

SO_GERICHTE VSBES.2018.151 vom 24. Januar 2020

SO Obergericht, 2020-01-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.151_d20200124

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.151 du 24 janvier 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.151 del 24 gennaio 2020

Regeste

Krankenversicherung KVG

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1957 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) ist seit dem 1. Februar 1996 bei der B.____G (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert. Nachdem der Beschwerdeführer die Prämien für die Monate Juli bis Oktober 2016 und Januar bis Dezember 2017 sowie die Mahnspesen nicht bezahlt hatte, leitete die Beschwerdegegnerin die Betreuung beim Betreibungsamt [...] ein. Am 23. Juni 2017 erliess sie eine Verfügung, worin der in der Betreuung Nr. [...] erhobene Rechtsvorschlag hinsichtlich der geltend gemachten Prämien für die Monate Juli bis September 2016 und Januar bis März 2017 von insgesamt CHF 2'232.65 (inkl. administrative Spesen und Betreibungskosten) aufgehoben wurde (vgl. Beschwerdeantwortbeilagen [BAB] 4 bis 12). Am 22. September 2017 erliess sie eine weitere Verfügung, worin der in der Betreuung Nr. [...] erhobene Rechtsvorschlag betreffend geltend gemachte Prämien für die Monate Oktober 2016 sowie April bis Juni 2017 von CHF 1'514.25 (inkl. administrative Spesen und Betreibungskosten) aufgehoben wurde (BAB 13 bis 19). Sodann erliess sie am 29. Dezember 2017 eine dritte Verfügung, worin der in der Betreuung Nr. [...] erhobene Rechtsvorschlag hinsichtlich der geltend gemachten Prämien für die Monate Juli bis September 2017 von CHF 1'180.05 (inkl. administrative Spesen und Betreibungskosten) aufgehoben wurde (BAB 20 bis 26). Schliesslich erliess die Beschwerdegegnerin am 23. März 2018 eine vierte Verfügung, worin der in der Betreuung Nr. [...] erhobene Rechtsvorschlag betreffend geltend gemachte Prämien für die Monate Oktober bis Dezember 2017 von CHF 1'180.05 (inkl. administrative Spesen und Betreibungskosten) aufgehoben wurde (BAB 27 bis 33).

1.2 Die dagegen erhobenen Einsprachen wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 15. Mai 2018 ab, soweit sie darauf eintrat. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, der Einsprecher bringe vor, dass er seit dem 1. Januar 2004 bzw. 1. Januar 2002 nicht bei der Beschwerdegegnerin versichert sei; die Betreibungen und Verfügungen seien zu annullieren bzw. aufzuheben. Das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (im Folgenden: Versicherungsgericht) habe u.a. mit rechtskräftigem Urteil vom 18. August 2016 (VSBES.2016.160) bezüglich der Prämienforderungen der Jahre 2014 und 2015 erneut bestätigt, dass die Prämienforderungen nicht zu beanstanden seien, weil der Beschwerdeführer seine Behauptung, nicht mehr bei der Beschwerdegegnerin versichert zu sein, nicht belegen und auch nicht nachweisen könne, dass ihm ein Versicherungswechsel bislang zu Unrecht verwehrt worden sei. In der Vergangenheit seien allfällige Kündigungen entweder gar nicht oder nicht fristgerecht bei

der Beschwerdegegnerin eingegangen oder sie hätten aufgrund von ausstehenden Forderungen bzw. fehlender Weiterversicherungsbestätigung nicht berücksichtigt werden können. Der Beschwerdeführer sei somit auch in den fraglichen Jahren 2016 und 2017 bei der Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert gewesen. Er werde dies auch im Jahr 2018 sein, weshalb er die entsprechenden Prämien zu bezahlen habe. Soweit der Beschwerdeführer verschiedene Entschädigungen fordere, sei darauf nicht einzutreten. Die Prämien für die Monate Juli bis Oktober 2016 sowie Januar bis Dezember 2017, die Kosten für die Zahlungserinnerungen und Mahnungen sowie diejenigen für die Betreibungen seien zu Recht geltend gemacht worden. Die Aufhebung der erhobenen Rechtsvorschlüsse sei zu Recht erfolgt. Folglich habe der Beschwerdeführer die ausstehenden Forderungen im Gesamtbetrag von CHF 6'107.00 zu bezahlen (Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 Mit fristgerechter Beschwerde vom 12. Juni 2018 stellt der Beschwerdeführer folgende Rechtsbegehren (A.S. 12 f.):

2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2018 stellt die Beschwerdegegnerin folgende Rechtsbegehren (A.S. 16 ff.):

3. Mit einer weiteren Eingabe vom 5. Juli 2018 erhebt der Beschwerdeführer «Klage» bzw. Beschwerde (VSBES.2018.173) gegen die Prämienrechnungen für die Monate April bis Juni 2018 («Letzte Mahnung» vom 29. Juni 2018) und macht im Wesentlichen geltend, er sei seit dem 1. Januar 2002 bei der Beschwerdegegnerin nicht mehr krankenpflegeversichert. Seit diesem Zeitpunkt habe er keine Zahlungsverpflichtung mehr. Es seien ihm ungerechtfertigterweise medizinische Behandlungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verweigert worden. Die Beschwerdegegnerin habe wiederholt falsche Rechnungen hinsichtlich der Prämien für die Monate April bis Juni 2018 erstellt. Das Gericht werde ersucht, vorsorgliche Massnahmen zu ergreifen und widerrechtliche Handlungen der Beschwerdegegnerin zu unterbinden. Sodann sei die «Letzte Mahnung» (Prämien April bis Juni 2018) aufzuheben. Wegen widerrechtlicher Handlungen der Beschwerdegegnerin stehe ihm eine Entschädigung von CHF 3'000.00 zu (VSBES.2018.173, A.S. 1 f.).

E. 3

Die Betreibungen Nr.: [...], [...], [...] und [...] seien offiziell zu annullieren und aufzuheben.

E. 4

4.1 Es gilt im Übrigen darauf hinzuweisen, dass das Versicherungsgericht bereits mit rechtskräftigem Urteil vom 14. Februar 2013 (VSBES.2012.260) festgehalten hat, der Beschwerdeführer vermöge die Behauptung, er sei bei der Beschwerdegegnerin nicht mehr versichert und brauche deshalb die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 1. Januar bis 31. März 2012 nicht zu bezahlen, nicht zu belegen. Die Beschwerdegegnerin führe zum Kündigungsschreiben vom 23. September 2003 aus, allfällige Kündigungen des Beschwerdeführers seien, wenn überhaupt, entweder nicht fristgerecht eingegangen oder sie hätten aufgrund von Ausständen nicht berücksichtigt werden können. Im Übrigen vermöge der Beschwerdeführer nicht nachzuweisen, dass ihm ein Versicherungswechsel bislang zu Unrecht verwehrt worden sei. Die geltend gemachten Prämienforderungen seien somit nicht zu beanstanden (E. II. 3.1, S. 3 f.). Im Weiteren

äusserte sich das Gericht mit rechtskräftigem Urteil vom 20. März 2014 (VSBES.2013.160 und VSBES.2013.161) bezüglich nichtbezahlter Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 1. April bis 30. Juni 2012 und vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2012 dahingehend, der Beschwerdeführer vermöge die Behauptung, er sei bei der Beschwerdegegnerin nicht mehr versichert, wie bereits im vorangegangenen Verfahren (VSBES.2012.260) nicht zu belegen. Die Beschwerdegegnerin führe hierzu aus, allfällige Kündigungen des Beschwerdeführers seien, wenn überhaupt, entweder nicht fristgerecht eingegangen oder sie hätten aufgrund von Ausständen nicht berücksichtigt werden können. Im Übrigen vermöge der Beschwerdeführer nicht nachzuweisen, dass ihm ein Versicherungswechsel bislang zu Unrecht verwehrt worden sei. Die geltend gemachten Prämienforderungen seien somit nicht zu beanstanden. Dementsprechend vermöge auch die zeitweise Doppelversicherung im Jahr 2013 nichts zu ändern, dass der Beschwerdeführer ununterbrochen bei der Beschwerdegegnerin versichert gewesen sei. Die Versicherung sei von der C. ___ mittlerweile ohnehin rückwirkend per Versicherungsbeginn (1. April 2013) wieder aufgehoben worden (E. II. 3.1, S. 4 f.).

