

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer II



II 2024 109

Entscheid vom 20. März 2025

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.oec. Andreas Risi, Richter
Dr.iur. Frank Lampert, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwältin B._____,

gegen

Service de l'assurance-maladie, Route de Frontenex 62, 1207 Genf,
Vorinstanz,

Gegenstand

Krankenversicherung (Befreiung vom Versicherungsobligatorium)

Sachverhalt:

A. A. _____ (Jg. 1965, Deutscher Staatsangehöriger) verfügte ab dem 20. Oktober 2021 über eine Grenzgängerbewilligung mit Arbeitsplatz Kanton Genf. Am 25. November 2021 ersuchte er den Service de l'assurance-maladie des Kantons Genf (SAM) um Befreiung vom Versicherungsobligatorium gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vom 18. März 1994, wozu er das Formular zur Kontrolle der Äquivalenz der Krankenversicherung einreichte (Vi-act. 1). Mit Schreiben vom 3. Januar 2022 gelangte der SAM an die Arbeitgeberin von A. _____. Als Grenzgänger aus Frankreich habe er gemäss Optionsrecht zu entscheiden, sich in der Schweiz KVG zu versichern oder in der Sozialversicherung in Frankreich. Hierzu habe er sein Optionsrecht auf dem entsprechenden Formular auszuüben (Vi-act. 2). Am 14. Januar 2022 teilte die Arbeitgeberin dem SAM mit, A. _____ habe nur vorübergehend in Frankreich gewohnt; der Wohnsitz sei neu in der Schweiz (Vi-act. 3). In der Folge verlangte der SAM am 14. März 2022 von A. _____ verschiedene Unterlagen ein (Vi-act. 4). Dokumentiert ist, dass er am 5. April 2022 in den Kanton Genf einreiste und eine Aufenthaltsbewilligung B EU/EFTA zu Erwerbszwecken erhielt (Bf-act. 1). Am 20. Mai 2022 teilte A. _____ dem SAM mit, die verlangten Unterlagen bereits eingereicht zu haben. Gleichzeitig bekräftigte er seinen Wunsch, seine aktuelle Krankenversicherung mit einer Deckung Europa/Weltweit behalten zu können (Vi-act. 5).

B. Mit Verfügung vom 3. Juni 2022 verweigerte der SAM die Befreiung vom Versicherungsobligatorium und er verpflichtete A. _____, sich bei einem Krankenversicherer versichern zu lassen (Vi-act. 6). Hiergegen erhob A. _____ am 23. Juni 2022 Einsprache (Vi-act. 7).

C. Nachdem A. _____ innert Frist keine Versicherung abschloss, verfügte der SAM am 4. Oktober 2022 seine Zuweisung an die C. _____ (Vi-act. 11). Hiergegen liess A. _____ am 3. November 2022 Einsprache erheben (Vi-act. 14). Am 1. März 2023 informierte der SAM die C. _____ über das noch hängige Befreiungsverfahren, weswegen das Versicherungsverfahren zu suspendieren sei (Vi-act. 16).

D. Am 25. August 2023 verlegte A. _____ seinen Wohnsitz aus dem Kanton Genf in den Kanton Schwyz, wo am 13. September 2023 ein neuer Aufenthaltstitel ausgestellt wurde (Bf-act. 2).

E. Mit Einspracheentscheid vom 28. September 2023 wies der SAM die Einsprachen ab und bestätigte sowohl die Nichtbefreiung vom Versicherungsobliga-

torium vom 3. Juni 2022 als auch den Versicherungsanschluss an die C. _____ vom 4. Oktober 2022 (Vi-act. 24).

F. Am 30. Oktober 2023 lässt A. _____ beim Cour de Justice, Chambre des Assurances Sociales, fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

A la forme

1. Déclarer recevable le présent recours.

Au fond

Principalement

2. Annuler la décision sur opposition du 28 septembre 2023 rendue par le Service de l'assurance-maladie concernant le refus de dispense de l'obligation de s'assurer.
3. Accorder à A. _____ une dispense de l'obligation de s'assurer.
4. Débouter Service de l'assurance-maladie de toutes autres ou contraires conclusions.
5. Mettre les éventuelles indemnités de procédure à la charge du Service de l'assurance-maladie.

