

200 17 130 KV und
200 17 131 KV (2)
ACT/BRM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 7. August 2017

Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Helsana Versicherungen AG
Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheide vom 19. Dezember 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1934 bzw. 1929 geborenen Eheleute A._____ waren 2014 bei der Helsana Versicherungen AG (nachfolgend Helsana) in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) versichert (Akten der Beschwerdegegnerin [act. II] 1 und 2). Dabei hatten sie das Versicherungsmodell BeneFit PLUS Hausarzt/Gruppenpraxis HMO C._____ (D._____ AG bzw. das Ärztezentrum D._____; vgl. act. II 10) ... gewählt.

Im Juni 2014 hat der Krankenversicherer davon erfahren, dass der Betreiber (E._____ AG, ...) des Netzwerks C._____ dessen Strategie angepasst hatte und diese nicht mehr in der bisherigen Form weiterbetrieben wird (vgl. act. II 5), worauf sich die dieser bisher angeschlossene D._____ AG bzw. das Ärztezentrum D._____ per 1. Januar 2015 keinem Ärztenetzwerk der Helsana mehr anschliessen konnte (vgl. act. II 6, 7 und 10). Im Oktober 2014 verschickte die Helsana die neuen, ab 1. Januar 2015 gültigen Versicherungspolice (act. II 8 und 9). In einem Schreiben vom 15. Dezember 2014 teilte der Krankenversicherer den Versicherten mit, dass der bisherige koordinierende Leistungserbringer nicht mehr am System der Hausarztversicherung teilnehmen werde, und gab ihnen Gelegenheit, entweder aus der Ärzteliste einen neuen koordinierenden Arzt auszuwählen oder in die Grundversicherung ohne Hausarztmodell überzutreten (act. II 11 und 12); am 4. Februar 2015 stellte die Helsana den Versicherten die neuen, ab 1. März 2015 gültigen Police mit der Versicherungsdeckung PREMEDI-24 (medizinische Beratung am Telefon vor einem Arzttermin) zu; die Prämien betragen je Fr. 419.50 (act. II 16 und 17).

B.

Der die Versicherten – und weitere Mandanten in ähnlich gelagerten Fällen – vertretende Fürsprecher B._____ führte im Schreiben vom 12. Oktober 2015 an die Helsana AG aus, dass seine Mandanten mit den Änderun-

gen des Versicherungsvertrages nicht einverstanden seien. Auf Verlangen der Beschwerdeführer (act. II 20) erliess die Helsana die Verfügungen vom 18. November 2015; darin hielt sie fest, dass der Wechsel der Versicherten in die PREMEDI-24 unter Berücksichtigung der Versicherungsbedingungen (VB), insbesondere der vertraglichen Frist, erfolgt sei. Mangels Verletzung der Versicherungsbedingungen bestehe kein Anspruch auf Schadenersatz und es ergebe sich auch aus den gesetzlichen Grundlagen kein solcher (act. II 21 und 22).

Die hiergegen gerichtete Einsprache (act. II 25) wies die Helsana mit den Entscheiden vom 19. Dezember 2016 ab (act. II 26 und 27).

C.

Mit den – auf instruktionsrichterlichen Hinweis (vgl. Verfügung vom 6. Februar 2017) hin verbesserten und innert der erstreckten Frist (vgl. Verfügung vom 16. Februar 2017) eingegangenen – Beschwerden vom 16. Februar 2017 lassen die Versicherten, weiterhin vertreten durch Fürsprecher B._____, beantragen, die Einspracheentscheide vom 19. Dezember 2016 sowie die Verfügungen vom 18. November 2015 seien aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, den beiden Beschwerdeführern je einen Betrag von Fr. 1'608.— zuzüglich Zins zu 5% ab dem 1. November 2015 zu bezahlen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, der Krankenversicherer habe nicht ordnungsgemäss, insbesondere nicht rechtzeitig, darüber informiert, dass das bisherige alternative Versicherungsmodell ab Januar 2015 nicht weitergeführt werde, sodass den Beschwerdeführern die Möglichkeit verwehrt geblieben sei, zu einer anderen Krankenversicherung zu wechseln; der dadurch entstandene Schaden im Umfang der Differenz der Prämie für die Grundversicherung zu derjenigen des Hausarztmodells sei deshalb durch die Beschwerdegegnerin zu ersetzen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. April 2017 beantragt die Progrès die Abweisung der Beschwerde. Sollte das Gericht wider Erwarten eine Ersatzpflicht der Beschwerdegegnerin bejahen, betrüge der Schaden im Sinne der Prämien Differenz im Jahr 2015 für jeden der beiden Versicherten