4.2 Auch mit rechtskräftigem Urteil des Versicherungsgerichts vom 2. Dezember 2014 (VSBES.2014.226) wurde bezüglich der Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2013 und vom 1. Januar bis 31. März 2014 darauf hingewiesen, der Beschwerdeführer vermöge die Behauptung, er sei nicht mehr bei der Beschwerdegegnerin versichert, wie bereits in den vorangegangenen Verfahren VSBES.2012.260 und VSBES.2013.160/161, nicht zu belegen. Er könne nicht nachweisen, dass ihm ein Versicherungswechsel bislang zu Unrecht verwehrt worden sei. Die geltend gemachten Prämienforderungen seien daher nicht zu beanstanden (E. II. 3.1, S. 3). Diese Auffassung vertrat das Versicherungsgericht auch mit rechtskräftigem Urteil vom 10. Februar 2016 (VSBES.2015.90) betreffend nicht bezahlte Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 1. April bis 30. Juni 2014 und vom 1. Juli bis 30. September 2014 (E. II. 3.1, S. 4; vgl. BAB 40) sowie mit rechtskräftigem Urteil vom 18. August 2016 (VSBES.2016.160) betreffend nicht bezahlte Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2014, vom 1. Januar bis 31. März 2015 und vom 1. April bis 30. Juni 2015 (E. II. 3.1, S. 4). Demnach wurde vom Versicherungsgericht bereits mehrmals verbindlich festgestellt, dass der Beschwerdeführer eine Kündigung des fraglichen Versicherungsverhältnisses in den erwähnten Zeiträumen nicht nachweisen könne. Schliesslich bestätigte auch die D. ___ () dem Gericht im Beschwerdeverfahren VSBES.2018.23 betreffend Aufhebung des Rechtsvorschlags in der Betreuung Nr. [...] (Kostenbeteiligungen vom 17. März, 21. April sowie 12. und 19. Mai 2017) mit Schreiben vom 5. März 2018, gemäss ihren Abklärungen sei der Beschwerdeführer seit 1. Februar 1996 ununterbrochen bei der B. ___ für die obligatorische Krankenpflege versichert. Die Versicherung bei der D. ___ sei daher rückwirkend beendet worden (A.S. 9 f.). Nach dem Gesagten ist von einem ununterbrochenen Versicherungsverhältnis des Beschwerdeführers mit der Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 1. Februar 1996 bis 31. Dezember 2018 auszugehen.

E. 4.1

in fine). 6. Zusammenfassend kann somit in der Betreuung Nr. [...] des Betreibungsamtes [...] für den Betrag von CHF 2'159.35 (Prämien von Juli bis September 2016 [CHF 1'002.60] und von Januar bis März 2007 [CH 1'056.75], administrative Spesen

von CHF 100.00) nebst Zins zu 5 % seit dem 1. November 2016 auf dem Betrag von CHF 1'578.95, in der Betreuung Nr. [...] des Betreibungsamtes [...] für den Betrag von CHF 1'440.95 (Prämien für Oktober 2016 [CHF 334.20] und von April bis Juni 2017 [CHF 1'056.75], administrative Spesen von CHF 50.00) nebst Zins zu 5 % seit dem 1. Februar 2017 auf dem Betrag von CHF 1'390.95, in der Betreuung Nr. [...] des Betreibungsamtes [...] für den Betrag von CHF 1'106.75 (Prämien für Juli bis September 2017, administrative Spesen von CHF 50.00) nebst Zins zu 5 % seit dem 1. August 2017 auf dem Betrag von CHF 1'056.75 und in der Betreuung Nr. [...] des Betreibungsamtes [...] für den Betrag von CHF 1'106.75 (Prämien für Oktober bis Dezember 2017, administrative Spesen von CHF 50'00) nebst Zins zu 5 % seit dem 1. November 2017 auf dem Betrag von CHF 1'056.75 die definitive Rechtsöffnung erteilt werden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 5

5.1 Bezahlen Versicherte fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung nicht, hat der Versicherer das Vollstreckungsverfahren einzuleiten. Erhebt der Schuldner Rechtsvorschlag, kann die Krankenkasse nachträglich eine formelle Verfügung erlassen, in welcher auf die hängige Betreuung Bezug genommen wird und mit welcher die Krankenkasse den Rechtsvorschlag ausdrücklich als aufgehoben erklären kann (vgl. hierzu BGE 119 V 329 E. 2b S. 331). Diese Verfügung stellt einen definitiven Rechtsöffnungstitel dar. Erwächst sie in Rechtskraft, kann die Krankenkasse die Betreuung direkt fortsetzen (Urteil des Bundesgerichts 7B.213/2003 vom 20. Oktober 2003 E. 2.1).

5.2 Der Beschwerdeführer bestreitet die Rechtmässigkeit des ausstehenden Prämienbetrags von insgesamt CHF 6'107.00 (inkl. Betreuungskosten), weil er bei der Beschwerdegegnerin nicht mehr versichert sei. Wie erwähnt, vermag er diese Behauptung nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen. Im Übrigen entspricht es der zwingenden gesetzlichen Vorschrift gemäss Art. 64a Abs. 6 KVG, dass die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln kann, solange sie die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinse und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt hat. Der Beschwerdeführer vermag nicht nachzuweisen, dass ihm ein Versicherungswechsel bislang zu Unrecht verwehrt wurde. Die geltend gemachten Prämienforderungen sind somit nicht zu beanstanden.

5.3 Des Weiteren ist es ebenfalls nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin nebst den ausstehenden Prämien Mahnspesen in Rechnung gestellt hat. So ist bei Verzug der Zahlung von Prämien die Erhebung angemessener Mahngebühren und Umtriebsspesen zulässig, sofern die versicherte Person Aufwendungen schuldhaft verursacht hat und der Versicherer in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der versicherten Personen eine entsprechende Regelung vorsieht (Urteil des Bundesgerichts K 40/05 vom 12. Januar 2006 E. 3 mit Hinweis auf BGE 125 V 276). Die geltend gemachten Gläubigerkosten finden ihre Grundlage in Art. 17.1 AVB (BAB 39). Zudem werden die Mahngebühren von 1 x CHF 100.00 (Betreibung Nr. [...]) und 3 x CHF 50.00 (Betreibungen Nr. [...], [...] und [...]) auch hinsichtlich ihrer Höhe durch den vorgenannten Bundesgerichtsentscheid gestützt und sind demnach in der beantragten Höhe in die Rechtsöffnung miteinzubeziehen.

5.4 Hinsichtlich der von der Beschwerdegegnerin überdies geforderten Betreuungskosten (Kosten der Zahlungsbefehle) in Höhe von 4 x CHF 73.30 für sämtliche vier Betreuungsgilt

es zu präzisieren, dass der Ersatz der Betreuungskosten durch den Schuldner bei erfolgreicher Betreuung ohnehin von Gesetzes wegen vorgesehen und die Beschwerdegegnerin daher berechtigt ist, die bevorschussten Betreuungskosten vorab von den Zahlungen des Schuldners zu erheben (Art.68 Abs.2 SchKG).Eine Rechtsöffnung braucht dafür nicht erteilt zu werden (RKUV 2003 Nr. KV 251 S.226 [Urteil B. vom 12.Februar 2003, K79/02, E.4 mit Hinweisen]; E.4.1 des in RKUV 2003 Nr. KV 252 S.227 f. auszugsweise publizierten Urteils I. vom 23.Juni 2003, K99/02; Pra 2004 Nr.176 S.1017 f. E.4.1 [Urteil B. vom 18.Juni 2004, K144/03]; SZS 2001 S.568 E.5 mit Hinweisen [Urteil B. vom 26.September 2001, B61/00]; Urteil I. vom 18.März 2005, K154/04, E.4.1 in fine).