Subsidiairement

6. Annuler la décision sur opposition du 28 septembre 2023 rendue par le Service de l'assurance-maladie concernant le refus de dispense de l'obligation de s'assurer.
7. Renvoyer la cause au Service de l'assurance-maladie pour nouvelle décision.
8. Débouter le Service de l'assurance-maladie de toutes autres ou contraires conclusions.
9. Mettre les éventuelles indemnités de procédure à la charge du Service de l'assurance-maladie.

G. Mit Vernehmlassung vom 19. Dezember 2023 beantragt der SAM:

A LA FORME

- Déclarer recevable la présente écriture
- Donner acte à l'intimé de ce qu'il s'en rapporte à justice quant à la recevabilité du recours déposé par A. _____.

AU FOND

Principalement

- Rejeter le recours de A. _____.
- Confirmer la décision sur opposition du Service de l'assurance-maladie du 28 septembre 2023.
- Rejeter la conclusion du recourant tendant à la mise à la charge de l'intimé d'éventuelles indemnités de procédure.
- Débouter le recourant de toutes autres, plus amples ou contraires conclusions.

Subsidiairement

- Acheminer le Service de l'assurance-maladie à prouver par toute voie de droit les faits allégués dans la présente écriture.

H. Mit Replik vom 26. Januar 2024 hält der Beschwerdeführer an den Beschwerdeanträgen fest. Die Vorinstanz bestätigt mit Duplik vom 29. Februar 2024 ihre Anträge der Vernehmlassung.

I. Mit Entscheid vom 17. September 2024 trat die Sozialversicherungskammer des Kantons Genf mangels örtlicher Zuständigkeit auf die Beschwerde nicht ein und überwies diese ans Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz. Nachdem der Beschwerdeführer noch vor Einreichung seiner Beschwerde vom 30. Oktober 2023 seinen Wohnsitz in den Kanton Schwyz verlegt habe, sei für die Beschwerde gestützt auf Art. 58 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz zuständig.

J. Mit Schreiben vom 26. November 2024 wurde das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit Zustellung des Entscheides samt Akten informiert, worauf das vorliegende Verfahren eröffnet wurde. In der Folge verzichteten sowohl der Beschwerdeführer (mit Eingabe vom 6.1.2025) als auch die Vorinstanz (mit Eingabe vom 28.1.2025) auf weitere Ausführungen in der Sache und verwiesen je auf ihre Ausführungen vor dem Sozialversicherungsgericht Genf.

K. Am 5. Februar 2025 ersuchte das Gericht den Beschwerdeführer um Einreichung der für den strittigen Zeitraum relevanten Versicherungsunterlagen zu seiner Police. Mit Schreiben vom 26. Februar 2025 nahm der Beschwerdeführer Präzisierungen vor und reichte einen weiteren Beleg ein.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Mit Verfügung vom 3. Juni 2022 lehnte die Vorinstanz die Befreiung des Beschwerdeführers vom Versicherungsobligatorium ab (Vi-act. 6). Gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vom 18. März 1994 bestehe für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz ein Obligatorium, sich bei einem anerkannten Krankenversicherer zu versichern. Seine Versicherung D. _____ sei eine ausländische, in der Schweiz nicht anerkannte Krankenversicherung. Entsprechend werde er aufgefordert, sich bis 31. Juli 2022 bei einer anerkannten Krankenversicherung versichern zu lassen, andernfalls er einem Versicherer zugewiesen werde (Art. 6 Abs. 2 KVG).

1.2 In seiner Einsprache vom 23. Juni 2022 berief sich der Beschwerdeführer auf Art. 2 Abs. 8 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) vom 27. Juni 1995 (Vi-act. 7). Er sei 57jährig und leide unter verschiedenen schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen. Entsprechend sei es für ihn unmöglich, eine seine Krankheiten deckende Zusatzversicherung abzuschliessen. Andererseits sei er bei D. _____ umfassend versichert. Mit Eingabe vom 26. Oktober 2022 bekräftigte er seinen Standpunkt (Vi-act. 12).

