

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00008**

## **vom 15. Juli 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-07-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2021.00008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2021.00008)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00008 du 15 juillet 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2021.00008 del 15 luglio 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1996, ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in der Schweiz. Er ersuchte am 10. Juli 2019 um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht (Urk. 7/5/1). Mit Verfügung vom 15. Juli 2019 (Urk. 7/6) wies die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (nachfolgend: Gesundheitsdirektion) das Gesuch ab. Die dagegen am 23. Juli 2019 (Urk. 7/7) erhobene Einsprache wies die Gesundheitsdirektion mit Entscheid vom 22. Dezember 2020 ab (Urk. 7/9 = Urk. 2).

#### **E. 2**

lit. a Ziff.

##### **E. 2.1**

Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) schreibt vor, dass sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen muss. Der Wohnsitz bestimmt sich nach Art. 23-26 des Zivilgesetzbuches (ZGB; Art. 13 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, und Art. 3 Abs. 1 KVG).

Dieses allgemeine Versicherungsobligatorium für die gesamte schweizerische Wohnbevölkerung stellt ein unverzichtbares Instrument zur Gewährleistung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken dar (Gebhard Eugster, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer, Hrsg., 3. Aufl., Basel/Genf/München, 2016, E. Krankenversicherung, 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. 8.3, E. 8.5.6).

##### **E. 2.2**

Art. 3 Abs. 2 KVG ermächtigt den Bundesrat, Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorzusehen. Die Ausnahmen gibt es in der Form der Nichtunterstellung, die nach Gesetz oder Verordnung automatisch eintritt (Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV), und in der Form der Befreiung auf Gesuch hin, welche ein

Tätigwerden der versicherten Person erfordert (Art. 2 Abs. 2 bis Abs. 8 KVV). Die Ausnahmen gemäss Verordnung stellen abschliessende Aufzählungen dar und unterliegen grundsätzlich einer restriktiven Interpretation (Eugster, a.a.O., S. 423 Rz 46; BGE 134 V 34 E. 5.5).

### **E. 2.3**

Gestützt auf Art. 6 Abs. 4 KVV werden Personen, die mit einer Person nach Absatz 1 oder 3 derselben Bestimmung bei der Krankenversicherung eines institutionellen Begünstigten nach Art. 2 Abs. 1 lit. a, b, i oder k des Gaststaatesgesetzes (GSG) versichert sind und die nicht selber Vorrechte oder Immunitäten geniessen, auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht befreit, sofern ihr Versicherungsschutz für Behandlungen in der Schweiz gleichwertig ist. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen Stelle des institutionellen Begünstigten mit allen erforderlichen Angaben beizulegen.

### **E. 2.4**

Die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes bemisst sich nach Massgabe des KVG (Urteil des Bundesgerichts 9C\_313/2010 vom 5. November 2010 E. 4.3 = SVR 2011 Nr. 3) und ist als Gleichwertigkeit in materieller Hinsicht zu verstehen. Gleichwertiger Versicherungsschutz liegt vor, wenn die ausländische Versicherung während der ganzen Geltungsdauer der Befreiung 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. Keine Gleichwertigkeit besteht bei erheblichen Lücken im Versicherungsschutz (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 Krankenpflegeversicherung versichert wäre. Es dürfen beispielsweise bei der ausländischen Krankenversicherung keine im KVG unbekannte, ins Gewicht fallende Limitierungen wie maximale Kosten pro Tag oder Beschränkungen der Leistungsdauer vorkommen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_182/2009 vom 2. März 2010). 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 = SVR 2011 Nr. 3). Die Gleichwertigkeit muss im Zeitpunkt des Befreiungsgesuches auf der Grundlage des dann geltenden KVG für die gesamte Dauer der Befreiung garantiert sein (vgl. Gebhard Eugster, a.a.O., S. 426 f. Rz 58 mit weiteren Beispielen und Hinweisen). 3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, der Vater des Beschwerdeführers gelte als Angestellter bei der Organisation Y.\_\_\_\_ mit Legitimationskarte des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA) als Person mit Vorrechten nach internationalem Recht im Sinne von Art. 6 Abs. 1 KVV in Verbindung mit Art. 2 Abs. 2 lit. a GSG (vgl. vorstehend E. 2.3). Gemäss Versicherungsbestätigung der UNIQA GlobalCare SA sei der Beschwerdeführer über seinen Vater mitversichert und genieße selber keine Vorrechte oder Immunitäten. Der Beschwerdeführer erfülle somit die erste Voraussetzung von Art. 6 Abs. 4 KVV (S. 3 Mitte Ziff. 4).

