



**Entscheidung des Kantonsgesichts Basel-Landschaft, Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht**

**vom 15. November 2023 (810 23 220)**

---

**Gesundheit**

**Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz / Zuständigkeit der Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht / keine Gleichwertigkeit bezüglich Leistungen der Langzeitpflege**

---

**Besetzung** Vizepräsident Daniel Ivanov, Kantonsrichterin Ana Dettwiler, Kantonsrichter Markus Clausen, Hans Furer, Niklaus Ruckstuhl, Gerichtsschreiberin Elena Diolaiutti

---

**Beteiligte** **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin

gegen

**Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft**, 4410 Liestal, Vorinstanz

---

**Betreff** Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz / Zweiter Rechtsgang (RRB Nr. 1575 vom 9. November 2021)

A. Die 1951 geborene deutsch-schweizerische Doppelbürgerin A.\_\_\_\_ ist seit 1985 in der Schweiz wohnhaft. Sie ist Ärztin Dr. med. und Specialist in Pharmaceutical Medicine FMH. Während ihrer ganzen Laufbahn war sie für internationale Firmen tätig. Sie leidet an keinen bedeutenden Vorerkrankungen und ist über die deutsche B.\_\_\_\_-AG (nachfolgend B.\_\_\_\_)

krankenversichert. Zudem ist sie in der Schweiz bei der C.\_\_\_\_ für das Risiko Pflege (D.\_\_\_\_ Langzeitpflegeversicherung) zusatzversichert. Nachdem ihre Tochter im Herbst 2019 von einem Auslandsaufenthalt in die Schweiz zurückgekehrt war, machte die Gemeinde E.\_\_\_\_ die Tochter auf das Krankenversicherungsobligatorium aufmerksam. Mit Schreiben vom 18. November 2020 stellte A.\_\_\_\_ bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG für sich "retrospektiv" ein Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz gemäss Art. 2 Abs. 8 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995. Ihr Gesuch begründete A.\_\_\_\_ im Wesentlichen damit, dass sie seit 1985 nie von einer schweizerischen Behörde oder Krankenkasse betreffend Krankenversicherung angefragt worden sei. Ihre deutsche Krankenkasse habe immer anstandslos sämtliche Behandlungskosten resp. Rezepte in der Schweiz übernommen. Es handle sich um eine weltweit gültige Privatversicherung mit Chefarztbehandlung und Anrecht auf ein 1. Klasse-/Einbett-Zimmer im Spital. Es sei ihr in der Schweiz nicht möglich Zusatzversicherungen abzuschliessen, da die hiesigen Krankenkassen dies wohl aufgrund ihres Alters ablehnen würden. Eine Grundversicherung in der Schweiz sei teurer als ihre aktuelle deutsche Privatversicherung. Nach ihrer Pensionierung im Jahre 2016 habe sich die monatliche Prämie sogar verringert, dies aufgrund von Vorauszahlungen an die deutsche Krankenversicherung in den letzten Jahrzehnten.

B. Mit Schreiben vom 4. Februar 2021 lehnte die Gemeinsame Einrichtung KVG das Gesuch mit der Begründung ab, die Versicherungsdeckung der deutschen Privatversicherung sei nicht gleichwertig mit der vorgeschriebenen Versicherungsdeckung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994.

C. Nachdem A.\_\_\_\_, nachfolgend immer vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin, mit Eingabe vom 2. März 2021 bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG um Erlass einer anfechtbaren Verfügung ersucht hatte, wies die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft (VGD) mit Verfügung Nr. 9 vom 25. März 2021 das Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz ab und verpflichtete A.\_\_\_\_ dazu, sich innert 30 Tagen ab Rechtskraft der Verfügung bei einer schweizerischen Krankenkasse zu versichern und der Gemeinsamen Einrichtung KVG eine Kopie des Versicherungsausweises zuzustellen. Dies begründete die VGD damit, dass kein Nachweis dafür vorliege, dass die deutsche Privatversicherung die Kosten für medizinische Behandlungen in der Schweiz in voller Höhe übernehme und die freie Wahl des Leistungserbringers nach Schweizer Recht gewährleiste.

D. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_ mit Eingabe vom 1. April 2021 Beschwerde beim Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft (Regierungsrat). Sie beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Gutheissung des Gesuchs um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die VGD zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge.