1.3 Mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 28. September 2023 bestätigte die Vorinstanz die Nichtbefreiung vom Versicherungsobligatorium (Vi-act. 24). So fehle es bereits an der von Art. 2 Abs. 8 KVV verlangten Gleichwertigkeitsbestätigung durch D. _____, nachdem diese das Formular weder unterzeichnet noch gestempelt habe. Weiter ergebe sich aus den Versicherungsunterlagen der D. _____, dass diese keine Leistungspflicht für vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle inkl. deren Folgen sowie für Entziehungsmassnahmen für Suchterkrankungen inkl. Entziehungskuren und Rehabilitationsmassnahmen vorsehe. Sodann würden psychotherapeutische Behandlungen und die für die Diagnose notwendige Pflege nur zu 80% übernommen, gewisse Ausgaben je nach Leistungsniveau nur zu maximal 50% erstattet. Dies alles entspreche nicht dem Versicherungsschutz und der Deckung durch die Schweizerische Krankenversicherung, weshalb eine Befreiung ausgeschlossen sei.

1.4 Vor Verwaltungsgericht macht der Beschwerdeführer geltend, seit dem 5. April 2022 Wohnsitz in der Schweiz (Kanton Genf) zu haben (seit 26.8.2023 Kanton Schwyz). Er sei seit 1992 beim Deutschen Privatversicherer D. _____ mit weltweiter Deckung versichert für ambulante und stationäre Behandlung, Zahnbehandlung und Repatriierung im medizinischen Notfall. Der Vorinstanz wirft er fehlerhafte Sachverhaltsabklärung und Verletzung der Untersuchungspflicht vor. Sie habe aus den umfassenden Versicherungsunterlagen zwei Leistungen herausgegriffen, um ihre Ablehnung zu rechtfertigen. Obwohl einige Leistungen über das Minimum gemäss KVG hinausgehen würden, habe sich die Vorinstanz auf die Interpretation einzig dieser beiden Leistungen beschränkt. Sie habe es unterlassen, gestützt auf die gesamten Unterlagen eine Prüfung der Gleichwertigkeit durchzuführen. Sie habe dadurch den Sachverhalt fehlerhaft festgestellt und ihr Ermessen missbräuchlich ausgeübt.

Sodann wirft der Beschwerdeführer der Vorinstanz überspitzten Formalismus vor, indem sie mit der Nichtunterzeichnung des Formulars durch D. _____ argumentiere. Der Beschwerdeführer habe mit seinem Gesuch vom 25. November 2021 verschiedene Unterlagen eingereicht, so auch dieses Formular. Es sei von

D._____ wohl nicht unterzeichnet gewesen, aber begleitet von einer durch D._____ unterzeichneten Bestätigung ihrer Versicherungsdeckung. Er sei überzeugt gewesen, dass dies für die von Art. 2 Abs. 8 KVV verlangte schriftliche Bestätigung genüge. Den angeblichen Mangel habe die Vorinstanz im Einspracheentscheid erstmals vorgebracht, er sei nicht einmal in der Verfügung enthalten gewesen. Entsprechend stelle die Berufung auf diesen angeblichen Mangel über ein Jahr nach Formulareinreichung einen überspitzten Formalismus dar. Das Fehlen der Unterschrift auf dem Formular bedeute keineswegs, dass D._____ die Gleichwertigkeit nicht anerkenne. Die über ein Jahr ausgebliebene Reaktion der Vorinstanz bekräftige, dass die eingereichten Unterlagen den gesetzlichen Anforderungen an die schriftliche Bestätigung genügt hätten. Im Übrigen weist der Beschwerdeführer darauf hin, dass D._____ das Formular im Kanton Schwyz unterzeichnet habe und der Kanton Schwyz ihn gestützt hierauf befreit habe.

Schliesslich sieht der Beschwerdeführer im Einspracheentscheid eine Verletzung von Art. 2 Abs. 8 KVV. Diese Bestimmung wolle Versicherte schützen, deren Versicherungsschutz schlechter würde, wenn sie in eine Schweizerische Versicherung wechseln müssten und aufgrund des Alters oder des Gesundheitszustandes keine Möglichkeit hätten, eine Zusatzversicherung abzuschliessen zu können. Mit seinen 56 Jahren sei der Beschwerdeführer älter als das für diese Bestimmung kritische Alter von 55 Jahren. Zudem leide er unter mannigfachen schweren gesundheitlichen Problemen, welche er der Vorinstanz habe offenlegen wollen, welche die Vorinstanz aber schon gar nicht habe prüfen wollen. Weiter sei belegt, dass er bei E._____ aufgrund seines Gesundheitszustandes keine Zusatzversicherung habe abschliessen können. Indem die Vorinstanz diese Umstände nicht beachtet habe, habe sie Art. 2 Abs. 8 KVV verletzt.