Indes sei der Versicherungsschutz des Beschwerdeführers nicht gleichwertig im Sinne von Art. 6 Abs. 4 KVV (vorstehend E. 2.3 f.), wie sich aus dem von der privaten

Krankenversicherung ausgefüllten Formular A ergebe. Zum einen wür den ihm von seiner privaten Krankenversicherung höhere Restkosten auferlegt als mit der schweizerischen obligatorischen Krankenversicherung, welche eine maximale Kostenbeteiligung von Fr. 3'200.-- vorsehe, nämlich eine Höchst franchise von Fr. 2'500.-- und einen maxi malen Selbstbehalt von Fr. 700.- - pro Jahr. Zudem schliesse die Versicherung des Beschwerdeführers Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und deren Folgen aus. Eine solche Einschränkung kenne das KVG nicht. Mangels gleichwertigen Versicherungsschutzes sei eine Befreiung vom Versicherungsobligatorium gestützt auf Art. 6 Abs. 4 KVV nicht möglich (S. 4 unten Ziff. 4). 3.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), aus den Erstattungssätzen seiner Versicherung ergebe sich, dass die maximalen Rest kosten Fr. 3'000.-- betragen, nämlich 20 % von 2'500.-, also Fr. 500.--, zuzüglich 10 % von 25'000.--, also Fr. 2'500.--. Es würden ihm demnach keine höheren Restkosten auferlegt als von der obligatorischen Krankenversicherung (S. 1 Mitte).

Im Regelwerk der Y.\_\_\_\_ -Gesundheitsfürsorge finde sich sodann nur die Ein schrän kung gemäss Art. V 5.02, welche nur solche Leistungen betreffe, die ohne hin nicht zum Leistungsumfang nach KVG/KVV gehörten. Für die Gleich wertig keit sei diese Einschränkung somit völlig unerheblich (S. 1 f.).

Schliesslich sei die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht auch im Sinne einer Gleichbehandlung gleich gelagerter Fälle zu gewähren, nachdem die Be schwerdegegnerin eine andere Gesuchstellerin im Jahr 2018 in derselben Situa tion befreit habe und in den Kantonen Genf und Waadt solche Befreiungen regel mässig ausgesprochen würden (S. 2 Mitte ). 3.3

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) räumte die Beschwerdegegnerin ein, dass sich der Einwand des Beschwerdeführers, wonach ihm von der ausländischen Versi che rung keine höheren Restkosten als mit einer schweizerischen obligatorischen Krankenversicherung auferlegt würden, als berechtigt erweise (S. 3 N. 10).

Eine Einschränkung der Leistungspflicht im Bereich der vorsätzlich herbeige führten Gesundheitsschädigungen, wie sie von der Versicherung des Beschwerde führers auf dem eingereichten Bestätigungsformular A angegeben sei, kenne das KVG nicht.

Es erfolge jeweils eine Einzelfallprüfung. Der Beschwerdeführer belege nicht, dass den von ihm angeführten Fällen derselbe Sachverhalt zugrunde gelegen habe wie seinem Gesuch, entsprechend könne er aus den betreffenden Fällen keine Rechte ableiten (S. 4 N 16). 3.4

Ausgewiesen und unbestritten ist, dass der Vater des Beschwerdeführers als Per son mit Vorrechten nach internationalem Recht im Sinne von Art. 6 Abs. 1 KVV in Verbindung mit Art. 2 Abs. 2 lit . a GSG zu qualifizieren ist (vgl. Urk. 7/8/1) . Der Beschwerdeführer seinerseits ist gemäss der Versicherungsbestätigung der UNIQA GlobalCare SA vom 8. Juli 2019 (Urk. 7/5/3) über seinen Vater mit ver sichert, ohne selber Vorrechte oder Immunitäten zu geniessen. Er erfüllt somit die erste Voraussetzung nach Art. 6 Abs. 4 KVV.

Strittig und z u prüfen ist die zweite Voraussetzung, nämlich ob die Gleich wertig keit des Versicherungsschutzes gegeben ist und der Beschwerdeführer deshalb von der Krankenversicherungspflicht befreit werden kann .

