

Elément d'extranéité ;
affiliation à l'assurance-
maladie suisse ; législation
applicable ; protection de la
bonne foi

**Art. 3 al. 1 LAMal ; 1 al. 1 et
2 al. 1 OAMal ; 9 Cst ; 24 R
(CE) n° 883/2004**

Est litigieuse la question de savoir si **doit être assuré en Suisse, selon la LAMal, un ressortissant allemand âgé de 65 ans au bénéfice d'un permis de séjour B (sans activité professionnelle en Suisse) et au bénéfice, à partir du 1^{er} janvier 2016, d'une rente de vieillesse d'une assurance allemande.**

A partir du 1^{er} avril 2012, sont entrés en vigueur pour la Suisse le R (CE) n° 883/2004 et le R (CE) n° 987/2009. La modification réglementaire n° 465/2012 est, quant à elle, entrée en vigueur pour la Suisse le 1^{er} janvier 2015. Ce sont donc ces dispositions qui sont applicables dans le cas d'espèce.

L'application des normes de conflits (Kollisionsnormen) du R (CE) n° 883/2004 est contraignante pour les Etats membres ou signataires, dont la Suisse. C'est dans ce sens que l'art. 3 al. 1 LAMal, en relation avec l'art. 1 al. 1 OAMal, prévoit que chaque personne domiciliée en Suisse doit s'assurer auprès d'une caisse maladie suisse. Selon l'art. 2 al. 1 let. e OAMal, peuvent être libérées de l'obligation de s'assurer les personnes au bénéfice d'une rente d'un état membre de l'UE, de même que les membres de leur famille, en vertu de l'art. 2 al. 1 let. f OAMal.

En application de l'art. 24 R (CE) n° 883/2004, **les coûts de prestations en nature de l'assurance maladie sont à la charge de l'assureur compétent du pays qui verse la rente de pension**, ce même en l'absence de normes expresses de conflit. Cela signifie qu'une personne ayant un domicile en Suisse mais recevant exclusivement une rente de pension allemande appartient au système de santé allemand, avec une participation uniquement subsidiaire de la Suisse. Il ressort de ce qui précède que le rentier allemand n'est pas subordonné et n'appartient pas au système LAMal suisse.

Cependant, il apparaît qu'à la suite de l'admission initiale en décembre 2015 par le Groupe Mutuel, **le rentier allemand ne disposait plus d'une assurance-maladie allemande à partir du 1^{er} janvier 2016, même volontaire.** En outre, l'assureur suisse n'a pas examiné s'il existait ou non une possibilité pour lui d'être repris par un assureur allemand. Si tel ne devait pas être le cas à la suite du renvoi prononcé par le TF, il y aurait alors bel et bien violation des principes de la confiance et de la bonne foi (art. 9 Cst) par le Groupe Mutuel, lequel devait alors continuer à assurer ce retraité allemand.

Auteur : Didier Elsig, avocat

Beschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau vom 15. Februar 2017 (VV.2016.280/E).

Sachverhalt:

A.

A.a. Die verheirateten deutschen Staatsangehörigen B., geb. 1955, und A., geb. 1950, verlegten ihren Wohnsitz im Herbst 2015 in die Schweiz, wo sie eine Aufenthaltsbewilligung B (ohne Erwerbstätigkeit) erhielten. Seit 1. Januar 2016 bezieht A. eine Regelaltersrente der Deutschen Rentenversicherung.

A.b. Auf das von A. am 19. Oktober 2015 ausgefüllte Beitragsformular hin bestätigte die Groupe Mutuel Versicherungen Easy Sana Krankenversicherung AG (nachfolgend: Easy Sana) mit Schreiben vom 21. Dezember 2015 den Versicherungsabschluss für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 1. Januar 2016; gleichzeitig wurden entsprechende Versicherungsausweise 2016 ausgehändigt.

Am 13. April 2016 teilte die Easy Sana A. mit, dass er und seine Ehefrau auf Grund des ausländischen Rentenbezugs bzw. des Nichtbezugs einer Rente oder eines anderweitigen Einkommens in der Schweiz nicht in der Schweiz, sondern in Deutschland krankenversicherungspflichtig seien. Die abgeschlossenen Versicherungsverträge würden daher rückwirkend per 1. Januar 2016 annulliert. Nachdem A. sich diesem Vorgehen widersetzt hatte, erliess die Easy Sana am 9. Juni 2016 eine Verfügung, mit welcher sie die Krankenversicherungsverträge rückwirkend per Beginn auf 1. Januar 2016 auflöste und feststellte, dass keine Versicherungsdeckung gemäss KVG bei ihr bestehe. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 18. August 2016 fest.

B.

Die dagegen von den Eheleuten A. und B. erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau ab (Entscheid vom 15. Februar 2017).

C.

A. und B. führen Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten und beantragen, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei die Gültigkeit der Versicherungsverträge festzustellen und die Easy Sana zu verpflichten, ihnen eine Versicherungsbescheinigung zuhanden der deutschen Rentenversicherung auszustellen. Mit der Eingabe werden diverse Unterlagen aufgelegt.

Die Easy Sana schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) äussert sich ebenfalls in der Sache.

D.

A. und B. reichen mit Eingaben vom 19. und 21. Juni 2017 weitere Dokumente ein.

Erwägungen:

1.

1.1. Mit der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann u.a. die Verletzung von Bundesrecht gerügt werden (Art. 95 lit. a BGG). Die Feststellung des Sachverhalts kann nur gerügt werden, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1 BGG). Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG).

1.2.

