

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicurances

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess {T 7}
K 72/05

Urteil vom 14. August 2006
I. Kammer

Besetzung
Präsidentin Leuzinger, Bundesrichter Ferrari, Meyer, Lustenberger und Seiler; Gerichtsschreiberin
Fleischanderl

Parteien
S._____, Beschwerdeführer, vertreten durch seine Ehefrau C._____,

gegen

Assura Kranken- und Unfallversicherung, Mettlenwaldweg 17, 3037 Herrenschwanden,
Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Sozialversicherungsgericht Basel-Stadt, Basel

(Entscheid vom 30. März 2005)

Sachverhalt:

A.

S._____, geboren 1960, kehrte im Herbst 2002 nach einem längeren Auslandsaufenthalt in die Schweiz zurück. Mit Datum vom 31. Oktober 2002 unterzeichnete er einen Antrag zum Abschluss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Assura Kranken- und Unfallversicherung (nachfolgend: Assura). Nachdem die Einwohnerdienste X._____ (im Folgenden: Einwohnerdienste) der Assura am 13. November 2002 auf Anfrage mitgeteilt hatten, dass S._____ nicht angemeldet sei, beschied der Krankenversicherer dessen Aufnahmegesuch abschlägig.

Am 15. Januar 2003 stellte S._____ erneut einen Antrag auf Versicherungsabschluss. Da dem beiliegenden Niederlassungsausweis der Einwohnerdienste das Meldedatum vom 5. Dezember 2002 zu entnehmen war, setzte die Assura den Beginn des obligatorischen Krankenpflegeversicherungsverhältnisses auf den 1. Dezember 2002 fest.

Mit Schreiben vom 24. Februar 2003 erfuhr die Assura durch die Einwohnerdienste, dass S._____ bereits am 1. November 2002 zugezogen sei. In der Folge nahm der Krankenversicherer seinerseits zusätzliche Abklärungen vor. Diese ergaben, dass der Antragsteller zwischen dem 20. und 22. Oktober 2002 von einem USA-Aufenthalt in die Schweiz zurückgekehrt sei. Gestützt darauf datierte die Assura den Versicherungsbeginn auf den 1. Oktober 2002 vor, woran sie mit Verfügung vom 29. Oktober 2003, bestätigt durch den Einspracheentscheid vom 19. Dezember 2003, festhielt. Gleichzeitig verrechnete sie im Monat November 2002 entstandene Rückvergütungsansprüche des Versicherten in Höhe von insgesamt Fr. 2603.80 mit noch ausstehenden Prämienforderungen.

B.

Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht Basel-Stadt ab (Entscheid vom 30. März 2005).

C.

S._____ lässt, vertreten durch seine Ehefrau, Verwaltungsgerichtsbeschwerden führen mit dem Antrag, es sei der Vertragsbeginn auf den 1. November 2002 festzusetzen und es seien ihm von der Assura Kosten für Krankheitsbehandlungen im Betrag von Fr. 2603.80 zurückzuerstatten. Der Eingabe liegt u.a. die Quittung einer kanadischen Autowerkstatt vom 8. August 2002 bei. Ferner ersucht er, nachdem das Eidgenössische Versicherungsgericht ihn zur Bezahlung eines Kostenvorschusses aufgefordert hat, um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung.

Während die Assura auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliessen lässt, verzichtet das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Streitig und zu prüfen ist zunächst der Beginn des obligatorischen Krankenpflegeversicherungsverhältnisses und die sich daraus ergebende Prämienzahlungspflicht.

1.2

1.2.1 Da keine Versicherungsleistungen im Streite stehen, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht lediglich zu beurteilen, ob das vorinstanzliche Gericht Bundesrecht verletzt hat, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, oder ob der rechtserhebliche Sachverhalt offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt wurde (Art. 132 in Verbindung mit Art. 104 lit. a und b sowie Art. 105 Abs. 2 OG).

1.2.2 Im Rahmen von Art. 105 Abs. 2 OG ist die Möglichkeit, im Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht neue tatsächliche Behauptungen aufzustellen oder neue Beweismittel geltend zu machen, weitgehend eingeschränkt. Nach der Rechtsprechung sind nur jene neuen Beweismittel zulässig, welche die Vorinstanz von Amtes wegen hätte erheben müssen und deren Nichterheben eine Verletzung wesentlicher Verfahrensvorschriften darstellt (BGE 121 II 99 Erw. 1c, 120 V 485 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.

