



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz

lic. iur. Sarah Schneider und lic. iur. Judith Fischer

Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

U R T E I L vom 21. Juli 2026 *[rechtskräftig]*  
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

**A.** \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer

gegen

**Stadtrat von Zug**, Stadthaus, Gubelstrasse 22, Postfach, 6301 Zug  
Beschwerdegegner

betreffend

Krankenversicherung  
(Versicherungspflicht)

S 2026 24

A. A. \_\_\_\_\_, deutscher Staatsangehöriger, geboren 1964, seit dem 22. August 2024 in der Gemeinde Zug mit Aufenthaltsbewilligung B wohnhaft, stellte am 16. August 2024 bei der Stadt Zug ein Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht für Personen mit einer ausländischen Privatversicherung (BG-act. 5). Mit Verfügung vom 16. Oktober 2025 lehnte die Stadt Zug das Befreiungsgesuch ab und verpflichtete A. \_\_\_\_\_, innert 30 Tagen nach Rechtskraft ihres Entscheides den Nachweis über den Abschluss einer schweizerischen Krankenversicherung zu erbringen (BG-act. 31). Die dagegen erhobene Einsprache (BG-act. 32) wies sie mit Einspracheentscheid vom 5. Februar 2026 ab (BG-act. 33).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 28. Februar 2026 (Poststempel) beschwerte sich A. \_\_\_\_\_ mit folgenden Anträgen (act. 1):

- "1. Anträge.
2. Hauptantrag: Der Einspracheentscheid der Stadt Zug vom 5. Februar 2026 sei aufzuheben und Herrn A. \_\_\_\_\_ sei die Befreiung von der obligatorischen Krankenversicherungspflicht gemäss Art. 2 Abs. 8 KVV zu erteilen.
3. Eventualantrag: Eventualiter sei die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen mit der Weisung, die materielle Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes umfassend und unter Berücksichtigung sämtlicher Versicherungstarife (PN, PNE, PVN, PVZ3120) zu prüfen.
4. Dem Beschwerdeführer sei die aufschiebende Wirkung zu gewähren, und es sei von der Zuweisung zu einem schweizerischen Versicherer bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens abzusehen.
5. Kostenantrag: Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin."

C. Der verlangte Kostenvorschuss von Fr. 500.– wurde vom Beschwerdeführer fristgerecht bezahlt (act. 2 f.).

D. Der Stadtrat von Zug beantragte mit Vernehmlassung vom 28. April 2026 die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge zulasten des Beschwerdeführers (act. 5).

## Das Verwaltungsgericht erwägt:

### 1.

1.1 Die Bestimmungen des am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) sind nach Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) grundsätzlich auf die Krankenversicherung anwendbar. Artikel 1 Abs. 2 KVG nimmt – in einer nicht abschliessenden Aufzählung (vgl. BGE 130 V 215 E. 5) – von dieser grundsätzlich vorgesehenen Anwendbarkeit der ATSG-Bestimmungen diejenigen Bereiche aus, die nicht das Verhältnis zwischen der versicherten Person und der Krankenversicherung betreffen (vgl. BBl 1999 4673). Allerdings findet das ATSG auch dort Anwendung, wo über die Unterstellung unter die schweizerische Krankenpflegeversicherung zu befinden ist (Matthias Kradolfer, in: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 2 N 26). Die Einhaltung der Versicherungspflicht wird von den Kantonen kontrolliert (vgl. Art. 6 Abs. 1 KVG). Im Kanton Zug wurde diese Kompetenz in § 5 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG, BGS 842.1) an die Einwohnergemeinden delegiert. Der Einspracheentscheid betreffend Befreiung vom Versicherungsobligatorium ist gestützt auf Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 ATSG beim kantonalen Versicherungsgericht anfechtbar. Zuständig ist das Versicherungsgericht des Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Im Kanton Zug beurteilt das Verwaltungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (§ 77 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG, BGS 162.1] und § 6 EG KVG). Die örtliche und sachliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts ist mithin gegeben.