Fr. 547.— (10 Monate à Fr. 54.70), da die Umteilung per 1. März 2015 erfolgt sei.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführer sind im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und haben ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt sind (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten sind die Einspracheentscheide vom 19. Dezember 2016 (act. II 26 und 27). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführer Anspruch auf Schadenersatz haben und wenn ja, in welcher Höhe.

1.3 Der Streitwert – geltend gemachter Schadenersatz in Höhe von insgesamt Fr. 3'216.— – liegt unter der massgebenden Grenze von Fr. 20'000.—, weshalb die Beurteilung der Beschwerden in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG; zum Streitwert: Art. 57 Abs. 1 GSOG i.V.m. Art. 91 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 [ZPO; SR 272]).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Gemäss Art. 3 Abs. 1 KVG muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen.

Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Versicherern, die nach dem KVAG eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung haben, frei wählen (Art. 4 KVG). Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln (Art. 7 Abs. 1 KVG). Bei der Mitteilung der neuen Prämien kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der Prämie vorangeht. Der Versicherer muss die neuen, vom Bundesamt für Gesundheit genehmigten Prämien jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen (Art. 7 Abs. 2 KVG).

2.2 Die Versicherungsträger und Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen sind verpflichtet, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären (Art. 27 Abs. 1 ATSG). Unterbleibt eine Auskunft entgegen gesetzlicher Vorschrift oder obwohl sie nach den im Einzelfall gegebenen Umständen geboten war, hat die Rechtsprechung dies der Erteilung einer unrichtigen Auskunft gleichgestellt (BGE 131 V 472 E. 5 S. 480; SVR 2011 UV Nr. 9 S. 33 E. 5.3). Allerdings trifft den Versicherungsträger keine Aufklärungspflicht, solange er bei einem durchschnittlichen Mass an Aufmerksamkeit nicht erkennen kann, dass die Situation einer versicherten Person den Leistungsanspruch zu gefährden vermag (BGE 133 V 249 E. 7.2 S. 256).

Überdies 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). Eine ungenügende oder fehlende Wahrnehmung der Beratungspflicht nach Art. 27 Abs. 2 ATSG kommt gemäss konstanter Rechtsprechung einer falsch erteilten Auskunft des Versicherungsträgers gleich. Dieser hat in Nachachtung des Vertrauensschutzprinzips hierfür einzustehen, sofern sämtliche Voraussetzungen des öffentlich-rechtlichen Vertrauensschutzes erfüllt sind (BGE 131 V 472 E. 5 S. 481; SVR 2012 ALV Nr. 3 S. 7 E. 5.1.3).

2.3 Abgeleitet aus dem Grundsatz von Treu und Glauben, welcher die Bürgerin und den Bürger in ihrem berechtigten Vertrauen auf behördliches Verhalten schützt, können falsche Auskünfte von Verwaltungsbehörden unter bestimmten Voraussetzungen eine vom materiellen Recht abweichende Behandlung der rechtsuchenden Person gebieten. Gemäss Lehre und Rechtsprechung (BGE 131 V 472 E. 5 S. 480; SVR 2012 ALV Nr. 3 S. 7 E. 5.2) ist dies der Fall,

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 die rechtsuchende Person die Behörde aus zureichenden Gründen als zuständig betrachten durfte;
3. wenn die Person die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne weiteres erkennen konnte;
4. wenn sie im Vertrauen auf die Richtigkeit der Auskunft Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können, und
5. wenn die gesetzliche Ordnung seit der Auskunftserteilung keine Änderung erfahren hat.

