

# **BL\_GERICHTE 810 23 211 vom 20. Dezember 2023**

BL Gerichte, 2023-12-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_810\\_23\\_211](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_810_23_211)

FR: BL\_GERICHTE 810 23 211 du 20 décembre 2023

IT: BL\_GERICHTE 810 23 211 del 20 dicembre 2023

## **Regeste**

Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz / fehlende Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes in Bezug auf die Pflegeleistungen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Nach § 43 Abs. 1 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (Verwaltungsprozessordnung, VPO) vom 16. Dezember 1993 ist die verwaltungsgerichtliche Beschwerde beim Kantonsgericht zulässig gegen Verfügungen und Entscheide des Regierungsrats sowie letztinstanzliche Entscheide der Direktionen und gegen letztinstanzliche Entscheide der Landeskirchen, sofern dem Kantonsgericht die Zuständigkeit nicht durch dieses Gesetz oder durch andere Gesetze entzogen ist. Die Beurteilung der Streitsache wird gemäss § 43 Abs. 1 VPO der Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht zugewiesen, da das Verfahren zur Befreiung von der KVG-Pflicht als Verwaltungsverfahren einzustufen ist, die Aufzählungen in § 54 Abs. 1 und 2 VPO abschliessend sind und Beschwerden gegen Entscheide über die Befreiung vom Versicherungsobligatorium darin nicht aufgeführt werden. Damit ist die Zuständigkeit der Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht des Kantonsgerichts gegeben (vgl. Beschluss der Geschäftsleitung vom 29. August 2023 [095 2023 969]; ausführlich dazu: Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht [KGE VV], vom 15. November 2023 E. 1.1 f.). Da auch die übrigen formellen Voraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

### **E. 2**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung gelten für den Bereich des Verfahrens betreffend Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000, so insbesondere Art. 61 lit. a bis i ATSG, welche direkt anwendbare Mindestanforderungen an das kantonale Verfahren statuieren (Urteile des Bundesgerichts 9C\_38/2023 vom 21. April 2023 E. 4.2 und 9C\_754/2019 vom 23. April 2020 E. 5.1 ff. m.w.H.). Die Aufzählung in Art. 61 lit. a bis i ATSG, die als abschliessend gilt, verpflichtet die Kantone unter anderem zu einem Verfahren, das einfach, rasch und für die Parteien unentgeltlich zu sein hat (lit. a; betreffend Kostenlosigkeit vgl. die Ausnahme in Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] vom 19. Juni 1959). Zudem hat das Sozialversicherungsgericht die für den Entscheid erheblichen Tatsachen unter Mitwirkung der Parteien festzustellen (lit. c; vgl. zum Ganzen auch Art. 73 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge [BVG] vom 25. Juni 1982). Dies entspricht im Wesentlichen dem Untersuchungsgrundsatz, wie er für die Versicherungsträger in Art. 43 ATSG verankert ist (BGE 143 V 269 E. 5.2 m.w.H.).

Art. 61 lit. c ATSG statuiert, dass das Versicherungsgericht unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen festlegt; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei. Daraus ergibt sich, dass im Verfahren nach ATSG-Bestimmungen das Gericht auch eine volle Kognition und damit auch eine Angemessenheitskontrolle hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_363/2009 E. 3.3; Ueli Kieser, Kommentar zum ATSG, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2020, N 106 zu Art. 61 ATSG; vgl. § 57 Abs. 1 lit. c VPO). Das Kantonsgericht beurteilt demzufolge die vorliegende Beschwerde mit voller Kognition.

3.1.1 Grundsätzlich muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme in der Schweiz für Krankenpflege versichern lassen (Art. 3 Abs. 1 KVG). Dieses allgemeine Versicherungsobligatorium für die gesamte schweizerische Bevölkerung stellt ein unverzichtbares Instrument zur Gewährleistung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken dar (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bd. XIV, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, Basel 2016, S. 418 Rz. 29). In Anbetracht dieser gesetzgeberischen Absicht ist es folgerichtig, dass die Ausnahmen von der Versicherungspflicht und damit von der Zugehörigkeit zur Solidargemeinschaft eng umschrieben werden. Der Zweck des Obligatoriums besteht nicht nur darin zu verhindern, dass infolge Fehlens einer Versicherung unter Umständen bei Risikoeintritt das Gemeinwesen für höhere oder alle Kosten aufkommen muss, sondern auch darin, die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken zu gewährleisten (BGE 132 V 310 E. 8.5.6).