1.2 Die am 28. Februar 2026 erhobene Beschwerde erfolgte fristgerecht. Der Beschwerdeführer ist vom angefochtenen Entscheid direkt betroffen und folglich zur Beschwerde legitimiert. Diese entspricht den formellen Anforderungen, weshalb sie zu prüfen ist. Der Entscheid erfolgt im Zirkularverfahren gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichts (GO VG; BGS 162.11).

### 2.

2.1 Grundsätzlich muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern lassen (Art. 3 Abs. 1 KVG bzw. Art. 1 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversi-

cherung [KVV, SR 832.102]). Artikel 3 Abs. 2 KVG ermächtigt den Bundesrat, Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorzusehen. In Art. 2 Abs. 2 bis 8 KVV hat dieser die Möglichkeit für verschiedene Personenkategorien geregelt, auf Gesuch hin vom Versicherungsobligatorium befreit zu werden. Die Befreiung ist dabei eine Ausnahme und als solche naturgemäss nur zurückhaltend zu gewähren. Kein Argument für eine Befreiung ist insbesondere ein persönlich gewählter anderweitiger Versicherungsschutz (Gebhard Eugster, in: Basler Kommentar Krankenversicherungsgesetz/Krankenversicherungsaufsichtsgesetz [BSK-KVG], 2020, Art. 3 N 2 mit Hinweisen).

2.2 Nach Art. 2 Abs. 7 KVV können Personen von der Versicherungspflicht ausgenommen werden, die über eine Aufenthaltsbewilligung für Personen ohne Erwerbstätigkeit nach dem Freizügigkeitsabkommen oder dem EFTA-Abkommen verfügen, sofern sie während der gesamten Geltungsdauer der Befreiung für Behandlungen in der Schweiz über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen. Gemäss Art. 2 Abs. 8 KVV sind weiter Personen, für welche eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte und die sich auf Grund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusatzversichern könnten, auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen.

2.3 Die Ausnahmeregelung von Art. 2 Abs. 8 KVV kann nur von denjenigen Personen mit Erfolg angerufen werden, die sich – im Rahmen des in der Schweiz nutzbaren Versicherungsangebots – nur deshalb nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusatzversichern können, weil sie wegen ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes entsprechende Zusatzversicherungen überhaupt nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen abschliessen können. Artikel 2 Abs. 8 KVV soll mit anderen Worten nicht den Nachteil verhindern, den 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. Er soll vielmehr den Nachteil vermeiden, der daraus resultiert, dass eine Person bis zum Erreichen ihres bisherigen ausländischen Versicherungsniveaus von in der Schweiz tatsächlich vorhandenen Angeboten wegen ihres Alters und/oder Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen Gebrauch machen kann (BGE 132 V 310 E. 8.5.6). Die kritische Grenze für den noch möglichen Abschluss einer Zusatzversicherung in der Schweiz liegt für den stationären Bereich bei 55 Jahren (vgl. etwa Eugster, in: BSK-KVG, a.a.O., Art. 3 N 68). Ist die bestehende Versicherung im Vergleich zur obligatorischen

Krankenpflegeversicherung nicht deutlich höherwertig, kann der Abschluss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht als klare Verschlechterung im Sinne von Art. 2 Abs. 8 KVV gelten (Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl. 2018, Art. 3 KVG N 12).