2.1 Gemäss Art. 3 Abs. 1 KVG (in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 KVV) muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme in der Schweiz für Krankenpflege versichern. Nach Art. 5 Abs. 1 Satz 1 KVG beginnt die Versicherung bei rechtzeitigem Beitritt (Art. 3 Abs. 1 KVG) im Zeitpunkt der Wohnsitznahme in der Schweiz. Erfolgt die Erstanmeldung beim Krankenversicherer rechtzeitig, beginnt der Versicherungsschutz im Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht. Versichern sich somit Personen mit Wohnsitz in der Schweiz innerhalb von drei Monaten seit Wohnsitznahme in der Schweiz und damit rechtzeitig gemäss Art. 3 Abs. 1 KVG, hat der gewählte Versicherer rückwirkend ab Begründung des Wohnsitzes in der Schweiz die Krankheitskosten zu decken (BGE 125 V 78 Erw. 2b mit Hinweis auf Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], S. 11 Rz 18 f.).

2.2 Vorinstanz und Beschwerdegegnerin sehen als erwiesen an, dass der Beschwerdeführer bereits im Verlaufe des Monats Oktober 2002 in die Schweiz eingereist sei und die Versicherungspflicht - und damit das Versicherungsverhältnis bei der Assura - deshalb ab diesem Zeitpunkt bestehe. Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, die Unterzeichnung des Versicherungsantrages am 31. Oktober 2002 vermöge eine Rückdatierung des Vertragsbeginnes auf den 1. Oktober 2002 nicht zu rechtfertigen. Namentlich hätten dem kantonalen Gericht keine rechtsgenügenden Beweise vorgelegen, wonach er bereits im Oktober 2002 wieder in der Schweiz wohnhaft gewesen sei.

2.3 Die Meldung bei der Wohnsitzkontrolle ist rechtsprechungsgemäss (SVR 2006 IV Nr. 8 S. 32 Erw. 6.1 mit Hinweisen [Urteil I. vom 18. März 2005, I 275/02]; in BGE 129 V 77 nicht veröffentlichte Erw. 6 des Urteils A. vom 24. Dezember 2002, K 38/01 [publiziert in RKUV 2003 Nr. KV 238 S. 61]; vgl. auch Eugster, a.a.O., S. 11 FN 41) nur ein Indiz für die Wohnsitznahme, da der bei der Einwohnerkontrolle gemeldete Tag nicht notwendigerweise mit der tatsächlichen Wohnsitznahme übereinstimmen muss bzw. diese bereits in einem früheren Zeitpunkt stattgefunden haben kann. Für die Versicherungspflicht ist jedoch - auf Grund des in Art. 3 Abs. 1 KVG enthaltenen Versicherungsobligatoriums und der daraus abgeleiteten Zielsetzung, Versicherungslücken möglichst zu vermeiden (BGE 127 V 40 Erw. 4b/bb mit Hinweisen; Urteil R. vom 13. Dezember 2001, K 36/01, Erw. 3b; Eugster, a.a.O., S. 7 FN 30 sowie S. 11 FN 41) - in jedem Fall auf die effektive Wohnsitznahme abzustellen (Eugster, a.a.O., S. 11 FN 41), wobei dies jeder beliebige Kalendertag sein kann. Der Beginn des Versicherungsschutzes darf vom Krankenversicherer nicht auf Grund seiner Versicherungsbedingungen auf einen späteren oder früheren Zeitpunkt verlegt werden (Eugster, a.a.O., S. 10 Rz 18).

2.3.1 Im vorinstanzlichen Entscheid wurde in einlässlicher und überzeugender Würdigung der aktenkundigen Anhaltspunkte, insbesondere des Umstands, dass der Beschwerdeführer das Antragsformular für den Versicherungsabschluss am 31. Oktober 2002 unterzeichnet und er seine Anwesenheit in der Schweiz seit Oktober 2002 auch im Schreiben vom 15. Mai 2003 gegenüber dem Krankenversicherer ausdrücklich bestätigt hat, zutreffend erkannt, dass die Wohnsitznahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 126 V 360 Erw. 5b, 125 V 195 Erw. 2, je mit Hinweisen) bereits im Verlaufe des Monats Oktober 2002, vermutungsweise zwischen dem 20. und 22. Oktober 2002, erfolgt ist. Als weiteres Indiz für diese Schlussfolgerung hat im Übrigen der auf

den 1. Oktober 2002 datierte Mietbeginn der gemeinsamen Familienwohnung in Basel zu gelten; daran ändert nichts, dass als Mieterin die Ehefrau des Beschwerdeführers fungiert.

