



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz  
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter  
Gerichtsschreiberin: MLaw Miriam Habegger-Schneider

U R T E I L vom 22. März 2024 *[rechtskräftig]*  
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Assura-Basis SA, Case postale 7, 1052 Le Mont-sur-Lausanne**  
Beschwerdegegnerin

betreffend

Krankenversicherung

S 2022 49

A. Der 1973 geborene A. \_\_\_\_\_ war bei der deutschen privaten Krankenversicherung, Debeka Krankenversicherungsverein a.G. (nachfolgend: Debeka), versichert und wohnhaft in B. \_\_\_\_\_ SZ, als er im Jahr 2009 bei der Ausgleichskasse Schwyz um Befreiung vom Krankenversicherungsobligatorium ersuchte. Mit Verfügung vom 8. April 2009 wurde ihm diese gewährt (BG-act. 7). A. \_\_\_\_\_ war danach noch bis zum 31. Juli 2009 wohnhaft im Kanton Schwyz (vgl. BG-act. 10). In der Folge lebte er über längere Zeit in C. \_\_\_\_\_ im Kanton Zürich, bevor er per 1. Juli 2020 in D. \_\_\_\_\_ (ZG) Wohnsitz nahm (BG-act. 11).

Mit dem Antrag zur Aufnahme in die Grundversicherung (KVG) vom 16. Dezember 2020 ersuchte A. \_\_\_\_\_ bei der Assura-Basis SA (nachfolgend: Assura) um Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung (QualiMed Grundversicherung) per 1. Januar 2021 (BG-act. 1). Die Aufnahme wurde ihm von der Assura mit Zustellung der Versicherungspolice vom 21. Dezember 2020 bestätigt (BG-act. 2). Am 28. Dezember 2020 ging bei der Assura die Zahlung für die Prämien Januar bis Dezember 2021 im Betrag von Fr. 2'104.80 ein (BF-act. 2).

Die Assura informierte den Versicherten mit Schreiben vom 8. Februar 2021, dass der von ihm angegebene bisherige Versicherer Sanitas Grundversicherungen AG (nachfolgend: Sanitas) die Versicherungsbestätigung mit dem Vermerk «nicht bei uns versichert» retourniert habe (BG-act. 4). A. \_\_\_\_\_ führte die Annullation seiner Versicherung bei der Sanitas auf das dieser vorgelegte Befreiungsschreiben vom 8. April 2009 zurück und reichte dieses auch der Assura ein (BG-act. 5). In der Folge machte die Versicherung verschiedene Abklärungen und kam zum Schluss, dass der Versicherte die vorgelegte Befreiung bereits mit Wegzug aus dem Kanton Schwyz verloren hatte. Sie forderte ihn daher auf, einen aktuellen Befreiungsnachweis einzureichen, ansonsten müsse sie von einem verspäteten Beitritt ausgehen (BG-act. 14). Letztlich stellte die Assura dem Versicherten am 27. Mai 2021 eine neue Versicherungspolice mit Versicherungsbeginn per 16. Dezember 2020 zu. Mit Schreiben vom 2. Juni 2021 informierte sie ihn zudem darüber, dass sie für den Zeitraum zwischen dem Ablauf der Befreiung und dem Erhalt des Aufnahmegesuchs vom 16. Dezember 2020 einen Prämienzuschlag wegen verspäteter Anmeldung erheben müsse. Dieser betrage 50 % der aktuellen Monats-Bruttoprämie und werde der ordentlichen Prämie während 1'826 Tagen hinzugefügt (BG-act. 17). Damit war der Versicherte nicht einverstanden, was er der Assura mehrfach mitteilte (BG-act. 18-22). Es erfolgten weitere Abklärungen.

Gestützt auf die Annahme des verspäteten Beitritts buchte die Assura die einbezahlte Jahresprämie 2021 im Umfang von Fr. 109.55 auf den Monat Dezember 2020 um, was zu einer Restforderung für das Jahr 2021 in derselben Höhe führte. Diesen sowie einen Prämienzuschlag für den Monat Dezember 2020 von Fr. 56.45 stellte sie dem Versicherten in Rechnung. Für den Gesamtbetrag von Fr. 166.– wurde er am 31. August 2021 sowie am 30. September 2021 (BG-act. 23 und 24) gemahnt.

Mit E-Mail vom 1. Oktober 2021 kündigte der Versicherte die Krankenversicherung bei der Assura auf den nächstmöglichen Termin (BG-act. 25). Weiter teilte er mit E-Mail vom 1. und 14. Oktober 2021 erneut mit, dass er insbesondere mit den fakturierten Beträgen nicht einverstanden sei (BG-act. 27). Die Assura bestätigte die Kündigung per 31. Dezember 2021, teilte dem Versicherten jedoch am 27. Oktober 2021 mit, dass sie an ihrem bisherigen Vorgehen festhalte und wies ihn darauf hin, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund der geltenden Rechtsvorschriften nur beendet werden könne, wenn er neben Prämien und allfälligen Kostenbeteiligungen auch den in Rechnung gestellten Prämienzuschlag beglichen habe (BG-act. 29).

Am 5. November 2021 leitete die Krankenversicherung für einen Betrag von Fr. 166.– (offene Prämienrechnung vom 1. Juli 2021) zuzüglich Zinsen und Mahnspesen die Betreuung ein (Zahlungsbefehl Nr. E. \_\_\_\_\_ BA D. \_\_\_\_\_ vom 15. November 2021; BG-act. 31).

Mit Verfügung vom 8. Dezember 2021 hielt die Assura daran fest, dass die Aufnahme in die obligatorische Krankenpflege verspätet sei und der Versicherungsbeginn daher im Zeitpunkt des Eingangs des Aufnahmegesuchs per 16. Dezember 2020 erfolge. Zudem werde der Berechnung der ordentlichen Prämie während 1'826 Tagen einen Prämienzuschlag von 50 % der aktuellen Monats-Nettoprämie hinzugefügt. Dies begründete sie im Wesentlichen damit, dass die vom Kanton Schwyz ausgestellte Befreiung von der Versicherungspflicht mit dem Wegzug nach C. \_\_\_\_\_ (ZH) per 2009 ihre Gültigkeit verloren habe und seither weder eine erneute Befreiung noch der Abschluss einer Krankenversicherung nach KVG erfolgt sei. Der Versicherte bringe zudem keine entschuldbaren Gründe vor, die einen Verzicht auf die Erhebung eines Prämienzuschlages rechtfertigen würden. Insbesondere wäre er nach dem Wohnkantonswechsel verpflichtet gewesen, sich zu erkundigen, ob die Befreiung der Versicherungspflicht weiter gültig sei (BG-act. 33). Dagegen erhob der Versicherte am 9. Januar 2022 Einsprache und kritisierte auch die Höhe der für Dezember 2020 veranschlagten Prämie sowie des Prämienzuschlags (BG-act. 34).