1.2.1. Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen nur soweit vorgebracht werden, als erst der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt (Art. 99 Abs. 1 BGG; BGE 135 V 194 E. 2.2 S. 196). Solche Umstände können namentlich in formellrechtlichen Mängeln des angefochtenen Entscheids liegen, mit denen die Partei nicht rechnete und nach Treu und Glauben nicht zu rechnen brauchte, oder darin, dass die Vorinstanz materiell in einer Weise urteilt, dass bestimmte Sachumstände neu und erstmals rechtserheblich werden. Der vorinstanzliche Verfahrensausgang allein bildet noch keinen hinreichenden Anlass im Sinne von Art. 99 Abs. 1 BGG für die Zulässigkeit von unechten Noven, die

bereits im kantonalen Verfahren ohne Weiteres hätten vorgebracht werden können. Das Vorbringen von Tatsachen, die sich erst nach dem angefochtenen Entscheid ereigneten oder entstanden (echte Noven), ist vor Bundesgericht unzulässig (BGE 143 V 19 E. 1.2 S. 23 f. mit Hinweisen; 140 V 543 E. 3.2.2.2 S. 548; Urteile 9C_121/2016 vom 27. April 2016 E. 2.2.1 und 8C_690/2011 vom 16. Juli 2012 E. 1.3, nicht publ. in: BGE 138 V 286, aber in: SVR 2012 FZ Nr. 3 S. 7).

1.2.2. Die Beschwerdeführer reichen letztinstanzlich verschiedene Akten ein, die vor Erlass des angefochtenen Entscheids datieren. Da weder dargelegt wird, noch ersichtlich ist, weshalb diese nicht bereits im kantonalen Beschwerdeverfahren hätten aufgelegt werden können, haben sie vor Bundesgericht unbeachtlich zu bleiben. Dasselbe gilt in Bezug auf die neu geltend gemachten Tatsachen wie die im Februar 2015 mit einem Vertreter der Firma C. Versicherungen und Anlagen, geführten Gespräche sowie die geschilderten (Antrags-) Abläufe bei anderen Krankenversicherern.

2.

2.1. Die Beschwerdeführer ersuchen im Rahmen ihres Hauptantrags um Aufhebung des angefochtenen Entscheids sowie um Feststellung der Gültigkeit ihrer mit der Beschwerdegegnerin auf 1. Januar 2016 abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge.

2.2.

2.2.1. Ein Feststellungsbegehren ist nur statthaft, falls daran ein schutzwürdiges Interesse besteht, welches nicht ebenso gut mit einem rechtsgestaltenden (Leistungs- oder Gestaltungs-) Urteil gewahrt werden kann (vgl. BGE 135 I 119 E. 4 S. 122; Urteil 9C_582/2016 vom 16. Januar 2017 E. 2.2 mit diversen Hinweisen).

2.2.2. Die Beschwerdeführer zielen mit ihrem Antrag darauf ab, rückwirkend ab 1. Januar 2016 bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch krankenpflegeversichert zu werden bzw. zu bleiben. Es handelt sich dabei faktisch um ein rechtsgestaltendes Ersuchen, worauf ohne Weiteres einzutreten ist.

3.

3.1. Streitgegenstand bildet die Frage, ob Bundesrecht verletzt wurde, indem die Vorinstanz die Nichtunterstellung der Beschwerdeführer unter das Krankenversicherungsobligatorium gemäss KVG bestätigt hat.

3.2. Unbestritten ist, dass angesichts der Gegebenheiten - die Beschwerdeführer sind deutsche Staatsbürger mit Wohnsitz in der Schweiz und A. bezieht eine deutsche Altersrente - ein grenzüberschreitender Sachverhalt vorliegt.

4.

4.1. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage von Art. 8 des Abkommens vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits (FZA) ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II FZA (in der bis 31. März 2012 geltenden Fassung) in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (AS 2004 121; nachfolgend VO Nr. 1408/71), und (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (AS 2005 3909) oder gleichwertige Vorschriften an.

Mit Wirkung auf 1. April 2012 sind diese beiden Rechtsakte durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: VO Nr. 883/2004) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11; nachfolgend: VO Nr. 987/2009) abgelöst worden (BGE 143 V 52 E. 6.1 S. 55 f.; 141 V 246 E. 2.1 S. 248 f.).

4.2. Diese neuen Verordnungen - in der seit 1. Januar 2015 geltenden Fassung (somit einschliesslich der Änderung gemäss Verordnung [EU] Nr. 465/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Mai 2012 zur Änderung der Verordnung [EG] Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und der Verordnung [EG] Nr. 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung [EG] Nr. 883/2004 [AS 2015 345]) - sind auf den hier zu beurteilenden Fall in zeitlicher, persönlicher und sachlicher Hinsicht anwendbar (vgl. u.a. BGE 143 V 52 E. 6.2 S. 56; 141 V 612 E. 3.1 S. 615 f. mit weiteren Hinweisen).

4.2.1.

4.2.1.1. Titel II der VO Nr. 883/2004 (Art. 11-16) enthält allgemeine Kollisionsregeln zur Bestimmung der anzuwendenden Rechtsvorschriften. Dabei legt Art. 11 Abs. 1 VO Nr. 883/2004 den kollisionsrechtlichen Grundsatz der Einheitlichkeit der anwendbaren Rechtsvorschriften in dem Sinne fest, dass für jede betroffene Person die Rechtsvorschriften nur eines Mitgliedstaats massgebend sind.

4.2.1.2. Bei Arbeitnehmenden und Selbstständigerwerbenden gelten in der Regel die Rechtsvorschriften desjenigen Mitgliedstaats, in dem sie ihre Tätigkeit ausüben (Art. 11 Abs. 3 Bst. a VO Nr. 883/2004 [Beschäftigungsland- oder Erwerbortprinzip]; BGE 143 V 52 E. 6.2.1 S. 56; 140 V 98 E. 6.3 S. 102; Urteil 8C_273/2015 vom 12. August 2015 E. 3.2). Nichterwerbstätige sind sodann ebenfalls den Rechtsvorschriften (nur) eines Mitgliedstaats unterstellt. Nach Art. 11 Abs. 3 Bst. e VO Nr. 883/2004 unterliegen sie den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats, sofern nichts anderes bestimmt ist. Dabei handelt es sich um einen eigenen Anspruch auf Grund des Wohnorts (BGE 143 V 52 E. 6.2.2 S. 56 f.; 140 V 98 E. 8.1 S. 103).