2.4 Gemäss Rechtsprechung wird sowohl für den Befreiungstatbestand von Art. 2 Abs. 7 KVV als auch für denjenigen nach Art. 2 Abs. 8 KVV ein gleichwertiger Versicherungsschutz mit demjenigen nach dem KVG vorausgesetzt, obwohl ein solcher im Wortlaut von Art. 2 Abs. 8 KVV (im Gegensatz zum Wortlaut von Art. 2 Abs. 2 bis 5 und 7 KVV) nicht explizit verlangt wird. Die Tatsache des Fehlens einer ausdrücklichen Erwähnung der Voraussetzung eines gleichwertigen Versicherungsschutzes ist schon aus gesetzessystematischen Gründen und mit Blick auf den mit dem Obligatorium bezweckten umfassenden (Mindest-) Versicherungsschutz relevant. Die Deckung muss grundsätzlich unbeschränkt sein. Bei Leistungsdifferenzen in der Höhe der gesetzlichen Kostenbeteiligung bleibt die Gleichwertigkeit bewahrt (BGE 134 V 34 E. 5.8). Es dürfen indes beispielsweise bei der ausländischen Krankenversicherung keine Limitierungen wie maximale Kosten pro Tag oder maximale Versicherungsdeckung bestehen, da das KVG keine solchen Limitierungen kennt. Es müssen sämtliche Leistungen nach KVG auch von der ausländischen Versicherung übernommen werden (BGer 9C\_313/2010 vom 5. November 2010 E. 4.3).

2.5 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 (BGE 132 V 310 E. 8.5.6). Es ist nochmals daran zu erinnern, dass die Befreiungsmöglichkeit nicht dazu dienen soll, 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 (SVR 2009 KV Nr. 10 S. 35; BGer 9C\_921/2008 vom 23. April 2009 E. 4.3). Sie soll aber immerhin den Nachteil vermeiden, der daraus resultiert, dass eine Person ihres ausländischen Versicherungsschutzes verlustig geht, aber bis zum Erreichen ihres bisherigen ausländischen Versicherungsniveaus von in der Schweiz tatsächlich vorhandenen Angeboten wegen ihres Alters und/oder Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen Gebrauch machen kann (BGE 132 V 310 E. 8.5.6; BGer 9C\_510/2011 vom 12. September 2011 E. 2.2).

2.6 In formeller Hinsicht ist zu erwähnen, dass Art. 2 Abs. 7 und 8 KVV ausdrücklich eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben verlangen. Das Formular H müsste vom ausländischen Versicherer vorbehaltlos unterzeichnet werden. Vom ausländischen Versicherer wird verlangt, dass er bestätigt, dass er EU- und EFTA-weit eine umfassende Versicherungsdeckung und während des Aufenthalts der versicherten Person in der Schweiz Anspruch auf die volle Vergütung der in der Schweiz nach KVG und den dazugehörenden Verordnungen entstehenden Krankenkosten gewähre und die zuständige Wohnsitzgemeinde über allfällige Veränderungen im Leistungsanspruch informiere. Hintergrund für das Erfordernis dieser weitgehenden Verpflichtung ist, dass die ausländische Versicherung nicht nur der schweizerischen Pflichtversicherung gleichwertig sein muss, sondern klar über den Pflichtleistungstarifen liegen muss, da der Tarifschutz bei Behandlungen in der Schweiz nicht spielt (etwa: BGer 9C\_86/2016 vom 18. November 2016 E. 4.3 mit Hinweisen; Gebhard Eugster, in: BSK-KVG, a.a.O., Art. 3 N 64).

3. Der aktuell 62-jährige Beschwerdeführer lebt seit einigen Jahren in der Schweiz und seit 2024 in der Stadt Zug. Unbestritten ist, dass er die "kritische" Altersgrenze von 55 Jahren für den noch möglichen Abschluss einer Zusatzversicherung in der Schweiz überschritten hat und ihm aufgrund seiner Gefässerkrankung (vgl. BG-act. 14) der Abschluss einer Zusatzversicherung zusätzlich erheblich erschwert wäre. Strittig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz das Befreiungsgesuch zu Recht mit der Begründung abgelehnt hat, es fehle an der vorbehaltlosen Bestätigung der ausländischen Privatversicherung hinsichtlich der Übernahme der schweizerischen Tarife und damit am Nachweis eines gleichwertigen Versicherungsschutzes.