Den vom Versicherten in der Betreuung Nr. E. \_\_\_\_\_ BA D. \_\_\_\_\_ erhobenen Rechtsvorschlag beseitigte die Krankenversicherung mit Verfügung vom 18. Januar 2022 unter Hinweis auf die Beschwerdemöglichkeit (BG-act. 35).

Mit Schreiben vom 28. Februar 2022 bestätigte die Assura den Eingang der Einsprache vom 9. Januar 2022 und teilte dem Versicherten mit, dass sie, da sich die vorgebrachten Einwände auch auf den Gegenstand des Inkassoverfahrens, über welches am 18. Januar 2022 verfügt worden sei, bezögen, die beiden Verfahren vereinige, sofern der Versicherte die Einsprache nicht zurückziehe (BG-act. 36).

Mit Entscheid vom 24. März 2022 wies die Assura die Einsprache vollumfänglich ab und bestätigte den Versicherungsbeginn per 16. Dezember 2021 (recte: 2020), den Prämienzuschlag von 50 % während 1'826 Tagen sowie die Beseitigung des Rechtsvorschlags in der Betreuung Nr. E. \_\_\_\_\_ des Betreibungsamts D. \_\_\_\_\_ im Umfang von Fr. 199.10 nebst Zins zu 5 % seit 15. November 2021 auf den Betrag von Fr. 166.– (BG-act. 38).

B. Dagegen erhob A. \_\_\_\_\_ am 4. Mai 2022 (Eingang beim Gericht) Verwaltungsgerichtsbeschwerde und beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids (act. 1).

C. Der mit Verfügung vom 5. Mai 2022 einverlangte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– ging fristgerecht ein (act. 2 f.).

D. Die Assura schloss mit Vernehmlassung vom 30. Mai 2022 auf Abweisung der Beschwerde (act. 5).

E. Der Beschwerdeführer reichte am 30. Juni 2022 (Eingang beim Gericht) weitere Unterlagen zur Ergänzung der Akten der Krankenversicherung ein (act. 8).

F. Mit Schreiben vom 22. November 2023 forderte das Verwaltungsgericht den Beschwerdeführer auf, klärende Angaben zu seinen früheren Krankenversicherern (insb. Debeka) einzureichen (act. 10). Die Eingabe mit den zusätzlichen Unterlagen (act. 13) wurde der Assura zur Stellungnahme unterbreitet. Im weiteren Verlauf hielten die Parteien an ihren Standpunkten und Anträgen fest (act. 15 und 17).



Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) sind nach Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) in der heute geltenden Fassung auf die Krankenversicherung anwendbar, soweit das KVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Die Abweichungen werden in Abs. 2 abschliessend aufgelistet. Die Bestimmungen über die Versicherungspflicht sowie den Bezug der Prämien der Versicherten sind dem Geltungsbereich des ATSG nicht entzogen, so dass dieses vorliegend anwendbar ist.

1.2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung und ist somit für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde sachlich zuständig (Art. 57 ATSG in Verbindung mit § 77 des Verwaltungsverfahrensgesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 6 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung [EG KVG; BGS 842.1]). Diese Zuständigkeit beschränkt sich im Bereich des Krankenpflegeversicherungsrechts indes auf die Klärung der Ansprüche und Forderungen aus dem KVG, während die Geltendmachung von Ansprüchen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1) der Überprüfung durch die zivilen Gerichte vorbehalten ist. Die örtliche Zuständigkeit ist gestützt auf Art. 58 Abs. 1 ATSG gegeben, da die versicherte Person aktuell ihren Wohnsitz in D. \_\_\_\_\_ hat. Die gegen den Einspracheentscheid vom 24. März 2022 erhobene Beschwerde wurde am 4. Mai 2022 vom Versicherten persönlich am Gerichtsschalter abgegeben. Sie gilt folglich – unter Berücksichtigung des Fristenstillstands über Ostern (Art. 38 Abs. 4 ATSG) – als binnen der 30-tägigen Frist nach Art. 60 Abs. 1 ATSG rechtzeitig eingereicht. Der Beschwerdeführer ist vom angefochtenen Entscheid direkt betroffen und somit zur Beschwerde legitimiert. Letztere entspricht den an eine Laienbeschwerde gestellten formellen Anforderungen, weshalb sie zu prüfen ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2. Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 24. März 2022 (BG-act. 38). Streitig und zu prüfen ist dabei der Zeitpunkt der Aufnahme des Beschwerdeführers in die obligatorische Krankenpflegeversicherung, die Rechtmässigkeit des von der

Versicherung erhobenen Prämienzuschlags und dessen Umfang (nachfolgend E. 3 f.) sowie die Erteilung der Rechtsöffnung in der Betreuung Nr. E. \_\_\_\_\_ BA D. \_\_\_\_\_ (nachfolgend E. 5). Des Weiteren stellt sich die Frage, ob die Beschwerdegegnerin einen Wechsel des Beschwerdeführers zu einer anderen obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu Recht verweigerte (vgl. act. 13, nachfolgend E. 6).

Soweit der Beschwerdeführer in seinen Eingaben hingegen allenfalls die Beurteilung weiterer konkreter Forderungen oder Betreibungen beantragen will, wäre auf sein Begehren nicht einzutreten, da diese weder in den Verfügungen vom 8. Dezember 2021 und 18. Januar 2022 noch im angefochtenen Einspracheentscheid thematisiert wurden und es folglich diesbezüglich an einem Anfechtungsobjekt fehlt.

### 3.

3.1 Gemäss Art. 3 Abs. 1 KVG muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme in der Schweiz für die Krankenpflege versichern.

3.2 Der Bundesrat kann Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen (Art. 3 Abs. 2 KVG). Gestützt darauf hat er in Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und in Art. 6 Abs. 1 KVV die Personenkategorien aufgezählt, die von vornherein vom Versicherungsobligatorium ausgenommen sind. In Art. 2 Abs. 2-8 KVV hat er sodann die Möglichkeit für verschiedene Personenkategorien geregelt, auf Gesuch hin vom Versicherungsobligatorium befreit zu werden. Nach Art. 2 Abs. 8 KVV sind Personen, für welche eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen (ausländischen) Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte und die sich aufgrund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversichern könnten, auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen.

