

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00006 vom 31. Oktober 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2016.00006

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00006 du 31 octobre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00006 del 31 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1952, hat sich ab dem 1. Januar 2010 bei der Atupri Gesundheitsversicherung (vormals: Atupri Krankenkasse; nachfolgend: Atupri) im Versicherungsmodell TelFirst, bei dem vorab telefonisch mit einem Telekonsultationszentrum die Art und Dauer der Behandlung besprochen wird, obligatorisch gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) grundversichern lassen (Urk. 2 S. 2, Urk. 9/3). Mit Schreiben vom 9. September 2015 teilte die Atupri dem Versicherten mit, dass er ab dem 1. Januar 2016 gestützt auf Ziff. 6.2 lit. a Anhang TelFirst zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) von der TelFirst-Versicherungsform in die Standardform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung umgeteilt werde, da er in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2015 ohne vorgängige telefonische Rücksprachen mit dem Telekonsultationszentrum ärztliche Behandlungen beansprucht habe (Urk. 9/1.5). Am 15. September 2015 ersuchte der Versicherte die Atupri, sie möge ihren Entscheid in Wiedererwägung ziehen oder ihm eine anfechtbare Verfügung zustellen (Urk. 9/1.4). Mit Verfügung vom 23. Oktober 2015 teilte die Atupri den Versicherten wie angekündigt per 1. Januar 2016 in die ordentliche Krankenpflegeversicherung um (Urk. 9/1.2 S. 3). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 26. Oktober 2015 Einsprache (Urk. 9/1.1), welche die Atupri mit Einspracheentscheid vom 7. Dezember 2015 sinngemäss abwies (Urk. 2 S. 5).

E. 1.1

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, KVG). Diese Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von Ärzten oder Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorerinnen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorerin Leistungen erbringen, sowie den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung

(Art. 25 Abs. 2 lit. a und e KVG).

E. 1.2.1

Nach Art. 41 Abs. 1 KVG können die Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen (erster Satz). Sie können laut Art. 41 Abs.

E. 1.2.2

Im Rahmen von Art. 41 Abs.

E. 1.2.3

Das von der Beschwerdegegnerin angebotene besondere Versicherungsmodell nach KVG "TelFirst" verpflichtet die angeschlossenen Versicherten, sich vor Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen telefonisch an ein medizinisches Beratungszentrum zu wenden und dessen Anordnungen hinsichtlich des "Behandlungspfades" und des Zeitfensters der Behandlung Folge zu leisten. Im Übrigen besteht indes freie Arztwahl (Ziff. 1.1-1.2 und Ziff. 7.1

Anhang TelFirst AVB, Ausgabe 1. Januar 2009; Urk. 9/3.1.1). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG)

akzeptiert solche 'Telefonmodelle' als Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, obwohl nur der Behandlungspfad vorbestimmt wird, die Arztwahl aber frei ist (sog. Gatekeeper-Versicherungsmodell). Es besteht kein Anlass zur Überprüfung dieser Praxis (vgl. Urteile

des Bundesgerichts 9C_8/2014, 9C_9/2014

vom 14. Oktober 2014 E. 3.2 und 9C_878/2013 vom 14. Oktober 2014 E. 2.2; Eugster, Krankenversicherung, in: SBVR, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 827 Rz 1420).

E. 1.2.4

Sinn und Zweck der in Art. 41 Abs.

E. 2

Mit Eingabe vom 22. Januar 2016 erhob der Versicherte hiergegen Beschwerde und beantragte, es sei die per 1. Januar 2016 verfügte Umteilung von der Versicherungsform TelFirst in die ordentliche Krankenpflegeversicherung aufzuheben (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 2. März 2016 auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei (Urk. 8). In der Replik vom 30. April 2016 hielt der Beschwerdeführer an seinem Antrag fest und beantragte in prozessualer Hinsicht, es sei der Beschwerdegegnerin in geeigneter Weise beizubringen, dass eine Beschwerde gemäss Art. 55 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (VwVG) aufschiebende Wirkung nach sich ziehe (Urk. 12 S. 1). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 21. April 2016 auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 16). Mit Eingabe vom 18. Mai 2016 brachte der Beschwerdeführer unter Beilage eines Internetartikels (Urk. 19) weitere Ausführungen vor (Urk. 18). Die Beschwerdegegnerin nahm dazu mit Schreiben vom 10. Juni 2016 und mit Verweis auf E-Mail-Schreiben (Urk. 23/1-2) Stellung (Urk. 22). Hierzu äusserte sich der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 24. Juni 2016 (Urk. 26).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, in der vom Beschwerdeführer ab dem 1. Januar 2010 gewählten Versicherungsform TelFirst sei als erste Anlaufstelle für medizinische Massnahmen das telemedizinische Zentrum zu kontaktieren, welches mit den Versicherten jeweils ein

