



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 21. Januar 2021 (730 20 250 / 12)

Krankenversicherung

Nachforderung von Krankenkassenprämien infolge Wohnsitzwechsels und damit einhergehenden Grenzgängerstatus. Mangels (kausaler) Disposition fällt eine Berufung auf den Vertrauensschutz vorliegend ausser Betracht. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdegegnerin den Versicherten einen Versicherungswechsel verunmöglich hat, womit eine allfällige Schadenersatzpflicht in Form der geltend gemachten Prämienendifferenz entfällt.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

Parteien **A.**____ und **B.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Sarah Brutschin, Advokatin, Picassoplatz 8, Postfach 330, 4010 Basel

gegen

Easy Sana Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, Postfach, 1919 Martigny Groupe Mutuel, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Die 1964 und 1968 geborenen Versicherten sind seit dem 1. Januar 2007 bei der Easy Sana Krankenversicherung AG (Easy Sana [vormals: Hermes]) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert. Nachdem die Versicherten die Easy Sana über ihre neue

Adresse in Frankreich orientiert hatten, sandte die Easy Sana am 12. Oktober 2015 einen Fragebogen zur Statusabklärung, auf den jedoch keine Antwort erfolgte. Mit Schreiben vom 9. Februar 2017 erlangte die Easy Sana durch die Versicherten Kenntnis davon, dass dieselben seit 1. August bzw. 1. Oktober 2014 über eine Grenzgängerbewilligung verfügten. Daraufhin forderte sie mit Verfügung vom 28. November 2017 von den Versicherten einen Betrag von Fr. 18'077.-- für ausstehende Krankenkassenprämien nach. Zur Begründung führte sie an, aufgrund der ihr mit Schreiben vom 9. Februar 2017 zugesandten Grenzgängerbewilligungen habe sie die obligatorische Krankenpflegeversicherung rückwirkend ab dem 1. August bzw. 1. Oktober 2014 dem Status als Grenzgänger im Sinne der Bilateralen Abkommen angepasst. Aufgrund der Differenz der in diesem Zeitraum in Rechnung gestellten Prämien für die Tarifregion BL und der höheren Prämie für Grenzgänger resultiere der nachzuzahlende Betrag in der Höhe von Fr. 18'077.--. Mit Einsprache vom 22. Januar 2018 beantragten die Versicherten, vertreten durch Sarah Brutschin, Advokatin, die Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Als Begründung wurde im Wesentlichen geltend gemacht, dass die Easy Sana nach Kenntnis des Wohnsitzwechsels die Versicherungsausweise für die Jahre 2016 und 2017 an die Adresse in Frankreich gesandt habe. Dieses Vorgehen habe ein berechtigtes Vertrauen der Versicherten begründet, dass somit auch die korrekte Prämie erhoben werde. Eine rückwirkende Anpassung des Versicherungsschutzes verstosse gegen das berechnete Vertrauen der Versicherten und sei als widersprüchliches Verhalten zu qualifizieren. In ihrer Einspracheentscheid vom 25. Mai 2020 hielt die Easy Sana vollumfänglich an ihrer Auffassung fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhoben die Versicherten mit Eingabe vom 29. Juni 2020, weiterhin vertreten durch Sarah Brutschin, Advokatin, Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragten sie, der Einspracheentscheid sei teilweise aufzuheben und es sei festzustellen, dass die Prämienausstände per 31. Dezember 2017 Fr. 7'696.80 betragen würden. Sofern die Beschwerdegegnerin mit den nach Frankreich versandten Prämienrechnungen die gültigen Prämien erhoben hätte, hätten sie bereits per Ende 2015 zur günstigsten Krankenkasse in der Schweiz wechseln können. Die Prämien Differenz zwischen den erhobenen Prämien und jener der günstigsten Krankenkasse betrage für das Jahr 2016 Fr. 144.20 und für das Jahr 2017 Fr. 167.40, was einem Betrag von Fr. 7'478.40 entspreche. Alsdann habe sich der Prämienausstand gemäss Kontoaufstellung vom 1. Oktober 2014 bis 30. Juni 2020, anders als im Einspracheentscheid geltend gemacht, auf Fr. 15'790.-- belaufen. Davon seien noch zusätzlich Fr. 615.10 für die am 8. Mai 2017 beglichene Nachforderung für die Monate Januar bis April 2017 in Abzug zu bringen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 14. August 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Die Präsidentin zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)