E. Mit Beschluss Nr. 2021-1575 vom 9. November 2021 wies der Regierungsrat die Beschwerde ab. Zusammengefasst begründete der Regierungsrat seinen Entscheid damit, dass Ausnahmen von der Versicherungspflicht und damit von der Zugehörigkeit zur Solidargemeinschaft der obligatorisch Versicherten in der Schweiz eng umschrieben seien. Art. 2 Abs. 8 KVV

sehe die Befreiung von der Versicherungspflicht lediglich für Personen vor, die sich im Rahmen des in der Schweiz nutzbaren Versicherungsangebots nur deshalb nicht im bisherigen Umfang Zusatzversichern könnten, weil sie wegen ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes entsprechende Zusatzversicherungen entweder überhaupt nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen erhalten würden. Die Ausnahmeregelung gehe von Zusatzversicherungsmöglichkeiten in der Schweiz und somit von überdurchschnittlich guten Auslandversicherungen aus. Die deutsche Privatversicherung der Beschwerdeführerin erbringe demgegenüber vielmehr Leistungen, die mit einer schweizerischen Grundversicherung vergleichbar seien. Teilweise würden die Leistungen weitergehen als die Leistungen der Grundversicherung nach KVG. Im Hinblick auf das Risiko Langzeitpflege seien die Leistungen der deutschen Privatversicherung (resp. der schweizerischen Zusatzversicherung) jedoch in jeder Hinsicht ungenügend. Ins Gewicht falle im Rahmen der Prüfung das Risiko, dass die deutsche Privatversicherung keine volle Kostendeckung für Leistungen gemäss der schweizerischen obligatorischen Versicherungspflicht gewährleisten würde. Die Ausnahmeregel nach Art. 2 Abs. 8 KVV komme folglich nicht zur Anwendung, weil keine Verschlechterung der bisherigen Versicherungsdeckung ersichtlich sei und die Kosten nach Schweizer Tarifen möglicherweise nicht übernommen würden.

F. Mit Eingabe vom 19. November 2021 erhob A.\_\_\_\_ gegen den Regierungsratsbeschluss (RRB) Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht (Kantonsgericht; Verfahren 810 21 299). Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung der VGD und des RRB und die Gutheissung des Gesuchs um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die VGD zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. In ihrer ergänzenden Beschwerdebegründung vom 20. Januar 2022 machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, die B.\_\_\_\_ habe bestätigt, dass die Kosten für die medizinischen Behandlungen in der Schweiz übernommen würden und keine Begrenzung auf Erstattungssätze im Herkunftsstaat vorgesehen sei. Des Weiteren sei der Versicherungsschutz nicht nur in Bezug auf die zahnärztlichen Behandlungen, sondern auch in Bezug auf ambulante und stationäre medizinische Leistungen weit besser als der nach der "Gleichwertigkeit" geforderte Standard der allgemeinen Abteilung eines zugelassenen Spitals in der Schweiz. In Bezug auf die Langzeitpflegekosten sei die Berechnung des Regierungsrats nicht korrekt, da die Beiträge der Gemeinde nicht wegfallen würden. Demzufolge reduziere sich der von der Beschwerdeführerin zusätzlich zu den Fr. 23.-- zu tragende Betrag pro Tag auf Fr. 15.20. Zudem entstünde diese Differenz nur bei der Pflegekonstellation in der höchsten Pflegebedarfsstufe. Für alle anderen Pflegekonstellationen bestehe eine vollständige Deckung der für den Krankenversicherer anfallenden Kosten durch die D.\_\_\_\_ Langzeitpflegeversicherung. Damit bleibe nur der Umstand, dass für die Leistungen der D.\_\_\_\_ Langzeitpflegeversicherung eine Wartefrist von 360 Tagen bestehe. Diesbezüglich könne die Befreiung mit einer Auflage verbunden werden. In Anbetracht, dass die deutsche Versicherung in weiten Teilen einen weitaus besseren Versicherungsschutz garantiere, die Beschwerdeführerin seit 1985 (Wohnsitznahme in der Schweiz) nie von der Gemeinde trotz deren diesbezüglicher Kontrollpflicht auf das Obligatorium hingewiesen worden sei, sie erst im Alter von 68 Jahren vom Obligatorium eines Versicherungsabschlusses in der Schweiz erfahren habe, sie aufgrund ihres Alters so gut wie keine Möglichkeit habe, Zusatzversicherungen abzuschliessen, und sie jahrelang im Voraus eine höhere monatliche Prämie an die B.\_\_\_\_ bezahlt

habe, damit sich die Prämie nach der Pensionierung reduziere, verstosse der Entscheid gegen den Grundsatz der Verhältnismässigkeit.