3.3 Das allgemeine Versicherungsobligatorium für die gesamte schweizerische Wohnbevölkerung stellt ein unverzichtbares Instrument zur Gewährleistung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken dar (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 418 Rz. 29). In Anbetracht dieser gesetzgeberischen Absicht ist es folgerichtig, dass die

Ausnahmen von der Versicherungspflicht und damit von der Zugehörigkeit zur Solidargemeinschaft eng umschrieben werden. Der Zweck des Obligatoriums besteht nicht nur darin, zu verhindern, dass infolge Fehlens einer Versicherung unter Umständen bei Risikoeintritt das Gemeinwesen für höhere oder alle Kosten aufkommen muss, sondern auch darin, die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken zu gewährleisten (BGE 132 V 310 E. 8.3 und 8.5.6)

3.4 Nach Art. 6 Abs. 1 KVG obliegt es den Kantonen, für die Einhaltung der Versicherungspflicht zu sorgen. Dabei sind Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, nach Art. 6 Abs. 2 KVG durch die vom Kanton bezeichnete Behörde einem Versicherer zuzuweisen. Die Verpflichtung, für die Einhaltung der Versicherungspflicht zu sorgen, beinhaltet implizit auch die Zuständigkeit der Kantone zur Beurteilung von Gesuchen betreffend die Befreiung von der Versicherungspflicht, teilweise normiert ist dies in Art. 10 Abs. 2 KVV (Raimund Renggli, in: Basler Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz, 2020, Art. 6 KVG N 11).

4.

4.1 Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer dem schweizerischen Versicherungsobligatorium nach Art. 3 Abs. 1 KVG seit seiner Wohnsitznahme in der Schweiz grundsätzlich untersteht. Weiter steht fest, dass die Ausgleichskasse Schwyz den dannzumal im Kanton Schwyz wohnhaften Beschwerdeführer mit Verfügung vom 8. April 2009 (BG-act. 7) gestützt auf Art. 2 Abs. 8 KVV von der Versicherungspflicht befreite, da er gemäss einer Bescheinigung bei der Debeka, einer deutschen privaten Krankenversicherung, gegen Krankheitsfolgen versichert war. Unbestritten ist zudem, dass der Beschwerdeführer bereits im Sommer/Herbst 2009 aus dem Kanton Schwyz wegzog und seinen Wohnsitz in den Kanton Zürich nach C.\_\_\_\_\_ sowie von dort per Juli 2020 nach D.\_\_\_\_\_ verlegte (vgl. Auskünfte Ausgleichskasse Schwyz [BG-act. 10], C.\_\_\_\_\_ [BG-act. 9], D.\_\_\_\_\_ [BG-act. 11]).

4.2

4.2.1 Fraglich ist hingegen, bis wann sich der Beschwerdeführer auf die am 8. April 2009 verfügte Befreiung berufen und auf ihre Gültigkeit vertrauen durfte. Während er geltend macht, diese sei noch 2020 gültig gewesen, zumindest sei sie von der Sanitas akzeptiert worden und auch die Gemeinde C.\_\_\_\_\_ habe ihn nie über deren Ungültigkeit informiert, stellt sich die Assura auf den Standpunkt, die Befreiung habe bereits mit dem Umzug in den Kanton Zürich 2009 ihre Gültigkeit verloren; ab diesem Zeitpunkt seien neu

die zürcherischen Behörden zuständig gewesen, bei welchen erneut eine Befreiung hätte beantragt werden müssen, was der Beschwerdeführer unbestrittenermassen unterlassen hatte.

4.2.2 Bei der Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz handelt es sich um einen Dauersachverhalt. Bei einem Dauerrechtsverhältnis kann eine versicherte Person im Falle einer rechtskräftigen Verfügung, die nachträglich tatsächlich oder rechtlich unrichtig geworden ist, nicht verlangen, weiterhin entsprechend derselben behandelt zu werden, sondern eine Abänderung der Verfügung ist angezeigt (Ulrich Meyer, Die Abänderung formell rechtskräftiger Verfügungen, in: Ausgewählte Schriften, 2013, S. 117 ff., 134). In diesem Sinne ist die rechtskräftig verfügte Befreiung bei einer Änderung der Sach- oder Rechtslage einer Neuregelung im Sinne einer Verfügungsanpassung zugänglich (vgl. BGer 9C\_146/2023 vom 10. Mai 2023 E. 4.2; 9C\_921/2008 vom 23. April 2009 E. 5). Der Gesetzgeber sieht keine umfassende überkantonale Bindungswirkung einer einmal erfolgten Befreiung vor, so dass der Versicherte grundsätzlich beim Umzug in einen neuen Kanton bei der neu zuständigen Kontrollstelle ein neues Befreiungsgesuch stellen muss. Ob der Wechsel des Wohnsitzkantons eine Änderung der Sach- und Rechtslage darstellt, welche für sich allein eine Abänderung der einmal erteilten Befreiung rechtfertigt, ist dennoch fraglich. So hat das Bundesgericht zumindest in Bezug auf eine einmal verweigerte Befreiung entschieden, dass allein ein neuer Wohnort nicht dazu führt, dass die Befreiung neu geprüft werden darf, vielmehr stellt die erfolgte Ablehnung für die neue Kontrollstelle eine *res iudicata* dar (vgl. BGer 9C\_335/2020 vom 25. August 2020 E. 1.5).

4.2.3 Gemäss Aussage des Beschwerdeführers wurde die im April 2009 ausgestellte Befreiung von der Versicherungspflicht nach seinem Umzug in den Kanton Zürich im gleichen Jahr von der Gemeinde C. \_\_\_\_\_ akzeptiert. Was nach dem Gesagten, bei Vorliegen einer bis auf den Wohnort grundsätzlich unveränderten Situation, denkbar, aber doch erstaunlich wäre. Dem steht nämlich klar entgegen, dass die Gemeinde C. \_\_\_\_\_ gegenüber der Assura äusserte, in ihrem Register sei beim Beschwerdeführer keine Befreiung eingetragen (BG-act. 9). Zudem wird vom Beschwerdeführer weder behauptet noch belegt, dass er im Kanton Zürich je um eine neuerliche Befreiung ersucht hätte. Ob bereits der Umzug in den Kanton Zürich ohne erneutes Erwirken einer Befreiung dazu führte, dass die erteilte Befreiung hinfällig war oder nicht, kann vorliegend allerdings offengelassen werden, denn der Beschwerdeführer durfte sich im Jahr 2020 auch aus anderen Gründen seit längerem nicht mehr auf die 2009 erteilte Befreiung stützen.

