



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 10. September 2015 (730 14 346 / 226)

Krankenversicherung

Prämienforderung, Rechtsöffnung; ein Versicherungswechsel kommt erst zustande, wenn der neue Krankenversicherer dem früheren die Aufnahme bestätigt. Ohne eine entsprechende Mitteilung bleibt der Versicherte bei der früheren Krankenkasse versichert und schuldet dort Prämien. Benutzung der rückerstatteten Prämien zur Tilgung früherer Verlustscheine.

_____ Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

_____ Parteien **A._____**, Beschwerdeführer, vertreten durch Peter O. Dietrich, Unternehmensberater siu+, autopromo consulting GmbH, Baslerstrasse, Postfach 110, 4102 Binningen 1

gegen

CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, Hauptsitz, Bundesplatz 15, Postfach, 6002 Luzern, Beschwerdeführerin

_____ Betreff Prämien

A. Mit Schreiben vom 8. Juni 2013 stellte die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (Concordia) A._____ die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Juli bis Dezember 2013 in der Höhe von Fr. 2'704.20 in Rechnung. Nachdem so-

wohl eine Zahlungserinnerung vom 20. Juli 2013 als auch eine Mahnung vom 7. September 2013 erfolglos geblieben waren, leitete die Concordia das Betreibungsverfahren ein. Am 26. Februar 2014 stellte die Zivilrechtsverwaltung Basel-Landschaft, Betreibungs- und Konkursamt, Abteilung Betreibungen, (Betreibungsamt) B.____ gegenüber A.____ den Zahlungsbehl Nr. 00000000 über den Betrag von insgesamt Fr. 2'824.20 aus. Dagegen erhob dieser am 19. März 2014 Rechtsvorschlag. Mit Verfügung vom 23. Mai 2014 beseitigte die Concordia den erhobenen Rechtsvorschlag und verpflichtete A.____ zur Zahlung ausstehender Prämien in der Höhe von Fr. 2'704.20 sowie zu Mahn- und Umtriebsspesen in der Höhe von Fr. 120.– und Betreibungskosten in der Höhe von Fr. 100.65. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 30. September 2014 ab und bestätigte mit der Rechtsöffnung ihre Forderung im Umfang von insgesamt Fr. 2'824.20.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Peter O. Dietrich, Unternehmensberater siu+, autopromo consulting GmbH, am 29. Oktober 2014 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Darin machte er im Wesentlichen geltend, dass er längst bei der C.____ AG (C.____) obligatorisch krankenpflegeversichert sei und dort lückenlos Prämien bezahle. Trotz mehrfacher entsprechender Mitteilung an die Beschwerdegegnerin leite diese seit nunmehr neun Jahren Betreibungsverfahren gegen ihn ein. Prämien dürften indessen von Gesetzes wegen nicht doppelt geschuldet sein. Er habe geglaubt, dem korrekten Versicherer die Prämien zu bezahlen. Der Beschwerdegegnerin seien im Übrigen von der C.____ bereits Prämien überwiesen worden. Diese seien zur Begleichung der vorliegend umstrittenen Prämienausstände zu verwenden. Auch der ausgestellte Verlustschein betreffend die Betreibung Nr. 11111111 in der Höhe von Fr. 2'979.30 sowie allfällige weitere Zahlungsbefehle, erfolglose Pfändungen und Verlustscheine aus den Jahren 2012, 2013 und 2014 seien entweder infolge Zahlung an den vermeintlich korrekten Versicherer oder mittels Verrechnung mit den von der C.____ überwiesenen Prämien als erledigt zu betrachten. Dies gelte auch für die offenen Selbstbehaltsforderungen. Ausserdem sei er per 31. Dezember 2014 aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Beschwerdegegnerin zu entlassen.

C. Mit Schreiben vom 5. Dezember 2014 bestätigte Peter O. Dietrich auf Anfrage des Kantonsgerichts, dass er den Beschwerdeführer unentgeltlich vertrete. Im beiliegenden „Nachtrag“ zur Beschwerde brachte er vor, dass er zwischenzeitlich über eine Prämienrücküberweisungsbestätigung in der Höhe von Fr. 9'571.55 der C.____ an die Concordia verfüge. Diese Prämienüberweisung sei jedoch auf dem Prämienkonto des Beschwerdeführers bei der Beschwerdegegnerin nicht gutgeschrieben worden.

D. Mit Verfügung vom 11. Dezember 2014 stellte das Kantonsgericht fest, dass Peter O. Dietrich berechtigt ist, den Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren zu vertreten.

