



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 31. März 2022 (730 21 113 / 65)**

---

**Krankenversicherung**

**Leistungsanspruch nach KVG bei Wohnsitz im Ausland unter Berücksichtigung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004**

\_\_\_\_\_ Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichterin Elisabeth Berger  
Götz, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Margit Campell

\_\_\_\_\_ Parteien **A.**\_\_\_\_\_, per Adresse: **B.**\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer

gegen

**Helsana Versicherungen AG**, Recht & Compliance, Postfach,  
8081 Zürich, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_ Betreff Leistungen

A.1 A.\_\_\_\_\_ ist bei der Helsana Versicherungen AG (Helsana) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert. Nach seiner vorzeitigen Pensionierung verlegte er mit seiner Familie am 6. September 2015 seinen Wohnsitz von X.\_\_\_\_\_ nach Y.\_\_\_\_\_ (vgl. act. 15). Die Wohnsitznahme in Y.\_\_\_\_\_ teilte er der Helsana im Jahr 2015 mit. Diese hat die Meldung

aber erst per 1. August 2018 umgesetzt und dementsprechend ab diesem Zeitpunkt beim Versicherten auf einen sogenannten BILAS-Vertrag mit EU-Prämie umgestellt. Seither hat der Versicherte die Wahl, sich in Y. \_\_\_\_\_ nach den dort geltenden Bestimmungen oder in der Schweiz im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 behandeln zu lassen, wobei Rechnungen von Leistungserbringern aus Y. \_\_\_\_\_ ausschliesslich die zuständige Trägerkasse in Y. \_\_\_\_\_ abrechnet. Zudem können die Kosten von Privatärzten und Medikamenten sowie die Kosten, welche die Versicherung in Y. \_\_\_\_\_ ablehnt, nicht geltend gemacht werden.

A.2 Der Versicherte liess am 26. Februar 2019 verlauten, er sei nicht einverstanden, dass die Helsana keine direkte Rückerstattung für ambulante Leistungen und Medikamentenbezüge in Y. \_\_\_\_\_ vornehme und sämtliche Leistungen über die Trägerkasse in Y. \_\_\_\_\_ abgerechnet würden. Durch die Weigerung der direkten Vergütung aus der Grundversicherung nach KVG werde die kontinuierliche Behandlung bei seinem Pneumologen in einem Privatspital und damit die Asth-mabehandlung mit dem Medikament C. \_\_\_\_\_ verunmöglicht.

A.3 Am 16. Juli 2020 erliess die Helsana eine Verfügung. Darin wiederholte sie ihre Auffassung, wonach der Versicherte seit dem 1. August 2018 in den bilateralen Vertrag mit Y. \_\_\_\_\_ aufgenommen worden sei. Die Registrierung bei der Trägerkasse in Y. \_\_\_\_\_ sei ebenfalls auf diesen Zeitpunkt erfolgt. Dies bedeute, dass er die Wahl habe, sich in Y. \_\_\_\_\_ nach den dort geltenden Bestimmungen oder in der Schweiz im Rahmen des KVG behandeln zu lassen. Dies entspreche dem in der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit aufgeführten Ablauf. Dabei liessen sich Kosten von Privatärzten, Medikamenten sowie Kosten, welche die Versicherung in Y. \_\_\_\_\_ ablehne, nicht in der Schweiz geltend machen. An diesen Standpunkten hielt die Helsana auch in ihrem Einspracheentscheid vom 13. Januar 2021 fest.

B.1 Bereits am 10. Januar 2021 erhob der Versicherte – noch vor Erlass des Einspracheentscheids der Helsana – beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Z. \_\_\_\_\_ eine Rechtsverzögerungsbeschwerde gegen die Helsana, wobei er geltend machte, diese habe seine Einsprache vom 14. September 2020 immer noch nicht behandelt. Weiter beantragte er, die Verfügung vom 16. Juli 2020 sei aufzuheben und die Helsana sei zu verpflichten, die Kosten für ambulante Behandlungen in Y. \_\_\_\_\_ sowie dort bezogene Medikamente gegen Vorlage der Rechnung direkt zu bezahlen. Im Sinne einer vorsorglichen Massnahme ersuchte er, die Helsana sei zu verpflichten, ihm während der Dauer der Corona-Krise die Kosten der Behandlung mit dem Medikament C. \_\_\_\_\_ in Y. \_\_\_\_\_ zurückzuerstatten. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Helsana.