4.2.4 Ziel des Versicherungsobligatoriums im KVG ist ein umfassender (Mindest-) Versicherungsschutz. Das Fehlen eines gleichwertigen (ausländischen) Versicherungsschutzes z.B. aufgrund von erheblichen Lücken in der Versicherungsdeckung (im Vergleich zu den Mindestvorschriften des KVG) ist daher – auch angesichts der angestrebten Solidarität zwischen Gesunden und Kranken (E. 3.3 hiervor) als klarer Mangel zu werten, der durch Unterstellung unter die Versicherungspflicht zu beheben ist, also keine Befreiung erlaubt (vgl. BGer 9C\_86/2016 vom 18. November 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Wer auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht befreit werden möchte, muss daher über einen den Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen (Art. 2 Abs. 2 – 8 KVV). Fällt der ausländische Versicherungsschutz nach Erteilung der Befreiung dahin, ist vom Wegfall einer wesentlichen Bewilligungsvoraussetzung auszugehen, was einer massgeblichen Änderung des Sachverhalts entspricht, die mindestens ein Rückkommen auf eine Dauerverfügung erlaubt (Tschannen/Müller/Kern, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. Aufl. 2022, Rz. 862).

4.2.5 Vorliegend wurde die Befreiung von der Versicherungspflicht in der Verfügung vom 8. April 2009 denn auch explizit an die Bedingung des Fortbestandes der privaten Krankenversicherung bei der Debeka geknüpft. Der Beschwerdeführer wurde darauf hingewiesen, dass er, sobald er die Versicherung bei der Debeka wechsele oder ersatzlos kündige, verpflichtet sei, ein neues Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht zu stellen, respektive sich bei einem schweizerischen Krankenversicherer versichern zu lassen (BG-act. 7).

Im Laufe der Abklärungen forderte die Assura den Beschwerdeführer dazu auf, ihr einen aktuellen Krankenversicherungsnachweis seiner deutschen Krankenvollversicherung bei der Debeka einzureichen, welcher über Versicherungszeiten sowie die entsprechende Versicherungsdeckung Auskunft gebe (E-Mail Assura vom 21. Juni 2021 [BG-act. 19]). Daraufhin reichte er eine Bescheinigung der Debeka vom 20. Juni 2011 ein (BG-act. 21). Ein aktuelleres Dokument reichte er auch auf nochmalige Nachfrage der Assura nicht ein (BG-act. 22) und auch keine anderen Dokumente, die Aufschluss über ein nach 2011 weiterhin bestehendes Versicherungsverhältnis mit der Debeka geben würden. Auch das Verwaltungsgericht forderte den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 22. November 2023 auf, ein entsprechendes Dokument einzureichen. In der Folge reichte der Beschwerdeführer ein Schreiben der Debeka vom 20. Dezember 2023 mit der Überschrift "Versicherungsbescheinigung – Ihre E-Mail vom 14. Dezember 2023" ein, in dem sie festhielt, der

vom Versicherten angegebene Versicherungszeitraum liege so lange zurück, dass sie aus diesen Jahren keine Unterlagen mehr aufbewahre. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsvorschriften würden die Vertragsunterlagen von bereits beendeten Vertragsverhältnissen vernichtet (BF-act. 1 zur Eingabe vom 22. Dezember 2023).

Wie sich der Homepage der Debeka unter "über uns" entnehmen lässt, handelt es sich beim hier massgebenden Debeka Versicherungsverein a.G. um eine in Deutschland ansässige private Krankenversicherung ([www.debeka.de](http://www.debeka.de)). Dazu, wie lange personenbezogene Daten der Versicherten aufbewahrt werden, wird in den Dokumenten "Datenschutzhinweise" für Versicherte insbesondere festgehalten, die Debeka speichere personenbezogene Daten, soweit sie dazu gesetzlich verpflichtet sei. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergäben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Aufbewahrungsfristen würden in der Regel zehn Jahre betragen (Ziffer 7; abrufbar unter: <https://www.debeka.de/datenschutz.html>).

Aufgrund der Tatsachen, dass der Beschwerdeführer für die Zeit nach 2011 trotz mehrfacher Nachfrage keine Belege einreichte, die das weitere Bestehen der privaten Krankenversicherung bei der Debeka belegen sowie, dass die Debeka im Dezember 2023 nicht mehr in der Lage war, Auskünfte über das einstige Versicherungsverhältnis mit dem Beschwerdeführer zu geben, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass dieses spätestens 2013 beendet worden war. Damit fehlte es spätestens ab diesem Zeitpunkt an einer für den Fortbestand der Befreiung massgebenden Voraussetzung.

4.2.6 Spätestens mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses mit der Debeka trat eine wesentliche Änderung des der Befreiung zu Grunde gelegten Sachverhalts ein, die ein Rückkommen auf die Verfügung vom 8. April 2009 erlaubte und ihr schlicht die für den Fortbestand notwendige Grundlage entzog. Trotz des expliziten Hinweises in der Verfügung kam der Beschwerdeführer in der Folge der ihm auferlegten Pflicht, sich einer schweizerischen Krankenversicherung anzuschliessen (oder eine neue Befreiung zu beantragen), über Jahre nicht nach.

4.2.7 Soweit der Beschwerdeführer darauf beharrt, während der gesamten Zeit seit 2009, auch 2020 noch, über eine gültige Befreiung verfügt zu haben, da nicht nur die Gemeinde C. \_\_\_\_\_, sondern auch die Sanitas, bei welcher er sich nach seiner Wohnsitznahme in D. \_\_\_\_\_ versicherte, die Befreiung aufgrund des Schreibens der Aus-

gleichskasse Schwyz vom April 2009 akzeptiert hätten, kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Selbst wenn dem so war, dass er keinen Widerspruch erntete, durfte er nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses mit der Debeka nicht mehr auf den Bestand der Befreiung vertrauen. Er verhielt sich treuwidrig, wenn er sich trotz Fehlen eines Versicherungsverhältnisses mit der Debeka und in Kenntnis der grundsätzlichen Versicherungspflicht, wider besseres Wissen weiter auf die Befreiung berief, die ihm unter der Prämisse des Bestands der Versicherung bei der Debeka gewährt worden war. Dadurch, dass er die Befreiungsverfügung offenbar immer wieder vorlegte, weckte er den Anschein, dass er die mit der Befreiung verbundenen Anforderungen nach wie vor erfülle. Dass dem Beschwerdeführer wohl bewusst war, dass kein Anspruch mehr auf eine Befreiung bestand, zeigt sich daran, dass er bei der massgebenden Stelle der D. \_\_\_\_\_ 2020 nicht erneut eine solche beantragt hatte, sondern einen KVG-Nachweis erbrachte (vgl. BG-act. 11). Ob die Gemeinde C. \_\_\_\_\_ die Befreiung tatsächlich akzeptiert hatte, ist zudem fraglich, nachdem sie der Assura die Auskunft gab, es sei beim Beschwerdeführer keine Befreiung eingetragen (BG-act. 9); immerhin war der Beschwerdeführer beim Zuzug nach C. \_\_\_\_\_ nachweislich noch bis 2011 bei der Debeka versichert (BG-act. 21). Spätestens ab 2013 war dies aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr der Fall (oben E. 4.2.5).