1.5 Die Vorinstanz bestreitet die vom Beschwerdeführer erhobenen Vorwürfe. Sie bekräftigt, die Privatversicherung bei D._____ sei mit den Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung keinesfalls gleichwertig und gehe keinesfalls über die Leistungen des KVG hinaus. Sie wiederholt dabei die im Einspracheentscheid erwähnten Leistungen gemäss Versicherungsunterlagen D._____ (vgl. oben E. 1.3). Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers würden diese Beispiele ausreichen, um die fehlende Gleichwertigkeit nachzuweisen. Was den Vorwurf des überspitzten Formalismus anbelange, so sei der Beschwerdeführer am 1. November 2022 auf die fehlende Unterschrift und Stempel der D._____ hingewiesen worden. Er habe sich dann aber begnügt mit dem Hinweis, dass D._____ solche Dokumente nicht zu unterzeichnen pflege. Erst im Beschwerdeverfahren lege er ein im Verfahren im Kanton Schwyz unter-

zeichnetes und gestempeltes Dokument vor. Was das nun vorgelegte Dokument anbelange, sei daran zu erinnern, dass die ausländische Versicherung nicht nur gleichwertig, sondern besser sein müsse. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Wenn der Beschwerdeführer über keine ausländische Privatversicherung verfüge, deren Deckung viel besser sei als die Leistungen gemäss KVG, seien die Voraussetzungen für eine Befreiung vom Versicherungsobligatorium nicht gegeben. Schliesslich macht die Vorinstanz geltend, der Vollzug der Kontrolle des Versicherungsobligatoriums obliege den Kantonen; die Genfer Behörde sei an einen Entscheid des Kantons Schwyz nicht gebunden.

1.6 Replizierend wiederholt der Beschwerdeführer den Vorwurf, die Vorinstanz stütze sich in ihrem Entscheid einzig auf zwei Beispiele an Versicherungsleistungen und mache dabei geltend, der Leistungsplafond schliesse die Gleichwertigkeit aus. Diese Behauptung stelle die Vorinstanz ohne vertiefte Prüfung der umfassenden Versicherungsunterlagen auf. Was die Limitierung für die Ärztliche Psychotherapie anbelange, so sei diese in der Schweiz bis 1. Januar 2022 in der obligatorischen Krankenversicherung auch speziell geregelt gewesen und Art. 2 und 3 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) vom 29. September 1995 sehe weiterhin eine Plafonierung vor. Und bezüglich vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle sowie Entziehungsmassnahmen für Suchterkrankungen sei zu präzisieren, dass D._____ keinen Ausschluss, sondern eine Einschränkung der Leistungspflicht vorsehe. Mit ihrer nur summarischen Lektüre der Versicherungsunterlagen gehe die Vorinstanz auch nicht auf die diversen D._____ -Leistungen ein, welche die Deckung gemäss KVG weit übertreffen würden, etwa Leistungen für Zahnbehandlung, Behandlung von Unfruchtbarkeit und der Kryokonservierung sowie Palliativpflege. In Missachtung dieser Umstände habe die Vorinstanz den Sachverhalt ungenügend abgeklärt und ihr Ermessen missbräuchlich angewendet. Weiter habe er nie behauptet, die Vorinstanz sei an den Beschluss der Schwyzer Behörden gebunden. Er sei aber überzeugt, dass der Beschluss der Schwyzer Behörde seine Auffassung bestätige, wonach die Versicherungsleistungen der D._____ besser seien als jene des KVG. Und schliesslich bekräftigt er erneut, dass die Vorinstanz die zweite Befreiungsvoraussetzung von Art. 2 Abs. 8 KVV zu Unrecht ungeprüft gelassen habe, er seinerseits aber den Nachweis erbracht habe, dass er aufgrund seines Alters (56jährig) und seiner schweren gesundheitlichen Probleme, bestätigt durch die Ablehnung der E._____, diese zweite Voraussetzung für die Befreiung vom Versicherungsobligatorium erfülle.