sogenanntes Behandlungsfenster bestehend aus Behandlungspfad und dem hierfür notwendigen Zeitraum festlege. Innerhalb dieses Zeitraumes seien keine weiteren telefonischen Meldungen des Versicherten an das Zentrum notwendig, es sei denn, vom behandelnden Arzt sei ein Aufgebot zur Nachkontrolle oder eine Überweisung an einen anderen Leistungserbringer erfolgt. Dann sei nochmals eine telefonische Rücksprache mit dem Zentrum erforderlich. Der Beschwerdeführer habe im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis 30. Juni 2015 die folgenden Anrufe vorgenommen und Vereinbarungen mit dem telemedizinischen Zentrum getroffen: Anruf vom 30. Juni 2014, Behandlung bei Dr. med. Y.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in der Zeit vom 30. Juni bis 31. August 2014; Anruf vom 2. Juli 2014, Behandlung/Untersuchungen im MRI-Institut, Z.____, in der Zeit vom 30. Juni bis 31. August 2014; Anruf vom 10. Juli 2014, Behandlungen im A.____ vom 10. Juli bis 31. Dezember 2014. Es seien im Jahr 2014 jedoch sieben und im ersten Semester 2015 neun weitere Behandlungen in Anspruch genommen worden, welche nicht mit dem telemedizinischen Zentrum vereinbart worden seien. Insbesondere die Behandlungen im B.____ vom 3. bis 11. Dezember 2014 und des C.____ vom 3. Dezember 2014 sowie vom 11. bis 20. Dezember 2014 seien nicht gemeldet worden. Gleiches gelte für sämtliche der neun Behandlungen im A.____ und bei Dr. Y.____ in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2015. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers werde vom telemedizinischen Zentrum nicht jeweils das Einverständnis zu den Behandlungen bezüglich einer bestimmten Diagnose erteilt. Es sei in den Versicherungsbedingungen klar festgehalten, dass bei Nachkontrollen oder bei Weiterüberweisungen eine nochmalige Kontaktaufnahme mit dem Zentrum notwendig sei. An diese Meldepflicht habe sich der Beschwerdeführer wiederholt nicht gehalten, weshalb gestützt auf Ziff. 6.1 und Ziff. 6.2 lit. e des Anhangs TelFirst zu den AVB der Ausschluss von der Versicherungsform TelFirst und die Überführung in die ordentliche Versicherung per 1. Januar 2016 zu Recht verfügt worden sei. Eine vorgängige individuelle Androhung des Ausschlusses sei nicht notwendig, da diese Massnahme bereits in den Versicherungsbedingungen als Sanktion aufgeführt sei, wobei die Frist von 30 Tagen eingehalten worden sei (Urk. 2 S. 2 ff.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein (Urk. 1 S. 2 ff., Urk. 12 S. 2 ff.), er bestreite vorsorglich mit Nichtwissen, dass er den AVB der Beschwerdegegnerin zugestimmt habe. Dies müsse die Beschwerdegegnerin beweisen, da sie daraus Rechte ableite, was jedoch unterblieben sei. Welche Versicherungsbedingungen anwendbar seien, mithin ein konkreter Vertragsinhalt, sei von der Beschwerdegegnerin nicht behauptet worden. Ihr Verweis, die AVB 2009 bis 2015 würden der Beschwerdeantwort beiliegen und seien für das aktuelle und die letzten fünf Jahre auf dem Internet abrufbar, würden sie noch nicht zum Vertragsinhalt machen. Die AVB seien daher nicht anwendbar. Gegebenenfalls in Frage kommen

würden aber jedenfalls die Versicherungsbedingungen des Jahres 2009, da er per 10. Januar 2010 zur TelFirst gewechselt habe. Auch werde bestritten, dass ihm bei seiner telefonischen Konsultation vom mutmasslich 9. Juli 2014, gemäss der Beschwerdegegnerin vom 1. Juli 2014, ein Zeit- und Behandlungsfenster vorgegeben worden sei. Hierzu sei in der Einsprache Beweis erhebung über den Wortlaut seiner Konsultation verlangt worden. Das Wort Behandlungsfenster habe bei seinem Beitritt zur damaligen „TelMed“ zudem noch keine Rolle gespielt, sondern sei erst später in die AVB aufgenommen worden. Bei den Leistungen des Jahres 2014 handle es sich bis auf jene des

MRI-Instituts und die letzten drei Leistungen des 2014 um solche des A.____, und zwar von stationären Ärzten und nicht von Belegärzten. Für das MRI-Institut habe er ja gemäss der Darstellung der Beschwerdegegnerin bereits am 2. Juli 2014 die Bewilligung erhalten, wobei das Behandlungsfenster bis am 31. August 2014 bestritten werde und die Erhebung des Wortlautes des Telefonates vom 2. Juli 2014 beantragt werde. Die MRI-Untersuchung (vom 16. September 2014) sei in Fortsetzung der Krebsbehandlung auf Veranlassung des A.____ erfolgt. Der Kuraufenthalt im C.____ sei vom Sozialdienst des A.____ mit der Beschwerdegegnerin direkt ab gesprochen worden, da es sich um einen ausserkantonalen Leistungserbringer handle. Die Einweisung in das B.____ sei erfolgt, weil er am Tag seiner Entlassung aus dem A.____ eine Harnröhreninfektion erlitten habe, welche zur Bewusstlosigkeit geführt habe. In diesem Zustand sei es ihm nicht möglich gewesen, das Medgate zu konsultieren, wobei dies rechtlich gesehen auch nicht nötig gewesen sei.