In seiner Vernehmlassung vom 22. März 2022 beantragte der Regierungsrat die kostenfällige Abweisung der Beschwerde. Er machte unter anderem geltend, die Gemeinde habe ihre Informations- und Kontrollpflicht nicht verletzt. Selbst wenn ihr eine Verletzung vorgeworfen werden müsste, könne die Beschwerdeführerin daraus für das vorliegende Verfahren nichts zu ihren Gunsten ableiten. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin sei die Frage der Gleichwertigkeit der ausländischen Versicherung mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss KVG keine Frage der "Gesamtbeurteilung", bei welcher einige über das Niveau der OKP hinausgehende Leistungen andere nicht gleichwertige Leistungsbereiche zu kompensieren vermögen würden. Vielmehr müsse die ausländische Versicherung in allen Punkten mit der OKP mindestens gleichwertig sein. Mit der – gelinde gesagt – interpretationsbedürftigen Bestätigung der B.\_\_\_\_\_ könne die Beschwerdeführerin den Beleg, dass die Voraussetzungen für eine Befreiung gegeben seien, nicht beibringen. Insbesondere sei nicht belegt, dass die ausländische Versicherung in allen Punkten mit der OKP gleichwertig sei. Des Weiteren müsse – entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin – die Wohngemeinde bei Personen, welche nicht nach KVG versichert seien, keinen Anteil der Pflegekosten gemäss den §§ 15a ff. des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) vom 25. März 1996 übernehmen. Überdies sei es grundsätzlich nicht unverhältnismässig, von der Beschwerdeführerin einen gleichwertigen Versicherungsschutz analog der OKP zu verlangen, auch wenn private Interessen dem entgegenstünden.

Am 30. Mai 2022 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ihre Honorarnote und eine Kurzreplik ein. Sie bestritt unter anderem die Auslegung des Regierungsrats der §§ 15a ff. EG KVG.

G. Nach einem Meinungs austausch zwischen dem Präsidium der Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht und demjenigen der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts zur Frage der sachlichen Zuständigkeit trat das Kantonsgericht, Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht, mit Beschluss vom 16. November 2022 auf die Beschwerde infolge fehlender Zuständigkeit nicht ein und überwies die Sache zuständigkeitshalber zur weiteren Behandlung an das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht.

H. Das Bundesgericht hiess die mit Eingabe vom 17. Januar 2023 gegen den Beschluss vom 16. November 2022 erhobene Beschwerde von A.\_\_\_\_\_ mit Urteil 9C\_38/2023 vom 21. April 2023 teilweise gut und wies die Sache zu neuer Entscheidung im Sinne der Erwägungen an das Kantonsgericht zurück. Es hielt fest, die Geschäftsleitung des Kantonsgerichts habe über die Zuständigkeit zu befinden.

I. Mit Beschluss vom 29. August 2023 wies die Geschäftsleitung des Kantonsgerichts die Beschwerde vom 19. November 2021 der Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht des Kantonsgerichts zur Beurteilung zu.

J. Das Präsidium der Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht verfügte am 22. September 2023, dass das Verfahren 810 21 299 unter der neuen Verfahrensnummer 810 23 220 weitergeführt und der Fall der Kammer zur Beurteilung überwiesen werde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1. Nach § 43 Abs. 1 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (Verwaltungsprozessordnung, VPO) vom 16. Dezember 1993 ist die verwaltungsgerichtliche Beschwerde beim Kantonsgericht zulässig gegen Verfügungen und Entscheide des Regierungsrats sowie letztinstanzliche Entscheide der Direktionen und gegen letztinstanzliche Entscheide der Landeskirchen, sofern dem Kantonsgericht die Zuständigkeit nicht durch dieses Gesetz oder durch andere Gesetze entzogen ist. Angefochten ist ein Entscheid des Regierungsrats. Unklar war vorliegend, ob die Abteilung Sozialversicherungsrecht oder die Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht des Kantonsgerichts zur Behandlung der Beschwerde zuständig sei. Im Beschluss vom 16. November 2022 kam die Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht des Kantonsgerichts zum Schluss, dass ihr von Bundesrecht wegen (Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000 i.V.m. § 54 Abs. 1 VPO und Art. 1 KVG) für die Beurteilung der vorliegenden Angelegenheit die Zuständigkeit entzogen sei.

1.2. Nachdem das Bundesgericht mit Urteil 9C\_38/2023 vom 21. April 2023 die Angelegenheit an das Kantonsgericht zurückwies, gelangte die Geschäftsleitung des Kantonsgerichts in ihrem Beschluss vom 29. August 2023 zum Ergebnis, zur Beurteilung der Streitsache sei gemäss § 43 Abs. 1 VPO die Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht des Kantonsgerichts zuständig. Die Geschäftsleitung begründete die Zuständigkeit der Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht damit, dass der Charakter des Verfahrens betreffend Einhaltung der Versicherungspflicht bzw. Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht aufgrund der Kontrollfunktion und -befugnis der Gemeinden sowie der Verfügungshoheit der VGD verwaltungsrechtlicher Natur und demgemäss als Verwaltungsverfahren einzustufen sei (vgl. Art. 3 Abs. 1 KVG, § 3 Abs. 1 EG KVG). Daraus ergebe sich die Anwendung von § 43 Abs. 1 VPO und somit die Zuständigkeit der Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht. Darüber hinaus könne die Zuständigkeit der Abteilung Sozialversicherungsrecht insofern ausgeschlossen werden, als das Bundesgericht in seinem Entscheid 9C\_38/2023 vom 21. April 2023 (E. 4.2) zwar auf die direkt anwendbaren Mindestanforderungen an das kantonale Verfahren gemäss Art. 61 lit. a bis i ATSG hingewiesen habe, diese Anforderungen jedoch nur für die Verfahren im engeren Sinn und nicht für die sachliche Zuständigkeit gälten. Für das vorliegende Verfahren sei somit das kantonale Recht und damit § 54 VPO massgeblich. Abs. 1 und 2 dieser Bestimmung seien abschliessend. Beschwerden gegen Entscheide über die KVG-Versicherungspflicht seien darin nicht aufgeführt (im Unterschied zu den Beschwerden gegen Einspracheentscheide im Bereich der Prämienverbilligungen nach KVG, vgl. § 54 Abs. 2 lit. b VPO i.V.m § 15 EG KVG). Die Geschäftsleitung hielt zusammengefasst fest, dass die Beurteilung der Streitsache gemäss § 43 Abs. 1 VPO der Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht zugewiesen werde, da das Verfahren zur Befreiung von der KVG-Pflicht als Verwaltungsverfahren einzustufen sei, die Aufzäh-