6. Zusammenfassend kann somit in der Betreuung Nr. [...] des Betreibungsamtes [...] für den Betrag von CHF 2'159.35 (Prämien von Juli bis September 2016 [CHF 1'002.60] und von Januar bis März 2007 [CHF 1'056.75], administrative Spesen von CHF 100.00) nebst Zins zu 5 % seit dem 1. November 2016 auf dem Betrag von CHF 1'578.95, in der Betreuung Nr. [...] des Betreibungsamtes [...] für den Betrag von CHF 1'440.95 (Prämien für Oktober 2016 [CHF 334.20] und von April bis Juni 2017 [CHF 1'056.75], administrative Spesen von CHF 50.00) nebst Zins zu 5 % seit dem 1. Februar 2017 auf dem Betrag von CHF 1'390.95, in der Betreuung Nr. [...] des Betreibungsamtes [...] für den Betrag von CHF 1'106.75 (Prämien für Juli bis September 2017, administrative Spesen von CHF 50.00) nebst Zins zu 5 % seit dem 1. August 2017 auf dem Betrag von CHF 1'056.75 und in der Betreuung Nr. [...] des Betreibungsamtes [...] für den Betrag von CHF 1'106.75 (Prämien für Oktober bis Dezember 2017, administrative Spesen von CHF 50.00) nebst Zins zu 5 % seit dem 1. November 2017 auf dem Betrag von CHF 1'056.75 die definitive Rechtsöffnung erteilt werden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 5.3

Des Weiteren ist es ebenfalls nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin nebst den ausstehenden Prämien Mahnspesen in Rechnung gestellt hat. So ist bei Verzug der Zahlung von Prämien die Erhebung angemessener Mahngebühren und Umtriebsspesen zulässig, sofern die versicherte Person Aufwendungen schuldhaft verursacht hat und der Versicherer in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der versicherten Personen eine entsprechende Regelung vorsieht (Urteil des Bundesgerichts K 40/05 vom 12. Januar 2006 E. 3 mit Hinweis auf BGE 125 V 276). Die geltend gemachten Gläubigerkosten finden ihre Grundlage in Art. 17.1 AVB (BAB 39). Zudem werden die Mahngebühren von 1 x CHF 100.00 (Betreibung Nr. [...]) und 3 x CHF 50.00 (Betreibungen Nr. [...], [...] und [...]) auch hinsichtlich ihrer Höhe durch den vorgenannten Bundesgerichtsentscheid gestützt und sind demnach in der beantragten Höhe in die Rechtsöffnung miteinzubeziehen.

E. 5.4

Hinsichtlich der von der Beschwerdegegnerin überdies geforderten Betreuungskosten (Kosten der Zahlungsbefehle) in Höhe von 4 x CHF 73.30 für sämtliche vier Betreibungen gilt es zu präzisieren, dass der Ersatz der Betreuungskosten durch den Schuldner bei erfolgreicher Betreuung ohnehin von Gesetzes wegen vorgesehen und die Beschwerdegegnerin daher berechtigt ist, die bevorschussten Betreuungskosten vorab von den Zahlungen des Schuldners zu erheben (Art. 68 Abs. 2 SchKG). Eine Rechtsöffnung braucht dafür nicht erteilt zu werden (RKUV 2003 Nr. KV 251 S. 226 [Urteil B. vom 12. Februar 2003, K 79/02, E. 4 mit Hinweisen]; E.

E. 6

Wegen der Verweigerung von Krankenversicherung und medizinischen Behandlungen sei die B.____ zu verpflichten, mich mit CHF 10'000.00 pro Monat zu entschädigen. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2018 stellt die Beschwerdegegnerin folgende Rechtsbegehren (A.S. 16 ff.): 1. Die Beschwerde vom 12. Juni 2018 sei vollumfänglich abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. 2. Dem Beschwerdeführer seien eine vom Gericht festzusetzende Spruchgebühr und die Verfahrenskosten im Sinne von Art. 61 Abs. 1 lit. a ATSG aufzuerlegen. 3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beschwerdeführers. 3. Mit einer weiteren Eingabe vom 5. Juli 2018 erhebt der Beschwerdeführer «Klage» bzw. Beschwerde (VSBES.2018.173) gegen die Prämienrechnungen für die Monate April bis Juni 2018 («Letzte Mahnung» vom 29. Juni 2018) und macht im Wesentlichen geltend, er sei seit dem 1. Januar 2002 bei der Beschwerdegegnerin nicht mehr krankenpflegeversichert. Seit diesem Zeitpunkt habe er keine Zahlungsverpflichtung mehr. Es seien ihm ungerechtfertigterweise medizinische Behandlungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verweigert worden. Die Beschwerdegegnerin habe wiederholt falsche Rechnungen hinsichtlich der Prämien für die Monate April bis Juni 2018 erstellt. Das Gericht werde ersucht, vorsorgliche Massnahmen zu ergreifen und widerrechtliche Handlungen der Beschwerdegegnerin zu unterbinden. Sodann sei die «Letzte Mahnung» (Prämien April bis Juni 2018) aufzuheben. Wegen widerrechtlicher Handlungen der Beschwerdegegnerin stehe ihm eine Entschädigung von CHF 3'000.00 zu (VSBES.2018.173, A.S. 1 f.). 4. 4.1 Am 14. September 2018 lädt das Versicherungsgericht die Parteien zu einer Instruktionsverhandlung am 6. November 2018 vor (A.S. 29 f.). Anlässlich dieser Verhandlung schliessen die Parteien eine Vereinbarung ab (Beschluss vom 6. November 2018). Das Verfahren vor Versicherungsgericht wird, wie von den Parteien beantragt, bis zum Abschluss des Verfahrens durch die Ombudsstelle Krankenversicherung (im Folgenden: Ombudsstelle) sistiert (A.S. 33 ff.). 4.2 Mit Eingabe vom 30. April 2019 nimmt die Ombudsstelle zu den an sie gerichteten Fragen Stellung (A.S. 40 ff.). 4.3 Am 10. Mai 2019 hebt das Versicherungsgericht die Sistierung im vorliegenden Verfahren auf und lädt die Parteien zu einer weiteren Instruktionsverhandlung am 25. Juni 2019 vor, mit welcher im Wesentlichen bezweckt wird, das weitere Vorgehen zu besprechen und Vergleichsgespräche zu führen (A.S. 44 f.). 4.4 An der Verhandlung vom 25. Juni 2019 halten die Parteien an ihren Positionen fest, weshalb keine Möglichkeit für einen Vergleichsabschluss besteht (vgl. Protokoll der Verhandlung, A.S. 46 f.). 4.5 Mit Verfügung vom 26. Juni 2019 wird dem Beschwerdeführer Frist gesetzt, dem Versicherungsgericht das Original der Postquittung vom 17. Februar 2003 bezüglich des Kündigungsschreibens vom 13. Februar 2003 einzureichen (A.S. 48). 4.6 Mit Eingabe vom 12. Juli 2019 reicht der Beschwerdeführer dem Gericht verschiedene Unterlagen ein (A.S. 50). 4.7 Am 16. Juli 2019 erscheint der Beschwerdeführer auf dem Versicherungsgericht und legt Obergerichter Kiefer und Gerichtsschreiber Isch die Originale der Postquittungen vom 17. Februar 2003 sowie vom 6. und 20. Juli 2004 zur Ansicht vor. Der Beschwerdeführer weigert sich jedoch, diese Postquittungen dem Versicherungsgericht im Original zu übergeben, weil das Gericht seiner Ansicht nach nicht unabhängig sei (Aktennotiz vom 16. Juli 2019, A.S. 51). 4.8 Mit Verfügung vom 19. Juli 2019 wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer die mit Verfügung vom 26. Juni 2019 verlangte Postquittung nur in Kopie und nicht im Original eingereicht hat (A.S. 52 f.). 4.9 In ihrer Stellungnahme vom 3. September 2019 hält die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (A.S. 56 ff.).

4.10 In seiner abschliessenden Stellungnahme vom 3. Oktober 2019 hält auch der Beschwerdeführer an seinen in der Beschwerde gestellten Anträgen fest (A.S. 62 ff.). 4.11 Mit Schreiben vom 27. Januar 2020 wird dem Beschwerdeführer mitgeteilt, er erhalte wunschgemäss Gelegenheit zur Akteneinsicht (A.S. 74). Am 30. Januar 2020 nimmt der Beschwerdeführer sein Akteneinsichtsrecht in der Kanzlei des Versicherungsgerichts wahr.

5. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird, soweit notwendig, im Folgenden eingegangen. II. 1. 1.1 Im vorliegenden Fall ist die Bezahlung von ausstehenden Krankenkassenprämien sowie Mahn- und Betreuungskosten in der Höhe von insgesamt CHF 6'107.00 (Prämien von CHF 2'232.65 [für die Monate Juli bis September 2016 von CHF 1'002.60 und Januar bis März 2017 von CHF 1'056.75], administrative Spesen von CHF 100.00 sowie Betreuungskosten von CHF 73.30 [Zahlungsbefehl Nr. [...]]; Prämien von CHF 1'514.25 [für den Monat Oktober 2016 von CHF 334.20 und die Monate April bis Juni 2017 von CHF 1'056.75], administrative Spesen von CHF 50.00 sowie Betreuungskosten von CHF 73.30 [Zahlungsbefehl Nr. [...]]; Prämien von CHF 1'180.05 [für die Monate Juli bis September 2017 von CHF 1'056.75], administrative Spesen von CHF 50.00 sowie Betreuungskosten von CHF 73.30 [Zahlungsbefehl Nr. [...]] und Prämien von CHF 1'180.05 [für die Monate Oktober bis Dezember 2017 von CHF 1'056.75], administrative Spesen von CHF 50.00 sowie Betreuungskosten von CHF 73.30 [Zahlungsbefehl Nr. [...]]) zuzüglich Zinsen strittig. Der Streitwert liegt somit unter CHF 30'000.00, weshalb die Angelegenheit in Einzelrichterkompetenz zu beurteilen ist (§ 54 bis Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Gerichtsorganisation [GO, BGS 125.12] in der seit 1. März 2015 geltenden, vorliegend anwendbaren Fassung).

1.2 Die vom Beschwerdeführer am 5. Juli 2018 beim Versicherungsgericht ebenfalls anhängig gemachte «Klage» bzw. Beschwerde (VSBES.2018.173; vgl. E. I. 3. hiervor) richtet sich gegen die geltend gemachten Prämien der Monate April bis Juni 2018 («letzte Mahnung» vom 29. Juni 2018; vgl. Klagen und Forderungen von A.____, Nr. 4 S. 7), wobei der Begründung entnommen werden kann, dass diese Eingabe im Wesentlichen ebenfalls die bestrittene Versicherungspflicht des Beschwerdeführers bei der Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zum Gegenstand hat. Da den beiden Beschwerden vom 12. Juni und 5. Juli 2018 derselbe Sachverhalt zugrunde liegt und sich die gleichen Rechtsfragen stellen, rechtfertigt es sich, das Verfahren VSBES.2018.173 mit dem vorliegenden Beschwerdeverfahren VSBES.2018.151 zu vereinigen und die Angelegenheit in einem einzigen Urteil zu erledigen (vgl. BGE 128 V 124 E. 1 S. 126 mit Hinweisen).

1.3 Soweit sich die Beschwerde vom 5. Juli 2018 gegen die Prämienrechnungen der Monate April bis Juni 2018 («Letzte Mahnung» vom 29. Juni 2018, Zahlungsbefehl des Betreibungsamts [...] vom 2. August 2018 [Betreibung Nr. [...]]; vgl. Klagen und Forderungen von A.____, Nr. 6 S. 9) richtet und verlangt wird, diese seien zu annullieren bzw. aufzuheben, kann darauf nicht eingetreten werden, da eine Beschwerde im Bereich der obligatorischen Krankenpflege grundsätzlich gegen einen Einspracheentscheid oder eine Verfügung, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, erhoben werden kann (Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Bezüglich der Prämien für die Monate April bis Juni 2018 liegt hier jedoch keine Verfügung bzw. kein Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vor, womit der in der Betreibung Nr. [...] am 6. August 2018 erhobene Rechtsvorschlag aufgehoben bzw. die Verfügung bestätigt worden wäre; diesbezüglich fehlt es an einem Anfechtungsobjekt. Angefochten ist vorliegend ausschliesslich der Einspracheentscheid der

Beschwerdegegnerin vom 15. Mai 2018 (Prämien für die Monate Juli bis Oktober 2016 und Januar bis Dezember 2017, Mahn- und Betreuungskosten; VSBES.2018.151, A.S. 1 ff.), dessen Rechtmässigkeit im Folgenden zu prüfen ist.

1.4 Ebenfalls nicht eingetreten werden kann auf die Anträge des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm wegen widerrechtlicher Handlungen Entschädigungen zuzusprechen. Hierfür ist das Versicherungsgericht nicht zuständig.

2. 2.1 Gemäss Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter bzw. ihr gesetzlichen Vertreterin versichern lassen. Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Versicherern, die nach dem KVAG eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung haben, frei wählen (Art. 4 KVG). Nach Art. 7 Abs. 1 KVG kann die versicherte Person unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln. Bei der Mitteilung einer neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Der Versicherer muss die neuen, vom Bundesamt für Gesundheit genehmigten Prämien jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, der Versicherer zu wechseln, hinweisen (Art. 7 Abs. 2 KVG). Das Versicherungsverhältnis endet beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Unterlässt der neue Versicherer diese Mitteilung, so hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämien Differenz. Sobald der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten hat, informiert er die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist (Art. 7 Abs. 5 KVG).

2.2 Laut Art. 61 Abs. 1 KVG legt der Versicherer die Prämien für seine Versicherten fest. Soweit dieses Gesetz keine Ausnahme vorsieht, erhebt der Versicherer von seinem Versicherten die gleichen Prämien. Nach Art. 64 Abs. 1 KVG beteiligen sich die Versicherten an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Diese Kostenbeteiligung besteht gemäss Art. 64 Abs. 2 KVG aus einem festen Jahresbetrag (Franchise; lit. a) und 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt; lit. b). Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest (Art. 64 Abs. 3 KVG). Beahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges (Abs. 2) hinzuweisen (Art. 64a Abs. 1 KVG). Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreuung anheben (Art. 64a Abs. 2 Satz 1 KVG). 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 Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt hat. Art. 7 Abs. 3 und 4 KVG bleibt vorbehalten (Art. 64a Abs. 6 KVG).

2.3 Gemäss Art. 90 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) sind die Prämien im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen. Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen (Art. 94 Abs. 1 KVV). Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in

eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich (Art. 94 Abs. 2 KVV). Nach Art. 105a KVV beträgt der Satz für den Verzugszins auf fälligen Prämien nach Art. 26 Abs. 1 ATSG 5 Prozent im Jahr. Laut Art. 105b Abs. 1 KVV muss der Versicherer die Zahlungsaufforderung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit zustellen. Er muss sie getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen. Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht (Art. 105b Abs. 2 KVV).

2.4 Laut Art. 17.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG der Beschwerdegegnerin wird der versicherten Person bei Zahlungsverzug eine Beteiligung an den zusätzlichen Verwaltungskosten für Mahnungen und Zahlungseinladungen von CHF 10.00 bzw. CHF 30.00 auferlegt (BAB 39).

3. 3.1 Die Beschwerdegegnerin hielt im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid vom 15. Mai 2018 im Wesentlichen fest, trotz mehreren Mahnungen habe der Beschwerdeführer die geforderten Prämien für die Monate Juli bis September und Dezember (recte: Oktober) 2016 von je CHF 334.20 pro Monat und für die Monate Januar bis Dezember 2017 von je CHF 352.25 pro Monat nicht bezahlt. Dadurch habe er Aufwendungen verursacht, welche bei rechtzeitiger Prämienbezahlung hätten vermieden werden können. Die Mahnkosten in Höhe von insgesamt CHF 250.00 seien zu Recht geltend gemacht worden. Die korrigierte Umbuchung der Annullation der Kostenbeteiligung vom Juli 2016 ändere an der totalen Forderungssumme der Betreuung Nr. [...] nichts. In Anwendung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen habe man die Betreuung einleiten müssen. Die vom Beschwerdeführer gegen die Zahlungsbefehle Nr. [...], [...], [...] und [...] erhobenen Rechtsvorschlüsse seien mit Verfügungen vom 23. Juni, 22. September und 29. Dezember 2017 sowie 23. März 2018 beseitigt worden. Dem Einwand des Beschwerdeführers, er sei seit dem 1. Januar 2004 bzw. 1. Januar 2002 nicht mehr bei der Beschwerdegegnerin versichert und die Betreibungen und Verfügungen seien aufzuheben, sei entgegenzuhalten, dass das Versicherungsgericht schon mehrmals bestätigt habe, dass die Prämienforderungen nicht zu beanstanden seien. In der Vergangenheit seien allfällige Kündigungen entweder gar nicht bzw. nicht fristgerecht bei der Beschwerdegegnerin eingegangen, oder sie hätten aufgrund von ausstehenden Forderungen bzw. fehlender Weiterversicherungsbestätigung nicht berücksichtigt werden können. Der vom Beschwerdeführer angestrebte Wechsel zur C.____ per 1. April 2013 habe aufgrund der zahlreichen Ausstände nicht vollzogen werden können. Zudem sei bei der Beschwerdegegnerin keine Kündigung eingegangen und ein unterjähriger Wechsel mit Wahlfranchise sei ohnehin nicht möglich. Der Beschwerdeführer sei unter Berücksichtigung der Kündigungsbedingungen auch in den fraglichen Jahren 2016 und 2017 bei der Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert gewesen; er werde dies auch im Jahr 2018 sein, weshalb er die entsprechenden Prämien zu bezahlen habe. Soweit er verschiedene Entschädigungen fordere, sei darauf nicht einzutreten. Der Beschwerdeführer habe die ausstehende Forderung im Gesamtbetrag von CHF 6'107.00 (inkl. Betreuungskosten) zu bezahlen, ansonsten die Betreuung fortgesetzt werde (A.S. 1 ff.). Der Beschwerdeführer macht demgegenüber im Wesentlichen geltend, er sei vom 1. Februar 1996 bis

31. Dezember 2001 bei der Beschwerdegegnerin versichert gewesen. Seit dem 1. Januar 2002 habe er gegenüber der Beschwerdegegnerin keine Zahlungspflicht mehr. Seine Krankenkassenprämien habe er bezahlt. Der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben (A.S. 12 f.).