Bei den neun Behandlungen des Jahres 2015 handle es sich um die Weiterbehandlung seines multiplen Myeloms, welche als Einheit mit den Untersuchungen und Behandlungen im Jahr 2014 anzusehen seien. Es könne daher - sofern die AVB überhaupt anwendbar seien - jedenfalls nicht von einer wiederholten Verletzung der Meldepflicht gesprochen werden. Er sei zudem zu 100% arbeitsunfähig gewesen und habe sich zum Jahreswechsel nach den Behandlungen im 2014 in einem argen Entzug bezüglich der zuvor über Monate konsumierten, Ende Dezember 2014 abgesetzten Schmerzmittel auf Morphiumbasis befunden. Daher und aufgrund seiner Krankheit habe er Anfang 2015 andere Sorgen gehabt, als die Meldung bei Medgate. Es werde nicht bestritten, dass im Jahr 2015 kein Behandlungsfenster für die betreffenden Behandlungen eröffnet worden sei. Es könne aber ja nicht sein, dass die ursprüngliche Konsultation beim telemedizinischen Zentrum grünes Licht lediglich zur Diagnose, nicht aber zur Behandlung einer Krebserkrankung gebe. Eine erneute Konsultation sei deshalb nicht notwendig gewesen. Es werde bestritten, dass eine Nachkontrolle oder Überweisung an einen anderen Leistungserbringer eine nochmalige Rücksprache mit dem Leistungserbringer erfordere. Einerseits weil die Beschwerdegegnerin keine für ihn geltenden Rechtsgrundlagen (AVB) nachgewiesen habe und andererseits weil die Informationen, die sie dazu abgebe, widersprüchlich oder zumindest unklar seien. Für den Fall des Nachweises einer anwendbaren Fassung der AVB werde deren Ungewöhnlichkeit und Unklarheit geltend gemacht. Denn der Versicherte müsse nicht damit rechnen, dass in den AVB das Gegenteil davon stehe, was im Internetauftritt der Beschwerdegegnerin, namentlich zur Nachkontrolle, beschrieben werde. Zudem werde mit Nichtwissen bestritten, dass es sich bei den Leistungen im Jahr 2015 um Nachkontroll-Leistungen handle. Auch mache die Behauptung der Beschwerdegegnerin, ein Austritt aus einem Spital sei ebenfalls zu melden, keinen Sinn und sei schon zufolge Ungewöhnlichkeit nicht zu beachten. Die Information im Internet sei genau gegenteilig, indem diese besage, die Konsultation sei vor einer Behandlung notwendig. Es liege somit ein Widerspruch beziehungsweise eine Unklarheit vor. Die wichtigste Unklarheit bestehe aber darin, dass nach den AVB bei wiederholtem Unterlassen der Kontaktaufnahmen eine Pflichtverletzung gemäss Ziff. 6.2 (Anhang TelFirst AVB) vorgesehen sei. Denn das wiederholte Unterlassen impliziere, dass der Versicherte bereits einmal darauf aufmerksam gemacht worden sei, dass er seine Meldepflicht verletzt habe. Zumindest lasse sich diese Auslegungsvariante ebenso gut vertreten, wie jene der Beschwerdegegnerin. Diese habe mit der Geltendmachung der durch sie behaupteten Vertragsverletzung denn auch fast ein ganzes Jahr mit der Umteilung zugewartet, was zeige, dass sie sich wohl selbst nicht sicher gewesen sei, und was im Übrigen ein Verhalten gegen Treu und Glauben

darstelle. Ohne Hinweis an den Ver sicherten einer Meldepflichtverletzung könne somit nicht von einem Wie der holungsfall ausge gangen werden. Er habe darauf vertrauen dürfen, dass auch die Beschwerdegegnerin von der Erfüllung der TelFirst-Auflagen ausge gangen sei, weshalb das Handeln der Beschwerdegegnerin auch unter diesem Ge sichts punkt wider Treu und Glauben sei. Die Beschwerde gegnerin bediene sich zudem der Umteilung lediglich dann, wenn es sich bei einem Ver sicherten aufgrund mehrerer Behandlungen mutmasslich um ein schlechtes Risiko handle.

Für denn Fall, dass seiner Argumentation nicht gefolgt würde, sei zu beachten, dass er das ihm vom Vorsitzenden der Geschäftsleitung der Beschwerdegegnerin in der Begleitbroschüre zur Police für das Jahr 2016 im Oktober 2015 unter breitete vorbe haltlose Angebot zum Wechsel zum Versicherungsmodell TelFirst per 1. Januar 2016 angenommen habe. Daher sei seine Annahme dieses Ange bots als vertraglicher Wiedereintritt in die TelFirst zu sehen (Urk. 12 S. 7 f.).

Die Beschwerdegegnerin habe zudem mit dem blossen Verweis auf die mehrere Absätze enthaltenden Ziff. 9.1 (Anhang TelFirst) AVB (Urk. 2 S. 3, Urk. 9/1.2 S. 2 f.) nur ungenügend die rechtlichen Grundlagen ben a nnt, was der vom Bun des gericht verlangten Möglichkeit zur sachgerechten Anfechtung zuwider laufe. Ferner liege (auch deshalb) kein rechtsgenügender Ein spracheentscheid vor, da dieser trotz der Beschreibung in der Rechtsmittelbelehrung mit dem Hinweis auf die Direk tion der Beschwerdegegnerin von derselben Stelle und ge zeic hnet von demselben Angestellten verfasst worden sei wie schon die angefochtene Ver fü gung. Er überlasse es aber dem Gericht, ob es in der Sache in Anwendung von Art. 56 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozial ver sicherungsrechts (ATSG) dennoch gleich selber ent scheidet (Urk. 1 S. 2).

E. 2.3

Es ist unstrittig, dass der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin ab dem 1. Oktober 2010 bis Ende 2015 im Versicherungsmodell TelFirst obliga torisch gemäss KVG grundversichert war (Urk. 2 S. 2, Urk. 9/3).

Strittig und zu prüfen ist, ob die am 23. Oktober 2015 verfügte Umteilung der Krankenpflegeversicherung des Beschwerdeführers ab dem 1. Januar 2016 vom Ver sicherungsmodell TelFirst in die Standard form (Urk. 9/1.2, Urk . 2) rechtens war (E. 4 nachfolgend).

Vorab sind die formellen Rügen des Beschwerdeführers bezüglich des angefoch tenen Einspracheentscheides (Urk. 2) zu prüfen (E. 3 hernach). 3.

3.1

Die Rüge des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe die rechtlichen Grundlagen nicht ausreichend dargetan, was einer sach gerechten Anfecht bar keit zuwiderlaufe, betrifft die Begründungspflicht des Verwaltungsentscheides und damit den An spruch auf rechtliches Gehör (Art. 42 ATSG, Art. 57a Abs. 1 IVG, Art. 29 Abs. 2 BV; vgl. BGE 124 V 180 E. 1a).

Zwar hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Ein sprache entscheid (Urk. 2) nicht explizit ausgeführt, auf welche Zeitversion (Ausgabe) des An hangs TelFirst zu den AVB sie sich bei ihrem Entscheid stützte und welche Aus gabe sie für die Umteilung ab dem 1. Januar 2016 als massgeblich ansah. Jedoch sind die im Einspracheentscheid genannten Bestim mungen („Art. 6.1 Anhang TelFirst“ [Urk. 2 S. 2], „Art. 9.1 AVB Anhang TelFirst“

[Urk. 2 S. 3], „Art. 14.2 AVB Anhang TelFirst“ [Urk. 2 S. 4], „Artikel 6.1 und Artikel 6.2 Buchstabe e) des Anhangs TelFirst“ [Urk. 2 S. 5]) inhaltlich hinlänglich dargetan und im Kontext ist ausreichend ersichtlich, welchen Standpunkt die Beschwerdeführerin eingenommen hat.