vom 18. März 1994 anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Krankenversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person im Ausland, so ist nach Art. 58 Abs. 2 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat. Vorliegend befand sich der letzte schweizerische Wohnsitz der Versicherten in X. _____ BL, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Gemäss § 55 Abs. 1 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 20'000.- durch Präsidialentscheid. Im vorliegenden Fall liegt der Streitwert unter dieser Grenze, weshalb die Angelegenheit präsidial zu entscheiden ist.

2.1 Nach Art. 3 Abs. 1 KVG muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz für die Krankenpflege versichern. Mit anderen Worten besteht ein gesetzlich vorgeschriebenes Versicherungsobligatorium. Gemäss Art. 61 ff. KVG in Verbindung mit Art. 90 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 ist jede versicherte Person ebenso verpflichtet, hierfür im Voraus monatlich zu bezahlende Prämien zu entrichten.

2.2 Gemäss Art. 3 Abs. 3 lit. a KVG kann der Bundesrat die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, die in der Schweiz tätig sind. Gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. d KVV sind u.a. versicherungspflichtig Personen, welche in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnen und nach dem in Artikel 95a Buchstabe a des Gesetzes genannten Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft sowie ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen) sowie seinem Anhang II der schweizerischen Versicherung unterstellt sind.

2.3 Art. 11 Abs. 3 lit. a der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit bestimmt, dass – vorbehältlich der Artikel 12 und 13 – eine Person, die in einem Mitgliedstaat eine Beschäftigung oder selbstständige Erwerbstätigkeit ausübt, den Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaats unterliegt. Anhang XI sieht unter der Marginalie "Besondere Vorschriften für die Anwendung der Rechtsvorschriften" für die Schweiz unter Art. 3 lit. b vor, dass Personen, welche den schweizerischen Rechtsvorschriften der Krankenversicherung unterliegen, auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie in einem der folgenden Staaten wohnen und nachweisen, dass sie dort für den Krankheitsfall gedeckt sind: Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich und – was die unter Buchstabe a Ziffern iv und v genannten Personen angeht – Finnland und – was die unter Buchstabe a Ziffer ii genannten Personen angeht – Portugal.

2.4 Art. 61 Abs. 4 KVG sieht vor, dass für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, die Prämien je Wohnsitzstaat zu berechnen sind. Der Bundesrat erlässt Vorschriften, wie die Prämien dieser Versicherten und das Inkasso zu gestalten sind. Gemäss Art. 101a KVV stehen die besonderen Versicherungsformen, worunter u.a. die wählbaren Franchisen fallen, nach den Artikeln 93–101 für Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen, nicht offen.

3. Gemäss 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 der 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 (Art. 7 Abs. 2 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 Betriebskosten nicht vollständig bezahlt hat (Art. 64a Abs. 6 KVG). Säumig im Sinne von Art. 64a Abs. 6 des Gesetzes ist die versicherte Person ab Zustellung der Mahnung nach Art. 105b Abs. 1 (Art. 105I Abs. 1 KVV). Kündigt eine säumige versicherte Person ihr Versicherungsverhältnis, so muss der Versicherer sie informieren, dass die Kündigung keine Wirkung entfaltet, wenn die bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse sowie die bis zu diesem Zeitpunkt aufgelaufenen Betriebskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind (Art. 105I Abs. 2 KVV).