3.2 Anlässlich der Instruktionsverhandlung vom 6. November 2018 schlossen die Parteien eine Vereinbarung ab, wonach der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin im September 2018 mit eingeschriebenem Brief die Kündigung des Versicherungsverhältnisses per 31. Dezember 2018 mitgeteilt habe. Die Parteien gingen im Weiteren davon aus, dass der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin bis spätestens Ende 2018 eine Aufnahmebestätigung einer neuen obligatorischen Krankenversicherung zukommen lasse. Die Beschwerdegegnerin widersetzte sich angesichts der offenen Streitfragen einem Wechsel der obligatorischen Krankenversicherung des Beschwerdeführers per 1. Januar 2019 nicht. Sodann vereinbarten die Parteien, die bestehenden Streitpunkte der Ombudsstelle zur Beurteilung vorzulegen. Die Beschwerdegegnerin erklärte sich schliesslich mit einem Mahn- und Betreibungsstopp bis zum Abschluss des Verfahrens bei der Ombudsstelle, vorderhand 6 Monate, einverstanden (A.S. 33 ff.). Die Ombudsstelle nahm in ihrer Stellungnahme vom 30. April 2019 zu den in der vorerwähnten Vereinbarung formulierten Fragen (Ziff. 8) dahingehend Stellung, der Beschwerdeführer habe offenbar bereits am 24. September 2001 erstmals versucht, seine Police Nr. [...] per 31. Dezember 2001 zu kündigen. Er habe indessen nicht beweisen können, dass er das Kündigungsschreiben auch abgeschickt habe, da die vorgelegte Postquittung unlesbar gewesen sei und die Beschwerdegegnerin geltend gemacht habe, keine Kündigung erhalten zu haben. Diese Behauptung habe der Beschwerdeführer nicht widerlegen können. In der Folge habe der Beschwerdeführer unzählige Male monatlich gekündigt, weil er den Hinweis auf der jährlichen Prämienmitteilung missverstanden habe. Erst für das Kündigungsschreiben vom 13. Februar 2003 liege nun eine lesbare Postquittung über ein an die Beschwerdegegnerin adressiertes Einschreiben vom 17. Februar 2003 vor. In diesem Schreiben habe der Beschwerdeführer seinen Versicherungsvertrag per 31. März 2003 gekündigt. Ein ausserordentlicher Kündigungsgrund (z.B. unterjährige Prämienerrhöhung) scheine nicht vorgelegen zu haben, weshalb ein Kassenwechsel erst auf den nächstmöglichen Kündigungstermin möglich gewesen wäre. Der Beschwerdeführer habe sich für eine wählbare Franchise von CHF 400.00 entschieden (vgl. Beilagen der Ombudsstelle [BOS] 3). Somit hätte er den Versicherer erst per 31. Dezember 2003 verlassen können. Die Beschwerdegegnerin habe ihn aber immer noch nicht gehen lassen, weil sie angeblich keine Kündigung erhalten habe. Obwohl die Kündigung nachweislich per Einschreiben erfolgt sei, werde eine Nachforschung bei der Post nichts bringen, da inzwischen mehr als 16 Jahre verstrichen seien. Es könne indessen mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdegegnerin das Schreiben erhalten habe. Ein gültiges Vertragsverhältnis zwischen den Parteien habe somit vom 1. Februar 1996 bis zum 31. Dezember 2003 bestanden. Im Weiteren wurde in der Stellungnahme der Ombudsstelle ausgeführt, es stelle sich nun die Frage, ob der Vertrag rückwirkend aufgehoben werden müsse und ob die von der Beschwerdegegnerin jeweils verhinderten Kassenwechsel wiederhergestellt werden sollten. Da so viele Jahre vergangen seien, werde vorgeschlagen, es beim Übertritt vom 1. Januar 2019 zur neuen KrankenversichererIn () zu belassen, zumal die Beschwerdegegnerin der Ombudsstelle gegenüber die Auflösung des Versicherungsvertrages per 31. Dezember 2018 und den Erhalt der Übertrittsbestätigung der Helsana per 1. Januar 2019 bestätigt habe (vgl.

BOS 7). Die Mahn- und Betreuungskosten, die sich in all den Jahren angesammelt hätten, sollten von der Beschwerdegegnerin annulliert werden. Zur Frage, ob zwischen dem Beschwerdeführer und der Beschwerdegegnerin per 31. Dezember 2018 offene Forderungen bestünden, hielt die Ombudsstelle fest, der Beschwerdeführer habe mit Schreiben an die Ombudsstelle vom 26. November 2018 geltend gemacht, die Beschwerdegegnerin schulde ihm Rückerstattungen in Höhe von insgesamt CHF 2'416.25 (BOS 8). Die Beschwerdegegnerin mache ihrerseits Forderungen (Mahn- und Betreuungskosten) geltend, die aus einer Zeit stammten, zu der der Vertrag gar nicht mehr bestanden habe. Zudem seien im Kontoauszug 2014 der Beschwerdegegnerin verschiedene Prämienabschreibungen vermerkt (BOS 9). Aus Erfahrung wisse man, dass die Krankenkasse Prämien abschreibe, wenn sie die Ausstände einem aussenstehenden Inkassobüro übergeben habe. Vorliegend handle es sich offenbar um eine Inkasso-Gesellschaft, die der Beschwerdegegnerin angegliedert sei. Diese habe ihn bereits mehrmals mit Erfolg betrieben. Man sollte vielleicht klären, was mit diesen Prämienforderungen, die bei der Beschwerdegegnerin abgeschrieben und bei der Inkasso-Gesellschaft wahrscheinlich noch vorhanden seien, geschehen solle. Schliesslich fordere die Beschwerdegegnerin vom Beschwerdeführer mit letzter Mahnung vom 29. März 2019 CHF 1'293.80 zurück (BOS 10). Letzterer bestreite diese Forderung und mache geltend, dass es sich hierbei um Gesundheitskosten aus den Jahren 2016 bis 2018 handle, die er schon längst selber hätte bezahlen müssen, weil er auf der Sperrliste der säumigen Versicherten des Kantons Solothurn gestanden habe. Abschliessend wies die Ombudsstelle noch darauf hin, es sei zu beachten, dass die Versicherten bis zum 31. Dezember 2005 die Krankenkasse hätten wechseln können, obwohl sie noch Schulden bei dieser gehabt hätten. Erst mit der Gesetzesänderung vom 1. Januar 2006 hätten die säumigen Versicherten den Versicherer nicht mehr wechseln dürfen (A.S. 40 ff.). Am 16. Juli 2019 erschien der Beschwerdeführer auf dem Versicherungsgericht und legte die Originale der Postquittungen vom 17. Februar 2003 sowie vom 6. und 20. Juli 2004 zur Ansicht vor. Der Beschwerdeführer weigerte sich jedoch, diese Postquittungen im Original dem Versicherungsgericht zu übergeben, da dieses gemäss seiner Auffassung nicht unabhängig sei (Aktennotiz vom 16. Juli 2019, A.S. 51). Die obgenannten Vorgänge ergeben sich aus den vorliegend ins Recht gelegten Akten und werden von keiner Seite bestritten. Im Folgenden ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei der Beschwerdegegnerin aufgrund seiner Kündigungen vorzeitig beendete, oder ob das Versicherungsverhältnis erst am 31. Dezember 2018 endete, wie dies von den Parteien mit Beschluss vom 6. November 2018 vereinbart wurde (A.S. 33 ff.).