2.3.2 Die dagegen erhobenen Einwände vermögen die Feststellungen des kantonalen Gerichts nicht als fehlerhaft im Sinne von Art. 105 Abs. 2 OG (vgl. Erw. 1.2.1 hievor) erscheinen zu lassen. Namentlich rechtfertigen, wie hievor dargelegt, weder die Tatsache, dass als Anmeldedatum bei den Einwohnerdiensten der 1. November 2002 - bzw. zunächst der 5. Dezember 2002 - figuriert, noch der Umstand, dass der Beschwerdeführer sich gemäss letztinstanzlich erstmals aufgelegtem Beleg einer kanadischen Autowerkstatt am 8. August 2002 noch im Ausland aufgehalten hat, die Annahme einer erst anfangs November 2002 erfolgten Einreise in die Schweiz. Ob die genannte kanadische Bestätigung wie auch die diesbezüglichen Vorbringen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht überhaupt zu berücksichtigen sind (vgl. Erw. 1.2.2 hievor), braucht demnach ebenso wenig abschliessend beurteilt zu werden wie die Frage, ob die durch den Krankenversicherer formlos eingeholte und in einer Aktennotiz (vom 19. Februar 2004) festgehaltene telefonische Auskunft, welche ebenfalls einen Zuzug im Oktober 2002 bezeugt, zulässigerweise zu verwerten ist (vgl. dazu BGE 117 V 284 f. Erw. 4c; RKUV 2003 Nr. U 473 S. 49 Erw. 3.2 [Urteil R. vom

6. November 2002, U 131/02]; SVR 2005 IV Nr. 22 S. 87 f. Erw. 2.3 mit Hinweisen [Urteil A. vom 14. Oktober 2004, I 438/02]; Urteil S. vom 18. Mai 2005, U 31/05, Erw. 5 in fine).

3.

Steht nach dem Gesagten fest, dass das Versicherungsverhältnis im Laufe des Monats Oktober 2002 begonnen hat, stellt sich in einem zweiten Schritt die Frage der Prämienberechnung, d.h. ob die Prämie pro rata temporis oder aber, wie von Vorinstanz und Beschwerdegegnerin vertreten, nach dem Prinzip der Unteilbarkeit der Prämie für den gesamten Monat Oktober 2002 geschuldet ist.

3.1 Laut Art. 90 Abs. 1 KKV sind die Prämien im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen. Damit definiert der Verordnungsgeber die Versicherungsperiode, d.h. den Zeitabschnitt, nach welchem die Prämieeinheit berechnet wird (Eugster, a.a.O., S. 183 Rz 338 und FN 818). Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass die Krankenversicherer - dem Prinzip der Unteilbarkeit der Prämie folgend - die Beitragszahlung grundsätzlich für die ganze laufende, monatsweise festgesetzte Versicherungsperiode fordern, selbst wenn der Versicherungsschutz nur für einen Bruchteil dieser Zeit in Anspruch genommen wird. Die in Art. 90 Abs. 1 KVV enthaltene Wendung "in der Regel" soll unannehmbare Ergebnisse der Unteilbarkeit verhindern (Eugster, a.a.O., S. 183 Rz 338 und FN 819). Es ist nachfolgend im Wege der Auslegung zu ermitteln, ob diese Praxis einer näheren Überprüfung standhält.

3.2 Ausgangspunkt jeder Auslegung bildet der Wortlaut der Bestimmung. Ist der Text nicht ganz klar und sind verschiedene Interpretationen möglich, so muss nach seiner wahren Tragweite gesucht werden unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente; dabei kommt es namentlich auf den Zweck der Regelung, die dem Text zu Grunde liegenden Wertungen sowie auf den Sinnzusammenhang an, in dem die Norm steht. Die Gesetzesmaterialien sind zwar nicht unmittelbar entscheidend, dienen aber als Hilfsmittel, den Sinn der Norm zu erkennen. Das Bundesgericht hat sich bei der Auslegung von Erlassen stets von einem Methodenpluralismus leiten lassen (BGE 131 II 31 Erw. 7.1, 131 V 93 Erw. 4.1, 128 Erw. 5.1, 130 V 232 Erw. 2.2, 129 II 118 Erw. 3.1, 125 II 196 Erw. 3a, je mit Hinweisen).

