

## **GL\_GERICHTE VG.2017.00031 vom 26. Oktober 2017**

GL Gerichte, 2017-10-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl\\_gerichte\\_VG.2017.00031](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_VG.2017.00031)

FR: GL\_GERICHTE VG.2017.00031 du 26 octobre 2017

IT: GL\_GERICHTE VG.2017.00031 del 26 ottobre 2017

### **Regeste**

Sozialversicherung - Krankenversicherung

### **Volltext**

Glarus Verwaltungsgericht 26.10.2017 VG.2017.00031 (VG.2017.577) Glaris

Verwaltungsgericht 26.10.2017 VG.2017.00031 (VG.2017.577) Glarona

Verwaltungsgericht 26.10.2017 VG.2017.00031 (VG.2017.577)

Sozialversicherung - Krankenversicherung

VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS GLARUS Urteil vom 26. Oktober 2017 II. Kammer in Sachen VG.2017.00031 A. \_\_\_\_\_ Beschwerdeführerin vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ gegen Departement Finanzen und Gesundheit Beschwerdegegner des Kantons Glarus betreffend Befreiung vom Versicherungsobligatorium Die Kammer zieht in Erwägung: I. 1. 1.1 A. \_\_\_\_\_ stellte am 24. Oktober 2016 ein Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht. Mit Schreiben vom 17. November 2016 (sog. Vorbescheid) teilte das Departement Finanzen und Gesundheit (DFG) ihr mit, dass sie von der Versicherungspflicht nicht befreit werden könne. Nachdem A. \_\_\_\_\_ am 6. Dezember 2016 dazu Stellung genommen hatte, wies das DFG am 20. Januar 2017 das Gesuch von A. \_\_\_\_\_ ab. 1.2 Gegen die Verfügung vom 20. Januar 2017 erhob A. \_\_\_\_\_ am 20. Februar 2017 Einsprache, welche das DFG am 4. April 2017 abwies. 2. 2.1 A. \_\_\_\_\_ erhob am 4. Mai 2017 beim Verwaltungsgericht Beschwerde gegen den Einspracheentscheid des DFG und beantragte dessen Aufhebung. Ferner seien ihr für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des DFG. 2.2 Das DFG beantragte in seiner Beschwerdeantwort vom 27. Juni 2017 die Abweisung der Beschwerde; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten von A. \_\_\_\_\_. 2.3 A. \_\_\_\_\_ reichte am 20. Juli 2017 eine Stellungnahme zur Beschwerdeantwort vom 27. Juni 2017 ein. Dazu nahm das DFG am 30. August 2017 Stellung und hielt an seinem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. 2.4 A. \_\_\_\_\_ reichte am 15. September 2017 eine weitere Stellungnahme ein. Sie beantragte, dass die Eingaben des DFG vom 30. August 2017 aus dem Recht zu weisen seien, soweit sie neue Tatsachen und rechtliche Erörterungen enthalten würden. Bei Abweisung ihres Antrags sei ihr eine Frist zur Wahrung des rechtlichen Gehörs anzusetzen. Am 5. Oktober 2017 verwies sie auf ihre Stellungnahme vom 15. September 2017. II. 1. Das Verwaltungsgericht ist gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) i.V.m. Art. 57 f. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) i.V.m. Art. 32 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 3. Mai 2015 (EG KVG) zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Da

auch die übrigen Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten. 2.

2.1 Personen mit Wohnsitz in der Schweiz müssen sich innert drei Monate nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern lassen (Art. 3 Abs. 1 KVG). Von dieser Versicherungspflicht kann der Bundesrat gemäss Art. 3 Abs. 2 KVG Ausnahmen vorsehen. Diese Ausnahmen sind in Art. 2 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV) aufgeführt. Nach Art. 2 Abs. 8 KVV sind 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 Gesundheitszustands nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversichern könnten. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. 2.2 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. Für die Anwendung von Art. 2 Abs. 8 KVV sind daher strenge Massstäbe zu setzen. Insbesondere darf diese Bestimmung 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 Gesundheitszustands nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen Gebrauch machen kann (BGer-Urteil 9C\_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 2.2.1). Es ist sachgerecht, für die Frage nach einer klaren Verschlechterung des Versicherungsschutzes gemäss Art. 2 Abs. 8 KVV auch die Nachteile der bisherigen Versicherung zu berücksichtigen, wenn dadurch die KVG-Versicherungsdeckung unterschritten wird. Für die Befreiungstatbestände der Art. 2 Abs. 2-5 und 7 KVV ist jeweils explizit ein mit jenem nach KVG "gleichwertiger Versicherungsschutz" erforderlich (vgl. BGE 134 V 34 E. 5). Auch wenn mit dem Wortlaut von Art. 2 Abs. 8 KVV nicht ausdrücklich ein gleichwertiger Versicherungsschutz verlangt wird, ist die Tatsache dessen Fehlens schon aus gesetzessystematischen Gründen und mit Blick auf einen umfassenden (Mindest-)Versicherungsschutz 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 (BGer-Urteil 9C\_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 2.2.2).