Die dritte Voraussetzung lautet im Falle der Unterlassung einer gebotenen Auskunft: wenn die Person den Inhalt der unterbliebenen Auskunft nicht kannte oder deren Inhalt so selbstverständlich war, dass sie mit einer anderen Auskunft nicht hätte rechnen müssen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 5. November 2009, 8C_286/2009, E. 10.2).

3.

3.1 Vereinbart war zwischen den Beschwerdeführern und der Beschwerdegegnerin eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG, namentlich das Modell BeneFit PLUS Hausarzt / Gruppenpraxis HMO C. _____ ... (act. II 1 und 2). Dabei mussten sich die Versicherten vor Inanspruchnahme jeglicher medizinischer Leistungen und Behandlungen immer zuerst an den von ihnen gewählten koordinierenden Leistungserbringer wenden (vgl. act. II 3 Ziff. 1 Abs. 1 und Ziff. 16 Abs. 1 VB). Die Wahl dieses Versicherungsmodells führte zu günstigeren Prämien.

Am 20. Juni 2014 hatte der entsprechende Leistungserbringer – bzw. das dahinter stehende ärztliche Netzwerk – die Zusammenarbeit mit der Beschwerdegegnerin per Ende 2014 gekündigt (act. II 5) und eine weitere Zusammenarbeit des D. _____ AG bzw. des Ärztezentrums D. _____ mit der Beschwerdegegnerin auf anderer Basis kam in der Folge auch nicht zustande (act. II 6, 7 und 10). Das zwischen den Parteien vereinbarte Versicherungsmodell konnte mithin von der Helsana ab Januar 2015 nicht mehr angeboten werden. Die Beschwerdegegnerin hatte von dieser Unmöglichkeit am Nachmittag des 31. Oktober 2014 definitiv Kenntnis erhalten (act. II 8 sowie I. Ziff. 6 der Einspracheentscheide vom 19. Dezember 2016 [act. II 26 und 27]), mithin erst nachdem sie die Versicherungspolice für die Deckung ab 1. Januar 2015 verschickt hatte. Immerhin hatte sie aber bereits im Zeitpunkt des Versandes der Polices konkrete Hinweise darauf, dass das bisherige Modell nicht mehr angeboten werden kann. Die Beschwerdeführer wurden indessen erst mit Schreiben vom 15. Dezember 2014 auf die Unmöglichkeit der Weiterführung des bisherigen Versicherungsmodells hingewiesen und aufgefordert anzugeben, ob sie auch zukünftig eine besondere Versicherungsform mit einem neu zu wählenden koordinierenden Arzt wünschen oder in die Grundversicherung wechseln möchten (act. II 11 und 12); eine allfällige Kündigung des Gesamtverhältnisses wurde in den genannten Schreiben nicht zur Diskussion gestellt.

3.2 Art. 7 KVG regelt allein die Frage des ordentlichen Versicherungswechsels als Folge des im schweizerischen Krankenversicherungsrecht

geltenden Wettbewerbsprinzips. Dasselbe gilt für Art. 100 Abs. 3 KVV, wonach bei Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich ist. Das KVG regelt dagegen nicht wie vorzugehen ist, wenn eine zwischen dem Versicherer und der versicherten Person vereinbarte Versicherungsdeckung unmöglich geworden ist.

Hingegen räumt Ziff. 7 der Versicherungsbedingungen (VB) dem Versicherer das Recht ein (Abs. 1), die BeneFit Plus ohne vorgängige Ankündigung unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats zu kündigen, wenn die ärztliche Behandlung durch den Leistungserbringer nicht oder nicht mehr möglich ist (z.B. Ausscheiden des koordinierenden Leistungserbringers aus dem Versorgungssystem des Versicherers). Laut Ziff. 7 Abs. 2 der VB hat die versicherte Person im Fall der Unmöglichkeit der Vertragserfüllung die Möglichkeit, aus dem Angebot des Versicherers einen neuen koordinierenden Leistungserbringer auszuwählen. Ziff. 7 VB regelt demnach einzig die Frage, wie das Vertragsverhältnis abzuwickeln bzw. zu ändern ist, wenn z.B. ein bestimmtes Versicherungsmodell aus dem Angebot wegfällt.