3.2.1 Die Unteilbarkeit der Versicherungsprämie ist eine Spezialität des VVG (Stephan Fuhrer, Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Basel 2001, N 56 zu Art. 25-27), die für den sozialversicherungsrechtlichen Zweig der Krankenversicherung übernommen wurde (Eugster, a.a.O., S. 183 FN 819). Weil jedoch die Prämienhöhe grundsätzlich in Relation zu jener Zeitspanne stehen sollte, während welcher das befürchtete Ereignis eintreten kann (Hans Roelli/Max Keller, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Bd. I, 2. Aufl. 1968, S. 367), war das Unteilbarkeitsprinzip im Privatversicherungsrecht schon seit jeher umstritten (Stephan Fuhrer, a.a.O., N 2 sowie 60 ff. zu Art. 25-27). Vertreter des Konsumentenschutzes machten geltend, es führe insbesondere zu Prämienverlusten von Seiten der Versicherungsnehmer (BBI 2003 IV S. 3797 f.; Alfred Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Aufl. 1995, S. 291; Moritz Kuhn, Der Einfluss der Harmonisierungsbestrebungen der EG und des Art. 31sexies BV auf eine künftige Gestaltung des Schweizerischen VVG, Habil. Bern 1986, S. 203; Moritz W. Kuhn/R. Luka Müller-Studer/Martin K. Eckert, Privatversicherungsrecht, Unter Mitberücksichtigung des Haftpflicht- und des Aufsichtsrechts, 2. Aufl., S. 212). Diese würden zur Entrichtung eines Entgelts verpflichtet, dem keine Gegenleistung des Versicherers gegenüberstehe. Zu Unrecht werde die Versicherungstechnik angerufen, um eine Regelung zu rechtfertigen, die insbesondere den Kreisen der Versicherer entspreche, vom Standpunkt der Vertragsgerechtigkeit aus jedoch nicht befriedige (Stephan Fuhrer, a.a.O., N 61 zu Art. 25-27; Willy Koenig, Ist das Versicherungsvertragsgesetz revisionsbedürftig?, in: ZSR 81 [1962], 2. Halbbd., S.

215 f.). Auch Zweckmässigkeits- bzw. Praktikabilitätsgründe, wie beispielsweise das Vermeiden zahlreicher Prämienrückerstattungen, vermöchten den Unteilbarkeitsgrundsatz sachlich nicht zu rechtfertigen (Stephan Fuhrer, a.a.O., N 63 zu Art. 25-27; Hans Roelli/Max Keller, a.a.O., S. 367; Franz Hasenböhler, in: Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Basel 2001, N 6 ff. zu Art 24; Willy Koenig, Der Versicherungsvertrag, in: Schweizerisches Privatrecht, Obligationenrecht, Besondere Vertragsverhältnisse, Bd. VII/2, Basel 1979, S. 544). Überdies sehe das Gesetz selbst für bestimmte Fälle eine

Rückerstattung der auf die nicht aufgelaufene Zeit der Versicherungsperiode entfallenden Prämie vor (Art. 36, 37, 42 Abs. 2 und 54 Abs. 3 VVG [je in der bis 31. Dezember 2005 in Kraft gestandenen Fassung]; Willy Koenig, Der Versicherungsvertrag, a.a.O., S. 544). Zudem sei der Unteilbarkeitsgrundsatz im VVG dispositives Recht und anders lautende Bestimmungen gingen ihm vor (Franz Hasenböhler, a.a.O., N 4 f. zu Art. 24; Hans Roelli/Max Keller, a.a.O., S. 367).

3.2.2 Aus den genannten Gründen legte die Lehre den Branchenverbänden die Einführung der Prämienteilbarkeit nahe, was bei zahlreichen Versicherern Anklang fand (Alfred Maurer, a.a.O., S. 291 FN 676a; Franz Hasenböhler, a.a.O., N 4 zu Art. 24; Willy Koenig, Ist das Versicherungsvertragsgesetz revisionsbedürftig?, a.a.O., S. 215; so auch Moritz Kuhn, a.a.O., S. 204 FN 470, und Stephan Fuhrer, a.a.O., N 7 f. zu Art. 24). Mit der Statuierung der Prämienteilbarkeit nämlich, so die Lehre, würde die vorzeitige Auflösung von Versicherungsverträgen materiell der Ordnung im OR entsprechen (Franz Hasenböhler, a.a.O., N 8 zu Art. 24; Moritz W. Kuhn/R. Luka Müller-Studer/Martin K. Eckert, a.a.O., S. 285). Die Rückgabe einer nicht durch entsprechende Gefahrtragung verdienten Prämie sei nicht nur billig, sie dürfe zudem als ein Gebot der Geschäftsklugheit und Kulanz bezeichnet werden, was auch im wohlverstandenen Interesse des Versicherers liege (Willy Koenig, Ist das Versicherungsvertragsgesetz revisionsbedürftig?, a.a.O., S. 215 f.).

Mit der auf den 1. Januar 2006 in Kraft getretenen Revision des VVG (Änderung vom 17. Dezember 2004, AS 2005 5245) wurde diesem Anliegen Rechnung getragen und bei vorzeitiger Auflösung oder Beendigung des Versicherungsvertrages die Teilbarkeit der Versicherungsprämie statuiert (vgl. Art. 24 Abs. 1 VVG).

4.