3. 3.1 Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich das Untersuchungsprinzip. Die zuständige Behörde hat die Begehren zu prüfen, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen (vgl. dazu Art. 43 Abs. 1 ATSG; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. A., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 43 N. 13 ff.). 3.2 Art. 2 Abs. 8 KVV schränkt indessen das Untersuchungsprinzip ein. Gemäss dieser Bestimmung haben Personen, welche von der Versicherungspflicht ausgenommen werden wollen, in ihrem Gesuch eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben

beizulegen. Sie sind demnach verpflichtet, bei der Sachverhaltsfeststellung mitzuwirken. Kommt die Person ihrer Mitwirkungspflicht in unentschuldbarer Weise nicht nach, kann die Behörde aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Vorher muss sie die Person aber schriftlich mahnen, auf die Rechtsfolgen hinweisen und ihr eine angemessene Bedenkzeit einräumen (vgl. dazu Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 43 Abs. 3 ATSG; Kieser, Art. 43 N. 91).

3.3 Der Kanton Glarus hat für Personen, welche von der Krankenversicherungspflicht ausgenommen werden wollen, ein Anmeldeformular und ein Informationsblatt erarbeitet. Das Anmeldeformular kann die gesuchstellende Person ihrem privaten Krankenversicherer zusenden, damit dieser ihr bestätigt, dass die Versicherung der gesetzlichen Krankenversicherung im Wohnstaat des Versicherten gleichwertig ist, dass der Krankenversicherer die Kosten nach schweizerischen Tarifen und nicht nach den Tarifen des bisherigen Wohnstaats übernimmt, die freie Wahl des Leistungserbringers nach Schweizer Recht gewährleistet ist und die Versicherung die Kosten der Sachleistungen in der Schweiz deckt.

3.4 Die Beschwerdeführerin verwendete für das Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht das amtliche Formular des Kantons Glarus. Sie verzichtete aber unverständlicherweise darauf, das Formular ihrem Versicherer zur Bestätigung zukommen zu lassen, dass ihre Versicherung die dort aufgeführten Voraussetzungen für eine Befreiung vom Versicherungsobligatorium in der Schweiz erfüllt, obwohl ihr Versicherer sie darauf hingewiesen hatte, dass er die Versicherungsleistungen auf einem amtlichen Formular bestätigen müsse. Im Rahmen des Verfahrens vor dem Verwaltungsgericht holte die Beschwerdeführerin bei ihrem Versicherer zwar eine Versicherungsbescheinigung ein; diese beschränkt sich aber nur auf die Aussage, dass sich die Versicherungsdeckung auch auf Leistungen bei Krankheit und Unfall in der Schweiz erstrecke. Der Versicherer der Beschwerdeführerin äusserte sich aber nicht dazu, ob er die Kosten nach schweizerischen Tarifen übernimmt, die freie Wahl des Leistungserbringers nach Schweizer Recht gewährleistet und die Kosten der Sachleistungen in der Schweiz bezahlt. Vergleichende Aussagen bezüglich Leistungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 3 ff. KGV (nachfolgend: obligatorische Krankenpflegeversicherung) erbringt, fehlen damit.

3.5 3.5.1 In den Unterlagen der Beschwerdeführerin findet sich eine Bescheinigung ihres Versicherers vom 5. September 2016 und ein Versicherungsschein vom 14. September 2016. Daraus geht hervor, dass für die Beschwerdeführerin ein vertraglicher Versicherungsschutz besteht, der der Art und dem Umfang nach den Leistungen der gesetzlichen deutschen Krankenversicherung und der gesetzlichen deutschen Pflegeversicherung entspricht.