4. Zwischen den Parteien vorliegend zu Recht nicht streitig ist, dass die Prämienrechnungen ursprünglich materiell fehlerhaft waren, indem infolge des Wohnsitzwechsels sowie des damit einhergehenden Grenzgängerstatus höhere Prämien zu entrichten gewesen wären, da diese nach dem Wohnsitzstaat zu berechnen sind, und lediglich die gesetzlich vorgesehene Franchise festgelegt werden kann (vgl. E. 2.4 hiervor). Die Beschwerdeführer machen indessen geltend, dass die Beschwerdegegnerin ihre Aufklärungs- und Beratungspflicht nach Art. 27 ATSG verletzt habe, indem sie eine Aufklärung über die ihnen zustehenden Rechte bei einer Wohnsitzverlegung nach Frankreich unterlassen und stattdessen gar Versicherungsausweise und Prämienrechnungen mit jenen Konditionen, welche für Versicherte in der Schweiz gelten würden, an die Wohnadresse nach Frankreich verschickt habe. Bei rechtzeitiger und korrekter Wahrnehmung der Aufklärungspflicht hätten sie per 2016 zu einer günstigeren Krankenkasse wechseln können, was ihnen jedoch verwehrt geblieben sei. Die Beschwerdegegnerin habe den ihnen aus der Prämien Differenz entstandenen Schaden zu ersetzen, weshalb der Nachforderungsbetrag um Fr. 7'478.40 zu reduzieren sei. Die Beschwerdegegnerin stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass sie trotz Kenntniserlangung von der Adressänderung nicht mit Sicherheit von einer Wohnsitzaufgabe in der Schweiz ausgehen können. Alsdann könne im Sinne der Mitwirkungspflicht von den Versicherten erwartet werden, dass sie sich betreffend Statusänderungen erkundigen würden. Nachdem die Mitteilung betreffend den Grenzgängerstatus erst im Februar 2017 erfolgt sei, könne ihr dies nicht zur Last gelegt werden. Dessen ungeachtet hätten per 2017 ohnehin weitere Prämienausstände und offene Kostenbeteiligungen bestanden, weshalb diese

einen Versicherungswechsel sowohl damals als auch zum heutigen Zeitpunkt verunmöglicht hätten.

5.1 Gemäss dem im vorliegenden Fall interessierenden Absatz 2 von Art. 27 ATSG hat jede Person Anspruch auf grundsätzlich unentgeltliche Beratung über ihre Rechte und Pflichten. Dafür zuständig sind die Versicherungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind. Art. 27 Abs. 2 ATSG räumt dem Einzelnen einen individuellen Rechtsanspruch auf Beratung durch den zuständigen Versicherungsträger über seine Rechte und Pflichten ein. Sinn und Zweck der Beratungspflicht ist, die betreffende Person in die Lage zu versetzen, sich so zu verhalten, dass eine den gesetzgeberischen Zielen des jeweiligen Erlasses entsprechende Rechtsfolge eintritt (BGE 131 V 478 E. 4.3; SVR 2008 IV Nr. 10 S. 30, I 714/06, E. 4.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 5. Mai 2011, 8C_26/2011 E. 5.2 mit zahlreichen Hinweisen). Dabei ist die zu beratende Person über die massgebenden Umstände rechtlicher oder tatsächlicher Art zu informieren, die zu einer zutreffenden Wahrnehmung der Rechte und Pflichten führen (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Art. 27 Rz. 18). Das Bundesgericht hat bisher offengelassen, wo die Grenzen der in Art. 27 Abs. 2 ATSG verankerten Beratungspflicht in generell-abstrakter Weise zu ziehen sind (BGE 131 V 478 E. 4.3). Die Beratungspflicht wird primär ausgelöst durch eine konkrete Anfrage einer versicherten Person zu einem bestimmten sozialversicherungsrechtlichen Problem (vgl. ULRICH MEYER, Verfahrensfragen – Grundlagen, Begriff und Grenzen der Beratungspflicht nach Art. 27. Abs. 2 ATSG, in: Gächter [Hrsg.], Ulrich Meyer – Ausgewählte Schriften, Zürich 2013, S. 336). Schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob die behördliche Beratungspflicht auch dann zum Zuge kommt, wenn die versicherte Person sich nicht erkundigt. Eine Beratungspflicht von Amtes wegen und ohne Anlass gibt es nach herrschender Lehre nicht, da sie den Versicherungsträger überfordern würde (MEYER, a.a.O., S. 336; KIESER, a.a.O., Rz. 19). Für die Auslösung der Beratungspflicht ausreichend ist indessen, wenn für den zuständigen Versicherungsträger erkennbar ist, dass der Betroffene durch ein bestimmtes Handeln oder Unterlassen Nachteile in Bezug auf seine Ansprüche erleiden könnte (MEYER, a.a.O., S. 337; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 31. Mai 2011, 8C_26/2011, E. 5.2).