3.1.2 Der Bundesrat kann indessen Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen (Art. 3 Abs. 2 KVG), namentlich für Personen, die im Sinne von Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die von der Schweiz als Gaststaat gewährten Vorrechte, Immunitäten und Erleichterungen sowie finanziellen Beiträge (Gaststaatgesetz, GSG) vom 22. Juni 2007 mit Vorrechten, Immunitäten und Erleichterungen begünstigt sind. Die Ausnahmen gemäss KVV sind eng umschrieben, stellen abschliessende Aufzählungen dar und unterliegen grundsätzlich einer restriktiven Interpretation (vgl. BGE 132 V 310 E. 8.3). Unter anderem ermöglicht Art. 6 Abs. 3 KVV denjenigen Personen auf Gesuch hin eine Ausnahme von der Versicherungspflicht, die ihre Tätigkeit bei einem institutionellen Begünstigten nach Art. 2 Abs. 1 lit. a, b, i oder k GSG eingestellt haben, sofern ihr Versicherungsschutz für Behandlungen in der Schweiz gleichwertig ist. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen Stelle ihres früheren institutionellen Begünstigten mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder den Verzicht auf eine Befreiung nicht widerrufen. Ferner werden nach Art. 2 Abs. 8 KVV Personen, für welche eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte und die sich aufgrund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustands nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusatzversichern könnten (Satz 1), auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht befreit. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen (Satz 2).

3.2 Mit Blick auf die gesetzgeberisch gewollte Solidarität zwischen Gesunden und Kranken sind die Ausnahmen von der Versicherungspflicht generell eng zu halten, und 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. Es haben daher strenge Massstäbe zu gelten. Insbesondere dürfen Befreiungstatbestände nicht dazu dienen, blosse 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 (Urteile des Bundesgerichts 9C\_858/2016 vom 20. Juni 2017 E. 2.2.1 und 9C\_510/2011 vom 12. September 2011 E. 2.2; BGE 132 V 310 E. 8.5.6; 9C\_921/2008 vom 23. April 2009 E. 4.3; BGE 132 V 310 E. 8.5.6).

3.3.1 Die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes bemisst sich nach Massgabe des KVG und ist als Gleichwertigkeit in materieller Hinsicht zu verstehen. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), auch Grundversicherung genannt, ist im KVG geregelt. 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. Bei nichterwerbstätigen Personen muss auch das Unfallrisiko gedeckt sein.

3.3.2 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 OKP versichert wäre. Die Deckung muss mithin in diesem Sinne grundsätzlich unbeschränkt sein, da Personen ohne OKP wegen des fehlenden Tarifschutzes von Art. 44 Abs. 1 KVG mit Privatpatiententarifen rechnen müssen (Eugster, a.a.O., S. 428 Rz. 61). Keine Gleichwertigkeit besteht bei erheblichen Lücken im Versicherungsschutz wie auch bei einer gesetzlichen Deckung von 80 Prozent der Krankheitskosten und einer Zusatzversicherung für die restlichen 20 Prozent (BGE 134 V 34 E. 5.9). 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 (BGE 134 V 34 E. 5.8; Urteil des Bundesgerichts 9C\_313/2010 vom 5. November 2010 E. 4.3). Die fehlende Deckung für Pflegekosten, wie sie in Art. 25a sowie Art. 25 Abs. 2 lit. a 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 bundesgerichtlicher Rechtsprechung daher einen schwerwiegenden Mangel der bisherigen Versicherung dar (Urteile des Bundesgerichts 9C\_858/2016 vom 20. Juni 2017 E. 2.2.2; 9C\_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 2.2.2; 9C\_510/2011 vom 12. September 2011 E. 4.4.2 und 4.4.3 und 9C\_86/2016 vom 18. November 2016 E. 2.2). Ein angemessener Pflegebeitrag muss gewährleistet sein. Wo die versicherte Person bei Behandlungen in der Schweiz keinen Anspruch auf Tarifschutz hat, ist Gleichwertigkeit nur gegeben, wenn die ausländische oder im Inland abgeschlossene private Versicherung die Mehrkosten aus der fehlenden gesetzlichen Tarifbindung übernehmen kann (vgl. zum Ganzen Eugster, a.a.O., S. 426 Rz. 58; Urteil des Bundesgerichts 9C\_510/2011 vom 12. September 2011 E. 4.4.3). Unabdingbar und praktisch nicht kompensierbar ist namentlich, wenn die Erstattung der Kosten für Pflege in einem Pflegeheim und für die häusliche Krankenpflege den Umfang und die Leistungsdauer