B.2 Nachdem die Helsana am 13. Januar 2021 ihren Einspracheentscheid erlassen hatte, erhob der Versicherte am 21. Januar 2021 ebenfalls beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Z. \_\_\_\_\_ Beschwerde, wobei er sinngemäss die in der Eingabe vom 10. Januar 2021 gestellten Anträge wiederholte und dessen Aufhebung verlangte. Am 8. Februar 2021 reichte er eine ergänzende Begründung ein.

B.3 Mit Verfügung vom 8. Februar 2021 teilte das Sozialversicherungsgericht des Kantons Z.\_\_\_\_ mit, dass die Eingabe vom 10. Januar 2021 betreffend Rechtsverzögerung unter der Prozessnummer D.\_\_\_\_ und die Eingabe vom 21. Januar 2021 gegen den Einspracheentscheid unter der Prozessnummer E.\_\_\_\_ registriert seien. Gleichzeitig forderte es den Beschwerdeführer auf, sich zur Frage der örtlichen Zuständigkeit zu äussern. Nachdem er dazu am 11. Februar 2021 Stellung genommen hatte, trat das Sozialversicherungsgericht des Kantons Z.\_\_\_\_ mangels örtlicher Zuständigkeit nicht auf die Beschwerden ein (vgl. Beschluss vom 15. März 2021) und überwies die Akten zuständigkeitshalber ans Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Am 9. April 2021 gingen beim Kantonsgericht die Akten des Prozesses E.\_\_\_\_ betreffend die Beschwerde vom 21. Januar 2021 gegen den Einspracheentscheid vom 13. Januar 2021 ein. Das Kantonsgericht eröffnete in dieser Angelegenheit das vorliegende Verfahren Nr. 730 21 113. Nachdem das Sozialversicherungsgericht des Kantons Z.\_\_\_\_ am 6. Mai 2021 auch die Akten des Prozesses D.\_\_\_\_ betreffend Rechtsverzögerung dem Kantonsgericht überwiesen hatte, legte dieses ein weiteres Verfahren (Nr. 730 21 143) an.

B.4 Mit Eingabe vom 23. April 2021 reichte der Beschwerdeführer dem Kantonsgericht verschiedene Unterlagen betreffend die Zustände im staatlichen Gesundheitswesen und die Spitalwartelisten für nicht (privat)versicherte Personen in Y.\_\_\_\_ ein. Der vormalige Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Advokat B.\_\_\_\_, stellte sich mit Schreiben vom 3. Mai 2021 als Zustelldresse in der Schweiz für den Beschwerdeführer zur Verfügung.

B.5 Mit Beschluss vom 2. Juni 2021 schrieb das Kantonsgericht das Verfahren Nr. 730 21 143 betreffend Rechtsverzögerung als gegenstandslos ab. Zur Begründung brachte es vor, dass das aktuelle praktische Interesse des Beschwerdeführers an der Überprüfung der Rügen, die mit der Rechtsverzögerungsbeschwerde erhoben worden seien, verneint werden müsse, weil die Helsana am 13. Januar 2021 einen Einspracheentscheid erlassen habe und die weiteren Anträge im Rahmen des Verfahrens Nr. 730 21 113 behandelt würden.

C. Das Kantonsgericht forderte sodann im Verfahren 730 21 113 die Helsana auf, ihre Vernehmlassung einzureichen und sich auch zum Antrag des Versicherten auf vorsorgliche Massnahmen zu äussern. Mit Eingabe vom 16. Juni 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Weiter liess sie zum Antrag auf vorsorgliche Massnahmen während der Corona-Krise verlauten, dass diesem nicht zu folgen sei.

D. In seiner Replik vom 13. August 2021 verlangte der Beschwerdeführer erneut die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. Januar 2021. Seinen Antrag betreffend die vorsorglichen Massnahmen bezeichnete er als gegenstandslos. Auch die Beschwerdegegnerin hielt in ihrer Duplik am 16. September 2021 an ihren Standpunkten fest.

E. Anlässlich der heutigen Parteiverhandlung, an welcher der Beschwerdeführer und ein Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerin teilnahmen, hielten die Parteien im Wesentlichen an ihren bereits schriftlich dargelegten Standpunkten fest. Auf deren Vorbringen ist – soweit notwendig – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 in Verbindung mit Art. 56 Abs. 1 und Art. 60 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Verfügungen und Einspracheentscheide eines Sozialversicherungsträgers beim zuständigen Versicherungsgericht innerhalb von 30 Tagen Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Diese Frist ist nicht erstreckbar (Art. 40 Abs. 1 ATSG). Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 2 ATSG).

1.2 Im vorliegenden Fall erhob der Beschwerdeführer am 21. Januar 2021 beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Z.\_\_\_\_ Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 13. Januar 2021. Dabei stützte er sich auf die Adressangaben auf seinem Versicherungsausweis und den Hauptsitz der Beschwerdegegnerin. Die Anknüpfung am Sitz des Durchführungsorgans im Sinne des letzten Teilsatzes von Art. 58 Abs. 2 ATSG gelangt jedoch nur subsidiär zur Anwendung, wenn bei im Ausland lebenden Versicherten weder der letzte Wohnort noch der Sitz des letzten Arbeitgebers in der Schweiz eruierbar ist. Vorliegend steht fest, dass der Beschwerdeführer seinen letzten Wohnsitz in der Schweiz in X.\_\_\_\_ hatte, weshalb das Kantonsgericht Basel-Landschaft für die Beurteilung der Beschwerde örtlich zuständig ist.

1.3 Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden aus dem Bereich der Krankenversicherung. Im vorliegenden Verfahren wurde der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 13. Januar 2021 angefochten, in welchem nur der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers nach KVG beurteilt wurde. Das Kantonsgericht ist somit auch sachlich zur Behandlung der Beschwerde, welche zudem form- und fristgerecht erhoben wurde. Soweit der Beschwerdeführer Leistungen aus seiner Zusatzversicherung bei der Beschwerdegegnerin gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 geltend macht, kann auf seine Beschwerde im vorliegenden Verfahren hingegen nicht eingetreten werden.

2. Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin verpflichtet ist, die durch den Beschwerdeführer ab dem 1. August 2018 geltend gemachten Leistungsansprüche aus seiner Behandlung in Y.\_\_\_\_ direkt zu vergüten. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. Januar 2021 entwickelte. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

3. Unbestritten ist, dass angesichts der Gegebenheiten – der Beschwerdeführer hat seinen Wohnsitz in Y.\_\_\_\_, bezieht aus der Schweiz ordentliche Renten der AHV und der Vorsorgeeinrichtung der ehemaligen Arbeitgeberin und unterzieht sich medizinischen Behandlungen im

Wohnsitzstaat Y.\_\_\_\_\_, welche er direkt über die Beschwerdegegnerin vergüten lassen möchte – ein grenzüberschreitender Sachverhalt vorliegt, weshalb nachfolgende gesetzliche Grundlagen zu beachten sind:

4.1.1 Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage von Art. 8 des Abkommens vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II FZA (in der bis 31. März 2012 geltenden Fassung) in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmende und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (nachfolgend: VO Nr. 1408/71), und (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (AS 2005 3909) oder gleichwertige Vorschriften an. Mit Wirkung auf 1. April 2012 sind diese beiden Rechtsakte durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: VO Nr. 883/2004) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: VO Nr. 987/2009) abgelöst worden (vgl. BGE 144 V 127 E. 4.1; BGE 143 V 52 E. 6.1; BGE 141 V 246 E. 2.1).