3.5.2 Der Deckungsumfang der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung umfasst nicht sämtliche Leistungen, welche in der Schweiz durch die obligatorischen Krankenpflegeversicherungen gedeckt sind. Nach § 16 Abs. 1 Ziff. 1 des fünften Buchs Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) ruht der Anspruch auf Leistungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung, solange Versicherte sich im Ausland aufhalten; auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist. Die Satzung der staatlichen Krankenkassen können daher gemäss § 194 Abs. 1a SVG V auch Bestimmungen enthalten, nach der die Krankenkasse den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträgen zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann. Gegenstand dieser Verträge können alle Leistungen sein, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen, insbesondere Ergänzungstarife zur Kostenerstattung, Wahlarztbehandlung im Krankenhaus,

Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsrankenversicherung. 3.6 Die Beschwerdeführerin reichte keine Akten ein, welche nachweisen, dass ihr Versicherer die Kosten für medizinische Leistungen in der Schweiz im Umfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entschädigt. Ohne einen solchen Nachweis ist aber auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes zur Folge hätte. Grundsätzlich wäre die Beschwerde bereits deshalb abzuweisen. Es rechtfertigt sich jedoch, nachfolgend darzulegen, dass die Voraussetzungen für die Befreiung vom Versicherungsobligatorium gemäss Art. 2 Abs. 8 KVV ohnehin nicht erfüllt sind. 4. 4.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass ihre derzeitige Versicherung mehrere Vorteile gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung habe. So decke diese beispielsweise 90 % der Kosten für Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie, die Kosten für ein gesondert berechnetes Einbettzimmer und die vollen Kosten für ärztliche Leistungen im Ausland. 4.2 Der Beschwerdegegner macht hauptsächlich geltend, dass die Versicherung der Beschwerdeführerin medizinische Behandlungen und Untersuchungen im Pflegeheim und Pflegeleistungen im Spital nur bis zu einer betragslichen Obergrenze decke. Eine solche betragsliche Obergrenze sei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aber fremd. 4.3 4.3.1 Gemäss dem Versicherungsschein vom 1. September 2016 leistet die Versicherung der Beschwerdeführerin Ersatz der Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige Leistungen im selben Umfang wie die gesetzliche Pflegeversicherung. Nach § 4 Abs. 1 des Elften Buchs Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (SGB XI) deckt die gesetzliche Pflegeversicherung Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemassnahmen, pflegerischen Betreuungsmassnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung. Die soziale Pflegeversicherung unterscheidet zwischen fünf unterschiedlichen Pflegegraden; dem Pflegegrad 1 werden dabei Personen mit geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und dem Pflegegrad 5 Personen mit schwerster Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung zugeordnet (§ 15 Abs. 2 SGB XI). Pflegebedürftige jedes Pflegegrads haben einen Anspruch auf Leistungen bis zu einem maximalen Gesamtwert pro Kalendermonat. Dabei haben Personen mit Pflegegrad 1 den geringsten und Personen mit Pflegegrad 5 den höchsten Anspruch auf Leistungen. Personen mit Pflegegrad 5 haben beispielsweise bei häuslicher Pflege und teilstationärer Pflege Anspruch auf Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1'995 Euro pro Kalendermonat (§ 36 Abs. 3 Ziff. 4 SGB XI und § 41 Abs. 2 Ziff. 4 SGB XI) und bei Pflege in vollstationären Einrichtungen Anspruch auf Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2'005 Euro pro Kalendermonat (§ 43 Abs. 2 SGB XI). Gemäss § 34 Abs. 1 Ziff. 1 SGB XI ruht jedoch grundsätzlich der Anspruch auf Leistungen, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält, weshalb nicht davon auszugehen ist, dass die Kosten für die Pflege in der Schweiz übernommen würden. Einzige Ausnahme bildet der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 f. SGB XI, welcher bei pflegebedürftigen Personen nicht ruht, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten (§ 34 Abs. 1a SGB XI). Dieses Pflegegeld beträgt je Kalendermonat zwischen 316 (Pflegegrad 2) und 901 (Pflegegrad 5) Euro (§ 37 Abs. 1 SGB XI). 4.3.2 Die Beschwerdeführerin verzichtete darauf, die gültigen Versicherungsbedingungen ihrer privaten Pflegeversicherung einzureichen. Sie verweist auch in ihren Stellungnahmen nur auf den Umfang der