lungen in § 54 Abs. 1 und 2 VPO abschliessend seien und Beschwerden gegen Entscheide über die Befreiung vom Versicherungsobligatorium nach KVG darin nicht aufgeführt würden. Damit ist die Zuständigkeit des Kantonsgerichts, Abteilung Verfassungs- und Verwaltungsrecht, gegeben. Da die übrigen formellen Voraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

2. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung gelten für den Bereich des Verfahrens betreffend Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht die Bestimmungen des ATSG, so insbesondere Art. 61 lit. a bis i ATSG, welche direkt anwendbare Mindestanforderungen an das kantonale Verfahren statuieren (Urteil des BGer 9C\_38/2023 vom 21. April 2023 E. 4.2; Urteil des BGer 9C\_754/2019 vom 23. April 2020 E. 5.1 ff. m.w.H.). Die Aufzählung in Art. 61 lit. a bis i ATSG, die als abschliessend gilt, verpflichtet die Kantone unter anderem zu einem Verfahren, das einfach, rasch und für die Parteien unentgeltlich zu sein hat (lit. a; betreffend Kostenlosigkeit vgl. die Ausnahme in Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] vom 19. Juni 1959). Zudem hat das Sozialversicherungsgericht die für den Entscheid erheblichen Tatsachen unter Mitwirkung der Parteien festzustellen (lit. c; vgl. zum Ganzen auch Art. 73 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge [BVG] vom 25. Juni 1982). Dies entspricht im Wesentlichen dem Untersuchungsgrundsatz, wie er für die Versicherungsträger in Art. 43 ATSG verankert ist (BGE 143 V 269 E. 5.2 m.w.H.). Art. 61 lit. c ATSG statuiert, dass das Versicherungsgericht unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen festlegt; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei. Daraus ergibt sich, dass im Verfahren nach ATSG-Bestimmungen das Gericht auch eine volle Kognition und damit auch eine Angemessenheitskontrolle hat (Urteil des BGer 9C\_363/2009 E. 3.3; UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 4. vollständig revidierte Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Rz 106 zu Art. 61 ATSG; vgl. § 57 Abs. 1 lit. c VPO). Das Kantonsgericht beurteilt demzufolge die vorliegende Beschwerde mit voller Kognition.

3.1. Grundsätzlich muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme in der Schweiz für Krankenpflege versichern lassen (Art. 3 Abs. 1 KVG). Der Bundesrat kann indessen Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen (Art. 3 Abs. 2 KVG). Nach Art. 2 Abs. 8 KVV sind insbesondere 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. Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen (Urteil des BGer 9C\_858/2016 vom 20. Juni 2017 E. 2.1; Urteil des BGer 9C\_510/2011 vom 12. September 2011 E. 2.1).

3.2.1. 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. Für die Anwendung von Art. 2 Abs. 8 KVV sind daher strenge Massstäbe zu setzen. Insbesondere darf diese Bestimmung nicht dazu dienen, 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 in der Schweiz tatsächlich vorhandenen Angeboten wegen ihres Alters und/oder Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen Gebrauch machen kann (Urteil des BGer 9C\_858/2016 vom 20. Juni 2017 E. 2.2.1; Urteil des BGer 9C\_510/2011 vom 12. September 2011 E. 2.2; BGE 132 V 310 E. 8.5.6; Urteil des BGer 9C\_921/2008 vom 23. April 2009 E. 4.3).