Fraglich ist, ob die Einführung der Teilbarkeitsregel - bei Auflösung oder Beendigung des Vertragsverhältnisses - im Privatversicherungsbereich Einfluss auf die Praxis im Krankenversicherungsrecht bezüglich der Festsetzung von Beginn und Ende der Prämienzahlungspflicht der Versicherten hat.

4.1 Die im KVG - jedenfalls bis zum In-Kraft-Treten des ATSG auf den 1. Januar 2003 - bestehenden zahlreichen Regelungslücken, wie beispielsweise betreffend die Rückerstattung unrechtmässig bezogener Prämien, wurden grundsätzlich mittels Lückenfüllung behoben (Eugster, a.a.O., S. 5). In BGE 119 V 19 Erw. 2d (mit weiteren Hinweisen) hielt das Eidgenössische Versicherungsgericht fest, dass bei fehlender Regelung durch das Sozialversicherungsrecht auf damit zu vereinbarende zivilrechtliche Bestimmungen zurückgegriffen werden kann. Der Umstand, dass das Sozialversicherungsrecht im Sinne der Rechtssicherheit auf eindeutige Kriterien abstellen muss, erscheint einerseits vertretbar, bedeutet aber gleichzeitig, dass der Begriff des Rechtsmissbrauchs im Sozialversicherungsrecht eher enger aufgefasst wird als im Privatrecht. Dies sollte indes nicht davon abhalten, in eindeutigen Missbrauchsfällen gerichtlich Abhilfe zu schaffen (Hans Michael Riemer, Berührungspunkte zwischen Sozialversicherungs- und Privatrecht, insbesondere die Bedeutung des Privatrechtes bei der Auslegung des Sozialversicherungsrechtes durch das EVG, in: Sozialversicherungsrecht im Wandel, Festschrift 75 Jahre Eidgenössisches Versicherungsgericht, Bern 1992, S. 151).

4.2 Bei der in Art. 90 Abs. 1 KVV enthaltenen Formulierung "in der Regel" kann nicht von einem eindeutigen Kriterium gesprochen werden. Da der Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie ursprünglich eine Spezialität des Privatversicherungsrechts darstellte und der Rechtsmissbrauch im Bereich des Sozialversicherungsrechts - wie zuvor dargelegt - eher enger aufgefasst wird als im Privatversicherungsrecht, wäre eine analoge Anwendung der Teilbarkeitsregel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung prinzipiell sachgerecht. Da die soziale Krankenversicherung überdies den Grundsatz der Gegenseitigkeit, wonach zwischen den Beiträgen einerseits und den Versicherungsleistungen andererseits ein Gleichgewicht bestehen muss (BGE 120 V 318 Erw. 4b mit Hinweisen), zu befolgen hat (Art. 13 Abs. 2 lit. a KVG), erschiene eine zeitliche Kongruenz von Prämie und Leistung auch unter diesem Blickwinkel erstrebenswert.

4.3 Es gibt indessen auch Gründe, welche für die - im vorliegenden Verfahren einzig zu prüfende - Unteilbarkeit der Monatsprämie bei Begründung des obligatorischen Krankenpflegeversicherungsverhältnisses sprechen.

4.3.1 Grundsätzlich kann der KVG-Grundversicherer die Zahlungsmodalitäten frei regeln. Im Allgemeinen gilt die Vorauszahlungspflicht. Basierend auf entsprechenden Versicherungsbedingungen können die Versicherten ihre Prämien jährlich, halbjährlich, quartalsweise oder in einem anderen Intervall bezahlen, wobei der Krankenversicherer die Möglichkeit monatlicher Prämienzahlung einräumen muss (Eugster, a.a.O., S. 183 FN 820). Die monatliche Prämienbegleichung stellt somit das kleinste Zahlungsintervall dar.

4.3.2 Der versicherten Person steht es offen, den Versicherer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalendersemesters zu wechseln (Art. 7 Abs. 1 KVG). Ferner kann sie - bei der Mitteilung der neuen Prämie - den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht (Art. 7 Abs. 2 Satz 1 KVG). Der Versicherer muss die neuen - seit 1. Januar 2005 - 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 Satz 2 KVG). Das Versicherungsverhältnis endet grundsätzlich erst im Monat, in welchem die Mitteilung des neuen Versicherers beim bisherigen eingegangen ist. Der Versichererwechsel findet diesfalls am Ende des genannten Monats statt (Eugster, a.a.O., S. 20 Rz 36). Auch bei einem allfälligen Versichererwechsel endet das Versicherungsverhältnis der Einfachheit halber somit von Gesetzes wegen Ende des Monats und nicht am Tag der Mitteilung des neuen Versicherers (vgl. auch Art. 7 Abs. 5 Satz 1 KVG).