gesetzlichen Pflegeversicherung. Das Gericht zieht dennoch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegeversicherung (MB/PPV 2017; Stand 1. Januar 2017) und die Tarifbedingungen zu den Tarifstufen PVN und PVB, welche auf der Internetseite des Versicherers der Beschwerdeführerin zu finden sind ([www.debeka.de](http://www.debeka.de) > Vertragsgrundlagen und weitere Informationen > Krankenversicherung [Bisex-Tarife]), bei. Vergleicht man diese Versicherungsbedingungen mit den gesetzlichen Bestimmungen, ist nicht davon auszugehen, dass die Versicherungsbedingungen in einem nennenswerten Ausmass über das gesetzlich Geforderte hinausgehen.

4.3.3 Gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Untersuchung und Behandlung, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie für die Pflegeleistungen, die einem Spital durchgeführt werden. Nach Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung auch einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, in Tages- und Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Begrenzt sind dabei nicht die Leistungen an sich, sondern lediglich die entsprechenden Kostenbeteiligungen der schweizerischen Krankenversicherung (vgl. Art. 7a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 [KLV]). Die weiteren Pflegekosten dürfen nur im limitierenden Rahmen von Art. 25a Abs. 5 KVG auf die Versicherten überwältzt werden.

4.3.4 Damit trifft die Auffassung des Beschwerdegegners zu, dass die Versicherung der Beschwerdeführerin eine betragsliche Obergrenze für die Deckung von Pflegeleistungen kennt, welche der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich fremd ist. Die in der Schweiz lebende Beschwerdeführerin hat nämlich gegenüber ihrer Versicherung im Krankheitsfall nur Anspruch auf ein Pflegegeld von maximal 901 Euro pro Kalendermonat, was gut 30 Euro pro Tag entspricht (vgl. § 37 Abs. 2 SGB XI), während etwa die Kostenbeteiligung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an der ambulanten Grundpflege – die nicht den Vollkosten entspricht – mit Fr. 54.60 pro Stunde zu Buche schlägt. Damit deckt die Versicherung der Beschwerdeführerin bei weiter nicht einmal eine Stunde ambulanter Grundpflege pro Tag, während hinsichtlich der stationären Pflege fraglich ist, ob der Versicherer der Beschwerdeführerin überhaupt Leistungen erbringt. Damit werden die Pflegekosten durch die Versicherung der Beschwerdeführerin weitaus schlechter gedeckt als durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung, was einen schweren Mangel darstellt (BGer-Urteil 9C\_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 2.2.2).

4.3.5 Diesen schwerwiegenden Mangel vermögen die Vorteile der Versicherung der Beschwerdeführerin nicht hinreichend zu kompensieren, weshalb nicht anzunehmen ist, eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung hätte eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes zur Folge. Dies gilt selbst dann, wenn man davon ausgeht, dass die Versicherung der Beschwerdeführerin die Kosten bezahlt für Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie, ein gesondert berechnetes Einbettzimmer und die ärztlichen Leistungen im Ausland. Diese Vorteile beschränken sich nämlich hauptsächlich auf Komfortleistungen, die medizinisch nicht notwendig sind. So deckt die obligatorische Krankenpflegeversicherung auch die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden (Art. 36 Abs. 3 KVV), und die Kosten für ein Einbettzimmer, wenn dies im Sinn von Art. 32 Abs. 1 KVG geboten ist. Nur zahnärztliche Leistungen, welche medizinisch geboten sind, übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht in jedem Fall; hauptsächlich Kausystemsäden, die sich mit guter Mund- und