3.2.2. Es ist sachgerecht, für die Frage nach einer klaren Verschlechterung des Versicherungsschutzes gemäss Art. 2 Abs. 8 KVV auch die Nachteile der bisherigen Versicherung zu berücksichtigen, wenn dadurch die KVG-Versicherungsdeckung unterschritten wird. Für die Befreiungstatbestände der Art. 2 Abs. 2 - 5 und 7 KVV ist jeweils explizit ein mit jenem nach KVG "gleichwertiger Versicherungsschutz" erforderlich (vgl. BGE 134 V 34 E. 5; Urteil des BGer 9C\_313/2010 vom 5. November 2010 E. 4.3). Auch wenn mit dem Wortlaut von Art. 2 Abs. 8 KVV nicht ausdrücklich ein gleichwertiger Versicherungsschutz verlangt wird, ist die Tatsache dessen Fehlens schon aus gesetzessystematischen Gründen und mit Blick auf einen umfassenden (Mindest-)Versicherungsschutz relevant. Ausserdem ist eine Lücke in der Versicherungsdeckung (im Vergleich zu den Mindestvorschriften des KVG) – jedenfalls wenn sie erheblich ist – auch angesichts der mit dem Versicherungsobligatorium angestrebten Solidarität zwischen Gesunden und Kranken als klarer Mangel zu werten, der durch Unterstellung unter die Versicherungspflicht behoben wird (Urteil des BGer 9C\_510/2011 vom 12. September 2011 E. 2.2 und 4.4.2).

3.2.3. Die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes bemisst sich nach Massgabe des KVG. Die OKP, auch Grundversicherung genannt, ist im KVG geregelt. Gleichwertiger Versicherungsschutz liegt vor, wenn die ausländische oder im Inland abgeschlossene private Versicherung während der ganzen Geltungsdauer der Befreiung die 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 im Wesentlichen in gleicher Weise voll deckt wie das KVG. Bei nichterwerbstätigen Personen muss auch das Unfallrisiko gedeckt sein. Keine Gleichwertigkeit besteht bei erheblichen Lücken im Versicherungsschutz (BGE 134 V 34 E. 5.9). Von Gleichwertigkeit kann nur gesprochen werden, wenn die versicherte Person im Versicherungsfall nicht oder nicht wesentlich höhere Kosten selber zu tragen hätte, als wenn sie in der OKP versichert wäre. Es dürfen beispielsweise bei der ausländischen Krankenversicherung keine Limitierungen wie maximale Kosten pro Tag oder maximale Versicherungsdeckung bestehen, da das KVG keine solchen Limitierungen kennt. Die Leistungspositionen der ausländischen Versicherung müssen in der Hauptsache im Minimum dem gesetzlichen Pflichtleistungskatalog entsprechen (BGE 134 V 34 E. 5.8; Urteil des BGer 9C\_313/2010 vom 5. November 2010 E. 4.3). Die fehlende Deckung für Pflegekosten, wie sie in Art. 25a sowie Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG und Art. 7 der Verordnung des Eidgenös-

sischen Departements des Innern (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 vorgesehen ist, stellt gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung daher einen schwerwiegenden Mangel der bisherigen Versicherung dar (Urteil des BGer 9C\_858/2016 vom 20. Juni 2017 E. 2.2.2; Urteil des BGer 9C\_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 2.2.2; Urteil des BGer 9C\_510/2011 vom 12. September 2011 E. 4.4.2 und 4.4.3; Urteil des BGer 9C\_86/2016 vom 18. November 2016 E. 2.2). Ein angemessener Pflegebeitrag muss gewährleistet sein. Wo die versicherte Person bei Behandlungen in der Schweiz keinen Anspruch auf Tarifschutz hat, ist Gleichwertigkeit nur gegeben, wenn die ausländische oder im Inland abgeschlossene private Versicherung die Mehrkosten aus der fehlenden gesetzlichen Tarifbindung übernehmen kann (vgl. zum Ganzen GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bd. XIV, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, Basel 2016, S. 426 Rz 58; Urteil des BGer 9C\_510/2011 vom 12. September 2011 E. 4.4.3). Ist die ausländische Versicherungsdeckung für einen speziellen medizinischen Bereich besser als in der OKP und kann eine entsprechende Zusatzversicherung in der Schweiz aufgrund der konkreten gesundheitlichen Verhältnisse nicht mehr abgeschlossen werden, erweist sich aber die bestehende ausländische Versicherung der OKP in allen anderen Bereichen nicht als ebenbürtig, kann nicht von einer klaren Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes gesprochen werden (Urteil des BGer 9C\_750/2009 vom 16. Juni 2010 E. 3; EUGSTER, a.a.O., S. 427 Rz 59).

3.2.4. 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 (Urteil des BGer 9C\_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 4.2; Urteil des BGer 9C\_858/2016 vom 20. Juni 2017 E. 4.3). Auch für den Fall, dass die bisherige Versicherung alle Vorteile wie freie Arzt- und Spitalwahl, im Spital Zweibettzimmer und Chef- bzw. Belegarztbehandlung, weltweite volle Kostendeckung, Rücktransporte aus dem Ausland, Zahnbehandlungen (samt Prophylaxe) und Beiträge an Sehhilfen hatte, fällt der ungenügende Versicherungsschutz für Pflegeleistungen schwerer ins Gewicht, und zwar auch dann, wenn er der einzige Nachteil der bisherigen Versicherungslösung sein sollte (Urteil des BGer 9C\_858/2016 vom 20. Juni 2017 E. 4.6; Urteil des BGer 9C\_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 4.5).