E. Mit Eingabe vom 23. Januar 2015 reichte der Beschwerdeführer den ihn betreffenden Prämienkontoauszug der C.____ ein und machte weitere Ausführungen zur gewünschten Verwendung der Prämienrücküberweisungen.

F. In ihrer Vernehmlassung vom 25. Februar 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde. Dem Beschwerdeführer sei auf seine Kündigungsschreiben am 28. November 2005, 18. Oktober 2007 und 6. November 2013 hin jeweils mitgeteilt worden, dass für die Beendigung des Versicherungsverhältnisses eine Versicherungsbestätigung des neuen Versicherers nötig sei, ansonsten das Versicherungsverhältnis zwischen der Beschwerdegegnerin und dem Beschwerdeführer andauere. Da der Beschwerdeführer über den Weiterbestand des Versicherungsverhältnisses bei fehlender Versicherungsbestätigung informiert gewesen sei und anschliessend über die Jahre an die ausstehenden Prämienforderungen erinnert und für sie betrieben worden sei, könne nicht von seiner Gutgläubigkeit ausgegangen werden. Die Beschwerdegegnerin sei berechtigt, den Rückerstattungsbetrag zur Tilgung derjenigen Schuld zu verwenden, für die der Beschwerdeführer zuerst betrieben worden ist. Im Übrigen seien die vom Beschwerdeführer monierten Betreuungskosten von Gesetzes wegen geschuldet.

G. Gleichentags wie die Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin ging beim Kantonsgericht eine weitere Eingabe des Beschwerdeführers vom 23. Februar 2015 ein. Darin macht er geltend, dass zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses mit der Concordia noch Verlustscheine bei der D.____ AG (D.____) offenstanden. Die damalige Agenturleiterin habe dies übersehen und mit dem Beschwerdeführer zu Unrecht einen neuen Versicherungsvertrag abgeschlossen. Nachdem der Beschwerdeführer in der Folge aufgrund zweier Leistungssperren keinen Versicherer mehr gehabt habe, habe er sich bei der C.____ versichern lassen. Die von der Beschwerdegegnerin nun zur Deckung unnötig erstellter Verlustscheine verwendete Prämienrückerstattung in der Höhe von Fr. 13'270.35 hätten auf das Prämienkonto des Beschwerdeführers seit 2007 angerechnet werden müssen. Weiterhin werde ignoriert, dass es nicht um die Beschwerde gegen die Rechnungsstellung gehe, sondern um einen seit 2005 doppelt versicherten. Der Eingabe wurde ein Auszug des E-Mail-Verkehrs zwischen der Beschwerdegegnerin und dem Beschwerdeführer beigelegt.

H. In ihrer Stellungnahme vom 20. März 2015 bestritt die Beschwerdegegnerin die Ausführungen des Beschwerdeführers. Sie brachte vor, dass sie dem Beschwerdeführer angeboten habe, die von ihm auf ein Sperrkonto eingezahlte Prämienrückerstattung zur Begleichung der aktuellen Prämienausstände zu verwenden. Es sei unklar, weshalb der Beschwerdeführer die D.____ erwähne, da er doch eine „Doppelversicherung“ mit anderen Versicherern geltend mache. Jedenfalls hätten die Ausführungen keine Relevanz für das vorliegende Verfahren. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers seien weder er noch die Beschwerdegegnerin dafür verantwortlich gewesen, dass neue Versicherungsverhältnis mit der C.____ zu bestätigen. Dies habe der „neuen“ Versicherung selbst obliegen. Es sei jedoch am Beschwerdeführer gelegen, die C.____ auf die weiterbestehende Versicherung mit der Beschwerdegegnerin hinzuweisen. Zusammenfassend werde am Antrag auf Abweisung der Beschwerde festgehalten.

I. Der Beschwerdeführer reichte mit Eingabe vom 31. März 2015 weitere Unterlagen ein und bekräftigte seine Auffassung, dass im Jahr 1999 mit der Beschwerdegegnerin kein Versicherungsverhältnis zustande gekommen sei, da er zu diesem Zeitpunkt noch bei der E.____ versichert gewesen sei und aus diesem Versicherungsverhältnis noch Forderungen offen ge-

wesen seien. Das missglückte Aufnahmeprozedere bei der Beschwerdegegnerin sei auf das Verhalten der damaligen Agenturleiterin zurückzuführen. Eine Freigabemeldung des vormaligen Versicherers sei nie eingegangen, was dem Beschwerdeführer in den Kündigungsbestätigungen vom 30. Juli 2007 und 20. November 2013 von der Beschwerdegegnerin zum Vorwurf gemacht worden sei. Er sei selbstredend bereit, die auf dem Prämiensperrkonto eingegangenen Rückerstattungen an einen Versicherer zu leisten. Das Gericht könne diesen Betrag dem einen oder anderen Versicherer zusprechen.