Zudem sind die im angefochtenen Entscheid genannten Ziffern des AVB-Anhangs TelFirst in den verschiedenen Ausgaben der Jahre 2011 bis 2015 im Wesentlichen unverändert geblieben (Urk. 9/3.3-3.7). In der für die Jahre 2009 und 2010 geltenden Version war der Inhalt der Ziffern 6.1 und 6.2 dagegen noch unter anderem Titel und anderer Ziffer, nämlich unter „4. Kündigung“, mit anderem Wortlaut enthalten. Der Inhalt der Ziffer 9.1 war wortgleich in der Ziffer 7.1 und jener der Ziffer 14.1 in der Ziffer 12.1 abgedruckt. Daraus ist zu schliessen, dass die Beschwerdeführerin sich auf Vertragsvereinbarungen mit dem Wortlaut der Ausgaben ab 2011 stützte, was auch für den Beschwerdeführer erkennbar war. Wenn überhaupt, wäre dies höchstens als leichte Verletzung der Begründungspflicht zu qualifizieren, welche mit diesem Verfahren als geheilt anzusehen wäre.

Im Übrigen ist die Begründung nicht zu beanstanden (vgl. BGE 124 V 180 E. 1a und E. 2b mit Hinweisen, 126 V 75 E. 5b/dd; Urteil des Bundesgerichts I 614/06 vom 3. Oktober 2006 E. 3.2). Es wurde dem Beschwerdeführer ermöglicht, den Entscheid insgesamt sachgerecht anzufechten, was er denn auch getan hat. Er konnte sein Anliegen mit seiner Beschwerde am hiesigen Gericht zudem vor einer Beschwerdeinstanz vortragen, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüft (vgl. BGE 127 V 431 E. 3d/aa). Eine Aufhebung des angefochtenen Entscheides wegen Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör recht fertigt sich daher nicht. 3.2

Auch der gerügte Umstand, dass der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2) von derselben Abteilung respektive von demselben Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin bearbeitet wurde, wie schon die Verfügung vom 23. Oktober 2015 (Urk. 9/1.2), wobei die Entscheide jeweils von der Abteilung „Produkte und Pricing“ bearbeitet wurden und einmal der Leiter Finanzen und Services und einmal der Leiter Leistungen je zusammen mit dem Leiter Produkt-Management die Entscheide unterzeichnet hat, führt nicht zur Aufhebung des Einspracheentscheides.

Denn der Versicherungsträger ist im Einspracheverfahren nach Art. 49 ff. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) befugt, den Einspracheentscheid von derselben Abteilung bearbeiten und erstellen zu lassen, die bereits die diesem zugrunde liegende Verfügung erlassen hatte. Art. 52 Abs. 1 ATSG sieht ausdrücklich vor, dass die Einsprache gegen Verfügungen innerhalb von 30 Tagen bei der verfügenden Stelle erhoben werden könne. Das Einspracheverfahren wird zur nachträglichen verwaltungsinternen Rechtspflege gezählt. Sinn und Zweck des Einspracheverfahrens ist es, der verfügenden Stelle die Möglichkeit zu geben, die angefochtene Verfügung nochmals zu überprüfen und über die bestrittenen Punkte zu entscheiden, bevor allenfalls die Beschwerdeinstanz angerufen wird. Bei Erhebung einer Einsprache wird das Verwaltungsverfahren erst durch den Einspracheentscheid abgeschlossen, der die ursprüngliche Verfügung ersetzt (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 52 Rz 4 f.).

Nicht zu beanstanden ist sodann, dass in der Rechtsmittelbelehrung der Verfügung vom 23. Oktober 2015 als Adresse der Beschwerdeführerin, an welche die Einsprache zu senden sei, die Direktion aufgeführt wurde (Urk. 9/1.2 S. 4). Daraus kann kein Anspruch

auf Bearbeitung der Einsprache durch die Direktion abgeleitet werden oder gar die Unrechtmässigkeit des Einspracheentscheides. Massgeblich bleiben die gesetzlichen Bestimmungen nach Art. 49 ff. ATSG, welche ein gehalten wurden.

E. 4

KVG geregelten Einschränkung der freien Wahl des Leistungserbringers liegen darin, dass im Sinne einer Kosteneindämmungsmassnahme Versicherer für Versicherte, die bereit sind, sich bei der Wahl des Leistungserbringers einzuschränken, eine Prämienreduktion gewähren können (Art. 62 Abs. 1 KVG). Dadurch können Versicherer mit ausgewählten, besonders kostengünstigen Leistungserbringern Verträge abschliessen und ihren Versicherten - die bereit sein müssen, sich auf diese Leistungserbringer zu beschränken - eine tiefere Prämie anbieten (Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 128 ; Urteil e

des Bundesgerichts K 142/04 vom 23. Mai 2006 E. 4.1 und K 58/02 vom 6. Februar 2003 E. 2.2). 2.

E. 4.1.1

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind für die hier zu klärenden Fragen nebst den Bestimmungen des KVG und deren Ausführungsbestimmungen (zum Legalitätsprinzip im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vgl. BGE 130 V 546 E. 4.1 , 124 V 356 E. 2d) die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) der Beschwerdegegnerin massgeblich, soweit sie zwingenden öffentlich rechtlichen Regelungen nicht entgegenstehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_8/2014, 9C_9/2014 vom 14. Oktober 2014 E. 4.4). Der Krankenversicherer kann damit nur, aber immerhin in jenen Bereichen autonom reglementieren, für welche ihm das KVG eine solche Befugnis ausdrücklich oder aufgrund einer eindeutigen ratio legis einräumt (Eugster, a.a.O., S. 414 Rz 17). Er kann insbesondere autonom darüber befinden, ob und gegebenenfalls welche Modelle er zu führen gedenkt. Teil seiner unternehmerischen Freiheit ist auch, in welchem Masse er die von ihm betriebenen Modelle fördern will oder nicht (Eugster, a.a.O., S. 825 Rz 1413). Verstösse der Versicherten gegen reglementarische Durchführungsregeln des Krankenversicherers sind in erster Linie als Verstösse gegen verwaltungsrechtliche Mitwirkungspflichten der Versicherten zu verstehen (Eugster, a.a.O., S. 415 Rz 18).

