

BL_GERICHTE 810 2023 199 vom 13. August 2025

BL Gerichte, 2025-08-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_810_2023_199

FR: BL_GERICHTE 810 2023 199 du 13 août 2025

IT: BL_GERICHTE 810 2023 199 del 13 agosto 2025

Regeste

Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz / Gleichwertigkeit der ausländischen Versicherung mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung / Keine nachträgliche Angleichung an den schweizerischen Standard

Erwägungen

E. 1

Das Kantonsgericht, Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht, übt in Verfahren betreffend Einhaltung der Krankenversicherungspflicht bzw. Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht die Funktion des kantonalen Versicherungsgerichts im Sinne von Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 aus (vgl. Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht [KGE VV], vom 15. November 2023 [810 23 220] E. 1). Die Beschwerde gegen den Entscheid des Regierungsrates vom 15. August 2023 ist zulässig (Art. 56 Abs. 1 ATSG) und wurde rechtzeitig erhoben (Art. 60 ATSG). Der Beschwerdeführer ist durch den abschlägigen Entscheid besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung (Art. 59 ATSG). Da auch die übrigen formellen Voraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2

Beschwerden betreffend Gesuche um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht beurteilt das Kantonsgericht mit voller Kognition (vgl. § 57 VPO; KGE VV vom 20. Dezember 2023 [810 23 211] E. 2; BGE 148 V 419 E. 5.5).

E. 3

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in der Schweiz. Es liegt somit ein internationaler Sachverhalt vor, der vom Personenfreizügigkeitsabkommen (Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit [FZA]) erfasst ist. Nach den allgemeinen freizügigkeitsrechtlichen Kollisionsregeln zur Bestimmung der anzuwendenden Rechtsvorschriften gelten für Arbeitnehmende und Selbstständigerwerbende in der Regel die Rechtsvorschriften desjenigen Mitgliedstaats, in dem sie ihre Tätigkeit ausüben (vgl. zu den einzelnen materiellen Rechtsgrundlagen: BGE 144 V 127 E. 4). Der Beschwerdeführer ist in der Schweiz erwerbstätig. Da vorliegend keine Ausnahme einschlägig ist, gelten für ihn somit die schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 11 Abs. 3 lit. a VO Nr. 883/2004 [SR 0.831.109.268.1]). 4.1 Gemäss Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach Wohnsitznahme für Krankenpflege versichern. Der

Bundesrat kann indessen Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen (Art. 3 Abs. 2 KVG). Nach Art. 2 Abs. 8 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 sind insbesondere Personen auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen, für welche eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte und die sich auf Grund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversichern könnten (Satz 1). Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen (Satz 2).

4.2 Das Versicherungsobligatorium bildet eine der tragenden Säulen der gesetzgeberisch gewollten Solidarität zwischen Gesunden und Kranken sowie Jungen und Alten (vgl. Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 93, S. 125 f.; Gebhard Eugster, in: Blechta/Colatrella/Rüedi/Staffelbach [Hrsg.], Basler Kommentar

Krankenversicherungsgesetz/Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, Art. 3 KVG Rz. 1). Das Obligatorium ist damit kein Selbstzweck, sondern unverzichtbares Instrument zur Gewährleistung der Solidarität (BGE 134 V 34 E. 5.5; BGE 129 V 77 E. 4.2). Es soll verhindern, dass infolge Fehlens einer Versicherung unter Umständen bei Risikoeintritt das Gemeinwesen für höhere oder alle Kosten aufkommen muss. In Anbetracht dieser gesetzgeberischen Absicht ist es folgerichtig, dass die Ausnahmen von der Versicherungspflicht und damit von der Zugehörigkeit zur Solidargemeinschaft eng umschrieben werden. Sie stellen abschliessende Aufzählungen dar und unterliegen grundsätzlich einer restriktiven Interpretation (vgl. BGE 134 V 34 E. 5.5; BGE 132 V 310 E. 8.3; David Michael Egger, Der Medizintourismus im System der öffentlichen Gesundheitsversorgung, Zürich 2024, S. 36). 4.3 Es ist der Befürchtung des Gesetzgebers Rechnung zu tragen, dass sich das schweizerische Obligatorium unterlaufen liesse, wenn beispielsweise der Nachweis einer ausländischen freiwilligen privaten Versicherung allgemein als Befreiungsgrund akzeptiert würde (BGE 132 V 310 E. 8.5.6; KGE VV vom 20. Dezember 2023 [810 23 211] E. 3.1.1). Für die Anwendung von Art. 2 Abs. 8 KVV sind daher nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung strenge Massstäbe zu setzen.