1.7 Duplizierend bekräftigt die Vorinstanz die fehlende Gleichwertigkeit. Es gehe nicht um den Nachweis von eingeschränkten Leistungen der OKP, sondern um die Prüfung, ob die ausländische Versicherung gleichwertig sei. Hinsichtlich Psychotherapie gelte es anzumerken, dass gemäss Art. 3b KLV die Möglichkeit bestehe, mehr als 40 Therapiesitzungen beanspruchen zu können. Hinsichtlich vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle sowie Entziehungsmassnahmen für Suchterkrankungen bleibe es dabei, dass D._____ anders als die OKP Leistungseinschränkungen kenne. Sodann könnten gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts allfällige Vorteile des ausländischen Versicherers schwere Deckungslücken nicht aufwiegen, selbst wenn dies nur eine wesentliche Leistung betreffen würde. Was die Bestätigung von D._____ vom 16. Oktober 2023 anbelange, so verweise diese auf die Leistungen gemäss Versicherungsbedingungen. Diese aber würden gemäss Vorinstanz die aufgezeigten Leistungseinschränkungen enthalten, weshalb keine besseren Leistungen als gemäss OKP vorliegen würden. Da die erste Bedingung von Art. 2 Abs. 8 KVV schon nicht erfüllt sei, müsse die zweite Voraussetzung nicht geprüft werden.

2. Nach Art. 3 Abs. 1 KVG muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach Wohnsitznahme in der Schweiz für Krankenpflege versichern lassen. Versicherungspflichtig sind namentlich auch Personen mit einer Kurzaufenthalts- oder einer Aufenthaltsbewilligung nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen, die mindestens drei Monate gültig ist (Art. 1 Abs. 2 lit. f KVV). Der Bundesrat kann Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen (Art. 3 Abs. 2 KVG).

2.1 Der Bundesrat hat in Art. 2 KVV verschiedene Ausnahmen von der Versicherungspflicht normiert. So sind unter anderem gemäss Art. 2 Abs. 8 KVV auf Gesuch hin Personen von der Versicherungspflicht ausgenommen, für welche (erstens) eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte, und die sich (zweitens) aufgrund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusatzversichern könnten. Diese zwei Bedingungen sind kumulativ zu erfüllen (BGE 132 V 310 E. 8.5.6). Dem Gesuch ist zudem eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Die betreffende Person kann die Befreiung oder einen Verzicht auf die Befreiung ohne besonderen Grund nicht widerrufen.

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 (Urteil BGer 9C_8/2017 vom 20.6.2017 E. 2.2.1 mit Hinweis auf BGE 132 V 310 E. 8.5.6).

2.3 Art. 2 Abs. 8 KVV im Speziellen ist eine Härtefallregelung ("cas de rigueur", Urteil BGer 9C_750/2009 vom 16.6.2010 E. 2.3), die einem strengen, restriktiv zu behandelnden Massstab unterliegt (Urteile BGer 9C_8/2017 vom 20.6.2017 E. 2.2.1; 9C_304/2017 vom 27.9.2017 E. 4.1.2; 9C_921/2008 vom 23.4.2009 E. 4.3). Die Ausnahmeregelung dient nicht dazu, bloss 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 den in der Schweiz tatsächlich vorhandenen Angeboten gerade wegen ihres Alters und/oder Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen Gebrauch machen kann (BGE 132 V 310 E. 8.5.6). Mithin müssen die Schwierigkeiten zum Abschluss von Zusatzversicherungen ihren Grund im Alter oder Gesundheitszustand der versicherten Person haben.

2.4 Art. 2 Abs. 8 KVV fordert für die Befreiung vom Krankenversicherungsobligatorium, dass die Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte, bzw. im Umkehrschluss, dass die ausländische Versicherung klar höherwertig ist. Mehrkosten können dabei nicht mit einer Verschlechterung des Versicherungsschutzes gleichgesetzt werden. Eine Verschlechterung im Sinne von Art. 2 Abs. 8 KVV ist nur relevant, wenn sie aufgrund des Alters und/oder Gesundheitszustandes nicht (oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen) kompensiert werden kann (Urteil BGer 9C_304/2017 vom 27.9.2017 E. 4.1.2 m.w.H.). Die Beurteilung, ob eine klare Verschlechterung eintritt, bemisst sich hauptsächlich durch Gegenüberstellung der Leistungen der ausländischen Versicherung und der obligatorischen Krankenversicherung. Ist die ausländische Krankenversicherung nicht gleichwertig gegenüber der obligatorischen Krankenversicherung, so kann schon im Vorherein nicht davon gesprochen werden, dass es durch die Unterstellung unter die obligatorische Krankenversicherung zu einer klaren Verschlechterung kommt (Urteil BGer 9C_86/2016 vom 18.11.2016 E. 2.2).

2.5 Die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes bemisst sich nach Massgabe des KVG (Urteil BGer 9C_8/2017 vom 20.6.2017 E. 2.2.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 34 E. 5) und ist als Gleichwertigkeit in materieller Hinsicht zu verstehen. Gleichwertiger Versicherungsschutz liegt vor, wenn die ausländische oder im Inland abgeschlossene private Versicherung während der ganzen Geltungsdauer die Befreiung der 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 sowie Pflegeleistungen im Krankheitsfall im Wesentlichen in gleicher Weise voll deckt wie das KVG. 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 bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert wäre. Limitierungen wie maximale Kosten pro Tag oder Beschränkungen der Leistungen dürfen deshalb nicht vorkommen (Gebhard, in: Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bd. XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl., Basel 2016, S. 426 N 58).

Höherwertig ist der Versicherungsschutz dann, wenn er deutlich über den Standard der schweizerischen Grundversicherung (Art. 25 - 31 KVG) hinausgeht, indem namentlich eine weltweite Versicherungsdeckung, eine freie Arzt- und Spitalwahl (öffentlich/privat) oder eine 100% Kostenerstattung besteht (vgl. auch VGE II 2013 67 vom 17.9.2013 E. 4.5). Dies kann insofern relevant sein, als Defizite der ausländischen Versicherung in untergeordneten Bereichen durch höhere Leistungen der ausländischen Versicherung in anderen Positionen ausgeglichen werden dürfen. Allerdings ist es rechtsprechungsgemäss praktisch nicht kompensierbar, wenn die Erstattung der Kosten für die Pflege in einem Pflegeheim und für die häusliche Krankenpflege den Umfang und die Leistungsdauer gemäss OKP nicht annähernd erreichen (Urteil BGer 9C_146/2023 vom 10.5.2023 E. 5.3.5 mit weiteren Hinweisen).

Angesichts der restriktiven Vorgaben des Gesetzes 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 BGer 9C_146/2023 vom 10.5.2023 E. 5.3.2; 9C_858/2016 vom 20.6.2017 E. 4.3).

3. Von den zwei kumulativen Voraussetzungen für die Versicherungsbefreiung gemäss Art. 2 Abs. 8 KVV (vgl. oben E. 2.1) hat die Vorinstanz lediglich die

erste geprüft und festgestellt, die Versicherungsleistungen der D._____ seien nicht gleichwertig, keinesfalls höherwertig. Der Beschwerdeführer bestreitet dies.

3.1 Soweit der Beschwerdeführer der Vorinstanz überspitzten Formalismus vorwirft, kann dem nicht gefolgt werden. Art. 2 Abs. 8 KVV verlangt ausdrücklich eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle. Dass D._____ das vom Beschwerdeführer am 25. November 2021 eingereichte Formular an der hierzu vorgesehenen Stelle nicht unterzeichnet und nicht abgestempelt hat, ist unbestritten (Vi-act. 1). Damit bestätigte D._____ nicht, dass der Beschwerdeführer während seines Aufenthaltes in der Schweiz durch eine Kranken- und Unfallversicherung abgedeckt ist, welche der OKP entspricht. Hieran ändert das Begleitschreiben von D._____ vom 22. November 2021 nichts, welches einen Versicherungsschutz im Ausland bestätigt. Denn damit wird lediglich die weltweite Deckung der Versicherungsleistungen der D._____ bestätigt, nicht aber die verlangte Gleichwertigkeit.

Am 20. März 2023 forderte die Vorinstanz den Beschwerdeführer noch einmal (à nouveau) auf, das durch D._____ unterzeichnete Formular einzureichen (Vi-act. 22), worauf dieser antwortete, der Versicherer sei aus grundsätzlichen Erwägungen nicht bereit, solche Formulare zu unterzeichnen. Dass damit keine Gleichwertigkeit besteht, ist damit noch nicht gesagt. Fest steht aber immerhin, dass D._____ nicht bereit ist, die vom Gesetzgeber verlangte Bestätigung abzugeben, womit die vorinstanzliche Feststellung, es mangle an dieser, nicht zu beanstanden und keineswegs überspitzt formalistisch ist.