nicht wenigstens annähernd erreicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_8/2017 E. 4.2 f.). Gleichwertigkeit meint jedoch nicht deckungsrechtliche Übereinstimmung mit der OKP in exakt allen Punkten, da sonst eine Befreiung von der Versicherungspflicht kaum je möglich wäre. Es muss genügen, wenn die ausländische Versicherung im Minimum die zentralen Versorgungsbereiche gleichwertig mit der OKP deckt (vgl. BGE 134 V 34 E. 5.8). Ist die ausländische Versicherungsdeckung für einen speziellen medizinischen Bereich besser als in der OKP und kann eine entsprechende Zusatzversicherung in der Schweiz aufgrund der konkreten gesundheitlichen Verhältnisse nicht mehr abgeschlossen werden, erweist sich aber die bestehende ausländische Versicherung der OKP in allen anderen Bereichen nicht als ebenbürtig, kann nicht von einer klaren Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_750/2009 vom 16. Juni 2010 E. 3; Eugster, a.a.O., S. 427 Rz. 59).

3.3.3 Mit der Bestimmung von Art. 2 Abs. 8 KVV soll vermieden werden, dass Personen im Ruhestand mit einer ausländischen Krankenversicherung, die in der Schweiz Wohnsitz nehmen, entweder eine Doppelversicherung führen oder zur Vermeidung einer solchen die höherklassige ausländische Versicherung aufgeben müssen, weil wegen des Alters oder des Gesundheitszustands eine Ergänzungsversicherung zur obligatorischen Grundversicherung nur unter Leistungsausschlüssen oder unter hohen Prämienlasten abgeschlossen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C\_750/2009 vom 16. Juni 2010 E. 2.3). Bei der Beurteilung der vorausgesetzten klaren Verschlechterung des Versicherungsschutzes sind insbesondere auch die Nachteile der bisherigen Versicherung zu berücksichtigen, wenn dadurch die KVG-Versicherungsdeckung unterschritten wird. Eine fehlende Gleichwertigkeit ist aus gesetzsystematischen Gründen und mit Blick auf einen umfassenden Mindestversicherungsschutz auch hier relevant. 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 (Urteile des Bundesgerichts 9C\_858/2016 vom 20. Juni 2017 E. 2.2.2 und 9C\_510/2011 vom 12. September 2011 E. 4.4.2).

4.1. Der Regierungsrat begründete seine Entscheidung damit, dass die D.-Versicherung im Bereich der Pflegeleistungen für den täglichen, nichtmedizinischen Pflegebedarf in einem Pflegezentrum, einem Altersheim, einer Behinderteneinrichtung, einer Langzeitpflegeeinrichtung usw. ausschliesse. Medizinische Leistungen könnten nur unter der Voraussetzung erstattet werden, dass die Versicherung vorgängig zustimme. Es würden demzufolge erhebliche Lücken im Versicherungsschutz bestehen, welche die Anerkennung der Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes der D.-Versicherung im Vergleich zum Versicherungsschutz gemäss KVG ausschliesse. Selbst wenn die Versicherungsgesellschaft der Beschwerdeführerin in verschiedenen anderen Bereichen bessere Leistungen als das KVG vorsehe, könne dadurch ein ungenügender Versicherungsschutz im Bereich der Pflegeleistungen nicht aufgewogen werden. Es sei denkbar, dass die Beschwerdeführerin im Bereich des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2. April 1908 aufgrund ihres Gesundheitszustands von bestimmten Zusatzleistungen ausgeschlossen werde. Dies sei für die Beurteilung der Befreiung von der Versicherungspflicht nach KVG vorliegend aber kein Kriterium. Es sei kein Grund ersichtlich, weshalb Leistungen im Zusammenhang mit Augendruck oder Osteoporose von der schweizerischen Krankenkasse im Rahmen der Grundversicherung nicht übernommen werden sollten. Zusammenfassend sei festzustellen,

dass Ausnahmen von der Versicherungspflicht und damit von der Zugehörigkeit zur Solidargemeinschaft der obligatorischen Versicherten in der Schweiz eng umschrieben seien. Als ehemalige Angestellte der C. könne die Beschwerdeführerin auf Gesuch hin nur von der Versicherungspflicht befreit werden, sofern ihr Versicherungsschutz für Behandlungen in der Schweiz gleichwertig sei. Da die D. -Versicherung nichtmedizinische Leistungen in einem Pflegezentrum, einem Altersheim, einer Behinderteneinrichtung, einer Langzeitpflegeeinrichtung usw. gar nicht und medizinische Leistungen nur auf Antrag hin übernehme, sei die Voraussetzung der Gleichwertigkeit nicht erfüllt, weshalb das Gesuch von der Beschwerdeführerin um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz abzuweisen sei.