Zu Recht nicht mehr umstritten ist dabei die Frage, ob dem Beschwerdeführer durch die ausländische

Versicherung höhere Restkosten als durch die obligatorische Krankenversicherung auferlegt werden. Sie ist zu verneinen. 4. 4.1

Das Regelwerk der Y.\_\_\_\_ -Gesundheitsfürsorge wurde von der Beschwerde gegnerin in seiner englischen Fassung eingereicht ( Z.\_\_\_\_ , Urk. 7/10) und ist auch im Internet nur in dieser Sprache abrufbar .

Gemäss Art. V 5.02 Abs. 1 Z.\_\_\_\_

können der Zuschuss zur Erwerbsminderung (« allowance

for

reduced

earning

capacity ») und das Langzeitp flegegeld (« long -term care allowance ») abgelehnt, gekürzt oder vorübergehend oder endgültig entzogen werden, wenn die betreffende Person ihren eigenen Gesundheitszustand vorsätzlich, grob fahrlässig oder durch Begehung einer Straftat herbeigeführt oder verschlimmert hat. 4.2

Auf das Argument des Beschwerdeführers, wonach diese Bestimmung nur solche Leistungen betreffe, die ohnehin nicht zum Leistungsumfang nach KVG/KVV gehörten (E. 3.2), ging die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort nicht ein. Sie begnügte sich mit einem Verweis auf das Bestätigungsformular A, worin eine Einschränkung der Leistungspflicht bei Vorsatz angegeben sei . Diese Argumentation ist zu oberflächlich, zu Recht wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass der betreffende, soeben (E. 4.1) wiedergegebene Art. V 5.02 im Regelwerk Z.\_\_\_\_ näher betrachtet werden muss.

Dem in Art. V 5.02 Abs. 1 genannten Begriff der « long -term care» ist das Z.\_\_\_\_ -Kapitel X gewidmet. Gemäss Art. X 1.01 Z.\_\_\_\_

werden Langzeitp flegeleistungen (« long -term care benefits ») anspruchsberechtigten Mitgliedern gewährt, die sich anerkanntermassen in einem Zustand der Pflegebedürftigkeit (« state

of

dependence ») befinden, das heisst nicht in der Lage sind, die gewöhnlichen Funktionen des täglichen Lebens ohne Hilfe zu bewältigen (« unable

to

perform

the

ordinary

functions

of

everyday

life

unaided »). Dazu zählen gemäss Art. X 2.02 4. Abschnitt

Z.\_\_\_\_ : aufstehen, hinsetzen und ins Bett gehen, sich fortbewegen (« moving around »); sich waschen und pflegen; sich an- und ausziehen; essen und trinken sowie auf die Toilette gehen.

Wer eine derartige Pflegebedürftigkeit aufweist, erhält gemäss Art. X 4.01 Z.\_\_\_\_ einen

täglichen Zuschuss

(« daily

allowance ») zur Bestreitung der entsprechend anfallenden Kosten. Zusätzlich werden in dieser Konstellation die Obergrenzen für paramedizinische Leistungen (« paramedical benefits ») angepasst (vgl. dazu nachstehend E. 4.4).

Dieser Zuschuss beziehungsweise dieses Langzeitpflegegeld kann dem Beschwerdeführer also gemäss Art. V 5.02 Abs. 1 Z.\_\_\_\_

verweigert, gekürzt oder entzogen werden, wenn er seinen Gesundheitszustand selber verschuldet oder durch die Begehung einer Straftat herbeigeführt hat (vgl. E. 4.1).

Es ist zunächst zu prüfen, ob das KVG ein solches Pflegegeld oder eine ähnliche Leistung ebenfalls vorsieht. 4.3

Nach Art. 24 Abs. 1 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim, sowie die Pflegeleistungen, welche in einem Spital durchgeführt werden, unter anderem durch Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen ( Art. 25 Abs.

### **E. 3**

KVG).

Der entsprechende Leistungsbereich wird - gestützt auf Art. 33 lit . b KVV - in Art.

### **E. 7**

Abs. 2 lit . c KLV gehören unter anderem ( Ziff. 1 ) die allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut ; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken (vgl. zu den Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen das Urteil des Bundesgerichts 9C\_307/2020 vom 10. August 2020 E. 3.1).

### **4.4**

Gemäss KVG übernimmt die OKP somit einen massgeblichen Anteil der Kosten für ambulante Pflegeleistungen (E. 4.3) in Konstellationen, in welchen gemäss Z.\_\_\_\_ -Kapitel X nebst «paramedizinischen Leistungen» ein Pflegegeld gewährt wird (E. 4.2). Entgegen dem

Beschwerdeführer (vorstehend E. 3.2) handelt es sich beim diesem Pflegegeld also keineswegs um eine Leistung ausserhalb des Leistungsumfangs nach KVG/KVV.