4.4 Nach dem Gesagten ist der gesamte KVG-Bereich von monatlichen Zeiteinheiten geprägt. Dies liegt auch im Umstand begründet, dass die Prämien - als Haupteinnahmequelle - durch den Krankenversicherer jährlich im Voraus so festzulegen sind, dass die selbsttragende Finanzierung (Art. 60 Abs. 2 KVG) jederzeit gewährleistet ist. Da die laufenden Ausgaben - dem im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Ausgabenumlageverfahren entsprechend (vgl. Art. 60 Abs. 1 KVG) - durch die laufenden Einnahmen gedeckt werden können müssen, haben die Krankenversicherer Annahmen zu treffen, wie sich Einnahmen und Ausgaben für die kommende Rechnungsperiode entwickeln werden. Dies erfolgt auf Grund von Schätzungen, die sich vorwiegend auf interne Statistiken der abgelaufenen Rechnungsperioden stützen (Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 139). Derartige Hypothesen erscheinen indessen verunmöglich, mindestens aber zusätzlich erschwert, wenn nicht einmal mehr von monatlichen Prämienzahlungen - als kleinstem Zahlungsintervall - ausgegangen werden kann, sondern ein diesbezüglich unkalkulierbarer Zustand der beliebigen Begründung des Versicherungsverhältnisses mit daraus folgender tageweiser

Prämienentrichtung herrschen würde. Es bestehen somit namentlich in Anbetracht dieser spezifisch KVG-rechtlichen Besonderheiten gewichtigere Gründe für die Annahme der Unteilbarkeit der Monatsprämie im Falle des Beitritts zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Daran zu ändern vermag im Übrigen auch die Tatsache nichts, dass der Beginn des Versicherungsverhältnisses im Privatversicherungsrecht schon vor der auf den 1. Januar 2006 bei vorzeitiger Auflösung und Beendigung in Kraft getretenen Änderung des VVG vertragsautonom festgesetzt wurde und die Prämienzahlungspflicht demnach - entgegen der Krankenversicherungspraxis - ab dem Tag des Versicherungsbeitritts galt (vgl. u.a. Gerhard Stoessel, Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Basel 2001, N 21 zu Art. 1-3 und N 43 zu Art. 1).

Die sich gestützt auf Art. 90 Abs. 1 KVV herausgebildete Praxis, die Beitragszahlung grundsätzlich für die ganze laufende, monatsweise festgesetzte Versicherungsperiode zu fordern, selbst wenn der Versicherungsschutz nur für einen Bruchteil dieser Zeit in Anspruch genommen wird, erweist sich damit - jedenfalls hinsichtlich des Beitritts in das Versicherungsverhältnis und wenn, wie im hier zu beurteilenden Sachverhalt, auch die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen keine Hinweise auf eine anders geartete Regelung enthalten - als rechtens. Der Beschwerdeführer ist somit für den ganzen Monat Oktober 2002 prämienzahlungspflichtig.

5.

In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird ferner beanstandet, die Beschwerdegegnerin habe trotz Kenntnis der Situation ohne weitere Erklärungen und insbesondere ohne Berücksichtigung des behördlichen Verzugs in der Auszahlung der Prämienverbilligungen die noch ausstehenden Monatsprämien mit dem Beschwerdeführer zustehenden Rückvergütungsansprüchen verrechnet.

5.1 Die Verrechenbarkeit sich gegenüberstehender Forderungen stellt nach Lehre und Rechtsprechung einen allgemeinen Rechtsgrundsatz dar, der für das Zivilrecht in Art. 120 ff. OR ausdrücklich verankert ist, aber auch im Verwaltungsrecht zur Anwendung gelangt. Unter Vorbehalt verwaltungsrechtlicher Sonderbestimmungen können im Prinzip Forderungen und Gegenforderungen des Bürgers und des Gemeinwesens miteinander verrechnet werden. Der Verrechnungsgrundsatz gilt insbesondere auch im Bundessozialversicherungsrecht, und zwar selbst in jenen Zweigen, welche

dies nicht ausdrücklich vorsehen; allerdings kennen die meisten Gebiete der Sozialversicherung eine ausdrückliche Regelung (BGE 110 V 185 Erw. 2 mit Hinweisen; Erw. 6.1.1 [mit diversen Hinweisen] des noch nicht in der Amtlichen Sammlung publizierten Urteils B. vom 28. Dezember 2005, B 41/04 [zusammengefasst wiedergegeben in HAVE 2006 S. 42]).