4.2. Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerdebeurteilung geltend, dass sie während des gesamten Beitragszeitraums sowohl grund- als auch zusatzversichert gewesen sei. Aufgrund ihres Alters und der 28 Beitragsjahre habe ihr die D. angeboten, nach Ausscheiden aus der C. weiterhin bei der D. versichert sein zu können. Ihre Versicherungsprämie betrage aktuell monatlich EUR 305.12. Ab dem 7. Juni 2025 mit Erreichen des 55. Altersjahres werde die C. 50 % ihrer Prämie für die Grundversicherung übernehmen und zwar auf unbestimmte Zeit. Gestützt auf das eingereichte Versicherungszertifikat vom 16. März 2023 und die Bestätigung betreffend den Krankenversicherungsschutz vom 7. Oktober 2022 ergebe sich die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes. Der Versicherungsschutz habe weltweite Geltung. Arztkosten und Krankenhausaufenthalte würden zu 80 % von der Grundversicherung (Basic Medical Insurance Plan, BMIP) erstattet; die verbleibenden 20 % würden nach Anwendung einer Selbstbeteiligung von EUR 260.-- zu 80 % von der Zusatzversicherung (Major Medical Benefits Plan, MMBP) erstattet. Die Versicherung sei nahezu unbegrenzt, da medizinische Kosten bis zu EUR 1'040'000.-- pro Jahr und Person erstattet würden. Es würden entgegen den Ausführungen der Vorinstanz auch Pflegeleistungen abgedeckt. Gemäss den allgemeinen Geschäftsbedingungen der D. würden medizinische Dienstleistungen und Behandlungen, die während des Aufenthalts, sei es in einem Pflegeheim, Altersheim, einer Behinderteneinrichtung, einer Langzeitpflegeeinrichtung usw. erbracht würden, erstattet. Demzufolge würden häusliche Pflege, ambulante Pflege, Haushaltshilfen sowie medizinische Rehabilitationsmassnahmen abgedeckt. Die D. übernehme über den Schweizer Versicherungsschutz hinaus zudem Hotelleriekosten, Haushaltshilfen und Betreuungskosten. Die Vorinstanz gehe fehl in der Annahme, dass es irrelevant sei, dass sie (die Beschwerdeführerin) allenfalls keine Zusatzversicherung in der Schweiz abschliessen könne. Sie leide an Kurzsichtigkeit und Osteoporose und diese Leiden würden von einer Versicherung nach KVG nicht gedeckt. Schliesslich würden Zahnbehandlungen und Optikerleistungen nach KVG nicht versichert. Der Abschluss einer Zusatzversicherung sei nicht möglich. Demzufolge übersteige der Deckungsumfang der D. denjenigen einer Versicherung nach KVG und zwar insbesondere in Bezug auf die Krebsvorsorge (familiäre Vorgeschichte), Kurzsichtigkeit und Osteoporose. Ein Versicherungsabschluss in der Schweiz würde zu einer klaren Verschlechterung des Versicherungsschutzes führen, weshalb es zu einer ungerechtfertigten Ungleichbehandlung führen würde, sie nicht von der Krankenversicherungspflicht zu befreien.

5.1.1. Der eingereichten Bestätigungen der früheren Arbeitgeberin bzw. den Versicherungszertifikaten vom 7. Oktober 2022 und vom 16. März 2017 kann entnommen werden, dass die Versicherung der Beschwerdeführerin bei der D. eine Grundversicherung (BMIP) sowie eine Zusatzversicherung (MMBP) umfasst und die Grundversicherung bis zu 80 % der Kosten deckt, die medizinisch nötig, angemessen und üblich sind. Die konkreten

Leistungen und Ausschlüsse sind in einem separaten Dokument (Administrative Manual) definiert. Mit der Zusatzversicherung werden nötige, angemessene und übliche Leistungen im Umfang von bis zu 80 % der Differenz zwischen den effektiven Kosten und den Kosten, die nach dem Modell BMIP vergütet werden, übernommen. Das jährliche Maximum für alle medizinischen Kosten von BMIP und MMBP pro Person beläuft sich auf EUR 1'040'000.--.