4.2.2. Die allgemeinen Vorschriften gemäss Titel II VO Nr. 883/2004 gelten jedoch nur insoweit, als die besonderen Bestimmungen für die einzelnen Leistungsarten, die Titel III bilden ("Besondere Bestimmungen über die verschiedenen Arten von Leistungen" [Art. 17-70]), nicht etwas anderes bestimmen (Urteil des Europäischen Gerichtshofs [EuGH] C-345/09 vom 14. Oktober 2010, van Delft u.a., Slg 2010, I-9879, Randnr. 47 [zwar zur Vorgängerverordnung Nr. 1408/71, hier aber ebenfalls anwendbar; vgl. E. 6.3.2.1 hiernach]).

4.2.2.1. Titel III VO Nr. 883/2004 beinhaltet Kollisionsnormen für besondere Situationen im jeweiligen Zweig des Systems der sozialen Sicherheit (beispielsweise in Kapitel 1 [Art. 17-35] Leistungen bei Krankheit sowie Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft). Der Charakter als Kollisionsnorm ist dabei nicht immer bereits aus dem Wortlaut klar erkennbar. Im Unterschied zu Titel II handelt es sich bei diesen Bestimmungen regelmässig nur um punktuelle Regelungen bezüglich einzelner Zweige der sozialen Sicherheit oder einzelner Rechtsgebiete (Näheres bei Frank Schreiber, in: Schreiber/Wunder/Dern, VO [EG] Nr. 883/2004, Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Kommentar, 2012, N. 11 zu Vor Art. 11 VO Nr. 883/2004).

4.2.2.2. Art. 23 ff. VO Nr. 883/2004 regeln im Sinne der beschriebenen speziellen gemeinschaftsrechtlichen Koordinationsbestimmungen den Sachleistungsanspruch der Rentner und ihrer Familienangehörigen bei Krankheit. Danach erhält eine Person, die eine Rente nach den

Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats bezieht und die keinen Anspruch auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats hat, dennoch Sachleistungen für sich und ihre Familienangehörigen, sofern nach den Rechtsvorschriften des für die Zahlung ihrer Rente zuständigen Mitgliedstaats Anspruch auf Sachleistungen bestünde, wenn sie in diesem Mitgliedstaat wohnte (Art. 24 Abs. 1 VO Nr. 883/2004). Hat der Rentner nur Anspruch auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften eines einzigen Mitgliedstaats, so übernimmt der zuständige Träger dieses Mitgliedstaats die Kosten für die Sachleistungen (Art. 24 Abs. 2 Bst. a VO Nr. 883/2004). Art. 24 VO Nr. 883/2004 umfasst den Fall, dass Rentner mangels hinreichender Beziehungen zum Rentensystem des Wohnortstaats keinen originären Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit im Wohnortstaat haben. Beim Bezug nur einer Rente ist der Träger für Leistungen bei Krankheit desjenigen Staats kostenpflichtig, der die Rente leistet. Dem Rentner wird ein Anspruch auf Sachleistungsaushilfe gegenüber dem Träger des Wohnortstaats gewährt (Schreiber, a.a.O., N. 1 und 7 zu Art. 24 VO Nr. 883/2004).

4.2.3.

4.2.3.1. Die Anwendung der Kollisionsnormen der VO Nr. 883/2004, nach denen sich die anzuwendenden Rechtsvorschriften bestimmen, ist für die Mitgliedstaaten zwingend. Sie bilden ein geschlossenes System von Kollisionsnormen, das den nationalen Gesetzgebern die Befugnis nimmt, in diesem Bereich den Geltungsbereich und die Anwendungsvoraussetzungen ihrer nationalen Rechtsvorschriften im Hinblick darauf zu bestimmen, welche Personen ihnen unterliegen und in welchem Gebiet sie ihre Wirkung entfalten sollen (erwähntes EuGH-Urteil C-345/09 van Delft u.a., Randnrn. 51 f., 56).

4.2.3.2. Bei den vorgenannten Art. 24 f. VO Nr. 883/2004 handelt es sich somit um - von den Mitgliedstaaten zu rezipierende - Bestimmungen, die abweichende Sonderregelungen für die den Rentnern bei Krankheit zustehenden Leistungen enthalten.

4.2.4. Dem hat die Schweiz gesetzgeberisch Rechnung getragen.

4.2.4.1. Gemäss Art. 3 Abs. 1 KVG (in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 KVV) muss sich grundsätzlich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern lassen, untersteht also dem Krankenversicherungsobligatorium nach KVG. Abs. 2 der Bestimmung stipuliert, dass der Bundesrat Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen kann. Er ist damit befugt, bestimmte Personen mit Wohnsitz in der Schweiz von der Versicherungspflicht auszunehmen (BGE 134 V 34 E. 5.5 S. 37 f. mit Hinweisen; Urteil [des Eidg. Versicherungsgerichts] K 141/97 vom 3. Dezember 1999 E. 4b, in: SVR 2000 KV Nr. 30 S. 95).