5.1.1 Das ATSG enthält keine allgemeine Verrechnungsnorm (vgl. aber Art. 20 Abs. 2 ATSG; BGE 131 V 252 Erw. 1.2 mit Hinweisen). Das Verrechnungsrecht ist sodann auch im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht normiert. In Analogie zu anderen Sozialversicherungszweigen (z.B. Art. 20 Abs. 2 AHVG) erlaubt jedoch die Praxis den Krankenkassen, geschuldete Versicherungsleistungen mit ausstehenden Prämienforderungen zu verrechnen (BGE 126 V 268 f. Erw. 4a, 110 V 185 f. Erw. 2 und 3; RKUV 2005 Nr. KV 343 S. 358 [Urteil L. vom 22. Juli 2005, K 114/03]).

5.1.2 Wie im Privatrecht ist auch im Verwaltungs- und namentlich im Sozialversicherungsrecht eine Verrechnung nur möglich, wenn folgende grundsätzliche Voraussetzungen erfüllt sind: Forderung und Gegenforderung, die verrechnet werden sollen, müssen zwischen den gleichen Rechtsträgern bestehen und die zur Verrechnung gebrachte Forderung muss fällig und rechtlich durchsetzbar sein. Ferner bedingt die Verrechnung die Gleichartigkeit der sich gegenüberstehenden Forderungen (zum Ganzen: Erw. 6.4.3.1 des noch nicht in der Amtlichen Sammlung publizierten Urteils B. vom 28. Dezember 2005, B 41/04 [zusammengefasst wiedergegeben in HAVE 2006 S. 42]). Die Verrechnung durch den Versicherer darf jedoch im Verrechnungszeitpunkt das betriebsrechtliche Existenzminimum (Notbedarf) der versicherten Person nach Art. 93 SchKG nicht gefährden (BGE 131 V 249, 115 V 343 Erw. 2c, je mit Hinweisen; Urteil H. vom 19. Februar 2002, I 684/00, Erw. 2b; Eugster, a.a.O., S. 114 Rz 225).

5.2 Dem Beschwerdeführer stehen für im Zeitraum vom 4. bis 30. November 2002 in Anspruch genommene Versicherungsleistungen Rückvergütungsansprüche im Umfang von Fr. 2603.80 zu. Im Schreiben vom 18. Juni 2003, bestätigt durch Verfügung vom 29. Oktober 2003 und Einspracheentscheid vom 19. Dezember 2003, erklärte die Beschwerdegegnerin, dass sie diese Pflichtleistungen mit noch ausstehenden Prämien verrechne.

5.2.1 Die Verrechnungserfordernisse der Gegenseitigkeit und Gleichartigkeit der Forderungen, der Fälligkeit der Forderung der Beschwerdegegnerin sowie der Erfüllbarkeit der Gegenforderung sind vorliegend unstrittig gegeben. Soweit der Versicherte die Verrechnung als unzulässig erachtet, da sich die Prämienzahlungsstelle des Kantons Basel-Stadt im Verzug befinde, ist ihm entgegenzuhalten, dass das Rechtsverhältnis zwischen der Prämienzahlungsstelle und ihm jenes zwischen ihm und dem Krankenversicherer insoweit nicht tangiert, als nur gegenseitige Forderungen, in casu jene der streitenden Parteien, verrechnet werden können. Rechtsbeziehungen mit Dritten vermögen das Verrechnungsrecht der Beschwerdegegnerin nicht zu beeinflussen. Anzuführen bleibt, dass ein Versicherer berechtigt und nach Art. 9 Abs. 1 KVV bzw. - seit 1. Januar 2003 - Art. 90 Abs. 3 KVV (in der bis 31. Dezember 2005 gültig gewesenen Fassung) auch verpflichtet ist, die vollen Prämienbeiträge einzufordern, selbst wenn für den betroffenen Versicherten der Anspruch auf Prämienverbilligungsbeiträge noch nicht abgeklärt oder die Prämienverbilligung bei ihm oder beim Krankenversicherer noch nicht eingetroffen ist (in SZS 2003 S. 545 f. zusammengefasstes Urteil M. vom 16.

Mai 2003, K 18/03, Erw. 3.2; Urteil S. vom 5. April 2006, K 22/06, Erw. 3.1.1).