3.1 Die Vorinstanz führte hierzu aus, Art. 2 Abs. 8 KVV sehe ausdrücklich die Vorlage einer schriftlichen Bestätigung des zuständigen ausländischen Versicherers mit allen erforderlichen Angaben vor. Ohne diese vorbehaltlose Bestätigung könne keine Befreiung von der Versicherungspflicht gewährt werden. Durch die vorbehaltlose Unterzeichnung des Gesuchs bestätige der ausländische Versicherer im Wesentlichen, dass die Kosten für medizinische Behandlungen in der Schweiz nach schweizerischen Tarifen übernommen würden, die freie Wahl des Leistungserbringers in der Schweiz gewährleistet sei und die Versicherungsdeckung über die Leistungen des KVG hinausgehe. Auf dem Formular H sei ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass jeder Vorbehalt zur Ablehnung des Gesuchs führe. Die B. \_\_\_\_\_ habe jedoch vermerkt, dass die Allgemeinen Versicherungs-

bedingungen (AVB) des Versicherers gelten würden. Dadurch erfolge die Leistungserbringung nur im Rahmen der AVB und nicht gemäss dem Leistungsumfang des KVG. Auch auf mehrfache Aufforderung hin habe der Versicherer sich geweigert, das Gesuch vorbehaltslos zu unterzeichnen. Zudem liste die B. \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 19. August 2024 auf, in welchen Punkten ihre Leistungen von den Art. 25 bis 31 KVG abweichen würden. Weiter sei zu berücksichtigen, dass Personen ohne OKP nicht unter den Tarifschutz nach Art. 44 Abs. 1 KVG fallen würden. Sie müssten im Behandlungsfall mit Privatpatiententarifen rechnen, die weiter über den KVG-Tarifen liegen könnten. Eine Gleichwertigkeit wäre nur gegeben, wenn die Versicherung diese Kostenrisiken unbeschränkt abdecke. Die B. \_\_\_\_\_ habe sich jedoch – auch auf mehrfache Aufforderung hin – geweigert, eine solche unlimitierte Kostengutsprache nach schweizerischen Tarifen vorbehaltslos zu bestätigen. Da somit keine volle Deckung für die in der Schweiz anfallenden Kosten garantiert sei, fehle es an der gesetzlichen geforderten Gleichwertigkeit, weshalb eine Befreiung von der Versicherungspflicht ausgeschlossen sei (BG-act. 33).

3.2 Beschwerdeweise bringt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, der Beschwerdegegner wende einen überspitzten Formalismus an, indem er das kantonale Formular H verwende sowie dessen vorbehaltslose Unterzeichnung durch die Versicherung verlange. Darin liege eine Rechtsverweigerung und eine Verletzung von Art. 29 Abs. 1 BV, da eine materielle Prüfung unterbleibe, sobald es an der vorbehaltslosen Unterzeichnung fehle. Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, ein privatrechtlicher "seriöser" Versicherer könne seine Leistungspflichten nicht losgelöst von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen erklären. Das Verlangen der Vorinstanz der vorbehaltslosen Bestätigung durch seine Versicherung sei widersinnig. Wäre eine materielle Prüfung vorgenommen worden, hätte festgestellt werden müssen, dass seine deutsche Krankenversicherung der OKP gleichwertig sei. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich würden die Behandlungskosten vollumfänglich übernommen. Sodann bestünden in den Unterlagen der Krankenversicherung keine Hinweise dafür, dass seine Versicherung Behandlungen in der Schweiz lediglich nach deutschen Tarifen abrechnen würde. Auch hinsichtlich der Pflegekosten bestehe kein Deckungsdefizit, da er zusätzlich über eine Pflegezusatzversicherung verfüge, welche zusammen mit der Pflegepflichtversicherung ein monatliches Pflegegeld von EUR 3'120.– gewährleiste (act. 1).