J. In einer weiteren Eingabe vom 12. Mai 2015 wiederholte der Beschwerdeführer seine Auffassung, aufgrund eines vorbestehenden Versicherungsverhältnisses gar nie bei der Beschwerdegegnerin versichert gewesen zu sein. Bei seiner Lebenspartnerin sei dies zwischenzeitlich akzeptiert worden. Eine Entlassung aus der vormaligen Versicherung sei aufgrund der Verlustscheine ohnehin nicht möglich gewesen.

Die Präsidentin zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Verfügungen und Einspracheentscheide eines Sozialversicherungsträgers beim zuständigen Versicherungsgericht innerhalb von 30 Tagen Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer wohnt in F.____. Die örtliche und gemäss § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 auch die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts sind damit gegeben.

1.2 Im Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu beurteilen, zu denen die zuständige Sozialversicherungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmen die Verfügung und der nachfolgende Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und damit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung bzw. kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 f. E. 2.1, 125 V 414 f. E. 1 mit Hinweisen).

1.3 Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, das Gegenstand der angefochtenen Verfügung bildet, und zwar in dem Ausmass, als die Regelung des Rechtsverhältnisses nach den Parteianträgen des Beschwerdeverfahrens noch streitig ist (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 46). Nach dieser Begriffsumschreibung sind Anfechtungsgegenstand und Streitgegenstand identisch, wenn die Verwaltungsverfügung insgesamt angefochten wird. Bezieht sich demgegenüber die Beschwerde bzw. eine Eingabe auf ein nicht durch die Verfügung bestimmtes Rechtsverhältnis, gehören die beanstandeten Aspekte weder zum Anfechtungs- noch zum

Streitgegenstand (vgl. BGE 125 V 414 f. E. 1b). Diesfalls steht den Betroffenen keine Befugnis zu, verfügungsweise nicht geregelte Rechtsverhältnisse durch eine Beschwerde richterlich überprüfen zu lassen. Das Gericht kann auf eine diesbezügliche Beschwerde nicht eintreten (vgl. BGE 118 V 313 f. E. 3b mit Hinweisen; ULRICH MEYER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: BJM 1989 S. 25).

1.4 Mit der vorliegenden Beschwerde bringt der Beschwerdeführer unter anderem vor, dass er per 31. Dezember 2014 von der Concordia zu entlassen sei, damit er sich einen neuen Versicherer suchen könne. Wie vorstehend bereits ausgeführt, kann das Kantonsgericht nur jene Rechtsverhältnisse überprüfen, zu denen die Versicherung in Form einer Verfügung oder eines Einspracheentscheids vorgängig Stellung genommen hat. Die Entlassung aus der Versicherungspflicht war jedoch weder Gegenstand des vorliegend angefochtenen Einspracheentscheids vom 30. September 2014 noch der ihm vorangehenden Verfügung vom 23. Mai 2014. Sie bildet daher weder Anfechtungsobjekt noch Streitgegenstand und kann daher durch das Kantonsgericht nicht beurteilt werden. Nichts anderes gilt in Bezug auf die vom Beschwerdeführer ebenfalls zur Tilgung mit der Prämienrückerstattung vorgeschlagenen weiteren Prämien- und Selbstbehaltsschulden aus den Jahren 2012 bis 2014. Soweit diese nicht die Forderung in der Höhe von Fr. 2'824.20, für welche mit Einspracheentscheid vom 30. September 2014 Rechtsöffnung erteilt wurde, betreffen, bilden sie nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Auf die entsprechenden Rechtsbegehren des Beschwerdeführers ist insoweit nicht einzutreten. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde kann im Übrigen eingetreten werden.

2. Gemäss § 55 Abs. 1 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 entscheidet die präsidiierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 10'000.– durch Präsidialentscheid. Im vorliegenden Fall liegt der Streitwert mit Fr. 2'824.20 inklusive Mahn- und Umtriebsspesen in der Höhe von Fr. 120.– unter dieser Massgeblichkeitsgrenze. Die Angelegenheit ist somit präsidial zu entscheiden.