5.1.2. Der Leistungskatalog der D. -Versicherung lässt sich den von der Beschwerdeführerin eingereichten allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) entnehmen. Unter Punkt 2.1 der AVB wird unter dem Titel "in the hospital" ein Ausschluss von Pflegeleistungen statuiert. Konkret wird aufgeführt, dass die Kosten für Pflegeheime, Altersheime, Behinderteneinrichtungen, Langzeitpflegeeinrichtungen etc. nicht gedeckt sind. Weiter wird unter demselben Titel erwähnt, dass die Betreuung, beispielsweise Unterstützung bzw. Betreuung bei alltäglichen Verrichtungen wie Waschen, Nahrungszufuhr, Ankleiden, Mobilität, Kontinenz, Verlegung von der Versicherung nicht gedeckt ist. Präzisierend wird festgehalten, dass eine Einweisung/ein längerer Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Klinik, welche bzw. welcher in erster Linie der Pflege dient, nicht versichert ist. In solchen Fällen schliesst die D. die Kosten für die Pflege und Verpflegung aus, während medizinisch notwendige Leistungen und Behandlungen, die während des Aufenthalts erhalten werden, erstattungsfähig sind. Hierzu wird allerdings eine vorgängige Zustimmung seitens der D. vorbehalten. Demnach sind im Spital (oder in einer Klinik) erbrachte Pflegeleistungen gemäss den AVB ausdrücklich von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen.

5.1.3 Unter dem Punkt 2.5 der AVB wird in Bezug auf medizinische Leistungserbringende, welche keine Ärztinnen oder Ärzte sind, ein weiterer Ausschluss statuiert. Es wird festgehalten, dass Pflegehilfen des täglichen Lebens (An- und Ausziehen, Nahrungszufuhr, Betreuung/ Überwachung) nicht gedeckt sind. Es werden also auch Pflegeleistungen, die nicht im Rahmen eines Spitalaufenthalts erfolgen, ausdrücklich ausgeschlossen. Die Beschwerdeführerin beruft sich in diesem Zusammenhang auf eine E-Mail der D. vom 13. März 2023, in welcher diese bestätigt, dass Hilfe und Pflege zu Hause im Rahmen eines Spitex-Moduls "auf Rezept" und unter bestimmten Bedingungen erbracht würden. Der Bestätigung der D. lässt sich allerdings nicht entnehmen, um welche Bedingungen es sich hierbei handelt. Zudem ist nicht ersichtlich, dass die D. damit eine von ihren AVB abweichende Deckung von Pflegeleistungen bestätigen würde. Vielmehr weist sie in dieser E-Mail einleitend auf die abgeschlossenen AVB hin. Aus dieser E-Mail ergibt sich somit lediglich, dass gewisse Pflegeleistungen unter einem Genehmigungsvorbehalt stehen können, wobei für diese Leistungen – selbst bei Erteilung einer Genehmigung – keine Garantie für die Kostenübernahme besteht. Bei dieser Umschreibung ist ein konkreter Leistungsanspruch somit nicht gewährleistet, sondern dieser hängt von der nicht weiter dargelegten Einzelfallbetrachtung der D. ab. Die D. führt in der E-Mail weiter aus, dass auch der Aufenthalt in einem Erholungsheim und Massnahmen zur medizinischen Rehabilitation übernommen würden. Bei den für eine Gleichwertigkeit geforderten Pflegeleistungen handelt es sich jedoch gerade nicht um medizinische Leistungen bzw. (ambulante) Spitex-Leistungen, weshalb dieser Einwand nichts an den vorstehenden Ausführungen zu ändern vermag und daher nicht näher darauf einzugehen ist. Im Gegensatz zur im KVG vorgesehenen Leistungspflicht bei Pflegebedürftigkeit, besteht eine solche beim Versicherungsplan der Beschwerdeführerin nicht. Demnach liegt weder ein Deckungszertifikat der D. vor noch hat die D. eine entsprechende Bestätigung ausgesprochen. Damit hat die Beschwerdeführerin keine Bestätigung eingereicht, wonach