Was schliesslich die vom Beschwerdeführer vor Gericht eingereichte Bestätigung (z.Hd. der zuständigen Behörde des Kantons Schwyz) vom 16. Oktober 2023 anbelangt, so vermag auch diese keinesfalls den Nachweis zu erbringen, dass der vereinbarte Versicherungsschutz gleichwertig ist, bzw. die Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte, bzw. im Umkehrschluss, dass die ausländische Versicherung klar höherwertig ist (vgl. oben E. 2.4). Denn bestätigt wird durch D._____ lediglich, der Schutz entspreche "weitestgehend" den Qualitätsanforderungen und die Höhe der Leistungen sei in den AVB und Tarifbedingungen geregelt. Damit ist einzig bestätigt, dass hinsichtlich versicherter Leistungen die Gleichwertigkeit "weitestgehend" gegeben sei, Differenzen also bestehen, aber ungenannt bleiben. Und hinsichtlich der Kostendeckung erfolgt überhaupt keine Aussage. Dass sich diese aus den AVB und Tarifbedingungen ergibt, versteht sich von selbst; es stellt dies keine Bestätigung einer Gleichwertigkeit dar. Dies ist umso bedeutender, als sich die Vergleichbarkeit aus diesen auf das Deutsche Versicherungssystem ange-

passten Versicherungsunterlagen nicht ohne weiteres ergibt. Dass die Schwyzer Behörde diese Bestätigung akzeptierte, ist für das vorliegende Verfahren, welches die Befreiung vom Versicherungsobligatorium während der Wohnsitznahme im Kanton Genf zum Gegenstand hat, ohne Bedeutung.

Damit aber bleibt es dabei, dass seitens D._____ keine Bestätigung im Sinne von Art. 2 Abs. 8 KVV vorliegt.

3.2.1 Was die Bedingung der Befreiung nach Art. 2 Abs. 8 KVV anbelangt, so gilt es zu wiederholen, dass die Unterstellung unter die OKP eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge haben müsste, bzw. im Umkehrschluss, dass die ausländische Versicherung klar höherwertig sein müsste (vgl. oben E. 2.4 und 2.5), was in Anbetracht, dass es sich um eine Härtefallregelung handelt, nach einem strengen, restriktiv zu behandelnden Massstab zu beurteilen gilt (vgl. oben E. 2.3).

3.2.2 Die Beurteilung hat anhand der vom Beschwerdeführer vor der Vorinstanz eingereichten Unterlagen (Vi-act. 9 ff.) zu erfolgen. Nachdem diese zu Fragen Anlass gaben, ersuchte das Gericht den Beschwerdeführer am 5. Februar 2025 um Einreichung der für die Streitfrage relevanten Versicherungsunterlagen. Dies nicht zuletzt deshalb, weil sich die D._____ in der vorerwähnten "Bestätigung" weitgehend auf einen generellen Verweis auf die AVB beschränkt. Mit Schreiben vom 26. Februar 2025 bestätigt der Beschwerdeführer, dass es sich bei den aktenkundigen Unterlagen um die relevanten Versicherungsunterlagen handelt, konkret nämlich:

- für den Zeitraum vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2022 um die AVB Krankheitskostenversicherung Tarif VHV und Tarif VHZ, Stand 1.1.2017 (Bf-act. 11.1 und 11.2; Vi-act. 9) sowie
- für den Zeitraum 1. Januar bis 25. August 2023 um die AVB, Stand 1.1.2023 (Bf-act. 24 und 38, Vi-act. 22).

Mithin muss sich die Gleichwertigkeit (im oberwähnten Sinne) aus diesen Versicherungsunterlagen zweifelsfrei ergeben.