3.1. Nach Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz für die Krankenpflege versichern. Mit anderen Worten besteht ein gesetzlich vorgeschriebenes Versicherungsobligatorium. Gemäss Art. 61 ff. KVG in Verbindung mit Art. 90 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 ist jede versicherte Person ebenso verpflichtet, hierfür im Voraus (in der Regel monatlich) zu bezahlende Prämien zu entrichten. Der Versicherer kann seine Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonale und regional abstufen. Massgebend ist jeweils der Wohnort der versicherten Person (Art. 61 Abs. 2 KVG).

3.2. Beahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat ihr der Krankenversicherer nach mindestens einer schriftlichen Mahnung eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzugs hinzuweisen (Art. 64a Abs. 1 KVG in der seit 1. Januar 2012 geltenden Fassung). Dabei muss er die Zahlungsaufforderung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kosten-

beteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit und getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen (Art. 105b Abs. 1 KVV, in der ab Januar 2012 geltenden Fassung). Bezahlt die versicherte Person ihre fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen innerhalb der angesetzten Frist nicht, so muss der Krankenversicherer von Gesetzes wegen die Betreuung anheben (vgl. Art. 64a Abs. 2 KVG). Die in Art. 105b KVV genannte Frist ist eine reine Ordnungsvorschrift, deren Nichteinhaltung weder den Anspruch auf die Ausstände noch auf den der betreibungsrechtlichen Durchsetzung verwirkt (vgl. dazu GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [Hrsg.], 2. Auflage, Basel 2007, Rz. 1028).

3.3. Wurde das Vollstreckungsverfahren eingeleitet und wird durch die betroffene Person Rechtsvorschlag erhoben, so ist der Versicherer befugt, nachträglich eine formelle Verfügung zu erlassen und nach Eintritt der Rechtskraft die Betreuung fortzusetzen. Für eine direkte Fortsetzung der Betreuung ohne Durchlaufen des eigentlichen Rechtsöffnungsverfahrens nach Art. 80 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) vom 11. April 1889 gilt als Voraussetzung, dass das Dispositiv der Krankenkassenverfügung auf die hängige Betreuung Bezug nimmt und den Rechtsvorschlag ausdrücklich – gegebenenfalls auch nur teilweise – als aufgehoben erklärt. Die Krankenkasse hat deshalb in ihrer Verfügung nicht bloss einen sozialversicherungsrechtlichen Sachentscheid über die Verpflichtung der versicherten Person zu einer Geldzahlung zu fällen, sondern gleichzeitig als Rechtsöffnungsinstanz über die Aufhebung des Rechtsvorschlages zu befinden (vgl. BGE 119 V 331 E. 2b). Schliesslich hat das zuständige Versicherungsgericht im Rahmen eines allfälligen Beschwerdeverfahrens den Bestand und die Höhe der Forderung der Krankenkasse zu prüfen. Erst wenn dessen Urteil, welches auch die Rechtsöffnung bestätigt, in formelle Rechtskraft erwachsen ist, kann die Betreuung fortgesetzt werden.

4.1 Der Sozialversicherungsprozess ist gemäss Art. 61 lit. c ATSG vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht, welcher besagt, dass das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen hat (BGE 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen; vgl. dazu auch UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 61 Rz. 60 und Art. 43 Rz. 9 m.w.H.). Der Untersuchungsgrundsatz gilt aber nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflicht der Parteien ergänzt (vgl. BGE 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen). Dazu gehört auch die Substantiierungspflicht, welche besagt, dass die wesentlichen Tatsachenbehauptungen und -bestreitungen in den Rechtsschriften enthalten sein müssen (vgl. GYGI, a.a.O., S. 208).

4.2 Im Zusammenhang mit der Mitwirkungspflicht des mit der Prämienforderung belasteten Versicherten hat dieser substantiiert darzulegen, weshalb der von der Krankenkasse ermittelte Forderungsbetrag unzutreffend sei (vgl. ZAK 1991 S. 126 E. II/1b). Die erhobenen Einwände müssen überprüfbar sein (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit dem 1. Januar 2007: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 29. September 2004, H 21/04, E. 4.3). Hat die Krankenkasse den eingeklagten Forderungsbetrag zeitlich und masslich spezifiziert, genügt mit Blick auf das Verhältnis zwischen Untersuchungsgrundsatz und Mitwirkungspflicht ein blosser Verweis des Versicherten in der Beschwerdebegründung auf eine

eigene Aufstellung der von ihm getätigten Zahlungen den gestellten Anforderungen nur dann, wenn der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht durch erläuternde Bezugnahme auf die Kontoübersicht und andere von der Krankenkasse eingereichte Akten darzutun in der Lage ist, wie und gestützt worauf er einen abweichenden Forderungsbetrag ermittelt hat. Zur Substantiierungspflicht gehört in diesem Zusammenhang schliesslich aufzuzeigen, dass die Krankenversicherung den Sachverhalt unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt habe (vgl. KGE SV vom 10. März 2008, 730 06 138/86, E. 4.2 und vom 8. Februar 2008, 730 07 422/57, E. 4.2).