3.3 Unabhängig von diesen Fragen der Abwicklung bzw. Abänderung des Versicherungsverhältnisses (vgl. E. 3.2 hiervoor) hat die Beschwerdegegnerin die Versicherten aufgrund der aus dem Vertragsverhältnis fließenden Treuepflichten und namentlich gestützt auf Art. 27 ATSG umgehend zu informieren, wenn feststeht, dass das Versicherungsverhältnis in der bisherigen Form nicht weitergeführt werden kann. Die in I. Ziff. 6 der Einspracheentscheide (act. II 26 und 27) angerufenen „systemtechnischen“ Gründe, welche eine entsprechende Orientierung mit automatischem Serienbrief nur einmal pro Monat erlaubten, vermögen an dieser Verpflichtung nichts zu ändern, ganz abgesehen davon, dass die Orientierung nach diesen Angaben ohne weiteres im November 2014 hätte erfolgen können (vgl. nachfolgend).

3.3.1 Nachdem die Beschwerdegegnerin – wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.1 hiervoor) – am 31. Oktober 2014 definitiv Kenntnis von der Unmöglich-

keit der Weiterführung der bisherigen Versicherungsform hatte (act. II 10), hätte sie die Versicherten umgehend über diesen Umstand informieren müssen. Letztere gingen nach Erhalt der neuen Policen für das Jahr 2015 im Oktober 2014 von der darin festgehaltenen Versicherungsdeckung und der genannten Prämie aus; hätten sie die Information über das veränderte, zu höheren Prämien führende Versicherungsangebot Anfang November 2014 erhalten, wäre ihnen diesfalls die – auch für besondere Versicherungsformen geltende (vgl. Art. 100 Abs. 3 KVV) – Kündigungsmöglichkeit des Art. 7 Abs. 2 KVG offen gestanden. Dies war ihnen mit der erst Mitte Dezember 2014 erfolgten Orientierung (act. II 11, 12) – jedenfalls auf den 1. Januar 2015 hin – verwehrt.

3.3.2 Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin aus der unterbliebenen (rechtzeitigen) Information für den entstandenen Schaden haftet resp. ob die Voraussetzungen der Bindung an falsche Auskünfte (vgl. E. 2.3 hiavor) erfüllt sind: Die Beschwerdegegnerin hat in einer konkreten Situation, nämlich betreffend die Versicherung für das Jahr 2015, und mit Bezug auf bestimmte Personen, nämlich die Beschwerdeführer, gehandelt. Sodann war die Helsana als (aktuelle und auch zukünftige) Vertragspartnerin und Sozialversicherungsträgerin ohne weiteres für die Erteilung dieser Auskunft zuständig. Den Inhalt der unterbliebenen Auskunft kannten die Versicherten nicht, insbesondere ist weder geltend gemacht noch erstellt, dass sie um die Aufhebung des Zusammenarbeitsvertrages ihres besonderen Leistungserbringers mit der Beschwerdegegnerin wussten. Aufgrund der erteilten Auskunft hatten die Beschwerdeführer keinen Anlass, sich allenfalls um einen Wechsel des Versicherers zu bemühen, womit sie im Vertrauen auf die Richtigkeit der erhaltenen Auskunft Dispositionen getroffen haben, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können. Schliesslich hat die gesetzliche Ordnung seit dem Versand der Police keine Änderung erfahren.

3.4 Die Voraussetzungen der Bindung an eine falsche Auskunft sind demnach erfüllt; durch den Vertrauensschutz soll die versicherte Person vor dem im Vertrauen auf die erteilte Auskunft erlittenen Nachteil bewahrt werden. Dieser kann, da die vereinbarte besondere Versicherungsform von Seiten des Krankenversicherers nicht mehr angeboten werden konnte, ein-

zig durch den Ersatz des entstandenen Schadens ausgeglichen werden. Er besteht in der Differenz der effektiven Prämie nach dem Wechsel in die PREMEDI-24 zur Prämie für das zwischen den Parteien früher vereinbarte besondere Versicherungsmodell.