3.3 Zunächst ist festzuhalten, dass die Kündigung eine Gestaltungserklärung darstellt. Hinsichtlich der Einhaltung von Kündigungsfristen verlangt die Praxis, dass die Kündigung am letzten Tag der gesetzlichen Frist bei der Krankenversicherung eingegangen ist, und zwar zu einer Uhrzeit, welche die Entgegennahme an sich ermöglicht (Ueli Kieser , KVG-Kommentar, 2018, Nr. 1 KVG, Art. 7 Rz. 7, S. 51 f. mit Hinweis). Anzuführen ist, dass eine gültige Kündigung für sich allein nicht zur Beendigung des bisherigen Versicherungsverhältnisses führt. Die Beendigung wird erst mit der Mitteilung der Weiterversicherung bewirkt. Die Begründung eines neuen Versicherungsverhältnisses ist durch die Weiterversicherungsbestätigung somit aufschiebend bedingt (BGE 132 V 166 E. 8.1 S. 175; Urteile des Bundesgerichts 9C_367/2017 vom 10. November 2017 E. 3.2.2 und 9C_490/2015 vom 7. Januar 2016 E. 2, je mit Hinweisen; Ueli Kieser , a.a.O., S. 51 Rz. 6). Diese Regelung ist auf die im vorliegenden Fall in Frage kommenden Kündigungen

des Beschwerdeführers anwendbar (vgl. Art. 7 Abs. 5 KVG [Stand am 26. September 2000]).

3.3.1 Gemäss den vorliegend ins Recht gelegten Akten kündigte der Beschwerdeführer offenbar bereits am 24. September 2001 erstmals seine Police Nr. per 31. Dezember 2001 (BOS 1, Beschwerdebeilage [BB] 2). Nach den Angaben der Beschwerdegegnerin ging die vom Beschwerdeführer dem Gericht im Nachgang eingereichte Kündigung per 31. Dezember 2001 bei ihr jedoch nie ein und auch eine Weiterversicherungsbestätigung einer neuen Krankenversicherung per 1. Januar 2002 konnte nicht registriert werden (vgl. Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2018, A.S. 25 f.). Vielmehr stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 26. Oktober 2001 die Prämienmitteilung für das Jahr 2002 zu (BOS 2). Ein Beweis, dass die Kündigung der Beschwerdegegnerin damals zugestellt wurde und diese von ihr – entgegen ihren eigenen Angaben – entgegengenommen wurde, kann den vorliegend ins Recht gelegten Akten nicht entnommen werden. Auch eine Weiterversicherungsbestätigung eines anderen Krankenversicherers per 1. Januar 2002 liegt nicht vor. Demnach ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer Fortführung des Versicherungsverhältnisses ab 1. Januar 2002 auszugehen.

3.3.2 Den Akten kann ein weiteres Kündigungsschreiben vom 13. Februar 2003 entnommen werden, worin der Beschwerdeführer seine Police per 31. März 2003 kündigte (BB 11, BOS 4). Dazu ist zunächst festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer gemäss der Prämienmitteilung 2003 (BOS 3) für eine Franchise von CHF 400.00 entschieden hatte, weshalb er den Versicherer nicht schon per 31. März 2003, sondern erst per 31. Dezember 2003 hätte verlassen können (vgl. Art. 94 Abs. 2 aKVV in der seit 1. Januar 1997 gültig gewesenen Fassung). Die Beschwerdegegnerin entliess ihn jedoch nicht aus dem Versicherungsverhältnis mit der Begründung, sie habe diese Kündigung nicht erhalten. Der Beschwerdeführer präsentiert nun als Nachweis für die zugestellte Kündigung eine Postquittung betreffend einen eingeschriebenen Brief vom 17. Februar 2003 mit der Sendungsverfolgungsnummer «»; das Gewicht des Briefes wurde mit 0.018 kg angegeben (BB 11 Rückseite, BOS 5). Sodann liegt eine weitere Kündigung des Beschwerdeführers vom 17. Februar 2003 vor, worin er die Krankenversicherung per sofort kündigte (BB 12). Als Nachweis geht aus den Akten eine Postquittung gleichen Datums betreffend ein «PostPac Economy» mit der Sendungsverfolgungsnummer «» hervor; das Gewicht dieser Sendung belief sich auf 0.651 kg (BB 12). Im Weiteren geht aus den Akten eine Kündigung des Beschwerdeführers vom 5. Juli 2004 mit einer Postquittung vom 6. Juli 2004 (Sendungsverfolgungsnummer «», Gewicht: 0.061 kg) und eine weitere Kündigung vom 20. Juli 2004 mit einer Postquittung gleichen Datums (Sendungsverfolgungsnummer «», Gewicht: 0.460 kg) hervor (BB 13 und 14). Die Beschwerdegegnerin machte den Beschwerdeführer an der Instruktionsverhandlung vom 25. Juni 2019 darauf aufmerksam, dass ihr die vorerwähnte Sendungsverfolgungsnummer «» bekannt sei, sie gehöre jedoch zu einem Brief vom 8. September 2004 betreffend Leistungsrückerstattung und einer Kopie der Eheschutzverfügung vom 23. Juli 2003 (vgl. Beilage 5 der Beschwerdegegnerin, eingegangen am 4. September 2019). Da die beiden Belege zwar die gleiche Sendungsverfolgungsnummer, aber unterschiedliche Daten aufweisen, verlangte die Beschwerdegegnerin anlässlich der Verhandlung vom 25. Juni 2019 die Vorlage des Originalbelegs. Der Beschwerdeführer habe unmissverständlich klar gemacht, dass der Originalbeleg vorhanden sei und präsentiert werden könne. Der Aktennotiz des Versicherungsgerichts vom 16. Juli 2019 (A.S. 51) sei nun aber zu entnehmen, dass diese Postquittung vom 17. Februar 2003 dem Gericht nicht im Original abgegeben worden sei,

weshalb dazu nicht abschliessend Stellung genommen werden könne (vgl. Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 3. September 2019, A.S. 58). Ob die Postquittung vom 17. Februar 2003 mit der Sendungsverfolgungsnummer «» dem Kündigungsschreiben vom 13. Februar 2003 zuzuordnen ist, wie dies vom Beschwerdeführer behauptet wird, oder ob diese Postquittung gemäss den Angaben der Beschwerdegegnerin einen Brief mit einem Schreiben des Beschwerdeführers betreffend Leistungsrückerstattung vom 8. September 2004 und mit einer Kopie der Eheschutzverfügung vom 23. Juli 2003 betrifft, kann heute nicht mehr festgestellt werden. In Übereinstimmung mit der Auffassung der Ombudsstelle würde auch eine Nachforschung bei der Post wohl kaum neue Erkenntnisse bringen, sind seit der Kündigung vom 13. Februar 2003 doch bereits mehr als 16 Jahre verstrichen. Zu den vom Beschwerdeführer erst mit Eingabe vom 12. Juli 2019 (vgl. A.S. 50) dem Gericht eingereichten Kündigungsschreiben vom 13. und 17. Februar 2003 sowie 6. und 20. Juli 2004 (BB 11 ff.) sowie den entsprechenden Postquittungen ist jedoch Folgendes festzuhalten: Die Kündigungen vom 13. und 17. Februar 2003 wurden gemäss den vorliegenden Postquittungen genau zum gleichen Zeitpunkt, nämlich am 17. Februar 2003 um 11:17 Uhr, auf der Poststelle [...] abgegeben (BB 11 und 12, jeweils Rückseite). Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 3. September 2019 zu Recht darauf hinweist, erscheint es zumindest als ungewöhnlich, dass der Beschwerdeführer angeblich gleichzeitig zwei Kündigungsschreiben in gleicher Sache bei der Poststelle aufgegeben hat. Wäre dies dennoch der Fall gewesen, müsste davon ausgegangen werden, dass die Poststelle überwiegend wahrscheinlich eine Postquittung für beide Postsendungen (statt zwei einzelne) ausgestellt hätte, wie dies üblicherweise so gehandhabt wird. Unklar ist im Weiteren, weshalb man den ins Recht gelegten Postquittungen vom 17. Februar 2003 (BB 12, Rückseite) und 20. Juli 2004 (BB 14, Rückseite) keinerlei Angaben über den Sendungsempfänger entnehmen kann. Es ist daher nicht ersichtlich, ob diese quittierten Sendungen der Beschwerdegegnerin oder aber einem anderen Empfänger zustellt wurden. Ausserdem belief sich das Gewicht des «PostPacs Economy» gemäss Quittung vom 17. Februar 2003 auf 651 Gramm (BB 12, Rückseite) und dasjenige des «PostPacs Economy» gemäss Quittung vom 20. Juli 2004 (BB 14, Rückseite) auf 460 Gramm. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass ein durchschnittliches Blatt Din A4 Papier und ein durchschnittliches Couvert Din C4 nur wenige Gramm wiegen, kann das relativ hohe Gewicht und der seltsame Umstand, dass die Kündigungsschreiben offenbar nicht in einem normalen Couvert, sondern jeweils in einem «PostPac» zugestellt wurden, nicht nachvollzogen werden. Selbst wenn den Kündigungsschreiben noch Rückerstattungsbelege beigelegt worden sein sollten, ist aufgrund des hohen Gewichts dieser Sendungen eher davon auszugehen, dass die quittierten Sendungen vom 17. Februar 2003 und 20. Juli 2004 nicht die am gleichen Tag ausgestellten Kündigungsschreiben, sondern etwas Anderes enthielten, zumal die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang darauf hinwies, Rückerstattungsbelege seien in diesem Zeitraum nicht bekannt (A.S. 59).