4.2.4.2. Die Ausnahmen von der Versicherungspflicht wurden zum einen in der - hier interessierenden - Form der Nichtunterstellung geregelt, die nach Gesetz oder Verordnung automatisch eintritt (Art. 2 Abs. 1 KVV; vgl. auch Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3. Aufl. 2016, S. 423 Rz. 46). So sind in der Schweiz niedergelassene Personen, die zwar keinen Anspruch auf eine schweizerische, aber nach dem FZA sowie seinem Anhang II einen Anspruch auf eine Rente eines Mitgliedstaats der Europäischen Gemeinschaft haben, von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit (Art. 2 Abs. 1 lit. e KVV). Gleiches gilt laut lit. f der Verordnungsbestimmung für Personen, die als Familienangehörige einer unter lit. e erwähnten Person in deren ausländischen Krankenversicherung mitversichert sind und entweder Anspruch auf Leistungsaushilfe haben oder für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen.

5.

Die Vorinstanz verneinte die Versicherungsunterstellung der Beschwerdeführer, da gemäss Art. 2 Abs. 1 lit. e und f KVV weder eine entsprechende Versicherungspflicht bestehe, noch das schweizerische Recht die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung vorsehe. Die Verordnungsbestimmung verstosse - so das kantonale Gericht im Weiteren - entgegen der Betrachtungsweise der Beschwerdeführer auch nicht gegen Gemeinschaftsrecht, da die Beschwerdeführer durch eine Fortführung ihrer (privaten) deutschen Krankenversicherung keinerlei Nachteile zu gewärtigen hätten. Dies sei durch die Art. 24 f. VO Nr. 883/2004 ausdrücklich sichergestellt.

Ferner wurden im angefochtenen Entscheid die Voraussetzungen einer Wiedererwägung des Verwaltungsaktes, mit welchem die Beschwerdegegnerin auf Anmeldung der Beschwerdeführer hin deren Aufnahme in die Krankenversicherung formell vollzogen hatte, bejaht. Da weder ein Versicherungsobligatorium noch die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung vorgesehen sei, bestünden keine Zweifel an der Unrichtigkeit der Aufnahme der Beschwerdeführer in den Kreis der bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch im Sinne des KVG Versicherten. Mangels Vertrauensbetätigung seitens der Beschwerdeführer, welche einer rückwirkenden Korrektur entgegenstehen könnte, und weil auch keine Nachteile ersichtlich seien, mit denen das Ehepaar A. und B. bei Fortführung seiner deutschen Versicherung rechnen müsste, habe die Wiedererwägung rückwirkend zu erfolgen. Die vom Krankenversicherer vorgenommene Wiedererwägung ex tunc sei somit nicht zu beanstanden.

6.

6.1. Die Beschwerdeführer bringen dagegen verschiedene Rügen vor.

6.2.

6.2.1. Zunächst wird eine Verletzung von Art. 3 Abs. 1 KVG und Art. 1 Abs. 1 KVV geltend gemacht, wonach jede in der Schweiz wohnhafte Person der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG unterstellt sei. Ausnahmen vom Versicherungsobligatorium seien eng zu umschreiben und dürften keinen Selbstzweck darstellen. Die in Art. 2 Abs. 1 KVV vorgesehenen Ausschlussstatbestände könnten daher nur eintreten, wenn andernorts ein gleichwertiger Versicherungsschutz bestehe. Der Ausnahmekatalog bezwecke einzig, eine "Doppelpflichtversicherung" zu verhindern. Bei der Neufassung von Art. 2 Abs. 1 KVV - die Ergänzung durch lit. c - f erfolgte auf 1. Juni 2002 - sei übersehen worden, dass es Einzelfälle gäbe, die zwar unter die entsprechenden Befreiungstatbestände fielen, bei denen aber keine anderweitige Pflichtversicherung vorhanden sei. Das Ziel der Novellierung habe nicht darin bestanden, bestimmte Personengruppen vom schweizerischen Versicherungsschutz auszuschliessen, sondern, bei Vorliegen einer äquivalenten ausländischen Versicherung, die Befreiung zu vereinfachen.

6.2.2. Dem ist mit dem BAG entgegen zu halten (vgl. Vernehmlassung vom 9. Juni 2017), dass die Krankenpflegeversicherung nach KVG in der Schweiz zwar grundsätzlich obligatorisch ist. Dies gilt indessen nur für Personen, welche die im Gesetz und in den Ausführungsverordnungen festgelegten Voraussetzungen erfüllen. Wie hiervor aufgezeigt (vgl. E. 4.2.4), kann der Bundesrat gemäss Art. 3 Abs. 2 KVG Ausnahmen vorsehen, was er mit Art. 2 KVV gemacht hat. Gemäss dessen Abs. 1 lit. c - f KVV sind sämtliche Personen, die in der Schweiz wohnen, aber gestützt auf das europäische Koordinationsrecht der Versicherungspflicht eines anderen Mitgliedstaats unterstehen, automatisch von der Versicherungspflicht in der Schweiz ausgenommen. Dazu gehören explizit auch ausländische Rentenbezüger und ihre Familienangehörigen (lit. e und f). Es wird dabei nicht unterschieden, ob im Ausland ein gesetzlicher oder ein privater Krankenversicherungsschutz besteht. Sollte B. keinen eigenen Anspruch auf deutsche Rentenleistungen haben, wäre sie gestützt auf Art. 2 Abs. 1 lit. f KVV als Familienangehörige eines deutschen Einfachrentners ebenfalls nicht in der Schweiz krankenversicherungspflichtig. Diese Regelung kommt, wie in der Bestimmung ausdrücklich erwähnt,

sowohl bei einem Anspruch auf Leistungsaushilfe (Vorliegen einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland) als auch bei einem für Behandlungen in der Schweiz gleichwertigen Versicherungsschutz (private Krankenversicherung) zur Anwendung. In wenigen, abschliessend aufgeführten Spezialfällen besteht sodann die Möglichkeit eines freiwilligen Anschlusses an die Krankenpflegeversicherung (Art. 3 [Grenzgänger und -gängerinnen], 4 Abs. 3 [entsandte Arbeitnehmer und -nehmerinnen] und Art. 6 KVV [Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht]). Personen mit Wohnsitz in der Schweiz, die eine ausländische Rente erhalten, fallen nicht darunter, sondern sind im Gegenteil gemäss Art. 2 Abs. 1 lit. e und f KVV gerade von der Versicherungspflicht (und -möglichkeit) ausgenommen.