4.1. Strittig ist, ob die B.\_\_\_\_ die in der Schweiz durchgeführten medizinischen Behandlungen nach schweizerischen Tarifen übernimmt oder nicht.

4.2. Nach Art. 44 KVG müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach dem KVG keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Das von der Beschwerdeführerin mit der Beschwerde begründung an den Regierungsrat eingereichte Merkblatt der Gemeinsamen Einrichtung KVG hält fest, dass Privatversicherte in der Schweiz keinen Tarifschutz geniessen würden. Die Leistungserbringer seien nicht an die vertraglich oder behördlich vorgegebenen Tarife gebunden. Um sich von der schweizerischen Versicherungspflicht befreien zu können,

müsse der Privatversicherer somit die Kosten der medizinischen Behandlungen in der Schweiz in voller Höhe übernehmen und dürfe keine Tarifbeschränkung vornehmen (vgl. Merkblatt der Gemeinsamen Einrichtung KVG "Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz für Personen mit einer ausländischen Privatversicherung" vom Oktober 2018).

4.3.1. Im Nachtrag zum Versicherungsschein Krankenversicherung der B.\_\_\_\_ vom 14. November 2020 wird der Versicherungsumfang im Wesentlichen wie folgt umschrieben: ambulante Heilbehandlung (Selbstbeteiligung Euro 800.-- für Arzneimittel), stationäre Heilbehandlung (Wahlleistung Arzt, 1-/2-Bettzimmer), zahnärztliche Behandlung (100% Zahnbehandlung, 75% Zahnersatz), Reise Schutzbrief, Krankenhaustagegeld, alle Leistungen jeweils immer mit Ausdehnungsvereinbarung wegen Auslandsaufenthalt vom 1. Juni 2019 bis 31. Mai 2024.

4.3.2. Die Beschwerdeführerin reichte das "Certificate of Entitlement" vom 29. Dezember 2020 ein. Dieses gilt für Personen "residing outside of Germany in a member state of the EU, the EEA or Switzerland". Im Dokument wird festgehalten, es habe die Bestätigung zum Ziel, dass die genannte Person durch eine "substitutive private health insurance" in Deutschland versichert sei (vorliegend durch die B.\_\_\_\_). Des Weiteren wird festgehalten, "The holder is entitled to full reimbursement, in accordance with the terms of the insurance contract, of the costs of medical treatment provided in Switzerland". Zudem wird ausgeführt, dass diese Bestätigung "solely (einzig und allein) to certify the existence of comprehensive (umfassende) health insurance coverage in the country mentioned above" diene. Die B.\_\_\_\_ erläutert im Schreiben vom 29. Dezember 2020 die Bedeutung dieses Dokuments. Es hält darin fest, dass ein neues Formular seit dem Jahr 2017 den Nachweis des Versicherungsschutzes im Ausland erleichtere. Im Gegensatz zu der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), für die es ein standardisiertes Formular gebe, um das Bestehen einer Krankenvollversicherung nachzuweisen, habe bisher eine entsprechende mit den Krankenversicherungsträgern der EU-Staaten und der EWR-Länder abgestimmte Bescheinigung für die private Krankenversicherung gefehlt. Mit diesem Dokument, welches vom Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) entworfen und mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales abgestimmt worden sei, ändere sich dies. Die B.\_\_\_\_ erklärt, die Beschwerdeführerin solle dieses Dokument für den Nachweis des Versicherungsschutzes in der Schweiz einreichen. Sie könne der Beschwerdeführerin das Formular der Gemeinsamen Einrichtung KVG "Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht für Personen mit einer ausländischen Privatversicherung" nicht ausgefüllt zukommen lassen.

4.3.3. Die B.\_\_\_\_ hat alsdann das Formular "Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht für Personen mit einer ausländischen Privatversicherung" der Gemeinsamen Einrichtung KVG am 10. Mai 2021 dennoch ausgefüllt, jedoch mit Streichungen. Im vordruckten Teil wird unter dem Titel "Bestätigung des ausländischen Privatversicherers" Folgendes festgehalten:

"Der Versicherer bestätigt, dass

- die Kosten für medizinische Behandlungen in der Schweiz nach schweizerischen Tarifen übernommen werden und keine Begrenzung auf Erstattungssätze im Herkunftsstaat vorgesehen ist
- die freie Wahl des Leistungserbringers in der Schweiz nach Schweizer Recht gewährleistet ist

- Sachleistungen im Allgemeinen auch im Ausland übernommen werden (weltweiter Versicherungsschutz)

Zudem werden folgende besondere Versicherungsleistungen gewährt (bitte Zutreffende ankreuzen oder ergänzen):

- freie Spitalwahl (öffentlich/privat)
- Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
- Chefarztbehandlung"

Die B.\_\_\_\_ hat im ersten Punkt die Passage "nach schweizerischen Tarifen" und im zweiten Punkt die Passage "nach Schweizer Recht" durchgestrichen. Bei den besonderen Versicherungsleistungen hat sie die freie Spitalwahl (öffentlich/privat), Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung angekreuzt.