5.2.2 Das Vorgehen des Krankenversicherers ist folglich - nach dem hievordargelegten - rechtmässig, soweit das Existenzminimum des Beschwerdeführers nicht gefährdet wird. Dem im Einspracheverfahren erhobenen Einwand, das Existenzminimum werde durch die Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin unterschritten, wurde im Einspracheentscheid vom 19. Dezember 2003 lediglich entgegengehalten, der Einsprecher habe nicht dargelegt bzw. nachgewiesen, dass eine Verrechnung von Leistungen mit ausstehenden Prämien sein Existenzminimum tangieren würde, weshalb diese rechtens sei. Die Aktenlage lässt diese Schlussfolgerung indes nicht ohne weiteres zu. Vielmehr enthalten die vorhandenen Unterlagen zu den finanziellen Verhältnissen des Beschwerdeführers und seiner Ehefrau gewichtige Anhaltspunkte dafür, dass sich die ökonomische Situation der Eheleute im massgeblichen Verrechnungszeitpunkt (vgl. auch Art. 124 Abs. 2 OR) eher angespannt darstellte (vgl. insbesondere Kontenauszüge der Bank B. _____ vom 31. Januar und 31. Juli 2003, Schreiben des Amtes für Sozialbeiträge, Prämienverbilligungen, des Kantons Basel-Stadt vom 3. März 2003 [betreffend das Prämienverbilligungsgesuch der Ehefrau des Beschwerdeführers vom 21. Januar 2003], Bescheinigung der

Einwohnerdienste betreffend Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung [samt Vermerk der kantonalen Steuerbehörde bezüglich Einkommen/Vermögen 2002] vom 21. September 2004, Angaben des Beschwerdeführers im Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht vom 28. Juni 2005 [datiert durch die Steuerverwaltung Basel-Stadt]). Wenn der Krankenversicherer vor diesem Hintergrund weitere Abklärungen (wie z.B. die Einholung der Steuerakten, den Beizug der kantonalen Notbedarfsansätze bei den lokalen

Betreibungs- und Konkursämtern etc.) zur Ermittlung des betriebsrechtlichen Existenzminimums vor dem Erlass der Verrechnungsverfügung unterlassen hat, so beachtete er dadurch die ihm obliegende Untersuchungspflicht (BGE 125 V 195 Erw. 2, 122 V 158 Erw. 1a, je mit Hinweisen) nicht. Eine einzige beim kantonalen Amt für Sozialbeiträge, Prämienverbilligungen, eingeholte Auskunft bezüglich der allfälligen Auszahlung von Prämienverbilligungen (vgl. Aktennotiz vom 12. Dezember 2003) vermag keine diesbezüglich vollständige Abklärung des Sachverhaltes herbeizuführen (vgl. zum Ganzen auch Urteil H. vom 19. Februar 2002, I 684/02, Erw. 3a und b mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin und das kantonale Gericht haben die tatsächlichen Verhältnisse in diesem Punkt mithin unter Verletzung einer wesentlichen Verfahrensbestimmung (Art. 105 Abs. 2 OG) festgestellt. Die Sache ist demnach an den Krankenversicherer zurückzuweisen, damit dieser die erforderlichen Erhebungen vornehme und hernach erneut die Frage der Verrechenbarkeit beurteile.

6.

Es stehen keine Versicherungsleistungen im Streite, weshalb das Verfahren kostenpflichtig ist (Art. 134 OG e contrario; vgl. Erw. 1.2.1 hievor). Dem Prozessausgang entsprechend sind die Gerichtskosten je hälftig vom Beschwerdeführer und von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 156 Abs. 3 in Verbindung mit Art. 135 OG). Dem Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung kann jedoch entsprochen werden (Art. 152 in Verbindung mit Art. 135 OG), da die Voraussetzungen, insbesondere das Erfordernis der Bedürftigkeit, für welches die wirtschaftlichen Verhältnissen im Zeitpunkt der Entscheidung über das Gesuch massgebend sind (BGE 108 V 269 Erw. 4, bestätigt u.a. im Urteil L. vom 27. April 2006, U 179/06, Erw. 4.1), hierfür vorliegen (BGE 125 V 202 Erw. 4a und 372 Erw. 5b, je mit Hinweisen). Es wird indessen ausdrücklich auf Art. 152 Abs. 3 OG aufmerksam gemacht, wonach die begünstigte Partei der Gerichtskasse Ersatz zu leisten haben wird, wenn sie später dazu im Stande ist.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.

Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der Entscheid des Sozialversicherungsgerichts Basel-Stadt vom 30. März 2005 und der Einspracheentscheid der Assura Kranken- und Unfallversicherung vom 19. Dezember 2003, soweit die Verrechnung von Rückvergütungsansprüchen und Prämienausständen betreffend, aufgehoben und die Sache an die Assura Kranken- und Unfallversicherung zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erw. 5.2.2, erneut über die Verrechenbarkeit befinde.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden je hälftig dem Beschwerdeführer und der Beschwerdegegnerin auferlegt. Zuzugewährt der unentgeltlichen Rechtspflege werden die dem Beschwerdeführer auferlegten Gerichtskosten von Fr. 250.- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

3.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht Basel-Stadt und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.

Luzern, 14. August 2006

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Die Präsidentin der I. Kammer: Die Gerichtsschreiberin: