

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00036 vom 24. November 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-11-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2022.00036](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2022.00036)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00036 du 24 novembre 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00036 del 24 novembre 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Gemein d e Y.\_\_\_\_

stellte für X.\_\_\_\_ , geboren 1955, am 17. November 2017 bei der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ein Gesuch um Befreiung vom Krankenversicherungspflicht ( Urk. 7/1). In der Folge forderte die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich X.\_\_\_\_ am 20. November 2017 ( Urk. 7/3) , am 30. April 2019 ( Urk. 7/4) und ein weiteres Mal am 5. Juni 2019 ( Urk. 7/7) auf, zwecks Prüfung des Gesuches verschiedene Unterlagen einzureichen, insbesondere das eigenhändig ausgefüllte Antragsformular und Dokumente zur vorhandenen ausländischen Krankenversicherung. In der Folge gingen bei der Gesundheitsdirektion verschiedene Unterlagen ein ( Urk. 7/5-6, Urk. 7/8 ). Mit Verfügung vom 18. Juni 2021 wies die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich das Gesuch von X.\_\_\_\_

um Befreiung von der Versicherungspflicht ab ( Urk. 7/11). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache vom 12. Juli 2021 ( Urk. 7/14) wies die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich mit Einspracheentscheid vom 12. April 2022 ab ( Urk.

#### **E. 1.1**

Gemäss Art.

#### **E. 1.2**

Art.

#### **E. 1.3**

Das Kriterium der

Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes nach Art. 6 Abs. 3 KVV 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 ferner 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 (vgl. Ge bhard Eugster, a.a.O., S. 426

Rz 58 mit weiteren Beispielen und Hinweisen) und der Versicherungsschutz muss prinzipiell unbegrenzt sein, da im Ausland versicherte Personen in der Schweiz keinen Tarifschutz geniessen (BGE 134 V 34 E. 5.8).

#### **E. 1.4**

Mit der Bestimmung von Art. 2 Abs.

#### **E. 2**

Gegen den Einspracheentscheid vom 12. April 2022 erhob X.\_\_\_\_ mit Eingabe vom 19. Mai 2022 Beschwerde mit dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Entscheidung und Befreiung vom schweizerischen Krankenversicherungspflichtobligatorium (Urk. 1). Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich beantragte in der Beschwerdeantwort vom 23. August 2022 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Dies wurde X.\_\_\_\_ am 25. August 2022 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihres Entscheides aus, die Beschwerdeführerin habe im Abklärungsverfahren kein von ihrer ausländischen Versicherung unterzeichnetes Formular W eingereicht, welches die Gleichwertigkeit ihrer Versicherung mit der schweizerischen belege. Die Durchsicht der eingereichten Versicherungsunterlagen habe vielmehr gezeigt, dass für diverse Leistungen die Deckung auf 80 % beschränkt und die jährlichen Versicherungsleistungen auf EUR 1'040'000.-- respektive auf USD 1'000'000.-- begrenzt seien. Damit könne nicht von einer unbegrenzten Versicherungsdeckung entsprechend dem KVG gesprochen werden. Aus diesem Grund sei eine Befreiung gestützt auf Art. 6 Abs. 3 KVV nicht möglich. Ob die Z.\_\_\_\_

als frühere Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin ein institutioneller Begünstigter im Sinne der betreffenden Bestimmung sei, könne daher offen bleiben. Da die Gleichwertigkeit zu verneinen sei, komme auch eine Befreiung von der Versicherungspflicht gestützt auf Art. 2 Abs.

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerdeschrift geltend, sie besitze die schweizerische Staatsbürgerschaft und habe für die Z.\_\_\_\_ gearbeitet. Seit 2017 sei sie pensioniert und nunmehr zusammen mit ihrem Ehemann, einem pensionierten schwedischen Diplomaten,

in der Schweiz wohnhaft. Die Eigenschaft der institutionellen Begünstigten im Sinne von Art. 6 Abs. 3 KVV sei bei der Z.\_\_\_\_ gegeben. Richtig sei zwar, dass die Z.\_\_\_\_ das Formular W nicht ausgefüllt habe, was aber daran liege, dass die Z.\_\_\_\_ grundsätzlich keine von anderen Stellen ausgegebene Dokumente unterzeichne und überdies sei das

Formular W in keiner der offiziellen Sprachen der Vereinten Nationen verfügbar. Eine Bestätigung der Z. \_\_\_ mit vollständiger Beschreibung des Leistungsumfanges der Krankenversicherung

sei im Abklärungsverfahren aber beigebracht worden. Die Krankenversicherung decke im Wesentlichen die Gesundheitsleistungen der schweizerischen obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab. Hinzu komme, dass ihre Versicherung für eine Krankenhausbetreuung in privater oder halb privater Umgebung aufkomme und auch zahnärztliche sowie zahnhygienische Leistungen versichert seien. Ferner leiste die Versicherung Beiträge an Hilfsmittel wie Brillen und Hörgeräte. Ihre Versicherung komme sodann auch für im Ausland erbrachte Leistungen auf. Angesichts dessen liege eine substantielle Gleichwertigkeit vor. Die Kostendeckung betrage durch die Kombination einer Grundversicherung (BMIP, 80 %) und einer Zusatzversicherung (MMBP, 20 % von den vorgenannten 80 %) nahezu 100 %, wobei Medikamente und Krankenhaus aufenthalte voll gedeckt seien. Die jährliche Kostenlimite

betrage total USD 1,2 Mio., das heisst USD 1 Mio. das Modul BMIP betreffend und USD 0,2 Mio. das Modul MMBP betreffend. Die Deckung sei damit insgesamt beträchtlich. Was den fehlenden Tarifschutz betreffe, sei zu berücksichtigen, dass bei den bisherigen Behandlungen in der Schweiz keine Tarifunsicherheiten aufgetreten seien. Insbesondere ihr Ehemann, der denselben Versicherungsschutz genieße, habe sich bereits mehrmals hier in der Schweiz einem operativen Eingriff unterziehen müssen und alle Spalkkosten seien von der Versicherung

ohne Beanstandung übernommen worden. Die Versicherung habe mit den Leistungserbringern vorteilhafte Konditionen ausgehandelt (Urk. 1 S. 3 ff.).

### **E. 2.3**

In der Beschwerdeantwort wies die Beschwerdegegnerin erneut darauf hin, die Leistungen der Versicherung der Beschwerdeführerin seien auf ein jährliches Maximum beschränkt, anders als die obligatorische Grundversicherung nach KVG, bei welcher keine Deckungsbeschränkung bestehe. Hinzu komme, dass bei der Krankenversicherung der Beschwerdeführerin Leistungen bei einer Beteiligung an Gesetzesverstößen oder bei gewollter Herbeiführung einer Krankheit ausgeschlossen seien. Bei der Grundversicherung nach KVG sei dies hingegen nicht der Fall. Aus den eingereichten Akten ergebe sich auch, dass bei der Krankenversicherung Leistungen teilweise beschränkt seien oder nur deutlich unter den effektiven Kosten vergütet würden. Verweigert werden könnten sodann Vergütungen für Leistungen,

wenn die Kosten nicht angemessen oder nicht ortsüblich seien. Auch dies sei der Grundversicherung nach KVG fremd. Insgesamt könne nicht von einem gleichwertigen Versicherungsschutz gesprochen werden. Eine Befreiung gestützt auf Art. 6 Abs. 3 KVV sei demnach nicht möglich, woran der Umstand nichts ändere, dass die Versicherung der Beschwerdeführerin in gewissen Teilen über die Leistungen nach KVG hinausgehe. Für den Befreiungsgrund von Art. 2 Abs.

### **E. 3**

Abs. 2 KVG ermächtigt den Bundesrat, auf dem Verordnungsweg Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorzusehen. Die Ausnahmen gemäss Verordnung stellen abschliessende Aufzählungen dar und unterliegen grundsätzlich einer restriktiven

Interpretation ( Gebhard Eugster, a.a.O., S. 423 Rz 46).

Unter anderem ermöglicht Art. 2 Abs.

### **E. 3.1**

Zunächst einzugehen ist auf den Aspekt der Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes und in diesem Zusammenhang auf die Frage des maximalen Deckungsumfanges .

Gemäss Bestätigung ( Certificat ) der vormaligen Arbeitgeberin, der Z.\_\_\_\_ , vom 7. Dezember 2017 verfügt e die Beschwerdeführerin nach ihrer Pensionierung bei der Allianz Worldwide Care Services über einen Krankenversicherungsschutz ( Urk. 7/ 6/2 ; vgl. auch Urk. 7/6/8 ). Eine Police, gültig ab 1. Januar 2020, ist ebenfalls aktenkundig ( Urk. 7/ 6/3 ; zur Police 2018 vgl. Urk. 7/2/1 = Urk. 7/6/9 ). Die Versicherung umfasst gemäss Bestätigung der Z.\_\_\_\_

eine weltweit gültige Basisdeckung (Basic Medical Insurance Plan; BMIP). Diese deckt bis zu 80 % der Kosten, die medizinisch nötig, angemessen und üblich ( necessary , reasonable , customary ) sind. Die konkreten Leistungen und Ausschlüsse sind separat definiert (Administrative Manual).

Ergänzt wird dieses Basismodul durch eine zusätzliche Versicherung (Major Medical Benefits Plan; MMBP) für 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. Als jährliches Maximum für alle medizinischen Kosten im Rahmen beider Module wird der Betrag von USD 1'000'000.-- pro versicherter Person genannt ( Urk. 7/ 6/2).

Ferner aktenkundig ist eine Zusammenstellung der Vergütungen für die Versicherungsmodule BMIP und MMBP, gegliedert nach maximaler jährlicher Leistung , und der Umfang der Vergütungen bei stationärer und bei ambulanter Behandlung (Table of Benefits ; Urk. 7/6/4; vgl. auch Urk. 7/2/2 u. Urk. 7/6/10 ). Hier genannt ist betreffend das Modul BMIP ein jährliches Maximum von USD 1'000'000.-- (EUR 1'040'000.--; ohne Selbstbehalt) und für das Modul MMBP USD 200'000.-- (EUR 172'000.-- ; mit maximalem jährlichem Selbstbehalt von USD 360.-- resp. EUR 260.--

[ Urk. 7/6/4 S. 1 ] ).

### **E. 3.2**

Laut Bestätigung der Z.\_\_\_\_ ( Certificat ) vom 16. Juli 2021 änderte sich im Verlauf der Versicherung. Nicht mehr die Allianz Worldwide Care Services, sondern die CIGNA International Health Services

führt nunmehr die Krankenversicherung der Beschwerdeführerin, jedoch weiterhin zu unveränderten Bedingungen , namentlich das Deckungsmaximum betreffend ( Urk. 7/17/1 S. 1 ; vgl. auch Urk. 7/15/1 ). Dies deckt sich mit den von der Beschwerdeführerin zusammen mit der Beschwerdeschrift eingereichten Unterlagen. Hierbei handelt es sich um eine weitere Bestätigung der Z.\_\_\_\_ ( Certificat ) vom 16. Juli 2021 ( Urk. 3/3/2). Des Weiteren reichte die Beschwerdeführerin betreffend die beiden Versicherungsmodule BMIP und MMBP eine Leistungsübersicht ein, zum einen in der Version 4 vom 26. Juni 2020 und als Version 8 vom 1. April 2022 ( Urk. 3/4-5). Gemäss beiden Versionen ist die maximale jährliche Deckung (Overall maximum) auf USD 1'000'000.-- oder EUR 1'040'000.-- für das Modul BMIP respektive auf USD 200'000.-- oder EUR 172'000.-- für

das Modul MMBP beschränkt ( Urk. 3/4 und Urk. 3/5 je S. 5). Für die Beurteilung der Befreiungsgünde ist auf diese aktuellsten Angaben zur Versicherung der Beschwerdeführerin abzustellen, denn massgebend ist der Sachverhalt im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentschiedes

(BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis).

### **E. 3.3**

Der auf einen jährlichen Maximalbetrag beschränkten Deckung der Krankenversicherung bei der CIGNA International Health Services

steht der Deckungsumfang gemäss KVG gegenüber. In der obligatorischen Grundversicherung besteht eine unbeschränkte Leistungspflicht, solange die einzelnen medizinischen Massnahmen die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG erfüllen (BGE 145 V 116 E. 6.3). Analoge Kriterien liegen auch der aktuellen Versicherung der Beschwerdeführerin zu Grunde, das heisst, die Deckung ist auf medizinisch nötige, angemessene und übliche ( necessary , reasonable , customary ) Massnahmen beschränkt ( Urk. 7/17/1 S. 1) . An der grundsätzlichen Beschränkung der jährlichen Deckung der Versicherung der Beschwerdeführerin ändert indes wenig . Von einer Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes kann unter dem sehr wesentlichen Gesichtspunkt des grundsätzlichen Deckungsumfanges nicht gesprochen werden. Gemäss den Darlegungen in vorstehender E. 1.3 kann von Gleichwertigkeit 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. Der Hinweis der Beschwerdegegnerin unter Bezugnahme auf BGE 142 V 478, dass gegebenenfalls bereits ein einziges benötigtes Medikament Kosten in ungeahnter Höhe zur Folge haben kann (vgl. 6 S. 8 Rz 9), illustriert den entscheidenden Vorteil einer betraglich unbegrenzten Versicherungsdeckung einleuchtend. Im Übrigen gewinnt auch mit fortschreitendem Alter der Aspekt, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung keine betragliche Deckungsbegrenzung vorsieht, entscheidend an Bedeutung.

### **E. 3.4**

Die Beschwerdegegnerin betonte im Einspracheentscheid des Weiteren , auch unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die im Ausland versicherten Personen in der Schweiz keinen Tarifschutz genössen , sei eine grundsätzlich unbegrenzte Deckung erforderlich ( Urk. 2 S. 2 Rz 2.2, Urk. 6 S. 3 Rz 7) . Dies er Auffassung ist beizupflichten. Gemäss Art. 44 KVG müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen ( Abs. 1) .

Von Gleichwertigkeit unter diesem Aspekt kann mithin nur dann gesprochen werden, wenn die ausländische Versicherung die Mehrkosten aus der fehlenden Tarifbindung übernimmt (BGE 134 V 34 E. 5.8) . Aufgrund der grundsätzlich beschränkten jährlichen Deckung (vgl. vorstehende E. 3.3) ist dieses Erfordernis aber als nicht erfüllt zu betrachten. Das Argument der Beschwerdeführerin, ihr bei derselben Einrichtung versicherter Ehemann sei in der Schweiz bereits mehrfach stationär behandelt worden und die Vergütung der Kosten durch die Krankenversicherung habe zu keinen Beanstandungen Anlass gegeben ( Urk. 2 S. 7 lit. e) , ändert daran nichts . Aufgrund von einzelnen Leistungen, deren Vergütung durch den ausländischen Krankenversicherer zu keinen Schwierigkeiten geführt hat, kann nicht auf die

Vergütung zukünftiger Leistungen im Allgemeinen geschlossen werden. Von Gleichwertigkeit kann nur gesprochen werden, wenn die versicherte Person im Versicherungsfall nur nicht oder nicht wesentlich höhere Kosten selber zu tragen hätte, als wenn sie in der Schweiz versichert wäre; insbesondere dürfen bei der ausländischen Krankenversicherung keine im KVG nicht bekannte n ins Gewicht fallende n Limitierungen wie maximale Kosten pro Tag oder Beschränkungen der Leistungsdauer vorkommen (Gebhard Eugster, a.a.O., S. 426 Rz 58 mit Hinweisen). Dies ist im Falle der Beschwerdeführerin nicht nachgewiesen. Eine Bestätigung der Kostenübernahme im Sinne der Bestimmungen des KVG mittels des Formulars W (vgl. Urk. 7/10/1) lehnte der Krankenversicherer der Beschwerdeführerin unbestrittenermassen ab (Urk. 1 S. 4; vgl. auch Urk. 7/9).