5.2 Wird die Beratungspflicht nicht oder ungenügend wahrgenommen, kommt dies einer falsch erteilten Auskunft des Versicherungsträgers gleich und dieser hat dafür in Nachachtung des Vertrauensprinzips einzustehen (BGE 131 V 480 E. 5). Rechtsprechungsgemäss ist eine falsche Auskunft bindend, 1. wenn die Behörde in einer konkreten Situation mit Bezug auf bestimmte Personen gehandelt hat; 2. wenn sie für die Erteilung der betreffenden Auskunft zuständig war oder wenn der Bürger die Behörde aus zureichenden Gründen als zuständig betrachten durfte; 3. wenn der Bürger die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne weiteres erkennen konnte; 4. wenn er im Vertrauen auf die Richtigkeit der Auskunft Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können; 5. wenn die gesetzliche Ordnung seit der Auskunftserteilung keine Änderung erfahren hat (BGE 121 V 65 E. 2, 119 V 307 E. 3a, 118 Ia 254 E. 4b, 118 V 76 E. 7, je mit Hinweisen).

5.3 Der Grundsatz des Vertrauensschutzes gilt nicht nur dann, wenn der Bürger oder die Bürgerin Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können, sondern auch dann, wenn er oder sie im Vertrauen auf die Richtigkeit der behördlichen Auskunft oder Anordnung unterlassen hat, Dispositionen zu treffen, die nicht mit dem früher möglichen Erfolg nachgeholt werden können.

5.4.1 Der rechtserhebliche Sachverhalt präsentiert sich hierzu wie folgt: Den übereinstimmenden Aussagen der Parteien zufolge haben die Versicherten der Beschwerdegegnerin im Oktober 2015 ihre neue Adresse in Frankreich mitgeteilt. Einem Schreiben der Beschwerdegegnerin zuhanden der Versicherten vom 12. Oktober 2015 lässt sich hierzu entnehmen, dass erstere die Mitteilung erhalten habe, dass die Versicherten die Schweiz verlassen werden. Im selben Schreiben ersuchte sie die Versicherten, anhand des beigelegten Formulars nähere Angaben betreffend ihren Aufenthaltsstatus zu machen, um abzuklären, ob nach ihrer Ausreise weiterhin eine Versicherungspflicht in der Schweiz bestehe (vgl. act. 5). Dieses Schreiben blieb unbeantwortet. In der Folge wurden die Versicherungsausweise für die Jahre 2016 sowie 2017 als auch die einzelnen Prämienabrechnungen an die Adresse in Frankreich versandt (vgl. act. 3). Mit einem Schreiben vom 9. Februar 2017 (Eingang) ersuchten die Versicherten um Zustellung neuer Versicherungsausweise für das Jahr 2017 und legten eine Kopie ihrer Grenzgängerbewilligungen bei (vgl. act. 8). Daraufhin stellte die Easy Sana den Versicherten mit Wirkung ab Oktober 2014 neue Versicherungsausweise zu und forderte für die Zeit von August 2014 bis Juni 2017 einen Betrag von insgesamt Fr. 13'819.80 mittels zusätzlichen Rechnungen nach (August bis Dezember 2014 Fr. 1'755.--, für das Jahr 2015 Fr. 4'893.60, für das Jahr 2016 4'834.80, für die Zeit von Januar bis Juni 2017 2'335.80 [act. 10-14]). In einem Schreiben vom 24. März 2017 teilten die Versicherten der Easy Sana mit, dass sie nicht bereit seien, rückwirkend Prämien für den Zeitraum von August 2014 bis Dezember 2016 zu bezahlen. Die Easy Sana hätte schon seit circa 2014 Kenntnis von ihrem Wohnsitz in Frankreich gehabt und entsprechend auch die Prämienrechnungen an diese Adresse zugestellt. Während dieser Zeit habe sich niemand bei ihnen erkundigt und darüber in Kenntnis gesetzt, dass sie als Grenzgänger eine höhere Prämie zu bezahlen hätten. Erst anfangs des Jahrs habe eine Bekannte sie darauf hingewiesen, dass sich die auf dem Versicherungsausweis veranschlagte Franchise in Höhe von Fr. 2'500.-- nicht mit dem Grenzgängerstatus vereinbaren liesse. Die Prämien ab Januar 2017 würden sie indessen begleichen. Nachdem die Easy Sana an ihrer Auffassung festgehalten hatte, teilten die Versicherten in einem weiteren Schreiben vom 5. Mai 2017 mit, dass sie das Formular zur Statusabklärung nie erhalten hätten. Ferner ersuchten sie im Hinblick auf Abklärungen mit der Ombudsstelle um einen Mahn- und Inkassostopp für die Prämiennachforderungen. Nachdem Mediationsverhandlungen gescheitert waren, ersuchten die Versicherten um Erlass einer anfechtbaren Verfügung.