E. 4.1.2

Mit der Anmeldung des Beschwerdeführers zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Form der TelFirst per 1. Januar 2010 wurden die von der Beschwerdegegnerin dazu vorgesehenen Vertragsbedingungen im Rahmen der zwingenden gesetzlichen Bestimmungen des KVG für ihn verbindlich, und zwar in der damals gültigen Ausgabe Anhang TelFirst vom 1. Januar 2009 zu den AVB (Urk. 9/3.2.1). Dass diese besondere Versicherungsform gewählt und die entsprechende Versicherung abgeschlossen wurde, steht unstrittig fest. Der Bei tritt zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist denn auch an keine besondere Form gebunden und der Vertrag mit dem Versicherungsmodell Tel First wurde jahrelang faktisch erfüllt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_621/2015 vom 25. Februar 2016 E. 3.2 ; vgl. auch Eugster, a.a.O., S. 416 f. Rz 21, 23 und 25). Es handelt sich um einen öffentlich - rechtlichen Vertrag , der durch Einreichung der Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin entstand. Und zwar entsteht das Versicherungsverhältnis durch Verwaltungsakt, mit welchem der Versicherer auf Anmeldung der versicherten Person hin die Aufnahme formell, aber nicht in

konstitutiver Wirkung vollzieht. Die Anmeldung

stellt dabei eine empfangsbedürftige Gestaltungserklärung dar, an welche die antrag stellende Person grundsätzlich gebunden ist und die bei Erfüllung der gesetzlichen Aufnahmebedingungen ihre Rechtswirkung - die Begründung des Versicherungsverhältnisses - ohne Erfordernis der Zustimmung durch den Versicherer automatisch entfaltet, wobei der Krankenversicherer in jedem Fall von Amtes wegen abzuklären hat, ob die Bedingungen erfüllt sind (Eugster, a.a.O., S. 416 f. Rz 21, 23 und 25). Somit erfolgte mit der Anmeldung des Beschwerdeführers zur TelFirst-Versicherung auch der Vertragsabschluss, und zwar - vorbehaltlich der gesetzlichen Regelung im KVG-Bereich - in der Form und mit den Versicherungsbedingungen, welche die Beschwerdegegnerin vorgegeben hatte. Zusätzliche individuelle Vertragsverhandlungen und Versicherungsabreden konnten nicht getroffen werden, weshalb ohne Weiteres davon auszugehen ist, dass der Anhang TelFirst AVB vom 1. Januar 2009 im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften anwendbar ist.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist von der Beschwerdegegnerin denn auch kein spezieller Beweis dafür, dass die AVB, namentlich der Anhang TelFirst, auch für ihn als Versicherten gelten, zu erbringen. Massgeblich ist vielmehr die Frage, ob die für das Versicherungsmodell TelFirst gewählten Bestimmungen sich auf eine gesetzliche Grundlage stützen können und ob die Grenzen der Regelungsfreiheit eingehalten wurden. Dies ist mit Blick auf die Urteile des Bundesgerichts 9C_325/2015 vom 25. Juni 2015 E. 2, 9C_8/2014, 9C_9/2014

vom 14. Oktober 2014 E. 3.2 und 9C_878/2013 vom 14. Oktober 2014 E. 2.2, wonach solche Telefonmodelle sich als Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer auf Art. 41 Abs. 4 KVG stützen können, zu bejahen.

E. 4.1.3

Für die hier strittige Frage, ob der Beschwerdeführer zu Recht per 1. Januar 2016 in die ordentliche Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Beschwerdegegnerin umgeteilt wurde, sind somit die im Anhang TelFirst AVB, Ausgabe vom 1. Januar 2009, anwendbar (Urk. 9/3.2.1). Im Wesentlichen lauten die Bestimmungen wie folgt:

Nach Ziff. 1.1 Anhang TelFirst AVB ist die TelFirst Versicherung eine besondere Versicherungsform der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. „Sie basiert auf dem Prinzip, dass ein Telekonsultationszentrum (nachfolgend: „Zentrum“ genannt) eine erste medizinische Beratung vornimmt sowie Art und Dauer der Behandlung mit der versicherten Person vereinbart.“ Ziff. 1.2 hält fest, dass TelFirst-Versicherte sich bereit erklären, bei einem gesundheitlichen Problem vor der Vereinbarung eines Termins für eine Behandlung bei Ärzten, Chiropraktoren, Hebammen und in Spitälern mit dem Zentrum telefonisch Kontakt aufzunehmen beziehungsweise durch Dritte aufnehmen zu lassen, sofern die vorliegenden Bestimmungen nicht anderes vorsehen. Nach Ziff. 1.3 wird das Zentrum durch eine von Atupri unabhängige Gesellschaft betrieben, die Ärzte und medizinisches Personal beschäftigt, die rund um die Uhr für eine medizinische Beratung erreichbar sind.