Konkret übernimmt die OKP für die entsprechenden Leistungserbringer von Massnahmen der Grundpflege Kostenbeiträge von Fr. 52.60 pro Stunde. Bei Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sind es Fr. 76.90 pro Stunde, bei Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung Fr. 63.-- (Art. 7a Abs. 1 lit. a-c KLV in Verbindung mit Art. 7 Abs. 2 lit. a-c KLV). Begrenzt sind dadurch indes lediglich die entsprechenden Kostenbeteiligungen der OKP; auch die weiteren Pflegekosten dürfen nur im limitierten Rahmen von Art. 25a Abs. 5 KVG – und somit maximal zu 20 % – auf die Versicherten überwält werden.

Die Höhe der Kostenbeiträge nach Z.\_\_\_\_ richtet sich demgegenüber nach Art. A IV 1.01 von Z.\_\_\_\_ -Annex IV. Gemäss dieser Bestimmung beträgt der tägliche Zuschuss (« daily allowance ») im Rahmen der Langzeitpflege (« long-term care benefits ») je nach Grad der Pflegebedürftigkeit (« level

of

dependence ») zwischen Fr. 48.-- und Fr. 120.--. Mit einer monatlichen Obergrenze zwischen Fr. 1'100.-- und Fr. 2'750.-- versehen sind bei der Langzeitpflege sodann nach Art. A IV 1.02 von Z.\_\_\_\_ -Annex IV in Verbindung mit Bst. B.6.c-d von Z.\_\_\_\_ -Annex I auch die sogenannten paramedizinischen Leistungen (« paramedical benefits »), welche durch Hauskrankenschwestern (« home nurses ») oder durch anderes medizinisches Hilfspersonal (« medical auxiliaries ») erbracht werden. Derartige Obergrenzen kennt das KVG nicht.

Durch das Z.\_\_\_\_ sind angesichts dieser täglichen und monatlichen Obergrenzen die durch das schweizerische Obligatorium vorgesehenen ambulanten Pflegeleistungen bei Weitem nicht gedeckt. Es besteht somit bereits hier eine erhebliche Lücke im Versicherungsschutz, zumal es das Bundesgericht als praktisch nicht kompensierbar erachtet, wenn die Erstattung der Kosten für die Pflege in einem Pflegeheim und für die häusliche Krankenpflege den Umfang und die Leistungsdauer nach KVG nicht wenigstens annähernd erreicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_8/2017 von 20. Juni 2017 E. 4.3 f.; Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018,

N. 19 zu Art. 3 KVG mit weiteren Hinweisen auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung).  
4.5

Weiter ist zu prüfen, ob auch die verschuldensabhängige Kürzung oder Verweigerung des Langzeitpflegegelds, wie es das Z.\_\_\_\_ in Art. V 5.02 vorsieht (vorstehend E. 4.1), der Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes im Sinne von Art. 6 Abs. 4 KVV entgegensteht (vorstehend E. 2.3-4).

4.6

Grundvoraussetzung für den Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Art. 25 KVG bildet das Vorliegen einer Krankheit. Gemäss Art. 3 Abs. 1 ATSG gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische

Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, als Krankheit. Bei fahrlässigem Verhalten der versicherten Person ist eine Kürzung oder Verweigerung der Leistungen der Krankenversicherung ausgeschlossen. Art. 21 Abs. 1 ATSG lässt lediglich die Kürzung von Geldleistungen zu. Auch bei vorsätzlichem Verhalten fällt die Kürzung oder Verweigerung einer Sachleistung vollständig ausser Betracht.

Die Krankenpflegeversicherung erbringt grundsätzlich keine Geldleistungen, sondern Sachleistungen, weshalb gestützt auf Art.

21 Abs.

1 ?

ATSG keine Kürzungen vorgenommen werden können (Urteil des hiesigen Gerichts vom 27. Januar 2021, Prozess Nr. KV.2020.00076, E. 4.4; Kieser/Gehring/Bollinger, KVG/UVG Kommentar, 2018, N 4 zu Art. 21 ATSG, Brunner/Vollenweider, Basler Kommentar zum ATSG, 1. Aufl. 2020, N 122 zu Art. 21 ATSG).