5.4.2 Gestützt auf die vorliegende Aktenlage spricht vieles dafür, dass im Lichte von Treu und Glauben genügend Anhaltspunkte bestanden haben, welche die Beschwerdegegnerin hätten veranlassen müssen, die Prämien anzupassen bzw. die Versicherten auf alternative Handlungs- und Entscheidungsspielräume hinzuweisen. Soweit die Beschwerdegegnerin geltend macht, dass sie trotz der Mitteilung der Adressänderung nach Frankreich nicht davon ausgehen können, dass dort ein neuer Wohnsitz begründet worden sei, kann ihr jedenfalls nicht beigeplichtet werden. Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 4.1 hiervor), ist die Beratungspflicht dann zu erfüllen, wenn

der Versicherungsträger einen entsprechenden Bedarf feststellt. Dies wird insbesondere mit der Zuordnung des Sozialversicherungsrechts zu den schwer überblickbaren Rechtsgebieten gerechtfertigt (KIESER, a.a.O., Rz. 15). Wird der Versicherung eine Adressänderung mitgeteilt, so ist diese zur umfassenden Abklärung verpflichtet. Dies gilt umso mehr, wenn es sich dabei um eine solche in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union handelt, besteht doch bei einem Wohnsitzwechsel in einen Staat der Europäischen Union nur noch unter gewissen Voraussetzungen eine Versicherungspflicht in der Schweiz. Dabei hat sie zwar nicht von sich aus in den Lebensverhältnissen der versicherten Person nachzuforschen und sie auf alternative Handlungs- und Entscheidungsspielräume hinzuweisen, für die kein klar erkennbarer Anhaltspunkt besteht. Bei konkretem Anlass muss sie die versicherten Personen aber auf solche Gestaltungsmöglichkeiten hinweisen, die klar zutage liegen und deren Wahrnehmung offenbar so zweckmässig ist, dass jeder verständige Versicherte sie mutmasslich nutzen würde (MEYER, a.a.O., S. 336). An der Abklärungspflicht vermag auch die Tatsache nichts zu ändern, dass eine Antwort auf das Formular zur Abklärung der Statusänderung, dessen Zustellung im Übrigen unbewiesen geblieben ist, ausblieb. Dies umso weniger, als die Beschwerdegegnerin sowohl die Versicherungsausweise als auch die monatlichen Prämienrechnungen im Anschluss an die Mitteilung an die entsprechende Adresse in Frankreich versandt, aber dennoch die Prämien nach dem Tarif im Kanton Basel-Landschaft mit einer Franchise in Höhe von Fr. 2'500.-- erhoben hat. Demgegenüber erscheint angesichts der unverändert erhobenen Prämien zumindest fraglich, weshalb jegliche Erkundigungen seitens der Versicherten ausgeblieben sind, zumal ihnen mit einem Ortswechsel einhergehende Änderungen bezüglich der Prämienhöhe bereits aus einem vorgängigen Wohnsitzwechsel bekannt waren. Alsdann erfolgte die Meldung entgegen Ziffer 4. Abs. 1 der Allgemeinen Vertragsbestimmungen, wonach Adressänderungen innert 30 Tagen bzw. bei Verlegung des Wohnsitzes ausserhalb des Tätigkeitsgebietes innerhalb von 20 Tagen zu melden sind, erst über ein Jahr nach Erlangung des Grenzgängerstatus. Einer abschliessenden Beantwortung der Frage, ob das Verhalten der Versicherten diesen eine Berufung auf den Vertrauensschutz verwehren würde, kommt vorliegend jedoch keine ausschlaggebende Bedeutung zu. Selbst wenn man die Voraussetzung einer Vertrauensgrundlage bejahen würde, würde die Berufung auf den Vertrauensschutz am fehlenden Kausalzusammenhang zu einer (unterlassenen) Disposition scheitern, wie nachfolgend zu zeigen sein wird.