3.3.3 Im Weiteren kann nicht nachvollzogen werden, weshalb der Beschwerdeführer, der offenbar sämtliche Unterlagen seit dem Jahr 2001 und die Postquittungen seit dem Jahr 2003 aufbewahrt, damit erst nach über 16 Jahren (!) die rechtsgültige Auflösung seines Versicherungsverhältnisses mit der Beschwerdegegnerin nachweisen will, hätte er dazu doch bereits viel früher Gelegenheit gehabt. Ferner geht aus der vom Beschwerdeführer mit der Beschwerdegegnerin geführten Korrespondenz kein Hinweis für eine Beendigung des Versicherungsverhältnisses in den Jahren 2003 oder 2004 hervor. So wünschte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin mit Schreiben von Ende Dezember 2003 «frohe

Weihnachten und ein gutes neues Jahr!» und teilte ihr seine neue Postkonto-Nummer «» mit, welche «ab sofort zu verwenden» sei (Beilage 1 der Beschwerdegegnerin, eingegangen am 4. September 2019, S. 1). Auch im Juni 2004 teilte er der Beschwerdegegnerin ohne weitere Bemerkungen nochmals seine Postkonto-Nummer mit (Beilage 1 der Beschwerdegegnerin, eingegangen am 4. September 2019, S. 2). Schliesslich wurden der Beschwerdegegnerin im April 2008 Kopien der Zahlungsbelege im Zeitraum von Februar 2002 bis April 2004 eingereicht, ohne auch nur ein Wort darüber zu verlieren, dass der Beschwerdeführer die obligatorische Krankenversicherung bei der Beschwerdegegnerin gekündigt habe (Beilage 1 der Beschwerdegegnerin, eingegangen am 4. September 2019, S. 3 bis 6). Mit Schreiben vom 27. Januar 2006 kündigte der Beschwerdeführer seine Versicherungspolice Nr. «fristlos und bedingungslos» per 31. Januar 2006 mit der Begründung, die Beschwerdegegnerin habe «gelogen, manipuliert, Unwahrheit verbreitet, Leistungen verweigert, nichts zurückerstattet seit 01.01.2002» und ihn «blamiert und gedemütigt». Auch darin führte der Beschwerdeführer mit keinem Wort aus, dass er die obligatorische Krankenversicherung bereits vor Jahren gekündigt habe. Gemäss ihrem Schreiben vom 31. Januar 2006 hatte auch die Beschwerdegegnerin damals keine Kenntnis über eine früher eingereichte Kündigung des Beschwerdeführers. Darin führte sie im Wesentlichen aus, sie hätte das Kündigungsschreiben vom 27. Januar 2006 spätestens am 30. November 2005 erhalten müssen. Die Kündigung auf den 31. Januar 2006 könne sie daher nicht akzeptieren. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung könnte erst per 31. Dezember 2006 gekündigt werden. Gemäss Art. 7 Abs. 5 KVG könne ihre Deckung jedoch erst enden, wenn ein neuer Versicherer die Weiterversicherung ab 1. Januar 2007 schriftlich bestätigt habe (Beilage 2 der Beschwerdegegnerin, eingegangen am 4. September 2019). Eine Weiterversicherungsbestätigung per 1. Januar 2007 kann den vorliegend ins Recht gelegten Akten jedoch nicht entnommen werden. Gestützt darauf und angesichts der oben dargelegten Vorgänge ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das erwähnte Schreiben des Beschwerdeführers vom 27. Januar 2006 seine erste Kündigung war, welche der Beschwerdegegnerin zugestellt und von ihr entgegengenommen wurde. Eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine gesetzeskonforme Kündigung des Versicherungsverhältnisses am 13. Februar 2003, 17. Februar 2003, 6. oder 20. Juli 2004 ist nicht erstellt. Mangels der erforderlichen Weiterversicherungsbestätigungen und wegen vorhandener Ausstände (vgl. Kontoauszug der Beschwerdegegnerin für den Zeitraum von 2009 bis 2018, wonach auf dem Konto des Beschwerdeführers am 5. Februar 2019 ein Ausstand von CHF 12'051.90 bestand [BOS 9]), konnten sowohl die Kündigung vom 27. Januar 2006 als auch sämtliche nachfolgenden Kündigungen des Beschwerdeführers nicht akzeptiert werden. Von einer Beendigung des Versicherungsverhältnisses mit der Beschwerdegegnerin ist daher – entgegen der Auffassung der Ombudsstelle in ihrer Stellungnahme vom 30. April 2019 (A.S. 40 ff.) – nicht bereits am 31. Dezember 2003, sondern erst per Ende 2018 auszugehen, wie dies von den Parteien anlässlich der Instruktionsverhandlung vom 6. November 2018 vereinbart wurde (vgl. Vereinbarung vom 6. November 2006, Ziff. 1. und 2., A.S. 34). Daran ändert der Hinweis der Ombudsstelle, Versicherte hätten bis zum 31. Dezember 2005 die Krankenkasse trotz bestehender Schulden noch wechseln können (Art. 64a Abs. 4 aKVG bzw. Art. 64a Abs. 6 KVG; vgl. A.S. 42, zu Ziff. 8.4), nichts. Eine Weiterversicherungsbestätigung des neuen Krankenversicherers () per 1. Januar 2019 liegt vor (vgl. BOS 7). 4. 4.1 Es gilt im Übrigen darauf hinzuweisen, dass das Versicherungsgericht bereits mit rechtskräftigem Urteil vom 14. Februar 2013

(VSBES.2012.260) festgehalten hat, der Beschwerdeführer vermöge die Behauptung, er sei bei der Beschwerdegegnerin nicht mehr versichert und brauche deshalb die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 1. Januar bis 31. März 2012 nicht zu bezahlen, nicht zu belegen. Die Beschwerdegegnerin führe zum Kündigungsschreiben vom 23. September 2003 aus, allfällige Kündigungen des Beschwerdeführers seien, wenn überhaupt, entweder nicht fristgerecht eingegangen oder sie hätten aufgrund von Ausständen nicht berücksichtigt werden können. Im Übrigen vermöge der Beschwerdeführer nicht nachzuweisen, dass ihm ein Versicherungswechsel bislang zu Unrecht verwehrt worden sei. Die geltend gemachten Prämienforderungen seien somit nicht zu beanstanden (E. II. 3.1, S. 3 f.). Im Weiteren äusserte sich das Gericht mit rechtskräftigem Urteil vom 20. März 2014 (VSBES.2013.160 und VSBES.2013.161) bezüglich nichtbezahlter Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 1. April bis 30. Juni 2012 und vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2012 dahingehend, der Beschwerdeführer vermöge die Behauptung, er sei bei der Beschwerdegegnerin nicht mehr versichert, wie bereits im vorangegangenen Verfahren (VSBES.2012.260) nicht zu belegen. Die Beschwerdegegnerin führe hierzu aus, allfällige Kündigungen des Beschwerdeführers seien, wenn überhaupt, entweder nicht fristgerecht eingegangen oder sie hätten aufgrund von Ausständen nicht berücksichtigt werden können. Im Übrigen vermöge der Beschwerdeführer nicht nachzuweisen, dass ihm ein Versicherungswechsel bislang zu Unrecht verwehrt worden sei. Die geltend gemachten Prämienforderungen seien somit nicht zu beanstanden. Dementsprechend vermöge auch die zeitweise Doppelversicherung im Jahr 2013 nichts zu ändern, dass der Beschwerdeführer ununterbrochen bei der Beschwerdegegnerin versichert gewesen sei. Die Versicherung sei von der C.____ mittlerweile ohnehin rückwirkend per Versicherungsbeginn (1. April 2013) wieder aufgehoben worden (E. II. 3.1, S. 4 f.).