5. Der Beschwerdeführer bringt vor, dass es vorliegend nicht in erster Linie um die Prämienausstände, sondern um einen Fall unzulässiger Doppelversicherung gehe. Soweit er damit geltend macht, dass er aus diesem Grund aus dem Versicherungsverhältnis mit der Beschwerdegegnerin zu entlassen ist, kann auf das Vorbringen nicht eingegangen werden (vgl. E. 1.4 hiervor). Sofern der Beschwerdeführer sich aufgrund der Zahlung der Prämien an die C._____ von der Zahlungspflicht gegenüber der Beschwerdegegnerin befreien möchte, ist Folgendes festzuhalten:

5.1 Nach Lehre und Rechtsprechung ist die sogenannte „Doppelversicherung“, d.h. die Annahme, eine Person könne im Zusammenhang mit dem Wechsel des Versicherers bei mehr als einer Gesellschaft versichert sein, ausgeschlossen. Das neue Versicherungsverhältnis kann demzufolge nicht entstehen, bevor das bisherige beendet ist. Da andererseits auch Versicherungslücken zu vermeiden sind, stimmt der Zeitpunkt des Versicherungsbeginns zwangsläufig mit demjenigen der Beendigung des bisherigen Versicherungsverhältnisses überein (BGE 130 V 453 E. 4.7). Gemäss Art. 7 Abs. 5 Satz 1 KVG endet das Versicherungsverhältnis beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Eine gültige Kündigung führt somit für sich alleine nicht zur Beendigung des bisherigen Versicherungsverhältnisses (BGE 130 V 450 E. 3.1). 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 Satz 2 und 3 KVG).

5.2 Aus dem Ausgeführten folgt, dass eine doppelte obligatorische Krankenpflegeversicherung bei zwei Versicherern ausgeschlossen ist. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers bedeutet dies indessen nicht, dass die Beschwerdegegnerin (als „früherer“ Krankenversicherer) den Beschwerdeführer aus dem Versicherungsverhältnis hätte entlassen müssen, als er am 28. November 2005 und am 18. Oktober 2007 das Versicherungsverhältnis mit der Beschwerdegegnerin kündigte. Vielmehr weist die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hin, dass sie den Beschwerdeführer von Gesetzes wegen nicht aus dem Versicherungsverhältnis hat entlassen können, solange die Mitteilung des „neuen“ Versicherers unterblieben ist. Eine solche Mitteilung hat im vorliegenden Fall unbestrittenermassen nicht stattgefunden. Da das neue Versicherungsverhältnis erst entstehen kann, wenn das bisherige beendet ist, war der Beschwerdeführer im vorliegend massgeblichen Zeitraum entgegen seiner Auffassung nicht bei der

C.____, sondern weiterhin bei der Beschwerdegegnerin versichert. Dass gegenüber dem Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin Leistungssperren verfügt wurden (vgl. Art. 64a Abs. 2 KVG in der vor 1. Januar 2012 anwendbaren Fassung), ändert am bestehenden Versicherungsverhältnis nichts. Der Beschwerdeführer war (und ist) damit bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch krankpflegeversichert und schuldet dieser die entsprechenden Prämien. Dies gilt auch für den vorliegend interessierenden Zeitraum vom Juli 2013 bis Dezember 2013.

