noch offenen Restanzen rechtzeitig - vor Ablauf des Kündigungstermins auf Ende 2016 - zu begleichen.

#### **E. 12.3.2**

Mit ihrem Verhalten - dem Ausbleiben der ihr mit Blick auf Art. 105I Abs. 2 KVV obliegenden Bezifferung der konkret bestehenden Ausstände im Rahmen der Kündigungsbestätigung - hat es die Beschwerdegegnerin verunmöglicht, dass die Beschwerdeführenden, wie von ihnen gemäss ihren Kündigungsschreiben vom 18. Oktober 2016 angestrebt, den Versicherer per 1. Januar 2017 wechseln konnten. Dieser Verstoß stellt eine Widerrechtlichkeit dar, die grundsätzlich eine Schadenersatzpflicht nach Art. 7 Abs. 6 KVG zu begründen vermag. Zur Überprüfung der übrigen Haftungsvoraussetzungen (E. 12.1.1 hiervor), namentlich der Frage, ob und inwieweit ein Schaden ausgewiesen ist, wofür der Versicherte die Beweislast trägt, wie auch derjenigen nach dem der Beschwerdegegnerin zuzurechnenden Verschulden (vgl. dazu auch EUGSTER, a.a.O., S. 463 Rz. 194), wird die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen.

#### **E. 13**

Die Beschwerdeführenden obsiegen insoweit, als die Sache bezüglich der Beurteilung der Schadenersatzpflicht der Beschwerdegegnerin an die Vorinstanz zurückgewiesen wird (vgl.

BGE 132 V 215 E. 6.1; Urteil des Bundesgerichts vom 10. November 2017, 9C\_367/2017, E. 6.1). Hinsichtlich der der Beschwerdegegnerin von C.\_\_\_\_ geschuldeten Prämien für den Zeitraum von Januar bis Juni 2017 und der der Beschwerdegegnerin von B.\_\_\_\_ geschuldeten Prämien für den Zeitraum von Januar bis Mai 2017 ist demgegenüber von einem Unterliegen auszugehen.

#### **E. 14**

Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in der Regel kostenlos, sodass keine Verfahrenskosten zu erheben sind. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Demgemäss wird erkannt: : ://: 1. Auf die Beschwerde von A.\_\_\_\_ wird nicht eingetreten. 2. Die Beschwerde von C.\_\_\_\_ wird insofern gutgeheissen, als der Einspracheentscheid der Sanitas vom 11. Dezember 2017 teilweise aufgehoben und die Angelegenheit zur Beurteilung der Schadenersatzforderung und zum Erlass einer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen und der Rechtsvorschlag in der Betreibung Nr. X.\_\_\_\_ des Betreibungsamtes Basel-Landschaft vom 2. November 2017 im Umfang von Fr. 1'261.- nebst 5% Zins seit 15. Juni 2017, 5% Zins auf Fr. 315.25 ab 13. Juli 2017 und 5% Zins auf Fr. 315.25 ab 12. August 2017 zuzüglich Mahnkosten von Fr. 90.- und Bearbeitungsgebühren von Fr. 90.- aufgehoben und der Beschwerdegegnerin in diesem Umfang die definitive Rechtsöffnung erteilt. Die Betreibungskosten von Fr. 73.30 werden der Beschwerdeführerin auferlegt. 3. Die Beschwerde von B.\_\_\_\_ wird insofern gutgeheissen, als der Einspracheentscheid der Sanitas vom 11. Dezember 2017 teilweise aufgehoben und die Angelegenheit zur Beurteilung der Schadenersatzforderung und zum Erlass einer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Im Übrigen wird der Rechtsvorschlag in der Betreibung Nr. Y.\_\_\_\_ des Betreibungsamtes Basel-Landschaft vom 3. November 2017 im Umfang von Fr. 1'403.- nebst 5% Zins seit 15. Juni 2017 und 5% Zins auf Fr. 350.75 ab 13. Juli 2017 zuzüglich Mahnkosten von Fr. 60.- und Bearbeitungsgebühren von Fr. 90.- aufgehoben und der Beschwerdegegnerin in diesem Umfang die definitive Rechtsöffnung erteilt. Die Betreibungskosten von Fr. 73.30 werden der Beschwerdeführerin auferlegt. 4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 5. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.