5.4.3 Wie hiervor dargelegt, gelten als Dispositionen nach konstanter Rechtsprechung auch Unterlassungen (vgl. E. 4.3 hiervor; ferner BGE 111 V 72 E. 4c, 10 V 156 E. 4b, 106 V 72 E. 3b). Erforderlich ist, dass die Auskunft für die darauffolgende Unterlassung ursächlich war. Ein solcher Kausalzusammenhang ist gegeben, wenn angenommen werden kann, der Versicherte hätte sich ohne die fehlerhafte Auskunft anders verhalten.

5.4.4 Die Beschwerdeführer machen diesbezüglich insbesondere geltend, dass ihnen aufgrund der unterlassenen Information ein Versicherungswechsel insofern verwehrt geblieben sei, als sie per 2016 in die günstigste Krankenkasse in der Schweiz hätten wechseln können (vgl. zu den Tarifen Beschwerdebeilage 8). Zwar ist den Beschwerdeführern insoweit zuzustimmen, als ihnen durch ihre Wohnsitzverlegung nach Frankreich im Sinne von Art. 2 Abs. 6 KVV die Möglichkeit offen gestanden wäre, sich auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht in der Schweiz

befreien zu lassen (sog. Optionsrecht). Darüber hinaus gewährt Art. 7 Abs. 2 KVG bei der Mitteilung der neuen Prämie der versicherten Person die Möglichkeit, den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats zu wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Ob die Versicherten indessen bei korrekter Ausübung der Auskunftspflicht überwiegend wahrscheinlich per Januar 2016 in die günstigste Krankenkasse in der Schweiz gewechselt hätten, ist per se in Frage zu stellen, zumal sie ein solches Vorgehen auch in ihrem Schreiben vom 5. Mai 2017 lediglich als mögliche Option benannt haben. Wie sich dem in den Akten befindlichen Kontoauszug vom 5. Oktober 2017 (act. 7) entnehmen lässt, waren im Zeitpunkt der Meldung der Adressänderung bzw. per Ende 2015 jedoch ohnehin noch offene Prämienforderungen zu verzeichnen, welche einem Versicherungsverwechsel im Sinne von Art. 64a Abs. 6 KVG entgegengestanden wären. So wurden die Prämienrechnung für den Monat Dezember 2014 erst auf Betreibung hin im Juli 2016 und die Prämienrechnung für den Monat April 2015 ebenfalls infolge Betreibung erst im Dezember 2016 beglichen. Es sind vorliegend jedenfalls keine Gründe ersichtlich, wonach Art. 64a Abs. 6 KVG nicht zur Anwendung gelangen sollte, nachdem die offenen Forderungen soweit ersichtlich eingebracht werden konnten (vgl. Art. 105m Abs. 1 lit. a Ziff. 1 KVV). Unter diesen Umständen kann aber nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht davon ausgegangen werden, dass die Versicherten bei korrekter Ausübung der Auskunftspflicht überwiegend wahrscheinlich eine andere Lösung in Betracht gezogen hätten. Nach dem Gesagten können sich die Beschwerdeführer mangels (kausaler) Disposition nicht auf den Vertrauensschutz berufen, weshalb auf eine Prüfung der übrigen (kumulativ zu erfüllenden) Voraussetzungen verzichtet werden kann (vgl. E. 5.2 hiervor).

6. Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen kann demnach nicht davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdegegnerin den Versicherten einen Versicherungsverwechsel per 1. Januar 2016 verunmöglicht hat. Demzufolge entfällt auch eine allfällige Schadenersatzpflicht nach Art. 7 Abs. 6 KVG in Form der geltend gemachten Prämien Differenz für die Jahre 2016 und 2017.

7. Ungeachtet der vorstehenden Erwägungen ist nicht streitig, dass nach wie vor eine Versicherungspflicht bei der Beschwerdegegnerin besteht, obwohl die Versicherten ihren Vertrag per 31. Dezember 2017 gekündigt haben (vgl. act. 26). Wie sich dem Kontoauszug vom 5. Oktober 2017 (act. 7) sowie der Kontoaufstellung (act. 28) entnehmen lässt, hatten die Beschwerdeführer im Zeitpunkt ihrer Kündigung(en) neben ausstehenden Prämien(nach)forderungen auch noch offene Kostenbeteiligungen zu verzeichnen, was von den Beschwerdeführern grundsätzlich anerkannt wird, zumal mit der vorliegenden Beschwerde lediglich die Reduktion des Nachforderungsbetrags in Form der Differenz zur günstigsten Prämie der Jahre 2016 und 2017 geltend gemacht wird. Hinweise für eine darüber hinaus gehende Schadenersatzpflicht finden sich nicht und werden ebenfalls nicht geltend gemacht. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführenden, nachdem diese mit Schreiben vom 18. Oktober 2016 ihre Versicherungsverhältnisse auf Ende 2017 gekündigt hatten, die Kündigungen am 5. November 2016 schriftlich bestätigt. Darin wurde auf die Kündigungsmodalitäten verwiesen, namentlich dass ein Versichererwechsel erst erfolgen könne, wenn sämtliche Ausstände beglichen seien und die Aufnahmebestätigung des neuen Versicherers vorliege (vgl. Art. 105l Abs. 2 KVV). Zwar ist die Zustellung einer detaillierten Übersicht über die ausstehenden Prämien erst mit Verfügung vom 28. November 2017 ergangen, gleich-

wohl waren die Versicherten in Kenntnis über die nachgeforderten Prämien und offenen Kostenbeteiligungen sowie das Erfordernis der Aufnahmebestätigung eines neuen Versicherers. Wie die Beschwerdegegnerin alsdann zutreffend geltend macht, lässt sich den Akten bis zum heutigen Zeitpunkt keine Nachversicherungsbestätigung im Sinne von Art. 7 Abs. 5 KVG entnehmen.