4.3 Weiter ist zu klären, ab welchem Zeitpunkt der Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin zu versichern war und ob diese zu Recht einen Prämienzuschlag wegen Verspätung erhoben hat.

#### 4.3.1

4.3.1.1 Das Versicherungsverhältnis in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsteht nicht automatisch infolge eines bestimmten Ereignisses, sondern bedarf einer Anmeldung beim Versicherer. Versicherungslücken sind daher prinzipiell möglich, allerdings praktisch nur bei Personen, die erstmalig der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beitreten müssen (Gebhard Eugster in: Basler Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz, 2020, Art. 3 KVG N 5). Nach Art. 5 Abs. 1 KVG beginnt die Versicherung bei rechtzeitigem Beitritt (Art. 3 Abs. 1 KVG) im Zeitpunkt der Wohnsitznahme in der Schweiz. Bei verspätetem Beitritt beginnt sie im Zeitpunkt des Beitritts (Art. 5 Abs. 2 KVG).

4.3.1.2 Wie bereits dargelegt, ist vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer spätestens ab 2013 nicht mehr bei der Debeka krankenversichert war. Ab diesem Zeitpunkt hätte er sich einer Krankenversicherung an-

schliessen oder eine erneute Befreiung erwirken müssen. Bis zu seinem Umzug nach D. \_\_\_\_\_ im Juli 2020 sind den Akten jedoch keinerlei Anhaltspunkte zu entnehmen, dass er sich einer Krankenversicherung angeschlossen hätte, was er auch selbst nicht behauptet. Aus welchen Gründen das von der Sanitas mit Police vom September 2020 bestätigte Versicherungsverhältnis annulliert worden war, ist unklar. Immerhin ist die Darstellung des Beschwerdeführers in seinen jüngsten Eingaben, er habe die Versicherung mit Schreiben vom 16. Dezember 2020 per Ende Jahr 2020 gekündigt (act. 17), nicht sehr glaubwürdig und widerspricht seinen eigenen Angaben. So erklärte er gegenüber der Asura am 15. April 2021, er habe die Sanitas am 29. November 2020 aufgrund technischer Probleme mit ihrer Plattform darum gebeten, die Versicherung auf den nächstmöglichen Termin aufzulösen. Am 3. Dezember 2020 sei die Versicherung mit der Sanitas dann aufgrund der vorgelegten Befreiung rückwirkend annulliert worden (BG-act.13). Daraus kann er jedoch, wie bereits gesagt, nichts zu seinen Gunsten ableiten (E. 4.2.5).

Seit 2013 fehlte es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an einem bestehenden Versicherungsverhältnis; damit erfolgte die Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin mit Antrag vom 16. Dezember 2020 offensichtlich verspätet im Sinn von Art. 5 Abs. 2 KVG. Folglich wurde der Versicherungsbeginn von der Beschwerdegegnerin zu Recht auf den 16. Dezember 2020 – den Zeitpunkt des Antrags um Aufnahme in die Grundversicherung (KVG) – gelegt.

#### 4.3.2

4.3.2.1 Art. 5 Abs. 2 KVG hält weiter fest: Ist die Verspätung nicht entschuldbar, entrichtet die versicherte Person einen Prämienzuschlag. Der Bundesrat legt dafür die Richtsätze fest und berücksichtigt dabei die Höhe der Prämien am Wohnort der versicherten Person und die Dauer der Verspätung. Für Versicherte, bei denen die Entrichtung des Beitragszuschlages eine Notlage zur Folge hätte, setzt der Versicherer den Beitragszuschlag herab, wobei er der Lage der Versicherten und den Umständen der Verspätung angemessen Rechnung trägt. Der Prämienzuschlag, für dessen Anordnung ausschliesslich der Krankenversicherer zuständig ist (BGE 129 V 159 E. 2.4), setzt ein fehlendes Versicherungsverhältnis und eine verspätete Beitrittserklärung voraus. Er bewirkt kein rückwirkendes Aufleben eines Leistungsanspruchs. Der Prämienzuschlag ist eine Verwaltungssanktion im Interesse der Durchsetzung des Versicherungsobligatoriums und der Solidarität. Er soll der Versuchung entgegenwirken, dass Personen der Versicherung erst beitreten, wenn sie krank geworden sind (BGE 129 V 267 E. 3.1; Gebhard Eugster; Rechtsprechung des

Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, Art. 5 N 4). Sind die Voraussetzungen zur Erhebung eines Zuschlags erfüllt, ist die betroffene Versicherung dazu verpflichtet.

4.3.2.2 In den Akten finden sich keine Hinweise dafür, dass der vorliegend verspätete Beitritt entschuldbar wäre. Wie bereits ausgeführt hilft dem Beschwerdeführer insbesondere das Vorbringen, ihm sei weder von der Gemeinde C. \_\_\_\_\_ noch von der Sanitas mitgeteilt worden, die Befreiung sei nicht mehr gültig, nichts, da er nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses mit der Debeka nicht mehr auf deren Bestand vertrauen durfte (E. 4.2.5 hiervor). Viel mehr musste ihm aufgrund der Verfügung der Ausgleichskasse Schwyz vom 8. April 2009 klar gewesen sein, dass die Befreiung mit Beendigung der Versicherung mit der Debeka ihre Grundlage verliert und er sich sofort neu zu versichern und allenfalls eine neue Befreiung zu beantragen hatte. Da die Verspätung nicht entschuldbar ist, hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht einen Prämienzuschlag auferlegt.