6.3.

6.3.1. Die Beschwerdeführer beanstanden des Weiteren eine Verletzung von übergeordnetem Gemeinschaftsrecht, namentlich des in Art. 2 FZA enthaltenen Nichtdiskriminierungsgebots und von Art. 4 VO Nr. 883/2004, wonach, sofern die Verordnung nichts anderes bestimmt, Personen, für welche die Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten auf Grund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats haben wie die Staatsangehörigen dieses Staats ("Gleichbehandlung"). So verstosse Art. 2 Abs. 1 lit. e KVV gegen diese Bestimmungen, weil die Regelung dazu führe, dass die betroffene Person durch den Ausschluss von der schweizerischen Krankenpflegeversicherung je nach Konstellation über keine Versicherung verfüge. Dies treffe auf sie zu, da sie weder in Deutschland noch in einem anderem Mitgliedstaat krankenversicherungspflichtig seien. Den vorinstanzlich angeführten Art. 23 ff. VO Nr. 883/2004 käme entgegen der Betrachtungsweise des kantonalen Gerichts keine für die Frage der Versicherungspflicht inzident massgebende Bedeutung zu. Sie beinhalteten nicht die Begründung einer Versicherungspflicht an sich, sondern knüpften Rechtsfolgen an einen bereits bestehenden Anspruch. Der Ausschluss der schweizerischen Krankenpflegeversicherung für Ausländer in der Schweiz, die eine ausländische Rente bezögen, bewirke eine nicht zulässige Benachteiligung gegenüber schweizerischen Rentnern. Diese Schlussfolgerungen ergäben sich überdies auch aus dem Urteil des EuGH C-275/96 vom 11. Juni 1998 (Kuusijärvi, Slg 1998, I-3419, Randnr. 30), das es der Schweiz untersage, Personen, für welche die schweizerischen Rechtsvorschriften nach der VO Nr. 883/2004 Gültigkeit hätten, von vornherein vom Anwendungsbereich dieser Bestimmungen auszuklammern. Genau dies geschehe aber mit dem in Art. 2 Abs. 1 lit. e KVV verankerten Ausschluss. Offensichtlich unrichtig sei überdies die Feststellung der Vorinstanz, infolge der Fortführung der bisherigen (privaten) deutschen Krankenversicherung entstünden ihnen keinerlei Nachteile, sei diese doch auf Ende 2015 aufgelöst worden. Zusammenfassend halte Art. 2 Abs. 1 lit. e KVV vor Art. 2 FZA sowie Art. 4 und 11 Abs. 3 Bst. e VO Nr. 883/2004 nicht stand und sei deshalb im vorliegenden Fall nicht anwendbar.

6.3.2. Den Beschwerdeführern ist insoweit zuzustimmen, als sich unmittelbar aus dem Wortlaut der Bestimmungen der VO Nr. 883/2004 keine Krankenversicherungspflicht in Deutschland ergibt. Art. 24 VO Nr. 883/2004 verpflichtet die Schweiz aber, Sachleistungen der Krankenversicherung an Rentner und deren Familienangehörige mit Wohnsitz in der Schweiz zu erbringen, auch wenn diese auf Grund des Bezugs einer Rente aus einem anderen Mitgliedstaat nicht in der Schweiz versichert sind. Diese Leistungserbringung erfolgt allerdings nur aushilfsweise. Die Kosten werden gemäss Abs. 2 der Bestimmung nicht durch den aushelfenden schweizerischen Träger, sondern durch den zuständigen Krankenversicherungsträger des die Rente zahlenden Staats übernommen. Auch ohne ausdrückliche Kollisionsregelung wird dadurch der leistungszuständige Versicherungsträger bestimmt: Es entsteht infolge der in Abs. 2 des erwähnten Artikels enthaltenen Kostenzuweisungsnorm im Rente zahlenden Staat eine Krankenversicherungspflicht mit den daraus folgenden Beitragspflichten.

6.3.2.1. Dass die endgültige Kostentragungspflicht im Rente zahlenden Staat mit dem Recht zur Erhebung entsprechender Beiträge verbunden ist, hat auch der EuGH in mehreren Urteilen festgehalten (vgl. etwa C-389/99 vom 10. Mai 2001, Rundgren, Slg 2001, I-3731, Randnrn. 47 ff., C-50/05 vom 18. Juli 2006, Nikula, Slg 2006, I-7029, Randnrn. 29 ff., und C-345/09 van Delft u.a., a.a.O.).

So wurde im letztgenannten Urteil van Delft u.a. darauf hingewiesen, dass die Art. 28 und 28a VO Nr. 1408/71 (welche weitgehend den nunmehr geltenden Art. 24 und 25 VO Nr. 883/04 entsprechen) eine "Kollisionsnorm" enthalten, anhand derer für Rentner, die in einem anderen als dem zur Zahlung der Rente verpflichteten Mitgliedstaat wohnen, bestimmt werden kann, welcher Träger die darin angegebenen Leistungen zu erbringen hat und welche Rechtsvorschriften anwendbar sind (Randnr. 38 mit weiteren Hinweisen). Es besteht mithin eine Verknüpfung zwischen der Zuständigkeit für die Gewährung der Rente bzw. der Verpflichtung zur Übernahme der Kosten für Sachleistungen bei Krankheit und dem Recht, entsprechende Beiträge zu erheben (vgl. Randnr. 74). Dies führt dazu, dass eine Person mit Wohnsitz in der Schweiz, welche ausschliesslich eine deutsche Rente bezieht, auf Grund der erwähnten (ungeschriebenen) Kollisionsregel der deutschen Krankenversicherung angehört und durch die Schweiz aushilfsweise Sachleistungen erhält. Analoge Rechte für die Familienangehörigen sind dabei eingeschlossen. Ausdrücklich festgehalten hat der EuGH im betreffenden Urteil auch, dass es den Sozialversicherten, die vom Geltungsbereich der Normen erfasst werden, auf Grund des zwingenden Charakters der Vorschriften nicht frei steht, deren Wirkungen auszuhebeln, indem sie sich ihnen - freiwillig - entziehen (vgl. Randnrn. 52, 56 und 72).