In der E-Mail vom 10. Mai 2021 an die Beschwerdeführerin erklärt die B.\_\_\_\_, sie dürfe die Bescheinigung (Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht für Personen mit einer ausländischen Privatversicherung) nur mit diesen Streichungen bestätigen.

Der Versicherungsmakler der Beschwerdeführerin hat in seiner E-Mail vom 14. Januar 2022 ausgeführt, dass die B.\_\_\_\_ am 29. Dezember 2020 die Begründung geliefert und mit Datum 10. Mai 2021 bestätigt habe, dass sie das Formular nur mit Streichungen ausfertigen dürfe. Er versichert, dass die B.\_\_\_\_ keine Handhabe habe, dies anders zu gestalten. Die B.\_\_\_\_ könne die Zusicherung nur mit diesen Streichungen bzw. Korrekturen erteilen. Dies sei für ihn juristisch sinnvoll, da die B.\_\_\_\_ Tarife habe, die zunächst in Deutschland Gültigkeit hätten und nicht dem schweizerischen Recht unterlägen, und die B.\_\_\_\_ durch Erweiterung des Geltungsbereiches bescheinigt habe, Versicherungsschutz ohne Begrenzung der Erstattungssätze zu leisten. Das Formular der Gemeinsamen Einrichtung KVG habe Schwachstellen und die B.\_\_\_\_ – so der Versicherungsmakler weiter – sei ein äusserst korrekt arbeitender Konzern. Da er das Gesuch der Beschwerdeführerin nun zweimal der B.\_\_\_\_ zur Prüfung vorgelegt habe, sehe er von einer erneuten Unterbreitung ab. Für ihn sei die Begründung dem ersten Schreiben zu entnehmen.

4.4.1. Die Beschwerdeführerin vertritt die Auffassung, aus der Passage im Certificate of Entitlement mit dem Inhalt "The holder is entitled to full reimbursement, in accordance with the terms of the insurance contract, of the costs of medical treatment provided in Switzerland", lasse sich eine volle Kostenübernahme nach schweizerischen Tarifen (full reimbursement) ableiten. Die VGD vertritt dagegen die Auffassung, dass eine volle Kostenübernahme nur "in accordance with the terms of the insurance contract" erfolge, also nur in Übereinstimmung mit den Bedingungen des Versicherungsvertrages. Der Regierungsrat kam zum Schluss, dass dieser Passus unklar sei. Es sei Sache der Beschwerdeführerin und nicht des Regierungsrats darzulegen, z.B. mit einer schriftlichen Bestätigung der B.\_\_\_\_, was mit dem fraglichen Passus "in accordance with the terms of the insurance contract" genau bezweckt werde. Da eine vorbehaltlose Bestätigung der B.\_\_\_\_ erforderlich sei, wonach in der Schweiz durchgeführte Behandlungen auch zu schweizerischen Tarifen übernommen würden, taue das vorliegende Certificate of Entitlement

nicht als Nachweis der Gleichwertigkeit der ausländischen Privatversicherung mit einer obligatorischen Krankenversicherung nach KVG.

4.4.2. In Bezug auf das Formular "Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht für Personen mit einer ausländischen Privatversicherung" erklärt der Regierungsrat, die VGD habe argumentiert, dass die B.\_\_\_\_ durch die Streichung der Passage die Kostenerstattung nach schweizerischen Tarifen explizit wegbedungen habe. Ebenfalls wegbedungen sei damit der Tarifschutz nach Art. 44 KVG. Die Beschwerdeführerin hat vor Regierungsrat hingegen die Ansicht vertreten, dass die Streichung gar keine Bedeutung habe, da im Bereich der Privatversicherungen kein Tarifschutz gelte. Die Leistungserbringer seien nicht an die vertraglich oder behördlich vorgegebenen Tarife gebunden. Der Privatversicherer müsse daher die Kosten für medizinische Behandlungen in der Schweiz in voller Höhe übernehmen und dürfe keine Tarifbeschränkungen vornehmen. Die Streichung des Passus nach schweizerischen Tarifen sei somit folgerichtig. Ein Bestehen auf der fraglichen Passage würde den Zielsetzungen des KVG zuwiderlaufen. Es handle sich um eine Form von überspitztem Formalismus. Es sei erwiesen, dass die B.\_\_\_\_ Kosten für medizinische Behandlungen in der Schweiz vollständig übernehme und keine Begrenzung auf Erstattungssätze im Herkunftsland vorgesehen seien.