4.3.3 Die Erhebungsdauer für den Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt hat gemäss Art. 8 KVV der doppelten Dauer der Verspätung, jedoch höchstens fünf Jahren zu entsprechen. Der Prämienzuschlag beträgt 30 bis 50 % der Prämie, wobei der Versicherer ihn nach der finanziellen Lage der versicherten Person festsetzt und dieser Rahmen zu unterschreiten ist, sofern der Prämienzuschlag eine Notlage für den Versicherten zur Folge hat (Art. 8 Abs. 1 KVV). Der Beschwerdeführer war mit dem Dokument "Wichtige Informationen Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt", welches dem Schreiben der Assura vom 2. Juni 2021 (BG-act. 17) beigelegt war, informiert und explizit auf die Möglichkeit, ein Gesuch um Überprüfung bei prekärer finanzieller Situation zu stellen, hingewiesen worden.

Vorliegend ist von einem um mindestens sieben Jahre (2013 – 2020) verspäteten Beitritt auszugehen, womit die verfügte maximale Erhebungsdauer von fünf Jahren bzw. 1'826 Tagen (5x365 +1 Schalttag) ohne Weiteres gerechtfertigt ist. Aufgrund der sehr langen Versicherungslücke und nachdem der Beschwerdeführer in keiner Weise vorbringt, der Prämienzuschlag bringe ihn in finanzielle Schwierigkeiten oder gar eine Notlage, ist auch die gewählte Höhe des Zuschlags von 50 % nicht zu beanstanden.

5.

5.1 Es bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin aufgrund ausstehender Prämien über eine Forderung gegenüber dem Beschwerdeführer im Betrag von Fr. 199.10 (zuzüg-

lich Verzugszins von 5 % seit 15. November 2021 auf Fr. 166.–) verfügt, für die in der Breitung Nr. E. \_\_\_\_\_ des Breitungsamtes D. \_\_\_\_\_ vom 15. November 2021 Rechtsöffnung zu erteilen ist (vgl. BG-act. 31, 35 f. und 38).

Gemäss dem angefochtenen Einspracheentscheid setzt sich die Forderung wie folgt zusammen:

Prämienausstand	Fr. 109.55
Prämienzuschlag Dezember 2020	Fr. 56.45
Kosten Zahlungsaufforderung	Fr. 30.00
Zinsen bis 14.11.2021	Fr. 3.10

5.2 Die Versicherer legen für ihre Versicherten Prämien fest und diese sind für alle grundsätzlich und ohne gesetzlich geregelte Ausnahmen gleich bemessen (Art. 61 Abs. 1 KVG). Die vereinbarten Versicherungsprämien sind nach Art. 61 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 90 KVV im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen.

Der Prämienzuschlag nach Art. 5 Abs. 2 KVG darf nicht in Form eines einmaligen Beitrags erhoben werden, sondern ist als Zuschlag zu den monatlichen Prämien der obligatorischen Krankenversicherung zu entrichten. Er ist folglich jeweils auf der Grundlage der laufenden Prämie zu berechnen (BGE 129 V 267 E. 3.3 und E. 5.2; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, a.a.O, S. 452 Rz. 151).

5.3 Der eingeforderte Prämienausstand im Umfang von Fr. 109.55 entspricht gemäss der Beschwerdegegnerin der für den Monat Dezember 2020 (16. – 31. Dezember 2020) anteilmässig geschuldeten Nettoprämie im Basis-Modell der Assura. Dieses Modell sei gewählt worden, da das mit dem Versicherten ab Januar 2021 vereinbarte Modell "QualiMed" im Dezember 2020 noch nicht verfügbar gewesen sei. Soweit der Beschwerdeführer dem unter Hinweis auf die korrigierte Versicherungspolice vom 27. Mai 2021 (BG-act. 16, BF-act. 2) widerspricht, hilft ihm dies nicht. Wohl ist sein Unverständnis nachvollziehbar, so steht auf dieser neuen Police, dass sie am 16. Dezember 2020 in Kraft trat und es wird nur das Versicherungsmodell "QualiMed" mit einer monatlichen Nettoprämie von Fr. 186.40 ausgewiesen, bei der Police handelt es sich jedoch um einen Nachtrag ab 1. Januar 2021 wie ebenfalls vermerkt ist. Tatsache ist, dass es das Produkt "QualiMed" erst ab dem 1. Januar 2021, gab (vgl. u.a. "Commentaire interne" BG-act. 15), denn an dieser Darstellung der Beschwerdegegnerin zu zweifeln, gibt es keinen Anlass. Für die aufgrund des verspäteten Beitritts entstandene Versicherungszeit im Dezember 2020

musste die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer folglich unter einem anderen Modell versichern, wobei sie nach eigenen Angaben mit dem Basis-Modell das dem Gewünschten Ähnlichste wählte, was nicht zu beanstanden ist. Folglich war die von der Asura Ende Mai 2021 eingeforderte zusätzliche Prämienzahlung von Fr. 109.55 rechters.

Die Prämien sind im Voraus in der Regel monatlich zu bezahlen (Art. 90 KVV); vorliegend wurde davon abweichend als Zahlungsmodus eine jährliche Prämienzahlung vereinbart (BG-act. 1). Der Beschwerdeführer hat die Prämien also grundsätzlich bis Ende des Vorjahres zu bezahlen. Die durch den verspäteten Beitritt entstandene Prämienforderung von Fr. 109.55 wurde dem Beschwerdeführer am 30. Mai 2021 in Rechnung gestellt mit Fälligkeit per 1. Juli 2021 (vgl. Auszug Kundenbereich "Kontoauszüge" BG-act. 40), was nicht zu beanstanden ist. Auch am buchhalterischen Vorgehen der Beschwerdegegnerin, dass sie einen Teil der für 2021 bezahlten Prämie auf Dezember 2020 umbuchte und den Ausstand im genannten Umfang in der Folge für 2021 einforderte, ist nichts zu bemängeln. Es ist eindeutig, dass die für die Zeit vom 16. Dezember 2020 bis 31. Dezember 2021 geschuldeten Prämien mit der im Dezember 2020 geleisteten Zahlung im Umfang der Jahresprämie 2021 nicht vollständig gedeckt sind.

Der eingeforderte Prämienzuschlag in der Höhe von Fr. 56.45 wurde gemäss den Akten am 3. Juni 2021 in Rechnung gestellt, ebenfalls mit Fälligkeit per 1. Juli 2021 (BG-act. 40). Es handelt sich dabei um den Prämienzuschlag von 50 % für Dezember 2020, dieser wurde aufgrund der für Dezember 2020 veranschlagten Prämie von Fr. 109.55 zuzüglich der zugehörigen Umweltabgabe von Fr. 3.35 errechnet, was einen Betrag von Fr. 56.45 ( $(\text{Fr. } 109.55 + \text{Fr. } 3.35)/2$ ) ergab. Nachdem sowohl der Umfang des Zuschlags (E. 4.3.3) als auch die Höhe, der für Dezember 2020 berechneten Prämie nicht zu beanstanden sind, ist auch der errechnete Zuschlag korrekt.