Insbesondere darf diese Bestimmung nicht dazu dienen, blosser Nachteile zu verhindern, die eine Person dadurch erleidet, dass das schweizerische System den Versicherungsschutz, den sie bisher unter dem ausländischen System genoss, überhaupt nicht oder nicht zu gleich günstigen Bedingungen vorsieht. Sie soll aber immerhin den Nachteil vermeiden, der daraus resultiert, dass eine Person bis zum Erreichen ihres bisherigen ausländischen Versicherungsniveaus von in der Schweiz tatsächlich vorhandenen Angeboten wegen ihres Alters und/oder Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen Gebrauch machen kann (BGE 132 V 310 E. 8.5.6; Urteil des BGer 9C_304/2017 vom 27. September 2017 E. 4.1.2; Urteil des BGer 9C_510/2011 vom 12. September 2011 E. 2.2; Urteil des BGer 9C_921/2008 vom 23. April 2009 E. 4.3). Auch wenn mit dem Wortlaut von Art. 2 Abs. 8 KVV nicht explizit ein gleichwertiger Versicherungsschutz verlangt wird, ist die Tatsache dessen Fehlens schon aus gesetzessystematischen Gründen und mit Blick auf einen umfassenden (Mindest-)Versicherungsschutz relevant (Urteil des BGer 9C_510/2011 vom 12. September 2011 E. 2.2). Ausserdem ist eine Lücke in der Versicherungsdeckung (im Vergleich zu den Mindestvorschriften des KVG) - jedenfalls wenn sie erheblich ist - auch angesichts der mit dem Versicherungsobligatorium angestrebten Solidarität zwischen Gesunden und Kranken als klarer Mangel zu werten, der

durch Unterstellung unter die Versicherungspflicht behoben wird (vgl. Urteil des BGer 9C_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 2.2.2; Urteil des BGer 9C_86/2016 vom 18. November 2016 E. 2.2). 4.4 Die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes bemisst sich nach Massgabe des Krankenversicherungsgesetzes (Eugster, a.a.O., Art. 3 KVG Rz. 73). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), auch Grundversicherung genannt, ist im KVG geregelt. Ein gleichwertiger Versicherungsschutz liegt vor, wenn die ausländische oder im Inland abgeschlossene private Versicherung während der ganzen Geltungsdauer der Befreiung die Kosten ambulanter und stationärer Behandlung bei Krankheit und Mutterschaft sowie die Kosten des Aufenthalts nach den Standards der allgemeinen Abteilung eines zugelassenen Spitals in der Schweiz im Wesentlichen in gleicher Weise voll deckt wie das KVG (Gregor T. Chatton, *Les exceptions à l'assurance obligatoire des soins: quelques points de contact entre le droit public et le droit privé*, SZS 2011, S. 472; Eugster, a.a.O., Art. 3 Rz. 74; BGE 134 V 34 E. 5.8). Es werden in einer Gesamtanalyse sämtliche Bereiche der Versicherungen verglichen. Bei Nichterwerbstätigen müssen auch Leistungen bei Unfall gedeckt sein (Egger, a.a.O., S. 42 ff.; BGE 134 V 34 E. 5.9). Von Gleichwertigkeit kann nur gesprochen werden, wenn die versicherte Person im Versicherungsfall nicht oder nicht wesentlich höhere Kosten selber zu tragen hätte, als wenn sie in der obligatorischen Krankenversicherung versichert wäre. Es dürfen beispielsweise bei der ausländischen Krankenversicherung keine Limitierungen wie maximale Kosten pro Tag oder maximale Versicherungsdeckung bestehen, da das KVG keine solchen Limitierungen kennt. Die Leistungspositionen der ausländischen Versicherung müssen in der Hauptsache im Minimum dem gesetzlichen Pflichtleistungskatalog entsprechen. Die Gleichwertigkeit der Leistungen muss somit sowohl qualitativ als auch quantitativ gewährleistet sein (Chatton, a.a.O., S. 475; BGE 134 V 34 E. 5.8; Urteil des BGer 9C_313/2010 vom 5. November 2010 E. 4.3). 4.5 Die fehlende Deckung für Pflegekosten, wie sie in Art. 25 Abs. 2 lit. a sowie Art. 25a KVG und Art. 7 der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 vorgesehen ist, stellt gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung einen schwerwiegenden Mangel der bisherigen Versicherung dar (Urteil des BGer 9C_146/2023 vom 10. Mai 2023 E. 5.3.3; Urteil des BGer 9C_613/2019 vom 7. Mai 2021 E. 6.5; Urteil des BGer 9C_858/2016 vom 20. Juni 2017 E. 2.2.2; Urteil des BGer 9C_86/2016 vom 18. November 2016 E. 2.2). Ein angemessener Pflegebeitrag muss gewährleistet sein. Auch für den Fall, dass die bisherige Versicherung alle Vorteile wie freie Arzt- und Spitalwahl, im Spital Zweibettzimmer und Chef- bzw. Belegarztbehandlung, weltweite volle Kostendeckung, Rücktransporte aus dem Ausland, Zahnbehandlungen (samt Prophylaxe) und Beiträge an Sehhilfen hatte, fällt der ungenügende Versicherungsschutz für Pflegeleistungen schwerer ins Gewicht, und zwar auch dann, wenn er der einzige Nachteil der bisherigen Versicherungslösung sein sollte (Urteil des BGer 9C_858/2016 vom 20. Juni 2017 E. 4.6; Urteil des BGer 9C_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 4.5).