Unter dem Titel „Kündigung“ wurde in Ziff. 4.3 das Folgende statuiert: „Bei Auslandsaufenthalten sowie bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten ist Atupri berechtigt, TelFirst-Versicherte unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats von TelFirst auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die Versicherungsform Standard. Bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten bleibt

die Gewährung eines zukünftigen Wiederabschlusses von TelFirst vorbehalten.“

Unter dem Titel „Rechte und Pflichten der TelFirst-Versicherten“ wurden in Ziff. 7 „Beratung durch das Zentrum“ zudem diese Regelungen vorgesehen: „7.1

TelFirst-Versicherte wenden sich vor der Vereinbarung eines Termins für die Behandlung beim Arzt, Chiropraktor, im Spital oder bei der Hebamme immer zuerst telefonisch an das Zentrum. Dieses berät die Versicherten medizinisch und vereinbart mit ihnen den optimalen Behandlungspfad und das Zeitfenster, in dem die Konsultation bei einem Leistungserbringer nach Wahl erfolgen soll. Erfolgt vom behandelnden Arzt ein Aufgebot zur Nachkontrolle oder eine Überweisung zu einem anderen Arzt, ins Spital oder ins Pflegeheim, ist nochmals eine telefonische Rücksprache mit dem Zentrum erforderlich. Bei wiederholtem Unterlassen dieser Kontaktaufnahmen liegt ein bedingungswidriges Verhalten gemäss Artikel 4.3 vor, welche die dort erwähnte Massnahme nach sich ziehen kann.

7.2 Atupri ist berechtigt, dem Zentrum eine Liste mit bevorzugten Leistungserbringern - gemäss Anhang HMO bzw. einen CareMed-Arzt gemäss Anhang CareMed - zu übergeben, aus der das Zentrum der TelFirst-Versicherten einen Leistungserbringer empfehlen kann.

7.3 Bei medizinischen Hilfspersonen wie namentlich Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, die im Auftrag vom Arzt Leistungen erbringen, ist keine vorherige Kontaktaufnahme mit dem Zentrum notwendig.“

In Ziff. 8 wurden die „Spezialfälle und Ausnahmen“ reglementiert. Laut Ziff. 8.1 sind Notfallbehandlungen im Rahmen der Versicherungsform Standard versichert und dem Zentrum baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden. Nach Ziff. 8.3 ist beim Eintritt in ein Spital oder Pflegeheim mit dem Zentrum vorgängig Kontakt aufzunehmen. Der Austritt aus einem Spital oder Pflegeheim ist dem Zentrum baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden.

E. 4.1.4

Diese Reglementsbestimmungen sind klar und unmissverständlich. Für die Anwendung der Unklarheits- und Ungewöhnlichkeitsregel bei AVB (analog zur Auslegung privatrechtlicher Verträge im Rahmen des Vertrauensprinzipes; vgl. dazu BGE 142 V 129 E. 5.2.2, 138 III 659 E. 4.2.1), wonach unklare, mehrdeutige oder ungewöhnliche Wendungen im Zweifel zu Lasten ihres Verfassers auszulegen sind (BGE 142 V 129 E. 5.2.2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 135 III 1 E. 2, 138 III 659 E. 4.2.1), besteht entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kein Anlass.

Insbesondere ist für die Auslegung und inhaltliche Gültigkeit dieser Reglementsbestimmungen der Internetauftritt der Beschwerdegegnerin nicht relevant. Erst recht nicht entscheidend ist der vom Beschwerdeführer eingereichte Blog-Eintrag vom 10. August 2015, der lediglich einen Fall eines Versicherten beschreibt (Urk. 3/4), ohne dass daraus eine allgemein gültige versicherungsrechtliche Zusicherung abgeleitet werden könnte. Überdies wurde er nach Versicherungsabschluss per 1. Januar 2010 und auch nach dem hier massgeblichen Zeitraum bis Mitte 2015 verfasst. Dasselbe gilt auch für die von der Beschwerdegegnerin zuhanden der Fernsehsendung Kassensturz vom 17. Mai 2016 (Urk. 19) gemachten Angaben, auf welche der Beschwerdeführer mit Eingaben vom 18. Mai und 24. Juni 2016 (Urk. 18, Urk. 26) Bezug genommen hat. Auch die Ausführungen in der Verfügung vom 23. Oktober 2015 und im Einspracheentscheid vom 7. Dezember 2015 vermögen keine Unklarheit der AVB zu begründen. Denn eine allfällige Unklarheit- und

Ungewöhnlichkeit der AVB sind bezogen auf den Zeitpunkt des Vertragsabschlusses und auf den Wortlaut der Bestimmungen selbst und nicht aufgrund von späteren Aussagen der Beschwerdeführerin zu beurteilen.

Ebenfalls keine Unklarheit begründet entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers die Bestimmung in Ziff. 9.1 Anhang TelFirst AVB (in der ab Januar 2011 gültigen Fassung) respektive die inhaltlich insofern entsprechende Bestimmung in Ziff. 7.1 Anhang TelFirst AVB (in der hier massgeblichen ab Januar 2009 gültigen Fassung), wonach bei wiederholtem Unterlassen der Kontaktaufnahme mit dem Telekonsultationszentrum eine Pflichtverletzung vorliegt, welche die Massnahmen gemäss Ziff. 6.2 respektive Ziff. 4.3 nach sich zieht. Der Wortlaut ist klar und lässt keinen Spielraum für weiterführende Interpretation. Die vorgesehenen Sanktionsmassnahmen können ergriffen werden, wenn die vorgesehenen telefonischen Kontaktaufnahmen mit dem Telekonsultationszentrum wiederholt, das heisst mehr als einmal, unterlassen wurden. Eine vorherige Verwarnung ist weder nach dem Wortlaut noch nach dem Sinn und Zweck geboten.