Zahnhygiene vermeiden lassen, übernimmt sie nicht (BGer-Urteil 9C\_574/2015 vom 14. April 2016 E. 2.3, mit Hinweisen). 4.4 Unerheblich ist dabei, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Alters und ihres Gesundheitszustands in der Schweiz wohl kaum eine Zusatzversicherung zu tragbaren Bedingungen abschliessen kann. Für die Befreiung der Versicherungspflicht müssen gemäss Art. 2 Abs. 8 KVV die Voraussetzungen der klaren Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes durch eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung und die fehlende Möglichkeit, eine Zusatzversicherung zu tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang abzuschliessen zu können, kumulativ erfüllt sein. 5. 5.1 Der Beschwerdegegner hat – entgegen den Aussagen der Beschwerdeführerin – auch nicht das Untersuchungsprinzip verletzt. Er hat die Beschwerdeführerin im Schreiben vom 17. November 2016 darauf hingewiesen, dass aufgrund der eingereichten Unterlagen nicht anzunehmen sei, die Versicherungsdeckung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sei schlechter als ihre derzeitige Krankenversicherung. Es sei daher auch keine Befreiung der Versicherungspflicht möglich. Sie solle daher doch eine Police eines Schweizer Krankenversicherers oder ein begründetes Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht einreichen. Der Beschwerdegegner hat damit zwar nicht ausdrücklich festgehalten, welche Unterlagen die Beschwerdeführerin noch einzureichen hat. Da aber auf dem Informationsblatt zur Krankenversicherungspflicht festgehalten ist, welche Unterlagen einzureichen sind, war dies auch nicht mehr erforderlich. Der Beschwerdegegner durfte demnach aufgrund der eingereichten Unterlagen entscheiden und musste keine weiteren Abklärungen vornehmen. 5.2 Die Beschwerdeführerin beantragte in ihrer Stellungnahme vom 15. September 2017, dass die Eingabe des Beschwerdegegners vom 30. August 2017 aus dem Recht zu weisen sei, soweit sie neue Tatsachen und rechtliche Erörterungen enthalte. Für den Fall, dass die Ausführungen nicht aus dem Recht gewiesen würden, sei der Beschwerdeführerin eine Frist von 30 Tagen zur Wahrung des rechtlichen Gehörs anzusetzen. Im vorliegenden Verfahren gilt grundsätzlich das Untersuchungsprinzip (vgl. dazu E. II/3.1). Das Gericht hat demnach von sich aus die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und ist in der Beweiswürdigung frei (vgl. dazu Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. c ATSG). Es kann und muss daher auch Tatsachen berücksichtigen, welche die Parteien nicht vorgebracht haben. Das Verwaltungsgericht hat zudem das Recht von Amtes wegen anzuwenden ( Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. d ATSG; Kieser, Art. 43 N. 10 ff.). Es kann daher auch keine rechtlichen Erörterungen aus dem Recht weisen. 5.3 5.3.1 Die Beschwerdeführerin macht schliesslich geltend, dass der Beschwerdegegner ihr rechtliches Gehör verletzt habe. Dieser habe in seinem Einspracheentscheid erstmals behauptet, dass ihre Versicherung die Kosten für Leistungen in der Schweiz nicht bezahlen würde. Die Behauptung, dass sie ungenügend für Pflegeleistungen versichert sei, habe der Beschwerdegegner sogar erstmals im Verfahren vor dem Verwaltungsgericht vorgebracht. Im Einspracheentscheid sei diese Behauptung gar nicht zu finden. 5.3.2 Der Anspruch auf rechtliches Gehör im Sinn von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV) und Art. 42 ATSG verpflichtet die Behörden ihre Verfügungen zu begründen (vgl. dazu auch Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründung von Verfügungen muss dabei so abgefasst sein, dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. Sie muss zumindest kurz die wesentlichen Überlegungen nennen, von denen sich die Entscheidungsinstanz hat leiten lassen und auf die sie ihren Entscheid stützt, und es muss grundsätzlich ersichtlich werden, wieso die Behörde vorgebrachte Äusserungen für

unerheblich, unrichtig oder unzulässig hielt. Dabei darf sich die Begründung auf jene Aspekte beschränken, die die Behörde aus sachlich haltbaren Gründen als wesentlich betrachtet. Nicht erforderlich ist deshalb, dass sich die Begründung mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt (Kaspar Plüss, in Alain Griffel [Hrsg.], Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich, 3. A., Zürich/Basel/Genf 2014, § 10 N. 25).