4.2 Auch mit rechtskräftigem Urteil des Versicherungsgerichts vom 2. Dezember 2014 (VSBES.2014.226) wurde bezüglich der Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2013 und vom 1. Januar bis 31. März 2014 darauf hingewiesen, der Beschwerdeführer vermöge die Behauptung, er sei nicht mehr bei der Beschwerdegegnerin versichert, wie bereits in den vorangegangenen Verfahren VSBES.2012.260 und VSBES.2013.160/161, nicht zu belegen. Er könne nicht nachweisen, dass ihm ein Versicherungswechsel bislang zu Unrecht verwehrt worden sei. Die geltend gemachten Prämienforderungen seien daher nicht zu beanstanden (E. II. 3.1, S. 3). Diese Auffassung vertrat das Versicherungsgericht auch mit rechtskräftigem Urteil vom 10. Februar 2016 (VSBES.2015.90) betreffend nicht bezahlte Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 1. April bis 30. Juni 2014 und vom 1. Juli bis 30. September 2014 (E. II. 3.1, S. 4; vgl. BAB 40) sowie mit rechtskräftigem Urteil vom 18. August 2016 (VSBES.2016.160) betreffend nicht bezahlte Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2014, vom 1. Januar bis 31. März 2015 und vom 1. April bis 30. Juni 2015 (E. II. 3.1, S. 4). Demnach wurde vom Versicherungsgericht bereits mehrmals verbindlich festgestellt, dass der Beschwerdeführer eine Kündigung des fraglichen Versicherungsverhältnisses in den erwähnten Zeiträumen nicht nachweisen könne. Schliesslich bestätigte auch die D.____ () dem Gericht im Beschwerdeverfahren VSBES.2018.23 betreffend Aufhebung des Rechtsvorschlages in der Betreibung Nr. [...] (Kostenbeteiligungen vom 17. März, 21. April sowie 12. und 19. Mai 2017) mit Schreiben vom 5. März 2018, gemäss ihren Abklärungen sei der Beschwerdeführer seit 1. Februar 1996 ununterbrochen bei der B.____ für die

obligatorische Krankenpflege versichert. Die Versicherung bei der D.____ sei daher rückwirkend beendet worden (A.S. 9 f.). Nach dem Gesagten ist von einem ununterbrochenen Versicherungsverhältnis des Beschwerdeführers mit der Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 1. Februar 1996 bis 31. Dezember 2018 auszugehen. 5. 5.1 Bezahlen Versicherte fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung nicht, hat der Versicherer das Vollstreckungsverfahren einzuleiten. Erhebt der Schuldner Rechtsvorschlag, kann die Krankenkasse nachträglich eine formelle Verfügung erlassen, in welcher auf die hängige Betreuung Bezug genommen wird und mit welcher die Krankenkasse den Rechtsvorschlag ausdrücklich als aufgehoben erklären kann (vgl. hierzu BGE 119 V 329 E. 2b S. 331). Diese Verfügung stellt einen definitiven Rechtsöffnungstitel dar. Erwächst sie in Rechtskraft, kann die Krankenkasse die Betreuung direkt fortsetzen (Urteil des Bundesgerichts 7B.213/2003 vom 20. Oktober 2003 E. 2.1). 5.2 Der Beschwerdeführer bestreitet die Rechtmässigkeit des ausstehenden Prämienbetrags von insgesamt CHF 6'107.00 (inkl. Betreuungskosten), weil er bei der Beschwerdegegnerin nicht mehr versichert sei. Wie erwähnt, vermag er diese Behauptung nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen. Im Übrigen entspricht es der zwingenden gesetzlichen Vorschrift gemäss Art. 64a Abs. 6 KVG, dass die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln kann, solange sie die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinse und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt hat. Der Beschwerdeführer vermag nicht nachzuweisen, dass ihm ein Versicherungswechsel bislang zu Unrecht verwehrt wurde. Die geltend gemachten Prämienforderungen sind somit nicht zu beanstanden.

E. 7

7.1 Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG); ebenso wenig die nicht anwaltlich vertretene Beschwerdegegnerin (BGE 128 V 323 E. 1a S. 323). Demnach sind keine Parteientschädigungen zuzusprechen.

7.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, können jedoch eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 61 lit. a ATSG).

Die Begriffe der Mutwilligkeit und des Leichtsinns gehören dem Bundesrecht an. Ihre Tatbestände können als erfüllt betrachtet werden, wenn eine Partei Tatsachen wider besseres Wissen als wahr behauptet oder ihre Stellungnahme auf einen Sachverhalt abstützt, von dem sie bei der ihr zumutbaren Sorgfalt wissen müsste, dass er unrichtig ist. Mutwillig ist ferner das Festhalten an einer offensichtlich gesetzwidrigen Auffassung. Das Merkmal der Aussichtslosigkeit für sich allein lässt einen Prozess noch nicht als leichtsinnig oder mutwillig erscheinen. Vielmehr bedarf es zusätzlich des subjektiven ■ tadelnswerten ■ Elements, dass die Partei die Aussichtslosigkeit bei der ihr zumutbaren vernunftgemässen Überlegung ohne weiteres erkennen konnte, den Prozess aber trotzdem führt (BGE 128 V 323 E. 1b S. 324).

Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hinweist, beschritt der Beschwerdeführer in dieser Angelegenheit mehrmals erfolglos den Rechtsweg (vgl. die unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Urteile vom 14. Februar 2013 [VSBES.2012.260], 20. März 2014 [VSBES.2013.160 und VSBES.2013.161], 2. Dezember 2014 [VSBES.2014.226],

10. Februar 2016 [VSBES.2015.90], 18. August 2016 [VSBES.2016.160], 20. Juni 2017 [VSBES.2017.127] und 7. März 2018 [VSBES.2018.23]). Obwohl das Versicherungsgericht stets feststellte, dass der Beschwerdeführer nach wie vor bei der Beschwerdegegnerin versichert sei und daher die Prämien zu begleichen habe, bestreitet der Beschwerdeführer den Sachverhalt stets von Neuem, ohne substantiierte Argumente vorzubringen. Bei vernunftgemässer Überlegung müsste der Beschwerdeführer die Aussichtslosigkeit erkennen können. Da der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren bezüglich der geltend gemachten Kündigung des Versicherungsverhältnisses jedoch neue Dokumente ins Recht legte und in diesem Zusammenhang vom Gericht neue Aspekte zu prüfen waren, rechtfertigt es sich, ausnahmsweise und letztmals von der Auferlegung einer Spruchgebühr sowie der Verfahrenskosten abzusehen.

Demnach widerkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2. Der Beschwerdeführer wird verpflichtet, der Beschwerdegegnerin CHF 2'159.35 nebst 5 % Verzugszins seit 1. November 2016 auf dem Betrag von CHF 1'578.95, CHF 1'440.95 nebst 5 % Verzugszins seit 1. Februar 2017 auf dem Betrag von CHF 1'390.95, CHF 1'106.75 nebst 5 % Verzugszins seit 1. August 2017 auf dem Betrag von CHF 1'056.75 und CHF 1'106.75 nebst 5 % Verzugszins seit 1. November 2017 auf dem Betrag von CHF 1'056.75 zu bezahlen. In diesem Umfang wird in den Betreibungen Nr. [...], Nr. [...], Nr. [...] und Nr. [...] des Betreibungsamtes [...] definitive Rechtsöffnung erteilt.

3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Oberrichter

Der Gerichtsschreiber

Kiefer

Schmidhauser

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobenen Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 9C_204/2020 vom 29. April 2020 nicht ein.

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