4.1.2 Diese neuen Verordnungen – in der seit 1. Januar 2015 geltenden Fassung (somit einschliesslich der Änderung gemäss Verordnung [EU] Nr. 465/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Mai 2012 zur Änderung der Verordnung [EG] Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und der Verordnung [EG] Nr. 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung [EG] Nr. 883/2004 [AS 2015 345]) – sind auf den hier zu beurteilenden Fall in zeitlicher, persönlicher und sachlicher Hinsicht anwendbar (vgl. auch BGE 145 V 266 E. 6.1.2 und 6.1.3; BGE 144 V 127 E. 4.2; BGE 143 V 52 E. 6.2; BGE 141 V 612 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

4.2.1 Art. 23 - 30 VO Nr. 883/2004 regeln im Sinne der beschriebenen speziellen gemeinschaftsrechtlichen Koordinationsbestimmungen den Sachleistungsanspruch der Rentnerinnen und Rentner und ihrer Familienangehörigen bei Krankheit. Gemäss Art. 24 Abs. 1 VO Nr. 883/2004 erhält eine Person, die eine Rente oder Renten nach den Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten bezieht und die keinen Anspruch auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats hat, dennoch Sachleistungen für sich und ihre Familienangehörigen, sofern nach den Rechtsvorschriften des für die Zahlung ihrer Rente zuständigen Mitgliedstaats Anspruch auf Sachleistungen bestünde, wenn sie in diesem Mitgliedstaat wohnte. Die Sachleistungen werden vom Träger des Wohnorts für Rechnung des in Abs. 2 der Bestimmung genannten Trägers erbracht, als ob die betreffende Person Anspruch auf eine Rente und Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaats hätte (Art. 24 Abs. 1 VO Nr. 883/2004 [sog. Sachleistungs-aushilfe]). Hat der Rentner oder die Rentnerin nur Anspruch auf

Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften eines einzigen Mitgliedstaats, so übernimmt der zuständige Träger dieses Mitgliedstaats die Kosten für die Sachleistungen (Art. 24 Abs. 2 Bst. a VO Nr. 883/2004). Art. 24 VO Nr. 883/2004 umfasst somit den Fall, dass Rentnerinnen und Rentner mangels hinreichender Beziehungen zum Rentensystem ihres Wohnortstaats keinen originären Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit im Wohnortstaat haben. Beim Bezug nur einer Rente ist der Träger für Leistungen bei Krankheit desjenigen Staats kostenpflichtig, der die Rente leistet. Der Rentnerin oder dem Rentner wird ein Anspruch auf Sachleistungsaushilfe gegenüber dem Träger des Wohnortstaats gewährt (vgl. BGE 146 V 152 E. 4.2.2.2 mit Hinweis).

4.2.2 Die Anwendung der Kollisionsnormen der VO Nr. 883/2004, nach denen sich die anzuwendenden Rechtsvorschriften bestimmen, ist für die Mitgliedstaaten zwingend. Sie bilden ein geschlossenes System von Kollisionsnormen, das den nationalen Gesetzgebern die Befugnis nimmt, in diesem Bereich den Geltungsbereich und die Anwendungsvoraussetzungen ihrer nationalen Rechtsvorschriften im Hinblick darauf zu bestimmen, welche Personen ihnen unterliegen und in welchem Gebiet sie ihre Wirkung entfalten sollen (vgl. BGE 144 V 127 E. 4.2.3.1).

5.1 Im vorliegenden Fall steht zweifelsfrei fest, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2015 mit seiner Familie den Wohnsitz von der Schweiz nach Y.\_\_\_\_\_ verlegt hat. Den Akten ist nicht deutlich zu entnehmen, weshalb die Beschwerdegegnerin den Wohnsitzwechsel erst per 1. August 2018 zur Kenntnis genommen und in der Folge erst ab diesem Zeitpunkt eine Umteilung des Beschwerdeführers und seiner Familie in einen sogenannten BILAS-Vertrag mit EU-Prämie vorgenommen hat. Während im Einspracheentscheid vom 13. Februar 2021 noch festgehalten wurde, dass der Beschwerdeführer den Wohnsitzwechsel im Jahr 2015 gemeldet habe, wurde im Rahmen der heutigen Parteiverhandlung ausgeführt, die Wohnsitznahme in Y.\_\_\_\_\_ sei erst im Sommer 2018 mitgeteilt worden. Diese Frage kann aber offenbleiben, denn dem Beschwerdeführer erwachsen daraus keine Nachteile.