3.3 Der Beschwerdegegner hält dem zusammenfassend in der Vernehmlassung vom 28. April 2026 entgegen, das Formular H stelle eine Konkretisierung der gesetzlich geforderten schriftlichen Bestätigung dar und diene einer einheitlichen, rechtsgleichen und effi-

zienten Überprüfung der Voraussetzungen für eine Befreiung von der obligatorischen Krankenversicherungspflicht. Das Gesuch scheitere nicht bloss an formellen Anforderungen, sondern insbesondere daran, dass die B. \_\_\_\_\_ die Übernahme schweizerischer Tarife nicht vorbehaltlos bestätige. Vielmehr lege seine Versicherung im Schreiben vom 19. August 2024 die Abweichungen gegenüber den Art. 25 bis 31 KVG ausdrücklich offen. Damit fehle der Nachweis, dass die Versicherung den Anforderungen des KVG im Behandlungsfall in der Schweiz tatsächlich genüge, zumal die Pflegekosten durch die ausländische Privatversicherung des Beschwerdeführers nicht ausreichend gedeckt seien (act. 5).

#### 4.

4.1 Der Beschwerdeführer hat am 16. August 2024 ein Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht gestellt. Gemäss Art. 2 Abs. 8 KVV ist diesem Gesuch eine schriftliche Bestätigung des ausländischen Versicherers mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, das Erfordernis des Formulars H sowie dessen vorbehaltlose Unterzeichnung stelle überspitzten Formalismus dar, ist ihm zwar insofern Recht zu geben, als die Verwendung des Formulars H gesetzlich nicht vorgeschrieben ist und lediglich eine schriftliche Bestätigung der ausländischen Versicherung gefordert wird. Es ist somit nicht relevant, wie die Bestätigung ausgestellt wird. Von der gesetzlich vorgesehen schriftlichen Bestätigung der ausländischen Versicherung mit allen erforderlichen Angaben kann indes nicht abgesehen werden, um das Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht beurteilen zu können. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zum überspitzten Formalismus sind prozessuale Formen denn auch unerlässlich, um eine ordnungsgemässe und rechtsgleiche Abwicklung des Verfahrens sowie die Durchsetzung des materiellen Rechts zu gewährleisten (BGer 8C\_174/2025 vom 27. November 2025 E. 7.1). Das Erfordernis einer vorbehaltlosen Bestätigung ist vorliegend nicht bloss formeller Natur, sondern Teil der materiellen Prüfung der Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes.

4.2 Vorliegend fehlt es gerade an einer solchen vorbehaltlosen Bescheinigung mit welcher die Pflichtleistungen gemäss den Art. 25 bis 31 KVG ausdrücklich und uneingeschränkt anerkannt werden. Zwar ist dem Beschwerdeführer insoweit zuzustimmen, als seine Privatversicherung bei ambulanten und stationären Behandlungen grundsätzlich einen weitgehenden Versicherungsschutz zu bieten scheint, bei einem Selbstbehalt von EUR 400.– (vgl. BG-act. 4 S. 5). Ausschlaggebend ist jedoch, dass die B. \_\_\_\_\_ am 19. August 2024 auf dem Formular H Vorbehalte angebracht hat, indem sie insbesondere

auf die Geltung ihrer allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie ihr beigelegtes Anschreiben verwies (vgl. BG-act. 5 S. 2), worin die Abweichungen des versicherten Deckungsumfanges von den Art. 25 bis 31 KVG detailliert beschrieben werden und verschiedentlich betont wird, es sei "eine pauschale Zusage" nicht möglich (vgl. BG-act. 18). Es gilt somit nicht als erstellt, dass im Behandlungsfall in der Schweiz sämtliche Leistungen nach KVG vorbehaltlos und nach schweizerischen Tarifen übernommen werden. Die Annahme des Beschwerdeführers, aus den Unterlagen ergäben sich keine Hinweise auf eine Abrechnung nur nach deutschen Tarifen, überzeugt nicht. Im Rahmen der Prüfung der Gleichwertigkeit genügt es nicht, dass entsprechende mögliche Einschränkungen nicht ausdrücklich genannt sind. Vielmehr muss die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes klar belegt sein.