5.3 Daran ändert auch nichts, dass der Beschwerdeführer vorbringt, fälschlicherweise von einem Versicherungsverhältnis mit der C.____ ausgegangen zu sein und gutgläubig an den vermeintlichen neuen Versicherer geleistet zu haben. Zunächst ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass ein Irrtum bzw. der gute Glaube des Beschwerdeführers zumindest fraglich ist. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführers auf seine Kündigungen jeweils Mitteilungen (vom 7. Dezember 2005 und 30. Oktober 2007) zukommen lassen, wonach er bei der Concordia versichert bleibe, solange der neue Versicherer die gesetzlich vorgeschriebene Bescheinigung nicht zustelle. Aufgrund dieser Mitteilungen und der in der Folge zugestellten Policen und Prämienrechnungen kann sich der Beschwerdeführer nicht darauf berufen, vom fortbestehenden Versicherungsverhältnis mit der Beschwerdegegnerin nichts gewusst zu haben oder gewusst haben zu müssen. Eine allfällige Gutgläubigkeit des Beschwerdeführers ändert indes am Bestand seiner Prämienausstände ohnehin nichts. Die Prämien waren und sind von Gesetzes wegen (Art. 61 ff. KVG in Verbindung mit Art. 90 KVV) dem zuständigen Krankenversicherer, vorliegend der Beschwerdegegnerin, geschuldet. Die fälschlicherweise an die C.____ bezahlten Prämien sind im Rahmen einer Rückabwicklung an den Beschwerdeführer zurückerstattet worden respektive direkt an die Beschwerdegegnerin zur Begleichung der ausstehenden Prämienforderungen überwiesen worden (vgl. auch: nachfolgend E. 8).

6.1 In seinen letzten Eingaben an das Kantonsgericht bestritt der Beschwerdeführer ferner, dass das Versicherungsverhältnis mit der Beschwerdegegnerin überhaupt zustande gekommen sei. In seiner Eingabe vom 23. Februar 2015 machte er geltend, dass ihn die D.____ aufgrund der bestehenden Verlustscheine nicht aus der Versicherung entlassen hätte. Die Agenturleiterin der Beschwerdegegnerin habe den Abschluss der Versicherung somit nicht korrekt vorgenommen. Dies könne ihm heute nicht angelastet werden. Mit Eingabe vom 31. März 2015 reichte der Beschwerdeführer eine Übersicht der Schuldnerinformationen des Betreibungsamtes G.____ ein. Daraus werde ersichtlich, dass „unzählige“ vom früheren Krankenversicherer E.____ angestrebte Beteiligungen und Verlustscheine gegen ihn bestünden. Einen Beitritt zur Krankenpflegeversicherung der Beschwerdegegnerin sei somit nicht per Juli 1999 erfolgt.

6.2 Wie unter Erwägung 5.2 hiavor ausgeführt, obliegt es dem Versicherten, seine Einwände gegen den Bestand und die Höhe der Prämienforderung so darzulegen und zu substantiieren, dass sie vom Gericht überprüfbar sind. Dies ist vorliegend mit Bezug auf die geltend gemachte weiterbestehende Versicherung bei der E.____ (Rechtsnachfolgerin: D.____) zu verneinen. Die vom Beschwerdeführer eingereichte Schuldnerinformation des Betreibungsamtes G.____ vermag lediglich zu beweisen, dass der E.____ im Jahr 1997 ein Verlustschein in der Höhe von Fr. 879.15 ausgestellt worden ist. Die weiteren vom Beschwerdeführer angeführten Verlustscheine bis 2002 betreffen eine „H.____“, wobei unklar ist, ob es sich dabei um die

Krankenversicherung E.____ handelte, sowie die Krankenkasse I.____. Ein über 1999 hinaus bestehendes *Versicherungsverhältnis* mit der E.____ vermag der Beschwerdeführer indessen mit diesen Unterlagen ohnehin nicht substantiiert darzulegen, weshalb der entsprechende Einwand als unbegründet anzusehen ist. Eine telefonische Erkundigung bei der Rechtsnachfolgerin D.____ hat im Übrigen ergeben, dass der Beschwerdeführer dort seit 31. Dezember 1999 nicht mehr obligatorisch krankpflegeversichert ist. Eine vorbestehende obligatorische Krankpflegeversicherung im vorliegend streitigen Zeitraum vom Juli 2013 bis Dezember 2013 kann damit ohne weiteres verneint werden. Auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, das Aufnahmeverfahren bei der Beschwerdegegnerin sei fehlerhaft abgelaufen, ist nicht genügend substantiiert oder belegt. Aufgrund einer telefonischen Auskunft der Beschwerdegegnerin über die von der Anmeldung im Jahr 1999 noch vorhandene Unterlagen bestehen indessen Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer die Versicherteneigenschaft bei der E.____ gegenüber der Beschwerdegegnerin unerwähnt gelassen hatte, womit Letzterer ohnehin keine Verletzung von Verfahrensbestimmungen zur Last gelegt werden könnte. Die Argumentation des Beschwerdeführers betreffend ein vorbestehendes Versicherungsverhältnis ist damit unsubstantiiert und läuft ins Leere.

7.1 Ausserdem bestreitet der Beschwerdeführer die Höhe der Gesamtforderung, namentlich die erhobenen Mahn- und Umtriebsspesen.