In Ziff. 7.1 Anhang TelFirst AVB wurde denn auch ausdrücklich statuiert, dass ein Versicherter sich vor Vereinbarung eines Termins für die Behandlung (unter anderem) beim Arzt und im Spital immer zuerst telefonisch an das Zentrum wenden muss. Wörtlich wurde der Begriff Termin gewählt und nicht allein der Begriff Behandlung. Damit wird nach dem allgemeinen Sprachverständnis deutlich, dass eine telefonische Kontaktaufnahme vor jeder Konsultation (in der Einzahl erwähnt in Ziff. 7.1) und nicht lediglich vor Aufnahme einer gesamten Behandlung eines Leidens zu erfolgen hat. Diese wird ausdrücklich weiter verdeutlicht, indem in derselben Bestimmung vorgesehen wurde, dass selbst dann eine weitere Kontaktaufnahme vorzunehmen ist, wenn vom behandelnden Arzt ein Aufgebot zur Nachkontrolle oder eine Überweisung zu einem anderen Arzt, ins Spital oder ins Pflegeheim erfolgt. Auch wurde die Pflicht zur vorgängigen Kontaktaufnahme beim Eintritt in ein Spital oder Pflegeheim und zusätzlich beim Austritt (innert 20 Tagen) in Ziff. 8.3 Anhang TelFirst AVB (in der ab 1. Januar 2009 gültig gewesenen Fassung) respektive in Ziff. 10.3 Anhang TelFirst AVB (in der ab 1. Januar 2011 gültigen Fassung) explizit festgehalten. Auch dadurch wird deutlich, dass die medizinische Beratung und Begleitung durch das Telekonsultationszentrum engmaschig zu erfolgen hat, so dass alle ärztlichen und stationären Behandlungen registriert und koordiniert werden können, um eine medizinisch effiziente, aber auch insgesamt kosten günstige Behandlung eines Leidens zu gewährleisten.

Nach dem Sinn und Zweck einer besonderen Versicherungsform im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG als Kosteneindämmungsmassnahme (vgl. E. 1.2.2 hiervor) ist dabei zu berücksichtigen, dass mit der dadurch ermöglichten Prämienreduktion zwingend auch ein höheres Kostenrisiko verbunden ist, wenn sich die versicherte Person nicht an die einschränkende Bedingung der vorgängigen telefonischen Kontaktaufnahme mit Vereinbarung des optimalen Behandlungspfades und des Zeitfensters der vorgesehenen medizinischen Konsultation hält. Denn nach Art. 61 Abs. 1 Satz 2 KVG hat der Versicherer von seinen Versicherten grundsätzlich die gleichen Prämien zu erheben, soweit das Gesetz keine Ausnahme vorsieht, und die Versicherer müssen nach Art. 13 Abs. 2 lit. a KVG die soziale Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchführen sowie die Gleichbehandlung der Versicherten

gewährleisten. Das Konzept einer besonderen Versicherungsform, bei der sich die versicherte Person vor der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen telefonisch oder telemedizinisch an einen Arzt eines Beratungszentrums zu wenden und den Anordnungen Folge zu leisten hat, beruht daher darauf, dass zunächst - abgesehen von den statuierten Ausnahmen - immer eine telefonische/elektronische Vorabklärung stattzufinden hat. Lässt sich eine versicherte Person nicht telefonisch auf einen Behandlungspfad weisen oder hält sie sich nicht an einen vorgegebenen Behandlungsablauf, darf dies - nicht anders als bei einer Hausarztversicherung - sanktioniert werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_325/2015 vom 25. Juni 2015 E. 2.3 und K 58/02 vom 6. Februar 2003 E. 3.1 f.).

Somit ist die von der Beschwerdegegnerin im Wortlaut festgelegte Regelung in Ziff. 7.1 Anhang TelFirst AVB (in der ab 1. Januar 2009 gültig gewesenen Fassung) respektive in Ziff. 9.1 Anhang TelFirst AVB (in der ab 1. Januar 2011 gültigen Fassung) auch vom Sinn und Zweck her klar und eindeutig. Ein Versicherter durfte und musste diese Regelungen nach dem objektiven Sinn so verstehen, dass - abgesehen von den in Ziff. 7.3 und Ziff. 8.1-2 (respektive Ziff. 9.3 und Ziff. 10.1-2) geregelten Ausnahmen - immer eine vorgängige telefonische Kontaktaufnahme mit dem Telekonsultationszentrum stattzufinden hat und ein wiederholtes Unterlassen dieser Vorgabe direkt, mithin ohne vorherige Verwarnung, zur Sanktionierung führt. Dabei liegt eine Verletzung der Pflicht zur telefonischen Kontaktaufnahme nach dem allgemeinen Verständnis entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht erst dann vor, wenn der Versicherer den Versicherten darauf aufmerksam gemacht und abgemahnt hat, sondern eine solche ist bereits durch die Unterlassung des Versicherten selbst erfüllt.

E. 4.2.1

In Bezug auf die Behandlungen im Jahr 2015 steht unstrittig fest, dass der Beschwerdeführer vom 7. Januar bis am 26. Mai 2015 insgesamt neun ärztliche Behandlungen in Anspruch nahm, welche die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der vereinbarten Franchise und des Selbstbehaltes vergütet hat (Urk. 9/6). Ausgewiesen ist auch, dass es sich dabei mit Ausnahme der Behandlung durch Dr. Y.____ vom 4. Mai 2015 jeweils um Behandlungen im A.____ handelte.

Unstrittig ist weiter (vgl. Urk. 1 Ziff. III 1.a), dass sich der Beschwerdeführer bezüglich dieser konkreten Konsultationen im A.____ und bei Dr. Y.____ im Jahr 2015 weder vorher noch nachher beim zuständigen Telekonsultationszentrum Medgate gemeldet hat. Daraus lässt sich angesichts der hier vor festgestellten Bedeutung der AVB ohne Weiteres darauf schliessen, dass der Beschwerdeführer aufgrund dieser Unterlassungen von Januar bis Mai 2015 wiederholt im Sinne von Ziff. 7.1 Anhang TelFirst AVB (in der ab 1. Januar 2009 gültig gewesenen Fassung) seine Mitwirkungspflicht als TelFirst-Versicherter verletzt hat, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht den in Ziff. 4.3 Anhang TelFirst AVB vorgesehenen Wechsel in die Standard-Versicherungsform der obligatorischen Krankenversicherung vorgenommen hat.

Ob und inwiefern bezüglich der von der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid aufgeführten Behandlungen des Jahres 2014 ebenfalls zu Unrecht keine Kontaktaufnahme mit Medgate erfolgte, kann daher offen bleiben.