E. 5

Strittig und zu prüfen ist, ob die Unterstellung des Beschwerdeführers unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hat.

E. 5.1

Dem Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen (Art. 2 Abs. 8 Satz 2 KVV). Die Gemeinsame Einrichtung KVG forderte den Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren mehrfach auf, das von ihr bereitgestellte Gesuchsformular für die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht ausgefüllt einzureichen. Das Formular enthält einen von der Versicherung auszufüllenden und zu unterzeichnenden Abschnitt, in dem diese die Gleichwertigkeit, die Kostenübernahme nach schweizerischen Tarifen, die freie Wahl des Leistungserbringers nach schweizerischem Recht und die Kostendeckung für Sachleistungen in der Schweiz bestätigt. Der Beschwerdeführer legte seinem Gesuch um Erlass einer anfechtbaren Verfügung statt des ausgefüllten Formulars eine vom 24. Oktober 2022 datierte Bestätigung seiner deutschen Krankenversicherung, der Barmenia Krankenversicherung AG, bei, wonach er seit dem 1. Juli 2005 versichert sei, der Versicherungsschutz weltweit ohne zeitliche Begrenzung gelte und die Versicherungsleistungen im vereinbarten Tarif auch über die Höchstsätze der deutschen Gebührenordnung hinaus erstattet würden. Der Bestätigung waren die allgemeinen Versicherungsbedingungen beigelegt. Da die Verwendung des Formulars gesetzlich nicht vorgeschrieben ist und lediglich eine schriftliche Bestätigung der ausländischen Versicherung gefordert wird, schadet dieses Vorgehen dem Beschwerdeführer nicht. Es ist nicht relevant, wie die Bestätigung ausgestellt wird, sondern ob sie alle erforderlichen Angaben enthält, um das Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht beurteilen zu können. Diese Angaben hat die Barmenia gemacht. Die Vorinstanzen haben in der Folge richtigerweise die Voraussetzungen einer Befreiung von der Krankenversicherungspflicht geprüft.

E. 5.2

Der Beschwerdeführer hat bei der Barmenia eine Krankenversicherung abgeschlossen mit dem Vollversicherungstarif VHV 2A (vgl. Versicherungspolice bzw. Versicherungsschein) und den Leistungen gemäss den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bzw. der Leistungsliste. Die Versicherung umfasst im Wesentlichen folgende Leistungen:

- ambulante Heilbehandlung inkl. Arzt oder Heilpraktiker (100 %), Vorsorgeuntersuchung (100 %), Heilmittel (100 %), Hilfsmittel (100 %), psychotherapeutische Behandlung (80 %)
- stationäre Heilbehandlung inkl. allgemeine Krankenhausleistungen (100 %), privatärztliche Behandlung mit Spezialist nach Wahl (100 %), Zweibettzimmer-Zuschlag (100 %), Transport zum und vom Krankenhaus (100 %), Krankentrücktransport oder Rettungsflug aus dem Ausland (100 %) - Zahnbehandlung inkl. Inlays (100 %), Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung (75 %)