7.2 Wenn die versicherte Person Aufwendungen verschuldet, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, kann der Versicherer gemäss Art. 105b Abs. 2 KVV angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht. Die Beschwerdegegnerin macht in diesem Zusammenhang Mahn- und Umtriebsspesen im Umfang von Fr. 120.– geltend. Gemäss Ziffer 20.5 ihres Reglements zur obligatorischen Krankpflegeversicherung (Reglement; Ausgabe 2012) ist sie berechtigt, von säumigen Zahlern nebst Verzugszinsen und Betreuungskosten angemessene Bearbeitungsgebühren, insbesondere Kosten für Mahnungen sowie Umtriebsspesen für das Inkasso, zu erheben. Die von der Beschwerdegegnerin unter diesem Titel vorliegend geltend gemachten Mahn- und Umtriebsspesen im Umfang von Fr. 120.– hätten bei fristgerechter Bezahlung des strittigen Prämienausstands ohne weiteres vermieden werden können. Die geltend gemachten Inkonvenienzentschädigungen erweisen sich demnach als rechtmässig und sind im Übrigen auch hinsichtlich ihrer Höhe als angemessen zu bezeichnen. Sie sind demnach vom Beschwerdeführer zu tragen.

8. Zusammenfassend ist nach dem Ausgeführten festzuhalten, dass sowohl Bestand wie auch Höhe der Prämienforderung von der Beschwerdegegnerin korrekt festgelegt wurden. Der Beschwerdeführer war im vorliegend interessierenden Zeitraum bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch krankpflegeversichert und schuldete damit die umstrittenen Prämien. Auch die erhobenen Mahn-, Umtriebs- und Betreuungskosten sind nicht zu beanstanden. Streitig und zu prüfen ist indessen noch, ob die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen wäre, die von der C.____ überwiesene Prämienrückerstattung zur Begleichung der vorliegend interessierenden Forderung zu verwenden, wie dies vom Beschwerdeführer verlangt wird.

8.1 Nachdem die Beschwerdegegnerin der C.____ mit Schreiben vom 20. Februar 2014 bestätigte, dass der Beschwerdeführer bis auf Weiteres bei ihr obligatorisch krankenpflegeversichert sei, leitete diese ein Rückerstattungsverfahren ein. Per 6. Mai 2014 überwies die C.____ der Beschwerdegegnerin das bei ihr liegende Prämieguthaben für die Zeit ab 2009 in der Höhe von Fr. 9'571.55. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers und dem von ihm eingereichten Unterlagen wurden weitere Rückerstattungen an ihn persönlich getätigt. Die an sie gerichtete Prämienrückerstattung verwendete die Beschwerdegegnerin zur Tilgung dreier den Beschwerdeführer betreffende Verlustscheine. Dabei ging es um die Betreuung Nr. 22222222 (Verlustschein in der Höhe von Fr. 2'690.35), die Betreuung Nr. 33333333 (Verlustschein in der Höhe von Fr. 2'889.90) und die Betreuung Nr. 44444444 (Verlustschein in der Höhe von Fr. 2'924.25). Mit Schreiben an das Konkurs- und Betreibungsamt Binningen vom 30. April 2014 informierte die Beschwerdegegnerin, dass die mit diesen Verlustscheinen ausgewiesenen Schulden getilgt worden seien und bat um deren Löschung im Register. Die übrigen Fr. 1'067.05 der Prämienrückerstattung rechnete die Beschwerdegegnerin an den Verlustschein in der Betreuung Nr. 55555555 an, der damit nicht vollständig getilgt werden konnte.

8.2 Gemäss Art. 86 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht [OR]) vom 30. März 1911 ist der Schuldner bei mehreren Schulden bei demselben Gläubiger berechtigt, bei der Zahlung mitzuteilen, welche Schuld er tilgen will. Mangelt es an einer solchen Erklärung, wird die Zahlung an jene Schuld angerechnet, die der Gläubiger in seiner Quittung bezeichnet, vorausgesetzt, der Schuldner erhebt nicht sofort Widerspruch (Art. 86 Abs.2 OR). Dasselbe gilt, wenn ein Dritter anstelle des Schuldners leistet (Urteil des Bundesgerichts vom 4. April 2003, 4C.395/2002, E. 2.2). Wenn weder eine Erklärung des Schuldners noch eine Bezeichnung auf der Quittung vorliegt, kommt ergänzend Art. 87 OR zum Zug. Demnach ist die Zahlung an die fällige Schuld anzurechnen, bei mehreren fälligen Schulden an diejenige, für die der Schuldner zuerst betrieben worden ist oder – wenn keine Betreuung vorliegt – an die früher verfallene (Art. 87 Abs. 1 OR).