Damit war per 1. Juli 2021 eine Forderung für Prämien und den entsprechenden Prämienzuschlag von insgesamt Fr. 166.– (Fr. 109.55 + Fr. 56.45) fällig.

## 5.4

5.4.1 Beahlt die versicherte Person fällige Prämien nicht, so hat der Versicherer ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges hinzuweisen (Art. 64a Abs. 1 KVG).

Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht (Art. 105b Abs. 2 KVV). Die Assura statuiert in Art. 6.3 in der am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Ausgabe ihrer Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG (nachfolgend Versicherungsbedingungen), dass der versicherten Person eine Beteiligung an den zusätzlichen Verwaltungskosten für Zahlungserinnerungen und Zahlungsaufforderungen von Fr. 10.– bzw. Fr. 30.– auferlegt werden (BG-act. 3).

Nach Art. 105a KVV liegt der Satz für den Verzugszins auf fälligen Prämien nach Art. 26 Abs. 1 ATSG bei 5 %. Der Verzugszins ist nicht erst ab Mahnung gemäss Art. 64a Abs. 1 KVG, sondern bereits ab dem vom Versicherer gesetzten Zahlungstermin geschuldet (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, a.a.O, S. 802 Rz. 1326). Der Zinssatz von 5 % ist auch in Art. 5.1 f. der Versicherungsbedingungen der Beschwerdegegnerin festgeschrieben.

Bezahlt die versicherte Person ihre fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen trotz Mahnung nicht, hat der Versicherer das Vollstreckungsverfahren im Sinne von Art. 64a Abs. 2 KVG einzuleiten. Nach Art. 79 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG; SR 281.1) hat ein Gläubiger, gegen dessen Betreibung Rechtsvorschlag erhoben worden ist, seinen Anspruch im Zivilprozess oder im Verwaltungsverfahren geltend zu machen. Er kann die Fortsetzung der Betreibung nur aufgrund eines vollstreckbaren Entscheids erwirken, der den Rechtsvorschlag ausdrücklich beseitigt. Nach der konstanten Praxis des Bundesgerichts gilt die verfügende Verwaltungsbehörde auf dem Gebiet der Sozialversicherung, mithin der jeweilige Sozialversicherer, als erstinstanzlicher ordentlicher Richter im Sinne von Art. 79 SchKG, folglich als Rechtsöffnungsinstanz, und sie ist demgemäss auch zuständig, über die Aufhebung des Rechtsvorschlags einen materiellen Entscheid zu fällen (BGE 121 V 109; Urteil EVG K 107/02 vom 27. November 2003 E. 3.3.2 mit Hinweis auf BGE 119 V 329 E. 2b). Der Rechtsöffnungsentscheid kann beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht angefochten werden. Erst, wenn das Urteil des Versicherungsgerichts, welches die Rechtsöffnung bestätigt hat, in formelle Rechtskraft erwachsen ist, kann die Betreibung fortgesetzt werden.

5.4.2 Nach Eintritt der Fälligkeit der ausstehenden Prämien sowie des Prämienzuschlags für Dezember 2020 mahnte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer am 31. August 2021 (BG-act. 23). Am 30. September 2021 liess sie ihm zudem eine Zahlungsaufforderung über Fr. 196.00 (Fr. 166.– zzgl. Fr. 30.– Mahngebühren) zukommen mit einer Fristansetzung von 30 Tagen und dem Hinweis auf die Folgen des Zahlungsverzugs (BG-act. 24). Sie ist somit ihren Pflichten nachgekommen. Nachdem der Beschwerdeführer weder den Mahnungen noch der Zahlungsaufforderung Folge leistete, leitete sie die Betreuung ein (BG-act. 30 f.) und hob als Rechtsöffnungsinstanz den vom Beschwerdeführer erhobenen Rechtsvorschlag auf. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin kann nicht beanstandet werden, da sie sich stets an die in E. 5.4.1 wiedergegebenen gesetzlichen Vorgaben gehalten hat.

5.4.3 Betraglich ist die von der Beschwerdeführerin in Betreuung gesetzte Prämienforderung von Fr. 166.– nicht zu beanstanden (vgl. oben E. 5.3). Aus den Akten ist nicht ersichtlich und es wurde vom Beschwerdeführer auch weder behauptet noch mit Dokumenten belegt, dass er die fraglichen Prämienausstände bereits getilgt hätte.

Aufgrund ihrer reglementarisch statuierten Befugnis war die Beschwerdegegnerin dazu berechtigt, für den ihr in diesem Zusammenhang entstandenen Aufwand die vorgesehenen Gebühren zu erheben (Art. 6.3 der Versicherungsbedingungen [BG-act. 3]), womit auch die Kosten von insgesamt Fr. 30.– für die Zahlungsaufforderung vom 30. September 2021 (BG-act. 24) ausgewiesen sind.

Weiter waren der Prämienausstand sowie der Prämienzuschlag Dezember 2020 per 1. Juli 2021 zur Zahlung fällig (E. 5.3). Folglich schuldet der Versicherte ab diesem Zeitpunkt einen Verzugszins von 5 % (Art. 5.1 f. der Versicherungsbedingungen). Die für die Zeit bis 14. November 2021 errechneten Zinsen in der Höhe von Fr. 3.10 ( $[\text{Fr. } 166. \text{—} * 5 * 136] / 100 / 365$ ), sind nicht zu beanstanden, ebenso wenig die ab 15. November 2021 geforderten 5 % Verzugszins auf Fr. 166.–.

5.5 Aus dem Gesagten folgt, dass der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin Prämien (inkl. Prämienzuschlag) im Umfang von Fr. 166.– zuzüglich 5 % Verzugszins seit 15. November 2021, Fr. 3.10 aufgelaufene Verzugszinsen bis zum 14. November 2021 sowie Fr. 30.– Mahnspesen schuldet. In diesem Umfang ist daher in der Betreuung Nr. E. \_\_\_\_\_ des Betreibungsamtes D. \_\_\_\_\_ vom 15. November 2021 Rechtsöffnung zu erteilen.