8. Den Beschwerdeführern ist indessen insoweit beizupflichten, als die ziffernmässige Höhe des bis Dezember 2017 geltend gemachten Forderungsbetrags unklar ist. Der Kontoaufstellung für die Zeit von Oktober 2014 bis Juni 2017 (act. 28) lässt sich für die nachgeforderten Prämien Differenzen und die ausstehenden Kostenbeteiligungen abzüglich Mahnspesen und Zinsen ein Betrag in der Höhe von Fr. 14'727.95 entnehmen. Dieser stimmt mit den in Rechnung gestellten Nachforderungen (vgl. act. 10-14) und den offenen Kostenbeteiligungen gemäss Kontoauszug vom 5. Oktober 2017 (act. 7) überein. Ferner betragen die angepassten Prämien ab Juli 2017 in Übereinstimmung mit den vorliegenden Abrechnungen monatlich Fr. 1004.40 (je Fr. 502.20). Zunächst ist indessen nicht nachvollziehbar, auf welcher Grundlage der schliesslich mit Verfügung vom 28. November 2017 geforderte Gesamtbetrag in der Höhe von Fr. 18'077.-- basiert. Jedenfalls lässt er sich anhand der vorgenannten Beträge nicht verifizieren. Schliesslich wird im Einspracheentscheid vom 25. Mai 2020 für die bis Dezember 2017 aufgelaufene Gesamtforderung auf den im Kontoauszug vom 5. Oktober 2017 (act. 7) veranschlagten Betrag in der Höhe von Fr. 18'891.40 verwiesen, der sämtliche Mahngebühren und Zinsen umfasst, auf deren Erhebung gemäss Kontoaufstellung für die Zeit von Oktober 2014 bis Juni 2017 (act. 28) indessen gerade verzichtet werden soll. Dabei wird für die Prämien Mai und Juni 2017 ein Nachforderungsbetrag von je Fr. 389.30 geltend gemacht, der in den vorliegenden Akten ebenfalls keine Stütze findet. Alsdann lässt sich aufgrund der Aktenlage nicht beurteilen, ob und inwiefern die gemäss Kontoauszug vom 5. Oktober 2017 unbestritten bereits bezahlten Prämien für die Monate Juli und September 2017 bei dem mit Einspracheentscheid vom 25. Mai 2020 geforderten Gesamtbetrag Berücksichtigung gefunden haben. Unter den gegebenen Umständen ist eine Korrektur des Forderungsbetrags von Amtes wegen nicht möglich. Die Angelegenheit ist daher in diesem Punkt zur Neufestsetzung des Nachforderungsbetrags an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Sofern die Beschwerdeführenden jedoch geltend machen, dass von der Gesamtforderung zusätzlich ein Betrag in der Höhe von Fr. 615.10 in Abzug zu bringen sei, verkennen sie, dass es sich hierbei um die gemäss Kontoauszug vom 5. Oktober 2017 unbezahlt gebliebene ursprüngliche Prämie für den Monat Februar 2017 handelt. Die Beschwerdegegnerin stellt nicht in Abrede, dass die Prämienrechnung für die Monate Januar bis April 2017 in der Höhe von Fr. 1'557.20 inkl. Mahnspesen vollständig beglichen worden ist.

9. Die Beschwerdeführenden obsiegen insoweit, als die Sache in teilweiser Aufhebung des Einspracheentscheids bezüglich der Neufestsetzung des Nachforderungsbetrags an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. Hinsichtlich der geltend gemachten Schadenersatzforderung in Form der Prämien Differenzen ist demgegenüber von einem Unterliegen auszugehen.

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

10.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Nachdem die Beschwerdeführer mit ihrem Hauptbegehren nur teilweise durchgedrungen sind, kann ihnen gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 21 Abs. 1 VPO nur eine reduzierte Parteientschädigung ausgerichtet werden. Mangels Einreichung einer Honorarnote der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführer werden die Parteikosten durch das Gericht festgelegt. Demnach ist den Beschwerdeführern eine reduzierte Parteientschädigung von pauschal Fr. 500.-- zulasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 25. Mai 2020 im Sinne der Erwägungen teilweise aufgehoben und die Angelegenheit zur Neufestsetzung des Nachforderungsbetrags an die Easy Sana Krankenversicherung zurückgewiesen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführern eine reduzierte Parteientschädigung von pauschal Fr. 500.-- zu bezahlen.

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