Die ambulanten Pflegeleistungen

können von der OKP somit nicht infolge eines Verschuldens des Versicherten oder infolge der Begehung einer Straftat bei der Entstehung des Gesundheitsschadens gekürzt oder verweigert werden. Dies im Gegensatz zu dem in vergleichbaren Konstellationen nach dem Z. \_\_\_ gewährten Langzeitpflegegeld. Auch diesbezüglich liegt somit eine erhebliche Lücke im Versicherungsschutz vor (vorstehend E. 2.4) . 4.7

Unerwähnt liessen die Parteien schliesslich

Art. V 5.02 Abs. 2 Z. \_\_\_ , welcher fest hält, dass die Behandlung der Nachwirkungen einer nach Z. \_\_\_

nicht erstattungsfähigen Behandlung („the

treatment of the after-effects

of a treatment not eligible

for

reimbursement

by

the

Scheme“) ebenfalls nicht erstattungsfähig ist.

Auch eine solche Einschränkung des Leistungsanspruchs kennt das KVG nicht, für welchen Grundvoraussetzung lediglich das Vorliegen einer Krankheit ist, welche nicht einem Unfall entspringt (vgl. E. 4.6). So lange die Krankheit somit nicht auf einem Unfall beruht, fragt das KVG nicht nach ihrem Entstehungsgrund, weshalb grundsätzlich auch Kosten gedeckt sind, welche aus den gesundheitlichen Folgen einer nicht gedeckten Behandlung entstehen. 4.

## **E. 8**

Der durch die ausländische Versicherung gewährte Versicherungsschutz erweist sich nach dem Gesagten als nicht gleichwertig (vorstehend E. 2.4).

Die Beschwerdegegnerin hat demnach das Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht grundsätzlich zu Recht abgelehnt.

Zu prüfen bleibt das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht im Sinne einer Gleichbehandlung gleich gelagerter Fälle zu gewähren sei (vorstehend E. 3.2). 5. 5.1

Nach der Rechtsprechung geht der Grundsatz der Gesetzmässigkeit der Verwaltung in der Regel der Rücksicht auf die gleichmässige Rechtsanwendung vor. Der Umstand, dass das Gesetz in andern Fällen nicht oder nicht richtig angewendet worden ist, gibt dem Bürger und der Bürgerin grundsätzlich keinen Anspruch darauf, ebenfalls abweichend vom Gesetz behandelt zu werden. Das gilt jedoch nur, wenn lediglich in einem einzigen oder in einigen wenigen Fällen eine abweichende Behandlung dargelegt ist. Wenn dagegen die Behörden die Aufgabe der in andern Fällen geübten, gesetzwidrigen Praxis ablehnen, können der Bürger oder die Bürgerin verlangen, dass die gesetzwidrige Begünstigung, die Dritten zuteil wird, auch ihnen gewährt werde (BGE 131 V 9 E. 3.7, 126 V 390 E. 6a, 122 II 446 E. 4a, je mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung). 5.2

Der Beschwerdeführer führte an, eine namentlich genannte andere Person sei im Jahr 2018 in der exakt gleichen Situation von der Beschwerdegegnerin von der Krankenversicherungspflicht befreit worden (vorstehend E. 3.2). Er belegte dies allerdings ebenso

wenig wie seine Behauptung, dass in den Kantonen Genf und Waadt solche Befreiungen regelmässig ausgesprochen würden. Der beigelegte, überdies geschwärzte Entscheid des Kantons Genf vom 12. März 2019 (Urk. 3) lässt weder Rückschlüsse auf den diesem zugrundeliegenden Sachverhalt zu, noch darauf, ob bei diesem Sachverhalt die Befreiung von der Versicherungspflicht eine gefestigte Praxis der Genfer Behörden darstellt. Ohnehin wäre eine solche für die Zürcher Behörden nicht massgebend. Es liegen somit keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Beschwerdegegnerin in mehr als einigen wenigen anderen gleichgelagerten Fällen anders entschieden hätte und die Behörden eine Aufgabe dieser gesetzeswidrigen Praxis ablehnen würde n.

Somit besteht auch kein Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht abgeleiteter Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht (vgl. E. 5.1). 5.3

Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht die Voraussetzungen für eine Befreiung von der Versicherungspflicht gestützt auf Art. 6 Abs. 4 KVV verneint und des wegen das Gesuch des Beschwerdeführers abgewiesen.

Die Beschwerde ist daher abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 1

5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Mosimann  
Boller

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