5.2 Weiter ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer Altersrenten der ersten und der zweiten Säule aus der Schweiz bezieht. Von seinem Wohnsitzstaat Y.\_\_\_\_\_ erhält er keine Rentenleistungen. Nachdem er zudem kein Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht im Sinne von Art. 16 Abs. 2 VO 883/2004 gestellt hat, sind er und seine Familie in der Schweiz obligatorisch krankenversichert und haben die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) festgelegten Prämien für die Grundversicherung für Personen mit Wohnsitz in einem EU/EFTA-Staat zu bezahlen (vgl. Prämienübersicht 2022/Grundversicherungsprämien EU/EFTA). Die Beschwerdegegnerin ihrerseits hat weiterhin die Kosten gemäss KVG zu übernehmen (Art. 24 Abs. 2 lit. a VO 883/2004; vgl. oben E. 4.2.1). Diese Abläufe werden auch vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt.

5.3 Der Beschwerdeführer bestreitet jedoch die konkrete Form der Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin. Er stellt sich auf den Standpunkt, dass er auch über den 1. August 2018 hinaus die Kosten für die in Y.\_\_\_\_\_ bezogenen Sachleistungen (Medikamente und ärztliche Behandlungen) direkt bei dieser einreichen könne. Dieser Auffassung kann aus nachfolgenden Gründen nicht gefolgt werden:

5.4 Wie oben in Erwägung 4.2.1 ausgeführt, bestimmt Art. 24 Abs. 1 VO Nr. 883/2004, wie die Kosten der Sachleistungen konkret zu erbringen sind. Sie werden vom Träger des Wohnorts für Rechnung des in Art. 24 Abs. 2 VO Nr. 883/2004 genannten Trägers erbracht, als ob die betreffende Person Anspruch auf eine Rente und Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaats hätte (sog. Sachleistungsaushilfe). Auf den vorliegenden Fall bezogen bedeutet dies zunächst, dass der Beschwerdeführer die gleichen Sachleistungen erhält, wie wenn er in Y.\_\_\_\_ eine Rente beziehen würde oder versichert wäre. Dies hat jedoch zur Folge, dass die durch ihn in Y.\_\_\_\_ bezogenen Sachleistungen durch den Träger in Y.\_\_\_\_ erbracht werden. Der aushelfende Träger vor Ort in Y.\_\_\_\_, der die Kosten abrechnen muss, ist das F.\_\_\_\_. Dieses überprüft die Ansprüche und leitet die Rechnungen der bezogenen Sachleistungen sodann an die Gemeinsame Einrichtung KVG als schweizerische Verbindungsstelle weiter. Dieser Weg ist – wie oben ausgeführt – durch die Bestimmungen der VO Nr. 883/2004 zwingend vorgeschrieben.

5.5.1 Daran ändert die weitere Kritik des Beschwerdeführers nichts. So kann er nichts zu seinen Gunsten aus der Tatsache ableiten, dass er vor dem 1. August 2018 – d.h. ab effektiver Wohnsitznahme in Y.\_\_\_\_ am 1. August 2015 bis 31. Juli 2018 – seine Leistungsabrechnungen direkt der Beschwerdegegnerin einreichen konnte. Dies ist einzig darauf zurückzuführen, dass die Beschwerdegegnerin ihn fälschlicherweise bis zu diesem Zeitpunkt als Versicherungsnehmer mit Wohnsitz in der Schweiz betrachtete. Nachdem sie die Umteilung in einen BILAS-Vertrag mit EU-Prämie veranlasst hat und der Beschwerdeführer in Y.\_\_\_\_ per 1. August 2018 bei der aushelfenden Trägerkasse F.\_\_\_\_ registriert wurde, untersteht er den Bestimmungen des Wohnsitzlands Y.\_\_\_\_ und eine direkte Abrechnung mit der Beschwerdegegnerin ist gestützt auf Art. 24 Abs. 1 und Abs. 2 lit. a der VO Nr. 883/2004 nicht mehr möglich.