der nach KVG gewährte Pflegeversicherungsschutz eingeschlossen ist. 5.1.4 Der auf einen jährlichen Maximalbetrag beschränkten Deckung der Krankenversicherung bei der D. steht der Deckungsumfang gemäss KVG gegenüber. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 KVG). Nach Art. 25a Abs. 1 KVG leisten die obligatorischen Krankenversicherungen einen Beitrag an Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs, ambulant oder stationär, erbracht werden. Begrenzt sind dabei nicht die Leistungen an sich, sondern lediglich der zu vergütende Stundenansatz (Art. 7a KLV). Als Leistungen gelten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden (Art. 7 Abs. 1 KLV). Nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV gelten als Massnahmen der Grundpflege die allgemeine Grundpflege bei Patientinnen und Patienten, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie etwa Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen, Betten, Lagern, Bewegungsübungen, Mobilisieren, Hilfe beim An- und Auskleiden oder beim Essen und Trinken. Mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG sind nicht nur Leistungen der Akut- und Übergangspflege (im Anschluss an einen Spitalaufenthalt), sondern auch solche der Langzeitpflege (ambulant oder im Pflegeheim) abgedeckt (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_858/2016 vom 20. Juni 2017 E. 4.4). Damit kann festgehalten werden, dass die Pflegeleistungen durch die OKP grundsätzlich gedeckt sind bzw. die von der OKP vorgesehenen Pflegeleistungen von der D. nicht annähernd gedeckt werden, was eine wesentliche Lücke im Versicherungsschutz darstellt. 5.1.5 Wenn die Beschwerdeführerin der vorstehenden Argumentation einen Auszug der Webseite der Comparis entgegenhält, in welchem festgehalten werde, dass für die Spitex-Pflege einerseits eine Genehmigung der Versicherung erforderlich sei und andererseits eine Begrenzung auf 60 Stunden pro Quartal bestehe, kann ihr nicht gefolgt werden. Art. 8c KLV hält fest, dass eine Bedarfsermittlung von mehr als 60 Stunden Pflege pro Quartal von der Vertrauensärztin oder vom Vertrauensarzt (Art. 57 KVG) überprüft werden kann. Sieht die Bedarfsermittlung weniger als 60 Stunden pro Quartal vor, so führt die Vertrauensärztin oder der Vertrauensarzt systematische Stichproben durch. Leistungserbringer und Versicherer können weitere Regelungen des Kontrollverfahrens vereinbaren (Art. 8c KLV). Demzufolge kann festgestellt werden, dass die Kostenübernahme der Leistungen einer Spitex nicht auf 60 Stunden pro Quartal begrenzt ist, sondern der Bedarf im Rahmen der Bedarfsermittlung abgeklärt wird und bei einem Übersteigen von 60 Stunden weitere Regelungen hinsichtlich des Kontrollverfahrens bestehen. Damit geht das diesbezügliche Argument der Beschwerdeführerin ins Leere. 5.1.6 Weiter führt die Beschwerdeführerin unter Verweis auf einen Prospektauszug der E.-Versicherung (Pflege zu Hause und im Heim) aus, dass die Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) von schweizerischen Versicherungen nicht unbegrenzt übernommen würden. Nur bestimmte Leistungen seien abgedeckt, die Anzahl Stunden sei begrenzt und es sei eine Genehmigung der Versicherung erforderlich, um diese Pflegeleistungen abzudecken. Im erwähnten Auszug wird festgehalten, dass Pflegeleistungen, die in Art. 7 KLV aufgeführt seien, von der Grundversicherung übernommen würden. Alle Leistungen, die nicht in der KLV aufgeführt seien, z.B. Haushaltshilfen, Betreuungskosten und Hotellerie, seien Nichtpflichtleistungen und würden von der Grundversicherung nicht übernommen. Die Beschwerdeführerin verkennt jedoch, dass sich dieser Prospektauszug sowohl auf Leistungen gemäss Art. 7 KLV bezieht, als

auch solche Leistungen, die nicht durch die vorstehende Bestimmung abgedeckt sind. Weiter wird erläutert, welche Leistungen von der Grund- oder Zusatzversicherung übernommen werden. Es ist nicht ersichtlich, was die Beschwerdeführerin aus diesem Prospektauszug ableitet. Ihr Vorbringen ändert nämlich nichts an der gemäss KVG gegebenen grundsätzlichen Deckung von Pflegeleistungen und dem grundsätzlichen Ausschluss derselben Leistungen durch die D., weshalb es nicht zu hören ist. Wie das Bundesgericht mehrfach festgehalten hat, fällt das Fehlen der Pflegeleistungen in einer Versicherungsdeckung – selbst wenn dies der einzige Nachteil darstellt – schwer ins Gewicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 2.2.2). Da die Gleichwertigkeit der beiden Versicherungsleistungen bereits aufgrund der in der ausländischen Versicherung fehlenden Deckung der Pflegeleistungen verneint werden muss, erübrigen sich weitere Ausführungen hierzu. Insbesondere braucht die von der versicherten Person zu übernehmende Kostendifferenz nicht näher betrachtet zu werden.