E. 4.2.2

Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, führt zu keiner anderen Betrachtungsweise. Insbesondere ist es unerheblich, ob im Jahr 2015 ein Leiden behandelt wurde, das bereits im Jahr 2014 diagnostiziert und behandelt worden war. Denn die Pflicht zur Kontaktaufnahme mit dem Telekommunikationszentrum vor einem Behandlungstermin ist unabhängig davon gegeben, ob der Versicherte über längere Zeit wegen derselben Diagnose in Behandlung steht. Die Pflicht zur regelmässigen Kontaktaufnahme bezieht sich mithin entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht auf eine Behandlungseinheit bei denselben Ärzten für dasselbe Leiden bis zum Abschluss der gesamten Behandlung. Viel mehr ist es gerade das Wesen der besonderen Versicherungsform TelFirst, dass der Verlauf der weiteren Behandlung eines Leidens durch das Telekonsultationszentrum registriert und soweit notwendig im Sinne der Kosteneffizienz koordiniert werden kann. Die Ausnahmen von der regelmässig gebotenen Kontaktaufnahme sind ausserdem in Ziff. 7.3 (medizinische Hilfspersonen wie Physio- und Ergotherapeuten) und Ziff. 8.1 (Notfallbehandlungen) sowie Ziff. 8.2 (gynäkologische und augenärztliche Voruntersuchung) Anhang TelFirst AVB aufgeführt; sie beziehen sich nicht auf die Behandlungen von bestimmten Gesundheitsbeeinträchtigungen. Dass es sich bei allen neun Behandlungen des Beschwerdeführers von Januar bis Mai 2015 um Notfallbehandlungen gehandelt hätte, wurde ferner weder geltend gemacht, noch ergibt sich dies aus den Akten. In einem solchen Fall hätte die ärztliche Konsultation zudem nach Ziff. 8.1 Anhang TelFirst AVB nachträglich innert 20 Tagen an das Zentrum gemeldet werden müssen.

Nichts zu seinen Gunsten kann der Beschwerdeführer sodann daraus ableiten, dass die Beschwerdegegnerin die Umteilung nicht bereits nach dem zweiten Verstoss vornahm, zumal dies zu seinem Vorteil war. Dieser Umstand begründete insbesondere keinen Vertrauensschutz, welcher den Bürger - abgeleitet aus dem Grundsatz von Treu und Glauben (Art. 9 der Bundesverfassung, BV) - in seinem berechtigten Vertrauen auf behördliches Verhalten schützt (vgl. BGE 131 V 472 E. 5). Auf berechtigtes Vertrauen kann sich nur berufen, wer bei der Aufmerksamkeit, wie sie nach den Umständen von ihm verlangt werden darf, selber als gutgläubig gelten kann. Keinen Vertrauensschutz kann somit beanspruchen, wer nicht selber die zur Wahrung seiner Rechte notwendigen Schritte unverzüglich unternommen hat, die ihm Treu und Glauben geboten hätten (Urteil des Bundesgerichts 8C_804/2010 vom 7. Februar 2011 E. 6.1 mit Hinweisen). Da der Beschwerdeführer zur telefonischen Kontaktaufnahme mit dem Medgate bezüglich seiner Behandlungen im Jahr 2015 verpflichtet gewesen wäre, fällt die Berufung auf den Vertrauensschutz ausser Betracht.

Die Sanktion der Umteilung in die Standardform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stellt sodann auch keinen Widerspruch zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz dar , zumal in der Rechtsprechung selbst eine Ablehnung der Vergütung der Behandlungsleistungen als verhältnismässig angesehen wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_325/2015 vom 25. Juni 2015 E. 2.4) . Ausserdem kann das besondere Versicherungsmodell TelFirst nach seinem Sinn und Zweck nur bei konsequenter Einhaltung der Vorgaben durch die TelFirst-Versicherten die gesetzlich vorgesehene Kostenersparnis für tiefere Prämien verwirklichen.

E. 4.2.3

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, er sei aufgrund seiner Neuanmeldung per 1. Januar 2016 weiterhin im TelFirst-Modell bei der Beschwerdegegnerin versichert (Urk. 12 S. 7 f.), ist festzuhalten, dass eine solche Neuanmeldung - die im Übrigen nicht

belegt ist - der hier zu beurteilenden Sanktionierung zuwiderlaufen würde und schon deshalb als nichtig und jedenfalls nicht konstituierend anzusehen wäre. Dass dem Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin zusammen mit der neuen Versicherungspolice für das Jahr 2016 (Urk. 13/8) eine allgemeine Broschüre mit dem Coupon „Prämien Sparen“ zugesandt wurde, womit sich ein Versicherter spätestens bis zum 30. November 2015 für ein alternatives Versicherungsmodell anmelden konnte (Urk. 13/7), ändert daran nichts, zumal es sich dabei gut erkennbar lediglich um eine Broschüre und nicht um ein an den Beschwerdeführer persönlich gerichtetes Schreiben der Beschwerdegegnerin handelt.

E. 4.3.1

Bei gegebener Sachlage und angesichts der klaren und unmissverständlichen Reglementsbestimmungen hat die Beschwerdegegnerin zu Recht den Beschwerdeführer unter Einhaltung der dafür vorgesehenen Frist von 30 Tagen auf Ende eines Kalendermonats per 1. Januar 2016 (Ziff. 4.3 Anhang Teil I der AVB) der Versicherungsform Standard zugeteilt.

Sämtliche weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Von weiteren Beweismassnahmen sind keine anderen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzu sehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_320/2014 vom 14. August 2014 E. 11).

E. 4.3.2

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. Dezember 2015 (Urk. 2) ist nach dem Gesagten rechtens. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

E. 5.1

Der Antrag des Beschwerdeführers, es sei der Beschwerdegegnerin in geeigneter Weise beizubringen, dass eine Beschwerde gemäss Art. 55 VwVG aufschiebende Wirkung nach sich ziehe (Urk. 12 S. 1 f.), ist mit dem vorliegenden Entscheid gegenstandslos.

E. 5.2

Das Verfahren ist kostenlos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Atupri Gesundheitsversicherung - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

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