5.3.3 Der Beschwerdegegner stützte sich bei seinem Einspracheentscheid vom 4. April 2017 zu Recht hauptsächlich auf die Unterlagen, welche die Beschwerdeführerin einreichte. In diesen Unterlagen findet sich nur die Aussage im Versicherungsschein vom 14. September 2016, dass die Versicherung auch Leistungen bei Auslandsreisen decke. Weitere Aussagen zur Versicherungsdeckung im Ausland fehlen. Der Beschwerdegegner durfte daher richtigerweise mit überwiegender Wahrscheinlichkeit annehmen, dass die Versicherung der Beschwerdeführerin nicht die vollen Kosten übernehme, die die schweizerischen Leistungserbringer ansetzen. Der Beschwerdegegner konnte daher auch keine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutz durch die Unterstellung unter die schweizerische Versicherungspflicht feststellen. Dabei erwies sich für den Beschwerdegegner aufgrund der von der Beschwerdeführerin eingereichten Akten ein Vergleich der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit denjenigen der deutschen Versicherung der Beschwerdeführerin als nicht erforderlich, zumal die Beschwerdeführerin die für die Befreiung vom Versicherungsobligatorium erforderliche Bestätigung Ihrer Versicherung nicht eingereicht hatte. Die Begründung des Einspracheentscheids ist nachvollziehbar und verletzt den Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör nicht. Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen.

III. 1. Die Gerichtskosten sind von Gesetzes wegen auf die Staatskasse zu nehmen (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG). Mangels Obsiegens steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu. Eine solche ist aber auch dem Beschwerdegegner nicht zuzusprechen, da der Anspruch auf Parteientschädigung gesetzlich auf beschwerdeführende Parteien beschränkt ist (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

2. 2.1 Die Beschwerdeführerin ersucht um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Rechtsbeistandung. Da die Gerichtskosten auf die Staatskasse zu nehmen sind, ist das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung als gegenstandslos geworden abzuschreiben.

2.2. 2.2.1 Das Gericht weist einer Partei, der die Mittel fehlen, um neben dem Lebensunterhalt für sich und ihre Familie die Verfahrenskosten aufzubringen, auf Gesuch hin oder von Amtes wegen einen Anwalt als Rechtsbeistand zu, falls ein solcher für die gehörige Interessenswahrung erforderlich ist und das Begehren nicht aussichtslos ist (Art. 61 lit. f ATSG und Art. 139 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 4. Mai 1986 [VRG]). Als aussichtslos sind jene Begehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten beträchtlich geringer als die Verlustgefahren sind und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen finanziellen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde; eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet (BGE 140 V 521 E. 9.1).

2.2.2 In den vorliegenden Akten finden sich keine Hinweise für eine klare Verschlechterung des Versicherungsschutzes, wenn die Vorteile mit den Nachteilen abgewogen werden. Auch die Beschwerdeführerin oder zumindest ihr

Rechtsvertreter hätte dies erkennen müssen. So konnte sie aufgrund der Aktenlage nicht annehmen, dass ihre Versicherung im gleichen Umfang wie eine obligatorische Krankenpflegeversicherung für medizinische Leistungen in der Schweiz aufkommen werde. Sie reichte nämlich nur eine allgemeine Bescheinigung ihres Versicherers, dass ihre Versicherung auch Leistungen bei Krankheit und Unfall in der Schweiz umfasse, und einen Versicherungsschein mit der Angabe, dass Leistungen bei Auslandsreisen auch vom Versicherungsschutz umfasst seien, ein. Angaben zum konkreten Leistungsumfang in der Schweiz hatte sie damit nicht, namentlich verfügte sie über keine schriftliche Bestätigung ihres Versicherers, dass auch Pflegeleistungen in der Schweiz versichert seien. Die Beschwerde erweist sich daher als aussichtslos, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteidigung abzuweisen ist, ohne dass die Mittellosigkeit der Beschwerdeführerin noch geprüft werden müsste. Demgemäss beschliesst die Kammer: 1. Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird als gegenstandslos geworden abgeschrieben. 2. Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung wird abgewiesen. und erkennt sodann: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Gerichtskosten werden auf die Staatskasse genommen. 3. Parteientschädigungen werden keine zugesprochen. 4. Schriftliche Eröffnung und Mitteilung an: [...]

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