8.3 Die C.____ hat mit der Überweisung des Prämieguthabens des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin einen Teil von dessen Prämienausständen getilgt. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist dies grundsätzlich nicht zu beanstanden. Leistet ein Dritter ohne Willen des Schuldners oder sogar gegen dessen Willen an die Gläubigerin, hat dies trotzdem Erfüllungswirkung, sofern der Wille des Dritten, eine fremde Schuld zu tilgen, erkennbar ist (Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2005, 4C.69/2005, E. 3). Dies ist vorliegend zu bejahen. Indessen hat die C.____ als leistende Dritte gegenüber der Beschwerdegegnerin keine Schuld bezeichnet, die sie getilgt haben wollte. Damit wäre es der Beschwerdegegnerin offen gestanden, gegenüber der C.____ bzw. dem Beschwerdeführer mittels Quittung anzugeben, welche Schulden sie begleichen wollte. Auch dies wurde indessen – soweit aus den Akten ersichtlich – unterlassen. Damit kommt – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt – vorliegend Art. 87 Abs. 1 analog zur Anwendung. Die Tilgung der drei ältesten Verlustscheine durch die Prämienrückerstattung ist damit zu Recht erfolgt. Auch die Anrechnung des übrigen Betrags an einen vierten Verlustschein ist gerechtfertigt. Dies gilt umso mehr, als gemäss Art. 64a Abs. 4 KVG der Kanton 85% derjenigen Prämienforderungen zu übernehmen hat, für

die Verlustscheine bestehen, und der Versicherer dem Kanton bei Tilgung der Verlustscheine 50% des Betrages zurückzuerstatten hat. Die Beschwerde ist deshalb auch in diesem Punkt abzuweisen. Soweit der Beschwerdeführer die Tilgung weiterer Forderungen als die vorliegend umstrittene verlangt, ist festzustellen, dass diese nicht Streitgegenstand bilden (vgl. E. 1.4 hier-
vor).

9. Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheent-
scheid somit abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann. Der Beschwerdeführer ist
verpflichtet, der Beschwerdegegnerin den Betrag von Fr. 2'704.20 (Prämienausstände für die
Monate Juli bis Dezember 2013) sowie Umtriebs- und Mahnsesen von Fr. 120.– zu bezahlen.
Der Beschwerdegegnerin ist damit in der Betreuung Nr. 00000000 des Betreibungsamtes
B.____ vom 19. März 2014 die definitive Rechtsöffnung zu erteilen.

10. Was die Betreuungskosten betrifft, so bilden diese selber nicht Gegenstand des
Rechtsöffnungsentscheides. Der Rechtsöffnungsrichter verfügt jedoch im Urteilsdispositiv über
deren Zusprechung (vgl. ANDRÉ PANCHAUD/MARCEL CAPREZ, Die Rechtsöffnung, Zürich 1980,
§ 164; Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KG SV] vom
9. April 2003 [735 02 504] E. 6). Gemäss Art. 68 SchKG hat grundsätzlich der Schuldner die
Betreibungskosten zu tragen (vgl. Urteil des EVG vom 2. Februar 2006, K 112/05 E. 5.1 mit
weiteren Hinweisen). Dazu gehören in jedem Falle die Kosten für den Zahlungsbefehl. Der Be-
schwerdeführer ist Schuldner im Betreibungsverfahren, weshalb die Kosten für die Ausstellung
und Zustellung des Zahlungsbefehls von in der Höhe von Fr. 100.65 (Kosten des Zahlungsbe-
fehls von Fr. 73.30 zuzüglich Kosten der Spezialzustellung von Fr. 27.35) von ihm zu überneh-
men sind.

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

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Soweit darauf einzutreten ist, wird die Beschwerde abgewiesen.
 2. Der Rechtsvorschlag in der Betreuung Nr. 00000000 des Beitreibungsamtes B._____ vom 19. März 2014 wird im Umfang von Fr. 2'704.20 zuzüglich Umtriebs- und Mahnspesen von Fr. 120.– aufgehoben und es wird der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG in diesem Umfang die definitive Rechtsöffnung erteilt.
 3. Die Betreuungskosten in der Höhe von Fr. 100.65 werden dem Beschwerdeführer auferlegt.
 4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 5. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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