Die schweizerische Grundversicherung erbringt gemäss Art. 25-31 KVG i.V.m. Art. 33 KVV und der Krankenpflege-Leistungsverordnung im Wesentlichen die folgenden obligatorischen Leistungen: - ambulante Heilbehandlung mit Selbstbeteiligung von 10% der die jeweilige Franchise übersteigenden Kosten für Arzneimittel - stationäre Heilbehandlung auf der allgemeinen Abteilung, ohne freie Arztwahl - zahnärztliche Behandlung nur bei schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems oder schweren Allgemeinerkrankungen oder deren Folgen sowie unfallbedingten Schäden

E. 5.3

Darüber hinaus hat der Beschwerdeführer bei der Barmenia eine Pflegepflichtversicherung abgeschlossen. Gemäss Schreiben der Barmenia vom November 2021 gilt für die Pflegepflichtversicherung der Tarif PVN mit den Leistungen gemäss den entsprechenden

AVB für die Private Pflegepflichtversicherung (Stand: 1. Januar 2022). Gemäss diesen AVB betragen die Tarifleistungen in der Tarifstufe PVN 100 % der nach den Nummern 1-15 vorgesehenen Beträge. Unter Nummer 7 finden sich die Leistungen der Barmenia bei vollstationärer Pflege. Gemäss Nummer 7.1 Satz 1 lit. d werden bei vollstationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschliesslich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 (höchster Pflegegrad) mit EUR 2'005.-- pro Monat erstattet. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden insoweit übernommen, als der jeweils nach Satz 1 zustehende Leistungsbetrag die pflegebedingten Aufwendungen einschliesslich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt. Mit anderen Worten müssen sich sowohl die pflegebedingten Aufwendungen inkl. Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege als auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung innerhalb des maximalen Beitragsrahmens von EUR 2'005.-- pro Monat bewegen. Einen höheren Betrag als EUR 2'005.-- pro Monat bzw. rund Fr. 1'865.-- (Umrechnungskurs 1 EUR = Fr. 0.93) bezahlt die Barmenia somit nicht. Gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 7a Abs. 3 lit. 1 KLV bezahlt die schweizerische Grundversicherung maximal Fr. 115.20 pro Tag an Pflegekosten in der höchsten Pflegestufe 12. Auf einen Monat hochgerechnet sind dies Fr. 3'456.--.

E. 5.4

Es sei jedoch an dieser Stelle angemerkt, dass es unsicher erscheint, ob die Barmenia die genannten Leistungen im Versicherungsfall überhaupt erbringen würde. Die verschiedenen AVB setzen nämlich implizit einen ständigen Wohnsitz in Deutschland (oder zumindest in der Europäischen Union) voraus. Diejenigen zur Pflegepflichtversicherung halten in § 15 Abs. 3 ausdrücklich fest, dass das Versicherungsverhältnis mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers ins Ausland endet. Sämtliche bei den Akten liegenden Schreiben der Barmenia wurden an eine deutsche Adresse des Beschwerdeführers in B. (Freistaat Bayern) gesendet. Ob der Barmenia bei der Ausstellung ihrer schriftlichen Bestätigung vom 24. Oktober 2022 bekannt war, dass der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz per 1. Juli 2014 in die Schweiz verlegt hatte, ist zu bezweifeln. Es ist deswegen damit zu rechnen, dass die Versicherung nach Kenntniserlangung die vertraglichen Leistungen unter Berufung auf ein ex contractu beendetes Versicherungsverhältnis oder allenfalls eine Anzeigepflichtverletzung verweigern würde. 6.1 Bei einem Vergleich der wesentlichen Leistungen der Barmenia mit den obligatorischen KVG-Leistungen einer schweizerischen Krankenversicherung kann festgehalten werden, dass sich der bisherige Versicherungsschutz des Beschwerdeführers bei einem Wechsel in diversen Bereichen, insbesondere ambulante Heilbehandlung (Franchise und Selbstbehalt), stationäre Heilbehandlung (allgemeine Abteilung ohne freie Arztwahl) und zahnärztliche Behandlung (nur in bestimmten Fällen), verschlechtern würde. Dagegen sind die Leistungen der Barmenia im Bereich der Pflegekosten für stationäre Pflege in der höchsten Pflegestufe um rund Fr. 1'590.-- pro Monat beträchtlich tiefer als bei der Grundversicherung. Es besteht eine erhebliche Lücke im Bereich der Pflegeversicherung des Beschwerdeführers bei der Barmenia. In der Beschwerde wird zwar zutreffend geltend gemacht, Defizite in untergeordneten Bereichen dürften durch höhere Leistungen der ausländischen Versicherung in anderen Positionen ausgeglichen werden. Allerdings ist es rechtsprechungsgemäss praktisch nicht kompensierbar, wenn - wie hier der Fall - die Erstattung der Kosten für die Pflege in einem Pflegeheim den Umfang nicht

annähernd erreichen (vgl. oben E. 4.5). Dass die Barmenia im Gegensatz zur OKP bis zum Maximalbetrag auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung übernimmt, ändert daran nichts. Im Einklang mit der Rechtsprechung erkannte die Vorinstanz, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Vorteile der jetzigen Versicherung die bestehenden Nachteile, insbesondere diejenigen der fehlenden Pflegeleistungen, nicht zu kompensieren vermögen. Unbehelflich ist weiter das - vor Kantonsgericht nicht mehr ausdrücklich vorgebrachte - Argument des Beschwerdeführers, wonach nur die aktuelle Versicherung bestimmte von ihm regelmässig in Anspruch genommene Leistungen im Bereich von Zahnbehandlungen und Kieferoperationen übernimmt, denn Art. 2 Abs. 8 KVV kommt selbst dann nicht zum Zuge, wenn die Unterstellung unter das hiesige Obligatorium dazu führt, dass der Versicherungsschutz für eine laufende oder bevorstehende Behandlung, die hier nicht kassenpflichtig ist, entfällt (vgl. Urteil des BGer 9C_146/2023 vom 10. Mai 2023 E. 5.3.5; Urteil des BGer 9C_750/2009 vom 16. Juni 2010 E. 3.2 f.; Eugster, a.a.O., Art. 3 KVG Rz. 65).

6.2 Eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung bei Unterstellung unter die schweizerische Krankenversicherungspflicht liegt somit nicht vor. Es erübrigt sich deshalb zu prüfen, ob sich der Beschwerdeführer aufgrund seines Alters oder seines Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversichern könnte.

6.3 Abschliessend ist Folgendes anzumerken: Ob der Beschwerdeführer die in seinen Sistierungsanträgen erwähnte neue Pflegezusatzversicherung zur Deckung der Versicherungslücken tatsächlich abgeschlossen hat, ist unbekannt. Einen entsprechenden Beleg hat er jedenfalls nicht eingereicht. Ohnehin dürfte es nicht angehen, nach einer abgelehnten Befreiung von der Krankenversicherungspflicht den ausländischen Versicherungsschutz nachträglich an den schweizerischen Standard anzugleichen, um doch noch mit einem erneuten Antrag oder einem Wiedererwägungsgesuch eine Befreiung zu erwirken. Dem von der Gemeinsamen Einrichtung KVG im erstinstanzlichen Verfahren vorgebrachten Einwand, Art. 2 Abs. 8 KVV sei nicht für solche Konstellationen vorgesehen, ist zuzustimmen. Von der Krankenversicherungspflicht können nur Personen befreit werden, welche bei einer Unterstellung unter das KVG-Obligatorium eine Verschlechterung ihres "bisherigen" ausländischen Versicherungsschutzes erfahren würden. Die Angleichung der ausländischen Versicherung an den schweizerischen Standard nach der Wohnsitznahme in der Schweiz erfolgt für die Zukunft und fällt deshalb nicht unter Art. 2 Abs. 8 KVV.

7. Der angefochtene Entscheid erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig. Die Beschwerde ist dementsprechend als unbegründet abzuweisen.

E. 8

Es bleibt über die Kosten zu befinden. Das kantonsgerichtliche Verfahren in Sozialversicherungssachen ist - mit der hier nicht einschlägigen Ausnahme von Streitigkeiten um IV-Leistungen - für die Parteien kostenlos (§ 20 Abs. 2 VPO). Demgemäss werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 61 lit. g ATSG). Demgemäss wird e r k a n n t :
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Parteikosten werden wettgeschlagen.
Präsident
Gerichtsschreiber