In gleichem Sinne hat das deutsche Bundessozialgericht entschieden (vgl. Urteile vom 5. Juli 2005, B 1 KR 4/04 R, wiedergegeben und besprochen von Karl-Jürgen Bieback, in: Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht [ZESAR], 2/2006, S. 81 ff., und vom 16. Juni 1999, B 1 KR 5/98 R, wiedergegeben und besprochen von Rolf Schuler, Die europarechtliche Koordinierung der Krankenversicherung der Rentner, in: Die Sozialgerichtsbarkeit, 25/2000, S. 523 ff. und 553 ff.).

6.3.2.2. Diese Sichtweise wird auch in der Literatur einhellig geteilt. Constanze Janda etwa hält ausdrücklich fest (in: Europäisches Sozialrecht, Maximilian Fuchs [Hrsg.], 7. Aufl. 2018, N. 1 ff. zu § 24 VO Nr. 883/2004), dass durch die Anordnung der aushilfsweisen Sachleistungserbringung in Art. 24 Abs. 1 Satz 2 VO Nr. 883/2004 und der Bestimmung des primär (endgültig) leistungspflichtigen Trägers in Abs. 2 inzident auch die anzuwendenden Rechtsvorschriften bestimmt würden. Für einen Einfachrentner ohne primären Leistungsanspruch für den Krankheitsfall im Wohnsitzstaat gälten daher die Rechtsvorschriften für den Fall der Krankheit und Mutterschaft desjenigen Mitgliedstaats, nach dessen Rechtsvorschriften die Rente gezahlt werde (Statut der Rentenleistung [Art. 24 Abs. 2 Bst. a VO Nr. 883/2004]; N. 3). Auch Schreiber vermerkt (a.a.O., N. 10 zu Art. 24 VO Nr. 883/2004), mit Art. 24 Abs. 2 VO Nr. 883/2004 werde nicht nur die Kostenträgerschaft geregelt, die einen entsprechenden Ausgleich nach sich ziehe. Es werde vielmehr auch der "zuständige Träger" einschliesslich des anwendbaren Rechts bestimmt. Ebenso äussern sich ferner Eugster (a.a.O., S. 441 f. Rz. 109 f.), Ursula Hohn (Rechtsprobleme bei der Umsetzung des Koordinationsrechts in der Krankenversicherung, in: Das europäische Koordinationsrecht der sozialen Sicherheit und die Schweiz, 2006, S. 61 ff., insb. S. 65 unten f.) sowie die vorerwähnten Schuler (a.a.O.) und Bieback (a.a.O.).

6.3.2.3. Nach den Ausführungen des BAG wird diese Lesart auch durch keinen der Mitgliedstaaten angezweifelt. Die deutschen Behörden und Versicherungsträger berücksichtigen hierbei in ständiger Praxis auch die freiwillig gesetzliche und die private Krankenversicherung für die kollisionsrechtliche Zuordnung.

6.3.2.4. Ebenso wenig kommt schliesslich - entgegen der Darstellung der Beschwerdeführer - die Gemeinsame Einrichtung KVG als für den Bereich Krankheit zuständige Verbindungsstelle in ihrem "Leitfaden über die Krankenversicherung mit Bezug zur EU/EFTA und über die Leistungsaushilfe für Personen mit einer Grundversicherung in der Schweiz" zu einem gegenteiligen Schluss. In Ziff. 4.3.5.3 wird vielmehr präzisiert, dass eine Versicherungspflicht auf Grund der Wohnsitzverlegung in die Schweiz nur entstehe, wenn die betroffene Person nicht "wegen Bezugs einer Rente aus einem anderen Staat dort versicherungspflichtig" sei.

6.4. Damit steht fest, dass die Beschwerdeführer nicht der Krankenversicherungspflicht nach KVG unterstehen. Ebenso ist ausgeschlossen, dass sie sich auf freiwilliger Basis bei der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Versicherungsobligatoriums bzw. der Grundversicherung gemäss KVG versichern. Die Aufnahme der Beschwerdeführer durch die Beschwerdegegnerin in die obligatorische Krankenpflegeversicherung erweist sich daher als unzulässig und damit als zweifellos unrichtig.

Das Vorliegen eines Rückkommenstitels im Sinne der Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG wurde im angefochtenen Entscheid somit grundsätzlich zu Recht bejaht. Streitig und zu prüfen ist einzig (vgl. E. 7 hiernach), ob der Vertrauensschutz eine abweichende Behandlung gebietet (vgl. BGE 138 V 258 E. 6 S. 269 f.; Urteil 9C_695/2015 vom 9. August 2016 E. 2.2 am Ende).

7.

7.1. Die Beschwerdeführer monieren ferner eine offensichtlich unrichtige Sachverhaltsfeststellung des kantonalen Gerichts. Indem dieses - fälschlicherweise - von einer (möglichen) Fortführung der bisherigen privaten Krankenversicherung in Deutschland ausgegangen sei, habe es die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung ex tunc des die Aufnahme nach KVG bestätigenden Verwaltungsaktes der Beschwerdegegnerin (vom 21. Dezember 2015) zu Unrecht bejaht. Die zugesicherten Versicherungsverhältnisse seien gestützt auf den Vertrauensgrundsatz, namentlich die im Vertrauen auf die unrichtige Auskunft getroffenen, nicht ohne Nachteil rückgängig zu machende (n) Disposition (en), aufrecht zu erhalten.