5.2 Hinzu kommt im vorliegenden Fall, dass in der obligatorischen Grundversicherung eine unbeschränkte Leistungspflicht besteht, solange die einzelnen medizinischen Massnahmen die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG erfüllen. Analoge Kriterien liegen auch der aktuellen Versicherung der Beschwerdeführerin zugrunde, wenn ausgeführt wird, dass die Deckung auf medizinisch nötige, angemessene und übliche Massnahmen beschränkt ist. An der grundsätzlichen Beschränkung der jährlichen Deckung der Versicherung der Beschwerdeführerin ändert sich indes wenig. Von einer Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes kann auch unter dem wesentlichen Gesichtspunkt des grundsätzlichen Deckungsumfangs nicht gesprochen werden. Gemäss den vorstehenden Erwägungen (vgl. E. 3.3 hiervor) kann von Gleichwertigkeit nur ausgegangen werden, wenn die versicherte Person im Versicherungsfall nicht oder nicht wesentlich höhere Kosten selber zu tragen hätte, als wenn sie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert wäre, wobei der Aspekt, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung keine betragsliche Deckungsbegrenzung vorsieht, mit fortschreitendem Alter der Beschwerdeführerin entscheidend an Bedeutung gewinnt (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts Zürich [KV.2022.00036] vom 24. November 2022 E. 3.3).

5.3 Ein weiterer Aspekt ist beispielsweise, dass im Versicherungsmodell der Beschwerdeführerin Physiotherapie zu 80 % bzw. bis zu einem Maximalbetrag von EUR 624.-- erstattet wird, während die Physiotherapie gemäss Leistungskatalog der KLV (vgl. Art. 5 KLV) weitgehend übernommen wird. Dasselbe gilt für chiropraktische Behandlungen (vgl. Art. 4 KLV). Des Weiteren beschränkt der Versicherungsschutz der Beschwerdeführerin den Besuch eines Psychiaters oder einer Psychiaterin für medizinische Zwecke und zur Medikamentenverschreibung auf 80 %. Sämtliche weiteren psychologischen Behandlungen werden nur zu 50 % und bis zu einem maximalen Betrag von EUR 832.--, jeweils halbjährlich gedeckt. Nach Art. 11b KLV übernimmt die Versicherung die Kosten für Leistungen der psychologischen Psychotherapien in einem grösseren Umfang. Die Versicherung der Beschwerdeführerin schliesst sodann Leistungen, die aufgrund der Verletzung von anwendbarem Recht (z.B. im Rahmen einer Schlägerei oder eines Aufstandes) entstehen, aus. Eine Beschränkung für Leistungen von Behandlungen, die als Folge eines Gesetzesbruches nötig werden, ist dem KVG fremd. Damit liegt auch unter diesem Aspekt eine erhebliche Lücke im Versicherungsschutz der D. vor und es fehlt an einer Gleichwertigkeit der beiden Versicherungsleistungen (D. und schweizerische Versicherung nach KVG). Zusammenfassend kann gestützt auf die vorstehenden

Ausführungen festgehalten werden, dass eine Gleichwertigkeit der Versicherungsleistungen der D. nicht gegeben ist und demzufolge keine Verletzung von Art. 6 Abs. 3 KVV vorliegt. 5.4 Ebenso wenig kann der Befreiungsgrund von Art. 2 Abs. 8 KVV zur Anwendung gelangen, da auch in diesem Zusammenhang ein gleichwertiger Versicherungsschutz vorausgesetzt ist. Die Lücke in der bestehenden Versicherungsdeckung, das heisst insbesondere die betragliche Obergrenze der jährlichen Deckung, ist im Vergleich zu den Mindestvorschriften gemäss KVG und mit Blick auf die mit dem Versicherungsobligatorium angestrebte Solidarität zwischen Gesunden und Kranken als erheblicher Mangel zu werten, der durch Unterstellung unter die Versicherungspflicht in der Schweiz aber behoben wird. Gleiches gilt für die vorstehend geschilderte Versicherungsdeckung in Bezug auf Pflegeleistungen. Da somit die bestehende Versicherung im Vergleich zur schweizerischen gerade nicht deutlich höherwertig ist, kann der Abschluss der obligatorischen Krankenversicherung nach KVG nicht als klare Verschlechterung im Sinne von Art. 2 Abs. 8 KVV gelten (vgl. BGE 134 V 34 E. 7).