### **E. 3.5**

Die Beschwerdegegnerin verneinte die Gleichwertigkeit auch mit der Begründung, im Versicherungsmodell der Beschwerdeführerin würden im Zusammenhang mit Gesetzesverstössen

erforderlich gewordene Leistungen nicht vergütet (Urk. 6 S. 3 f. Rz 10). Tatsächlich schliesst die Versicherung der Beschwerdeführerin Leistungen für Behandlungen aus, die als Folge von besonderem Risikoverhalten oder von Gesetzesbrüchen nötig werden (Urk. 3/5 S. 42). Dem KVG ist eine derartige Beschränkung fremd (vgl. Darlegungen der Beschwerdegegnerin in Urk. 6 S. 3 f. Rz 10). Leistungsvoraussetzung ist allein das Vorliegen einer Krankheit (Art. 25 Abs. 1 KVG). Die Krankheitsursache ist hierbei unmassgeblich (Gebhard Eugster, a.a.O., S. 493 f. Rz 291 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 3.6**

Ein weiterer Aspekt ist auch, dass im Versicherungsmodell der Beschwerdeführerin die Kosten einer Psychotherapie bei Konsultation eines Psychiaters im Umfang von 80 %, bei Konsultation einer nicht-ärztlichen Fachperson hingegen lediglich im Umfang von 50 % vergütet werden (Urk. 3/5 S. 22). Im KVG ist demgegenüber die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin tätige nichtärztliche Fachperson dem Arzt oder der Ärztin gleichgestellt, was die Vergütung betrifft (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG; vgl. Art. 50c KVV, Art. 11b der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV). Richtigerweise weist die Beschwerdegegnerin schliesslich auch darauf hin, dass im Unterschied zur Versicherungslösung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 3/5 S. 20) die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG physiotherapeutische Leistungen ohne Limitierung vergütet (Urk. 6 S. 4 Rz

### **E. 3.7**

Nach der Rechtsprechung kann im Falle einer Deckung von 80 % der Krankheitskosten aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, auf die es alleine ankommt, und einer Zusatzversicherung für die restlichen 20 % die Gleichwertigkeit nicht als gegeben erachtet werden, wohingegen bei den Leistungsdifferenzen in der Höhe der gesetzlichen Kostenbeteiligung nach KVG die Gleichwertigkeit gewahrt bleibt (BGE 134 V 34 E. 5.8, Urteil des Bundesgerichts K 167/00 vom 4. Oktober 2001 E. 3c; vgl. dazu auch Gebhard Eugster, a.a.O., S. 427 oben). Mit den Basismodul BMIP der Beschwerdeführerin und dem Zusatzmodul MMBP (Urk. 7/17/1 S. 1) liegt eine der beschriebenen Konstellation vergleichbare Deckungslösung vor. Das Basismodul BMIP deckt im Unterschied zur

obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach schweizerischem Recht nicht die gesamten Kosten, sondern einen prozentualen Anteil von 80 % . Für die Kosten bei stationärer Behandlung gilt dies teilweise, für die Kosten bei ambulanter Behandlung grundsätzlich ( Urk. 3/5 S. 9 ff. u S. 14 ff.) . Das Zusatzmodul MMBP deckt wiederum 80 % der Differenz ( Urk. 7/17/1 S. 1). Offen ist, inwiefern es sich bei der von der Z.\_\_\_\_ , das heisst einer internationalen Organisation angebotenen Krankenversicherung um eine gesetzliche handelt. Fest steht aber, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der von der Z.\_\_\_\_ zur Verfügung gestellten Lösung in Abweichung von der Grundversicherung nach KVG eine zusätzliche Versicherung abschliessen musste , um eine Vergütung von mehr als 80 % der Kosten für die bezogenen medizinischen Leistungen zu erhalten. Von einer Gleichwertigkeit kann somit auch in diesem Punkt nicht gesprochen werden.

### **E. 3.8**

Von geringerer Tragweite ist dafür , dass die Versicherungseinrichtung der Beschwerdeführerin maximale Zimmerpauschalen ( hospital

room

charges )

bei stationärer Behandlung vorsieht

(vgl. Urk. 3/5 S. 8, Urk. 7/17/1 S. 1). Nach Auffassung der Beschwerdegegnerin fällt auch dies ins Gewicht ( Urk. 6 S. 4 Rz . 11. Unter Berücksichtigung des Umstandes aber , dass die eigentlichen Spitalleistungen, verstanden als medizinische Leistungen bei stationärer Behandlung , überwiegend - ebenso wie nach KVG ( Art. 25 Abs. 3 lit. e KVG)

- voll vergütet werden ( Urk. 3/5 S. 9 ) , ist ein wesentlicher Unterschied zur schweizerischen Ordnung hier

zu verneinen.