6. In Abweichung von Art. 7 KVG kann eine versicherte Person, die ausstehende Kostenbeteiligungen, Prämien, Bearbeitungsgebühren, Verzugszinsen und Betriebskosten nicht vollständig bezahlt hat, den Krankenversicherer nicht wechseln, solange sie die Forderungen des Krankenversicherers nicht vollständig bezahlt hat. Art. 7 Abs. 3 und 4 KVG bleiben vorbehalten (Art. 64a Abs. 6 KVG). Säumig im Sinne von Art. 64a Abs. 6 KVG ist die versicherte Person ab Zustellung der Mahnung nach Art. 105b Abs. 1 KVV (Art. 105l Abs. 1 KVV). Kündigt eine säumige versicherte Person ihr Versicherungsverhältnis, so muss der Krankenversicherer 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. 105l Abs. 2 KVV). Sind die ausstehenden Beträge nach Art. 105l Abs. 2 KVV beim Krankenversicherer nicht rechtzeitig eingetroffen, so muss dieser die betroffene Person informieren, dass sie weiterhin bei ihm versichert ist und frühestens auf den nächstmöglichen Termin nach Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG den Krankenversicherer wechseln kann. Der Krankenversicherer muss zudem den neuen Krankenversicherer innerhalb von 60 Tagen darüber informieren, dass die versicherte Person weiterhin bei ihm versichert ist (Art. 105l Abs. 3 KVV). Art. 64a Abs. 6 KVG begründet somit ein gesetzliches Austrittsverbot der versicherten Person, weshalb der bisherige Krankenversicherer verpflichtet ist, ihn anzuwenden (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, a.a.O, S. 456 Rz. 166).

Wie vorangehend in E. 5.3 dargelegt wurde, bestehen gegenüber dem Beschwerdeführer offene Forderungen für Prämien und Prämienzuschläge, weshalb die Assura die Kündigung des Beschwerdeführers zurückweisen und einen Versicherungswechsel verweigern musste, was sie ihm den Vorschriften entsprechend mit Schreiben vom 7. März 2022 (BG-act. 37) mitteilte. Bereits im Schreiben vom 15. Oktober 2021, mit welchem sie den Erhalt der Kündigung bestätigte, wies sie darauf hin, dass ein Wechsel des Versicherers voraussetzt, dass die Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt wurden (BG-act. 28 und 29). Dieses Vorgehen der Assura entspricht den gesetzlichen Vorgaben. Die vom Beschwerdeführer dagegen vorgebrachte Kritik (act. 13 und 17) ist haltlos. Will er den Versicherer künftig wechseln, muss er zuvor die gesamten während seiner Versicherungszeit entstandenen Prämienforderungen zuzüglich des Prämienzuschlags von 50 % auf diesen begleichen, andernfalls darf ihn die Assura von Gesetzes wegen nicht aus dem Vertrag entlassen.

Ist der Beschwerdeführer seinen finanziellen Verpflichtungen jedoch nachgekommen, steht allein der Umstand, dass er für eine lange Dauer zur Leistung eines Prämienzuschlags verpflichtet ist, einem künftigen Wechsel der Versicherung jedoch nicht im Weg. Bei einem allfälligen Wechsel des Versicherers hat der bisherige Versicherer dem neuen Versicherer allerdings den Prämienzuschlag im Rahmen der Mitteilung gemäss Art. 7 Abs. 5 KVG anzugeben, da ein einmal festgelegter Prämienzuschlag auch für spätere Versicherer verbindlich bleibt (Art. 8 Abs. 3 KVV) und von ihnen weiter einzufordern ist.

7. Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer zu Recht bereits ab dem 16. Dezember 2020 in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufgenommen und ihm einen Prämienzuschlag wegen verspätetem Beitritt im Umfang von 50 % der ordentlichen Prämie während 1'826 Tagen auferlegt. Auch ist die Rechtsöffnung in der Betreuung Nr. E. \_\_\_\_\_ des Betreibungsamts D. \_\_\_\_\_ im Umfang von Fr. 199.10 (Fr. 166.– + Fr. 30.– + Fr. 3.10) zuzüglich Zins zu 5 % seit 15. November 2021 auf Fr. 166.– zu bestätigen. Die Beschwerde ist somit unbegründet und vollumfänglich abzuweisen.

8. Da es vorliegend nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, sind die Bestimmungen des kantonalen Rechts über die Verfahrenskosten anwendbar (Art. 61 Ingress i.V.m. lit. f<sup>bis</sup> ATSG). Gemäss § 23 Abs. 1 Ziff. 3 VRG sind die Kosten der unterliegenden beschwerdeführenden Partei aufzuerlegen.

Gemäss § 1 Abs. 1 und 2 der Verordnung über die Kosten im Verfahren vor dem Verwaltungsgericht (BGS 162.12) erhebt das Verwaltungsgericht für die Deckung des Verfahrensaufwands und die Kosten des Entscheids eine pauschale Spruchgebühr; diese beträgt Fr. 400.– bis Fr. 15'000.–. Sie ist in sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten nach dem Zeit- und Arbeitsaufwand des Gerichtes, der Wichtigkeit und Schwierigkeit der Sache sowie in zweiter Linie nach dem Streitwert und den sonstigen Interessen der Parteien festzusetzen. Vorliegend wird die Spruchgebühr ermessensweise auf Fr. 2'000.– festgelegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.– verrechnet. Fr. 1'200.– werden dem Beschwerdeführer zusätzlich in Rechnung gestellt.

Eine Parteientschädigung ist dem – ohnehin nicht vertretenen – unterliegenden Beschwerdeführer nicht zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG im Umkehrschluss).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Rechtsvorschlag in der Betreuung Nr. E. \_\_\_\_\_ des Betreibungsamtes D. \_\_\_\_\_ (Zahlungsbefehl vom 15. November 2021) wird für den Betrag von Fr. 166.– zuzüglich 5 % Verzugszins seit dem 15. November 2021 sowie für Fr. 3.10 Zinsen und Fr. 30.– Mahnspesen aufgehoben und der Beschwerdegegnerin diesbezüglich die definitive Rechtsöffnung erteilt.
3. Die Spruchgebühr von Fr. 2'000.– wird dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.– verrechnet. Fr. 1'200.– werden dem Beschwerdeführer zusätzlich in Rechnung gestellt.
4. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
6. Mitteilung an den Beschwerdeführer (mit ausführlicher Rechtsmittelbelehrung), an die Beschwerdegegnerin und an das Bundesamt für Gesundheit, Bern sowie zum Vollzug von Ziffer 3 (im Dispositiv) die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 22. März 2024

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am