5.5.2 Weiter moniert der Beschwerdeführer unter Hinweis auf Art. 25 der Verordnung Nr. 987/2009 (VO Nr. 987/2009), dass die EU eine Vereinfachung der Rückerstattungskosten eingeführt habe, weil das bestehende Regelsystem der Kostenerstattung via staatliche Kassen nicht in allen EU-Mitgliedsstaaten funktioniere. Art. 25 VO Nr. 987/2009, welcher den Titel "Aufenthalt in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat" trägt, besagt, dass die versicherte Person bei der Anwendung von Art. 19 VO Nr. 883/2004 (*Aufenthalt* ausserhalb des zuständigen Mitgliedstaats) dem Erbringer von Gesundheitsleistungen im Aufenthaltsmitgliedstaat ein vom zuständigen Träger ausgestelltes Dokument – die Europäische Krankenversicherungskarte – vorlegt, das ihren Sachleistungsanspruch bescheinigt (Art. 25 Abs. 1 Satz 1 VO Nr. 987/2009). Dieses Dokument bescheinigt, dass die versicherte Person unter den Voraussetzungen des Art. 19 VO Nr. 883/2004 zu denselben Bedingungen wie nach den Rechtsvorschriften des Aufenthaltsmitgliedstaats versicherte Personen Anspruch auf Sachleistungen hat (Art. 25 Abs. 2 VO Nr. Nr. 987/2009). Daraus wird deutlich, dass Art. 25 VO Nr. 987/2009 nur zum Zuge kommt, wenn sich eine versicherte Person in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat *aufhält*. Hat eine versicherte Person – wie der Beschwerdeführer – *Wohnsitz* in einem andern als dem zuständigen Mitgliedstaat, so muss Art. 24 VO Nr. 883/2004 angewendet werden mit den in Erwägung 5.4 genannten Konsequenzen, nämlich, dass – entgegen der Auffassung des Versicherten – die Leistungsabrechnungen nicht direkt beim Leistungserbringer in der Schweiz eingereicht werden

können. Dies entspricht auch den innerstaatlichen Regelungen. Gemäss den in Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 aufgeführten Ausnahmen können Leistungen im Ausland insbesondere vergütet werden, wenn es sich um Notfälle handelt oder eine entsprechende Leistung in der Schweiz nicht erbracht werden kann. Der Beschwerdeführer hat im vorliegenden Fall seinen Wohnsitz in Y.\_\_\_\_, weshalb er den Bestimmungen von Art. 24 Abs. 1 VO Nr. 883/2004 untersteht. Leistungsbezüge in Y.\_\_\_\_ müssen deshalb durch die dortige Trägerkasse abgerechnet werden. Da es sich hierbei um zwingende Bestimmungen handelt (vgl. oben E. 4.2.2), ist auch die Beschwerdegegnerin daran gebunden. Sie darf sich entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers, selbst wenn sie dies im Einzelfall wollte, nicht über diese klaren internationalen Regelungen hinwegsetzen. Ein solches Handeln widerspräche Art. 4 VO Nr. 883/2004, wonach alle Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staats haben (Gleichbehandlungsprinzip). Die Beschwerdegegnerin hat daher zurecht ausgeführt, dass sie den Beschwerdeführer aufgrund des Gleichbehandlungsgebots von Art. 4 VO Nr. 883/2004 nicht besserstellen darf, als die in Y.\_\_\_\_ wohnhaften Staatsangehörigen. Zu erwähnen ist jedoch, dass der Beschwerdeführer dennoch insofern gegenüber den anderen in Y.\_\_\_\_ wohnhaften Personen bessergestellt ist, als er aufgrund des Rentenbezugs in der Schweiz und seiner Wahl, weiterhin in der Schweiz grundversichert zu bleiben, sich auch in der Schweiz behandeln lassen und hier Medikamente beziehen kann. Diese Kosten kann er sodann direkt bei der Beschwerdegegnerin geltend machen. Der Beschwerdeführer kann daher auch aus dieser Argumentation nichts zu seinen Gunsten ableiten.