4.3 Besonders ins Gewicht fällt vorliegend die Deckung im Bereich der Pflegeleistungen. Da sich der Beschwerdeführer dauerhaft in der Schweiz aufhält, hat er nach § 34 des elften Buchs des deutschen Sozialgesetzbuchs (SGB XI) lediglich Anspruch auf das sogenannte Pflegegeld nach § 37 f. SGB XI, Pflegesachleistungen i.S.v. § 36 SGB XI werden hingegen nicht vergütet. Pflegesachleistungen umfassen insbesondere pflegerische Massnahmen in den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung krankheits- oder therapiebedingter Anforderungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (§ 36 SGB XI). Damit würde hinsichtlich der Pflegeleistungen ein erhebliches Defizit im Vergleich zur OKP bestehen und der Beschwerdeführer würde Gefahr laufen, dass für ihn höhere Restkosten bei der ausländischen Privatversicherung verbleiben würden. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung qualifiziert eine unzureichende Pflegekostendeckung ausdrücklich als schwerwiegenden Mangel der ausländischen Privatversicherung (vgl. BGer 9C\_510/2011 vom 12. September 2011 E. 4.4.3; 9C\_447/2017 vom 20. September 2017 E. 4.3 f.; 9C\_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 4.2–4.5 und 9C\_858/2016 vom 20. Juni 2017 E. 4.4–4.6).

Daran vermag auch die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Pflegezusatzversicherung nichts zu ändern, da durch sie die fehlenden Pflegesachleistungen nicht kompensierbar sind. Entscheidend ist nicht allein die Höhe monetärer Leistungen, sondern ob im Ergebnis eine der OKP vergleichbare Sachleistungsdeckung besteht. Dies ist vorliegend nicht der Fall, zumal der Umstand allein, dass der Beschwerdeführer den Nachweis einer ausländischen freiwilligen privaten Versicherung erbracht hat, nicht als Befreiungsgrund qualifiziert würde. Abschliessend ist nochmals darauf hinzuweisen, dass die B. \_\_\_\_\_

weitere Vorbehalte zu Art. 25, 26 und 30 KVG angebracht hat und dass die Befreiung nach Art. 2 Abs. 7 bzw. 8 KVV nur zurückhaltend zu gewähren ist. Kommt hinzu, dass nicht dem KVG unterstellte Personen nicht vom Tarifschutz nach Art. 44 KVG profitieren, weshalb Leistungserbringer ihnen gegenüber nicht an die (tarif-) vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise gebunden sind, was für den Beschwerdeführer einen weiteren Nachteil darstellt (BGer 9C\_447/2017 vom 20. September 2017 E. 4.2).

4.4 Im Ergebnis ist festzuhalten, dass der Nachweis eines gleichwertigen Versicherungsschutzes nicht erbracht wurde. Es fehlt insbesondere an einer vorbehaltlosen Bestätigung der Übernahme schweizerischer Tarife sowie an einer hinreichenden Pflegeleistungsdeckung. Die Vorinstanz hat das Gesuch um Befreiung von der obligatorischen Krankenversicherungspflicht daher zu Recht abgelehnt. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

5. Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist – abgesehen von Streitigkeiten über Leistungen, sofern nicht das Einzelgesetz die Kostenpflicht vorsieht (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG) – kostenpflichtig (Art. 61 Ingress ATSG i.V.m. § 22a Abs. 2 VRG). Mit Blick auf die nicht übermässige Schwierigkeit des Falles sowie den eher geringen Zeitaufwand des Gerichts können die Gerichtskosten vorliegend auf Fr. 500.– festgesetzt und mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss verrechnet werden. Eine Parteientschädigung ist dem unterliegenden Beschwerdeführer nicht zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Dem Beschwerdeführer wird eine Spruchgebühr von Fr. 500.– auferlegt, die mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss verrechnet wird.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Beschwerdeführer (mit ausführlicher Rechtsmittelbelehrung), an den Stadtrat von Zug, an das Bundesamt für Gesundheit, Bern und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 21. Juli 2026

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am