Nachdem damit die erste der zwei kumulativ zu erfüllenden Befreiungsbedingungen nach Art. 2 Abs. 8 KVV, das heisst die Gleichwertigkeit, nicht erfüllt ist, kann offenbleiben, ob sich die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Gesundheitszustands und/oder ihres Alters in der Schweiz nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusatzversichern könnte. An dieser Beurteilung ändert weder der Umstand, dass sich die monatliche Prämie der Beschwerdeführerin auf lediglich EUR 305.12 beläuft, noch die weiteren von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Vorzüge ihrer aktuellen Versicherung wie etwa die Übernahme der Brustvorsorge oder Osteoporose etwas, weil sie die bestehenden Mängel nicht zu kompensieren vermögen. Zudem ist der Beschwerdeführerin diesbezüglich entgegenzuhalten, dass sowohl die Kosten für die Mammographie für Risikogruppen als auch für die Knochendensitometrie bei der klinisch manifesten Osteoporose nach der OKP übernommen werden (Art. 12d Abs. 1 lit. d KLV; Anhang 1 Ziffer 9.1 zu KLV). Ein Nachteil gegenüber der bestehenden Versicherung wird die Beschwerdeführerin hinsichtlich der schlechteren Leistung in Bezug auf die Kurzsichtigkeit haben, was jedoch – wie vorstehend dargelegt – die fehlende Versicherungsleistung in Bezug auf die Pflegeleistungen nicht aufwiegt. Angesichts der restriktiven Vorgaben des Gesetzes und der Rechtsprechung zum Versicherungsobligatorium liegt in der Regel keine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung im Sinne von Art. 2 Abs. 8 KVV vor, wenn die bestehende Versicherung Pflegekosten nicht so deckt, dass auch die Leistungen gemäss Art. 25a sowie Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG und Art. 7 KLV (zumindest annähernd) gewährleistet sind (Urteile des Bundesgerichts 9C\_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 4.2 und 9C\_858/2016 vom 20. Juni 2017 E. 4.3; Urteil des Sozialversicherungsgerichts Zürich [KV.2023.00019] vom 23. Juni 2023 E. 2.5), mag die ausländische Versicherungsdeckung noch so reichhaltig ausgestattet sein. Mangels gleichwertiger Versicherungsdeckung ist eine klare Verschlechterung des Versicherungsschutzes oder der Kostendeckung durch Unterstellung unter die schweizerische Versicherung zu verneinen und demzufolge fällt eine Befreiung der Beschwerdeführerin von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz auch unter diesem Aspekt ausser Betracht.

5.5 Die Beschwerdeführerin rügt, dass die D. im Kanton F. als gleichwertige Versicherung anerkannt sei. Mit einem anderslautenden Urteil würde der Kanton Basel-Landschaft eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung schaffen. Die Beschwerdeführerin belegt dieses Vorbringen mit einem Auszug aus einer Beratung des Grossen Rates des Kantons F. . Die Aussagen stellen allerdings keine offizielle Haltung des

Kantons F. dar und es wird lediglich festgehalten, dass mit der D. eine dem KVG gleichwertige Versicherungsdeckung angestrebt werde. Keinesfalls kann daraus abgeleitet werden, dass sich eine Prüfung betreffend die Befreiung der Krankenversicherungspflicht erübrigt. Eine solche ist für jeden Einzelfall vorzunehmen und die Versicherungsbedingungen sind in Bezug auf eine allfällige Gleichwertigkeit eingehend zu prüfen. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang ferner, dass die bei einer internationalen Organisation angestellten Personen sich nicht alle auf dieselbe gesetzliche Grundlage berufen können und demzufolge allenfalls unterschiedliche Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Nach dem Gesagten kann von einer ungerechtfertigten Ungleichbehandlung keine Rede sein. 5.6 Aus den vorstehenden Erwägungen ergibt sich, dass es an der Grundvoraussetzung der Gleichwertigkeit der Versicherungsleistungen der ausländischen Krankenversicherung im Vergleich zu jenen des KVG fehlt. Da die D. in grundlegenden Bereichen nicht mit der OKP gleichwertig ist, hat die Unterstellung der Beschwerdeführerin unter die schweizerische Versicherung keine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge. Demzufolge liegt weder eine Verletzung von Art. 6 Abs. 3 KVV noch von Art. 2 Abs. 8 KVV vor und die Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen.

#### **E. 6**

Es bleibt über die Kosten für das vorliegende Verfahren zu befinden. Gemäss Art. 61 lit. f bis ATSG i.V.m. Art. 1 KVG ist das Verfahren kostenlos. Der Beschwerdeführerin werden folglich keine Kosten auferlegt (vgl. auch Urteile des Bundesgericht 9C\_38/2023 vom 21. April 2023 E. 4.2 und 9C\_754/2019 vom 23. April 2020 E. 5.6 m.w.H.). Gemäss § 61 lit. g ATSG sind die Parteikosten wettzuschlagen. Demgemäss wird e r k a n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Parteikosten werden wettgeschlagen. Kantonsrichter Gerichtsschreiberin

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.