Die von der Beschwerdegegnerin errechneten Differenzen erweisen sich nicht als gravierend. Gesamthaft betrachtet vermag dieser Aspekt aber nicht darüber hinwegzutäuschen , dass die Krankenversicherung der CIGNA International Health Services der Beschwerdeführerin keinen mit der Krankenpflegeversicherung nach KVG vergleichbaren Versicherungsschutz bietet. Im Vordergrund steht dabei, dass der Versicherungsschutz gemäss KVG - anders als derjenige , den die Beschwerdeführerin über die CIGNA International Health Services genießt - im Deckungsumfang nicht im vornherein jährlich begrenzt ist , und dass ohne eine zusätzliche Versicherung nur ein prozentualer Anteil von 80 %

der Kosten von der Versicherung übernommen wird . Damit ist die für den Befreiungsgrund von Art. 6 Abs. 3 KVV entscheidende Voraussetzung der Gleichwertigkeit nicht erfüllt.

### **E. 3.9**

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 betragsliche Obergrenze der jährlichen Deckung, ist im Vergleich zu den Mindestvorschriften des 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 aber behoben wird.

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. auch BGE 134 V 34 E. 7).

Nachdem damit die erste der zwei kumulativ zu erfüllenden Befreiungsbedingungen, das heisst die Gleichwertigkeit, nicht erfüllt ist, kann offen bleiben, ob sich die Beschwerdeführer in aufgrund ihres Gesundheitszustandes und ihres Alters in der Schweiz nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversichern könnte.

Demnach ist festzuhalten, dass die bestehende Versicherung im Vergleich zur schweizerischen Versicherung nicht deutlich höherwertig ist, weshalb der Abschluss der obligatorischen Krankenversicherung nicht als klare Verschlechterung im Sinne von Art. 2 Abs. 8 KVV gelten kann (vgl. auch BGE 134 V 34 E. 7). An dieser Beurteilung vermögen der Umstand, dass sich die monatliche Prämie für die Beschwerdeführerin und ihren Ehemann, der bei derselben Einrichtung versichert ist (Urk. 7/15/2), insgesamt nur auf Fr. 460.-- beläuft und weiter e

von der Beschwerdeführerin genannte Vorteile, wie die ebenfalls gedeckten Zahnarztkosten oder die Wahl einer privaten Unterbringung (Urk. 1 S. 9), nichts zu ändern. Dies macht die bestehenden Mängel nicht wett. Ebenfalls nichts ändert, dass der Ehemann der Beschwerdeführerin seinerseits von der Versicherungspflicht befreit worden ist, denn dessen Befreiung stützt sich auf einen vollständig anderen Rechtsgrund (Urk. 3/1).

Zusammenfassend ist der Entscheid der Beschwerdegegnerin, die Beschwerdeführerin unterstehe der schweizerischen Versicherungspflicht (Urk. 2 S. 3, Urk. 7/11 S. 2), nicht zu beanstanden. Aus den dargelegten Gründen ist die gegen den Entscheid der Beschwerdegegnerin erhobene Beschwerde 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 15. 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grieder-Martens Wilhelm

KVV sei zusätzlich der Aspekt der klaren Verschlechterung des Versicherungsschutzes beim Wechsel zur Krankenversicherung nach KVG massgebend. Da es aber bereits an der Gleichwertigkeit mangle, könne eine klare Verschlechterung des Versicherungsschutzes oder der Kosten deckung bei Unterstellung unter die schweizerische Krankenversicherung nicht vorliegen ( Urk. 6 S. 2 ff.). 3.

#### **E. 11**

; vgl. Art. 5 KLV ). Analog verhält es sich mit den Leistungen eines

Chiropraktors (vgl. Urk. 3/5 S. 21). Diese Leistungen werden gestützt auf Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KVG wie die unmittelbar ärztlichen Leistungen vergütet ( Art. 25 Abs. 1 lit. a Ziff. 1 KVG).

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