5.5.3.1 Auch die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers ändern daran nichts. Unter Hinweis auf Art. 2 Abs. 8 KVV macht er geltend, dass diese Bestimmung eine alternative Möglichkeit für die direkte Rückforderung biete. Dabei verkennt er, dass Art. 2 KVV Ausnahmen von der *Versicherungspflicht* und nicht von der *Leistungspflicht* bei versicherten Personen mit Wohnsitz in der Schweiz regelt. Da er seinen Wohnsitz in Y.\_\_\_\_ hat und grundsätzlich die Bestimmungen der VO Nr. 883/2004 und VO Nr. 987/2009 für die Beurteilung seiner Leistungsansprüche zur Anwendung kommen, geht seine Argumentation fehl.

5.5.3.2 Soweit er geltend macht, dass er gegenüber in Y.\_\_\_\_ wohnhaften Personen diskriminiert werde, weil die Leistungen bei einem privaten Arzt nicht durch die Trägerkasse vergütet würden, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Dabei ist zunächst darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer selbst bestätigt, dass er die Behandlung mit dem Asthmamittel C.\_\_\_\_ auch in einem öffentlichen Spital oder in einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung erhalten könnte. Diese Sachleistungen könnte er bei der aushelfenden Trägerkasse F.\_\_\_\_ geltend machen. Da er seine Behandlung nicht in einem öffentlichen Krankenhaus oder einer Gesundheitseinrichtung in Anspruch nimmt, handelt es sich nicht um Sachleistungen, welche die Grundversicherung betreffen, weshalb sie von dieser nicht zu finanzieren sind. Von dieser Regelung ist aber nicht nur der Beschwerdeführer betroffen, sondern alle in Y.\_\_\_\_ wohnhaften Personen. Um sich in Y.\_\_\_\_ in einem Privatspital oder von einem Privatarzt behandeln lassen zu können, bedarf es einer privaten Zusatzversicherung bei einer Krankenversicherung. Dabei können die Versicherer

– wie im Übrigen auch in der Schweiz – bezüglich dem Alter und der Krankenvorgeschichte Einschränkungen und Vorbehalte bei allen versicherten Personen vornehmen, weshalb der Beschwerdeführer im Vergleich zu anderen in Y.\_\_\_\_\_ lebenden Personen nicht diskriminiert ist.

5.5.3.3 Soweit der Beschwerdeführer schliesslich mehrfach betont, dass das Gesundheitssystem in Y.\_\_\_\_\_ anders aufgebaut sei als in der Schweiz und dieses gemäss einer Studie aus dem Jahr 2011 als eines der schlechtesten in Europa gelte, so mag dies zutreffen. Tatsache ist jedoch, dass der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz freiwillig nach Y.\_\_\_\_\_ verlegt hat. Damit unterwarf er sich sämtlichen Regelungen im Wohnsitzstaat unter anderem mit der Konsequenz, dass ärztliche Leistungen in Y.\_\_\_\_\_ mit der aushelfenden Trägerkasse abzurechnen sind und nicht direkt mit der Beschwerdegegnerin abgerechnet werden können. Da diese Bestimmungen klar sind und die Argumentation des Beschwerdeführers daran nichts ändert, erübrigen sich dazu weitergehenden Ausführungen.

5.6 Zusammenfassend steht fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund der vorstehenden Erwägungen und der darin zitierten klaren Rechtslage keinen Anspruch für eine direkte Rückerstattung für Krankheitskosten hat, die ihm durch eine Behandlung oder einen Medikamentenbezug in Y.\_\_\_\_\_ entstanden sind. Die Beschwerde ist unter diesen Umständen abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann.

6. Art. 61 lit. f ATSG in der seit dem 1. Januar 2021 massgebenden Fassung hält fest, dass das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig ist, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Das KVG sieht keine Kostenpflicht vor, weshalb der vorliegende Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Der nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Soweit darauf eingetreten werden kann, wird die Beschwerde abgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Gegen diesen Entscheid hat der Beschwerdeführer am 7. September 2022 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verf.-Nr. 9C\_444/2022) erhoben.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>