3.2.3 Hinsichtlich Leistungskatalog gemäss Tarifbedingung VHV/VHZ (Stand 1.1.2017 wie auch Stand 1.1.2023) fällt auf, dass der Kostenersatz für ambulante psychotherapeutische Behandlung 80% beträgt (je Ziff. 1.2.a), was keinesfalls Gleichwertigkeit zur OKP bedeutet. Wie die Vorinstanz zu Recht festhielt, kennt die KLV im Bereich ärztliche Psychotherapie zwar auch eine Limitierung (auf 40 Sitzungen; Art. 3 KLV), gleichzeitig aber auch ein Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen (Art. 3b KLV). Damit aber

besteht in einer wesentlichen Versicherungsleistung (psychotherapeutische Behandlung) keine Gleichwertigkeit, was allein schon gegen die Befreiung vom Versicherungsobligatorium spricht.

3.2.4 Vor allem aber kann hinsichtlich der häuslichen Krankenpflege (AVB Ziff. 1.15) keine Gleichwertigkeit bestätigt werden. In den Versicherungsschutz fallen Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege im Sinne von Behandlungspflege und Grundpflege sowie gemäss AVB 2023 auch Unterstützungspflege. Die beiden letzteren jedoch limitiert auf bis zu vier Wochen. Die Grundpflege verlangt zudem, dass sie zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes erbracht wird und die Unterstützungspflege ist bei einer Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 ausgeschlossen. Damit aber besteht nicht annähernd ein Versicherungsschutz, welcher in der OKP gestützt auf Art. 25a KVG i.V.m. Art. 33 lit. i KVV i.V.m. Art. 7 ff. KLV für die Akut-, Übergangs- sowie Langzeitpflege ambulant und in Pflegeheimen gewährleistet ist (vgl. BSK KVG-Landolt, Art. 25a N 10 ff.; SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, Kap. E, N 1185). Hieran ändert die Tatsache, dass gemäss AVB ein Versicherungsschutz für spezialisierte ambulante Palliativversorgung besteht (AVB Ziff. 1.16 f. [V2017] resp. Ziff. 1.17 f. [V2023]), nichts, setzt die Erstattungsfähigkeit hier doch das Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung voraus, was in der OKP keine Voraussetzung für den Kostenersatz von Pflegeleistungen ist. In die AVB V2023 wurde auch die Übergangspflege (AVB Ziff. 1.19 [V2023]) aufgenommen, wobei diese auf maximal 10 Tage limitiert ist, wogegen Art. 25a Abs. 2 KVG Versicherungsschutz während maximal zwei Wochen vorsieht (denen Pflegeleistungen nach Art. 25a KVG folgen können). Auch der in der OKP vorgesehene Selbstbehalt (vgl. Art. 25a Abs. 5 KVG) ändert am höherwertigen Versicherungsschutz gemäss OKP nichts, beträgt dieser doch pro Jahr (vgl. BSK KVG-Landolt, Art. 25a N 150) maximal Fr. 5'825 (bei Leistungserbringung durch freiberufliche Pflegefachpersonen) bzw. Fr. 7'884 (bei Leistungserbringung im Pflegeheim), was weit weniger ist, als wenn diese Leistungen nicht versichert sind. Damit aber ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer bei D. _____ über keine mit der OKP vergleichbare Deckung für ambulant oder in einem Pflegeheim erbrachte Pflegeleistungen bei Pflegebedürftigkeit verfügt. Fehlt aber eine gleichwertige Pflegeversicherung, schliesst die Rechtsprechung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung bei Versicherungsabschluss in der Schweiz im Sinne von Art. 2 Abs. 8 KVV aus (vgl. Urteil BGer 9C_146/2023 vom 10.5.2023 E. 5.3.2).

3.3 Zusammenfassend steht damit aber fest, dass die gemäss Art. 2 Abs. 8 KVV für die Befreiung vom Versicherungsobligatorium vorausgesetzte klare Ver-

schlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes nicht erfüllt ist, da zum einen eine fehlende Deckung für Pflegeleistungen gegeben ist und auch im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung die Gleichwertigkeit verneint werden muss. Nachdem es bereits an dieser Voraussetzung mangelt, musste die Vorinstanz die zweite kumulative Voraussetzung (dass sich der Beschwerdeführer aufgrund seines Alters und/oder seines Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusatzversichern könnte) nicht prüfen.

4. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Kosten sind keine zu erheben; Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei diesem Verfahrensausgang keiner (Art. 61 lit. f^{bis} und g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
 - die Rechtsvertretung des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 20. März 2025

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Anforderungen an die Beschwerdeschrift

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 3. April 2025