Die Beschwerdeführer waren, nachdem sie von der Unmöglichkeit der Weiterführung der bisherigen besonderen Versicherungsform Kenntnis erhalten hatten, in die Versicherungsdeckung PREMEDI-24 der Helsana übergetreten (act. II 16 und 17). Dabei handelt es sich ebenfalls um eine besondere Versicherungsform. Nach der in einer solchen Konstellation einschlägigen Norm von Art. 100 Abs. 3 KVV ist der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich. Das bedeutet, dass die Beschwerdeführer die Versicherung bei der Helsana bis Ende 2015 weiterführen mussten und frühestens auf Anfang 2016 eine neue, ihnen besser zusagende Versicherung – allenfalls bei einem anderen Krankenversicherer – mit einer günstigeren Prämie hätten abschliessen können, wobei ein Beitritt zu einer (anderen) besonderen Versicherungsform jederzeit möglich ist (Art. 100 Abs. 2 KVV). Damit ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführern die Differenz zwischen der Prämie für die PREMEDI-24 (Fr. 419.50; act. II 16 und 17) und der Prämie gemäss der Police vom Oktober 2014 (Fr. 364.80; act. II 8 und 9) für die Monate März (Wechsel des Versicherungsmodells ab 1. März 2015) bis und mit Dezember 2015, ausmachend je Fr. 547.— ($419.50 - 364.80 = 54.70 \times 10$), insgesamt Fr. 1'094.—, zu ersetzen hat.

3.5 Soweit die Beschwerdeführer die Ausrichtung von Verzugszinsen geltend machen, sind solche mangels einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage nicht geschuldet. Offen bleiben kann, ob Art. 26 ATSG für den vorliegenden Sachverhalt überhaupt einschlägig ist, denn selbst wenn dies der Fall wäre, wären die darin geforderten Voraussetzungen nicht erfüllt. Eine andere, hier anwendbare Grundlage für einen Zinsanspruch ist nicht ersichtlich und insbesondere ist die in der Beschwerde, S. 12, angerufene privatrechtliche Norm von Art. 104 des Bundesgesetzes vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches

(Fünfter Teil: Obligationenrecht [OR]; SR 220) im Bereich der Krankenversicherung nicht anwendbar.

3.6 Angesichts der oben dargelegten Umstände kann im Übrigen dahingestellt bleiben, ob sich ein Anspruch auf Schadenersatzleistungen alternativ allenfalls auf Art. 7 Abs. 6 KVG oder Art. 78 ATSG stützen liess, wäre doch der nach diesen Normen zu ersetzende Schaden nicht höher als derjenige gemäss E. 3.4 hiervor.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1). Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine "Überklagung" eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat. Indessen kommt die Zusprechung einer vollen Parteientschädigung bei teilweisem Obsiegen nur in Frage, wenn die Beschwerde führende Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt (SVR 2016 IV Nr. 12 S. 38 E. 5; Entscheidung des BGer vom 16. November 2010, 9C_580/2010, E. 4.1).

Nach diesen Grundsätzen besteht vorliegend kein Anlass zur Ausrichtung lediglich einer reduzierten Parteientschädigung. In seiner Kostennote vom 5. Mai 2017 macht Fürsprecher B. _____ ein Honorar von Fr. 746.65 zuzüglich Auslagen von Fr. 63.80 sowie 8% MWSt, insgesamt Fr. 875.30, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführern eine Parteientschädigung in dieser Höhe auszurichten.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerden werden die Einspracheentscheide der Beschwerdegegnerin vom 19. Dezember 2016 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verurteilt, den Beschwerdeführern Schadenersatz in Höhe von Fr. 1'094.— zu bezahlen. Im Übrigen werden die Beschwerden abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführern eine Parteidenschädigung in Höhe von Fr. 875.30 (inkl. Auslagen und MWSt) auszurichten.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführer
 - Helsana Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden. Der Streitwert im Sinn von Art. 51 ff. BGG beträgt Fr. 1'094.—.