7.2. Nach dem in Art. 9 BV verankerten Grundsatz von Treu und Glauben kann eine unrichtige Auskunft, welche eine Behörde dem Bürger erteilt, unter gewissen Umständen Rechtswirkungen entfalten. Voraussetzung dafür ist, dass: a) es sich um eine vorbehaltlose Auskunft der Behörden handelt; b) die Auskunft sich auf eine konkrete, den Bürger berührende Angelegenheit bezieht; c) die Amtsstelle, welche die Auskunft gegeben hat, hiefür zuständig war oder der Bürger sie aus zureichenden Gründen als zuständig betrachten durfte; d) der Bürger die Unrichtigkeit der Auskunft nicht ohne Weiteres hat erkennen können; e) der Bürger im Vertrauen hierauf nicht ohne Nachteil rückgängig zu machende Dispositionen getroffen hat; f) die Rechtslage zur Zeit der Verwirklichung noch die gleiche ist wie im Zeitpunkt der Auskunftserteilung; g) das Interesse an der richtigen Durchsetzung des objektiven Rechts dasjenige des Vertrauensschutzes nicht überwiegt (BGE 143 V 95 E. 3.6.2 S. 103; 137 II 182 E. 3.6.2 S. 193 mit Hinweisen; Urteil 8C_306/2015 vom 25. August 2015 E. 3.2, in: ARV 2015 S. 334).

7.2.1. Die Voraussetzungen gemäss Bst. a-d, f und, sofern e ebenfalls zu bejahen wäre, auch g können vorliegend als erfüllt betrachtet werden: Die Beschwerdeführer haben sich im Herbst 2015 bei der Beschwerdegegnerin nach einem möglichen Beitritt zur Krankenpflegeversicherung nach KVG per 1. Januar 2016 erkundigt, entsprechende Formulare ausgefüllt und hierauf ein Bestätigungsschreiben samt Versicherungsausweisen erhalten.

7.2.2. Nachfolgend zu prüfen ist demgegenüber, ob eine durch die Beschwerdeführer vorgenommene Vertrauensbetätigung nach Bst. e vorliegt, die nicht ohne Nachteile rückgängig gemacht werden kann.

7.2.2.1. Die Beschwerdeführer haben das Formular der Beschwerdegegnerin zum Beitritt zur Krankenpflegeversicherung gemäss KVG am 19. Oktober 2015 ausgefüllt. Der Beschwerdegegnerin zugegangen ist dieses - nach unbestritten gebliebener Feststellung in deren Einspracheentscheid vom 18. August 2016 - am 26. November 2015. Mit Schreiben vom 21. Dezember 2015 (samt Versicherungsausweisen 2016) wurde den Beschwerdeführern die Aufnahme per 1. Januar 2016 bestätigt. Ein Gesuch um Beendigung des bisherigen Krankenversicherungsschutzes bei der Techniker Krankenkasse, war laut deren Schreiben vom 2. November 2015 bereits vorher erfolgt, weshalb die am 21. Dezember 2015 durch die Beschwerdegegnerin ausgestellte Bestätigung nicht unmittelbar

Anlass dazu hatte geben können. Wie aus dem Schreiben der deutschen Krankenkasse vom 2. November 2015 jedoch des Weiteren hervorgeht, war innerhalb eines Monats nach dem Ende der Versicherungspflicht, d.h. bis 31. Januar 2016, u.a. ein Nachweis über eine "anderweitige Absicherung" beizubringen, andernfalls A. "automatisch als freiwilliges Mitglied" weiterversichert und die Austrittserklärung unwirksam würde. Der entsprechende Nachweis scheint - in Form des Bestätigungsschreibens der Beschwerdegegnerin vom 21. Dezember 2015 (samt Versicherungsausweisen) - in der Folge erbracht worden zu sein, handelt es sich bei der nachträglich von den Beschwerdeführern noch geforderten Bescheinigung doch um das zuhanden der Deutschen Rentenversicherung (zwecks Erhalts eines Zuschusses zur schweizerischen Krankenpflegeversicherung) einzureichende Formular R0821.

Daraus ist zu schliessen, dass die Beschwerdeführer seit 1. Januar 2016 über keine - auch keine freiwillige - Krankenversicherung in Deutschland mehr verfügen. Dieser Umstand ist unmittelbar auf die Aufnahme in die schweizerische Krankenpflegeversicherung durch die Beschwerdegegnerin zurückzuführen. Bei der Auflösung des bisherigen Krankenversicherungsverhältnisses handelt es sich daher grundsätzlich um eine Disposition im Sinne von Bst. e der vorstehend erwähnten Voraussetzungen, welche die Beschwerdeführer im Vertrauen auf die unrichtige Auskunft der Beschwerdegegnerin getroffen haben. Fraglich ist, ob sich dieser Schritt ohne nachteilige Folgen rückgängig machen lässt, d.h. eine lückenlose, seit 1. Januar 2016 bestehende Krankenversicherungsdeckung in Deutschland wiederherstellbar ist.

7.2.2.2. Dazu haben sich weder Vorinstanz noch Beschwerdegegnerin geäußert. Seitens der Beschwerdeführer wurde darauf hingewiesen, dass eine nachträgliche Aufnahme in die deutsche Krankenpflichtversicherung der Rentner (KVdR) - und damit in die deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV) - nicht möglich sei ("pflichtversichert"), da diese bestimmte (Vor-) Versicherungszeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung voraussetze, welche sie, da stets bei der Techniker Krankenkasse freiwillig privat versichert, nicht erfüllten (vgl. Beschwerde, S. 4 Ziff. 3; Eingabe der Beschwerdeführer vom 21. Juni 2017, S. 2 Ziff. 11; vorinstanzliche Beschwerde, S. 6 Ziff. 10). Auch sei es ihnen verwehrt, sich freiwillig gesetzlich in Deutschland krankenversichern zu lassen. Diese Möglichkeit stehe Personen, die keiner selbständigen oder unselbstständigen Erwerbstätigkeit nachgingen, lediglich offen, wenn sie Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland besässen (Beschwerde, S. 13 Ziff. 25). So oder anders hätte ein entsprechender Antrag jedoch innerhalb von drei Monate vorgenommen werden müssen, welche Zeitspanne bei Zugang des Schreibens der Beschwerdegegnerin vom 13. April 2016, wonach die Versicherungsverhältnisse rückwirkend per 1. Januar 2016 annulliert würden, bereits verstrichen gewesen sei (Eingabe der Beschwerdeführer vom 21. Juni 2017, S. 1 unten f. Ziff. 10, S. 2 unten Ziff. 31).

7.2.3. Wie es sich damit verhält, kann und braucht an dieser Stelle nicht abschliessend beurteilt zu werden.

7.2.3.1. Vielmehr ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, die sich bislang weder im Verwaltungsverfahren (vgl. Verfügung vom 9. Juni 2016, Einspracheentscheid vom 18. August 2016) noch im vorinstanzlichen Beschwerdeprozess zur Thematik des Vertrauensschutzes hat vernehmen lassen. Sie wird im Rahmen ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 ATSG - unter zumutbarer Mitwirkung der Beschwerdeführer - weitergehende Abklärungen zu den Krankenversicherungsmöglichkeiten der Beschwerdeführer in Deutschland vorzunehmen haben. Sollte sie gestützt darauf zum Ergebnis gelangen, dass sich die Beschwerdeführer (rückwirkend) weder in der KVdR - und damit in der GKV - pflichtversichern können, noch die Alternative der freiwilligen gesetzlichen Versicherung oder einer privaten Krankenversicherung offen steht, erwiese sich die Berufung auf den Vertrauensschutz im vorliegenden Fall als berechtigt. Dies hätte zur Folge, dass keine Wiedererwägung des die Beschwerdeführer in die gesetzliche Krankenpflegeversicherung aufnehmenden Verwaltungsaktes der Beschwerdegegnerin vom 13. April 2016 vorgenommen werden

könnte und die Beschwerdeführer - entgegen der bestehenden objektiven Rechtslage - weiterhin bei der Beschwerdegegnerin versichert blieben.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf Art. 6 Abs. 2 VO Nr. 987/2009. Danach erhält, falls zwischen den Trägern oder Behörden zweier oder mehrerer Mitgliedstaaten eine Meinungsverschiedenheit darüber besteht, welcher Träger die Geld- oder Sachleistungen zu gewähren hat, die betroffene Person, die Anspruch auf diese Leistungen hätte, wenn es diese Meinungsverschiedenheit nicht gäbe, vorläufig Leistungen nach den vom Träger des Wohnorts - hier der Schweiz - anzuwendenden Rechtsvorschriften.

7.2.3.2. Mit dieser Vorgehensweise bleiben den Parteien sämtliche Rechte, insbesondere auch der Anspruch auf den doppelten Instanzenzug (BGE 125 V 413 E. 2c S. 417 mit Hinweisen; Urteil 9C_154/2014 vom 3. September 2014 E. 2.2), gewahrt.

8.

8.1. Die Rückweisung der Sache an den Versicherungsträger (mit noch offenem Ausgang) gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen im Sinne von Art. 66 Abs. 1 Satz 1 sowie Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235; u.a. Urteil 9C_244/2017 vom 26. Oktober 2017 E. 6.1 mit Hinweisen).

8.2. Demgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin zu überbinden.

8.3.

8.3.1. Ein Anspruch auf Parteientschädigung besteht letztinstanzlich demgegenüber nicht, da die Beschwerdeführer vor dem Bundesgericht mangels Nachweises eines entsprechenden Auftragsverhältnisses formell nicht als anwaltlich vertreten zu betrachten sind. Daran ändert der Hinweis in der Beschwerde, sie seien "in der Vorinstanz und vor dem Bundesgericht durch Hr. RA Angelo Fedi vertreten" gewesen und die entsprechende "Abrechnung der Kanzlei Raggenbass vom 30. März 2017" befinde sich mit der Bitte um Berücksichtigung in der Beilage, nichts. Überdies liegen keine besonderen Verhältnisse vor, die eine Entschädigung für weitere Umtriebe rechtfertigen (Art. 1 und 11 des Reglements vom 31. März 2006 über die Parteientschädigung und die Entschädigung für die amtliche Vertretung im Verfahren vor dem Bundesgericht, SR 173.110.210.3; Urteile 9C_154/2015 vom 8. Januar 2016 E. 4 mit Hinweis, in: SVR 2016 BVG Nr. 45 S. 189, und 9C_1094/2009 vom 31. Mai 2010 E. 4, in: SVR 2010 AHV Nr. 12 S. 42).

8.3.2. Hingegen ist eine anwaltliche Vertretung für das kantonale Beschwerdeverfahren ausgewiesen, weshalb die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit sie die Parteientschädigung dem Ausgang des Verfahrens entsprechend neu festsetze.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1. Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau vom 15. Februar 2017 und der Einspracheentscheid der Groupe Mutuel Versicherungen Easy Sana Krankenversicherung AG vom 18. August 2016 werden aufgehoben. Die Sache wird zu neuer Verfügung an die Groupe Mutuel Versicherungen Easy Sana Krankenversicherung AG zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3. Die Sache wird zur Neuverlegung der Parteikosten des vorangegangenen Verfahrens an das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau zurückgewiesen.

4. Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.