4.4.3. Der Regierungsrat führt in seinem RRB aus, nach Art. 44 KVG müssten sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürften für Leistungen nach KVG keine weitergehenden Vergütungen berechnen. Das von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegte Merkblatt der Gemeinsamen Einrichtung KVG halte fest, dass für Privatversicherte kein Tarifschutz gelte. Um sich von der schweizerischen Versicherungspflicht befreien zu können, sei es somit erforderlich, dass der ausländische Privatversicherer Kosten für medizinische Behandlungen in der Schweiz in voller Höhe übernehme und keine Tarifbeschränkung vornehme. Fraglich sei somit, ob sich die B.\_\_\_\_ verpflichtet habe, medizinische Behandlungen in der Schweiz in voller Höhe zu übernehmen. Unbestritten sei, dass die B.\_\_\_\_ keine Begrenzung auf Erstattungssätze im Herkunftsstaat vorgenommen habe. Die Voraussetzung der fehlenden Tarifbeschränkung sei also erfüllt. Unklar sei jedoch noch, ob die B.\_\_\_\_ medizinische Behandlungen auch zu den (vergleichsweise höheren) schweizerischen Tarifen in voller Höhe übernehme oder nur teilweise. Der Regierungsrat führt weiter aus, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG das Formular "Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht für Personen mit einer ausländischen Privatversicherung" den Versicherten zur Verfügung stelle, um eine einheitliche Praxis zu erleichtern. Es sei jedoch nicht zwingend notwendig, dass das fragliche Formular ohne Streichungen unterzeichnet werde. Vielmehr komme es darauf an, dass der ausländische Privatversicherer sich dabei behaften lasse, medizinische Behandlungen in der Schweiz in voller Höhe zu übernehmen, mit anderen Worten also anfallende Behandlungskosten analog den Vorgaben des KVG übernehme. Der Regierungsrat erläutert, dass vorliegend unklar bleibe, weshalb die B.\_\_\_\_ die Passage "nach schweizerischen Tarifen" gestrichen habe. Aus der E-Mail vom 10. Mai 2021 gehe nicht hervor, weshalb die B.\_\_\_\_ auf die Streichungen bestehe. Im Rahmen der Mitwirkungspflicht wäre es der Beschwerdeführerin zumutbar gewesen, von der B.\_\_\_\_ eine schriftliche Bestätigung einzuholen, wonach man die Streichung des betreffenden Passus bloss aus rechtlichen Gründen (Tarifschutz) vorgenommen habe, ohne jedoch damit eine vollständige Kostenübernahme von in

der Schweiz anfallenden Behandlungskosten wegzubedingen. Die Argumentation der Beschwerdeführerin, wonach die Streichung des fraglichen Passus durch die B.\_\_\_\_ im Hinblick auf die Zielsetzungen des KVG folgerichtig sei, bedürfe zur Plausibilisierung einer zusätzlichen schriftlichen Bestätigung. Alternativ wäre es auch möglich gewesen, eine schriftliche Zusicherung der B.\_\_\_\_ vorzulegen, dass man sämtliche in der Schweiz anfallenden Behandlungskosten in voller Höhe übernehme. Da eine derartige Bestätigung aber nicht vorliege, müsse im Zweifel davon ausgegangen werden, dass die B.\_\_\_\_ sich eben nicht vorbehaltlos dazu verpflichtet habe, sämtliche Behandlungskosten in der Schweiz in voller Höhe zu übernehmen.

4.5.1. Die Beschwerdeführerin hat am 18. November 2020 ein Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht gestellt. Gemäss Art. 2 Abs. 8 KVV ist dem Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht eine schriftliche Bestätigung des ausländischen Versicherers mit allen erforderlichen Angaben beizulegen. Vorliegend liegt einerseits das von der B.\_\_\_\_ ausgestellte "Certificate of Entitlement" vom 29. Dezember 2020 sowie eine Bestätigung der B.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2021 auf dem standardisierten Gesuchsformular der Gemeinsamen Einrichtung KVG vor.

4.5.2. Dem "Certificate of Entitlement" ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin über eine private Krankenversicherung in Deutschland verfügt, welche ihr "nach Massgabe des Versicherungsvertrages" volle Kostenerstattung für ärztliche Behandlungen bei Krankheit und Unfall in der Schweiz gewährt. Aus der Bestätigung der B.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2021 auf dem standardisierten Gesuchsformular ergibt sich, dass erstens die Kosten für medizinische Behandlungen in der Schweiz übernommen werden und keine Begrenzung auf Erstattungssätze im Herkunftsstaat (Deutschland) vorgesehen ist, zweitens die freie Wahl des Leistungserbringers in der Schweiz gewährleistet ist und drittens Sachleistungen im Allgemeinen auch im Ausland übernommen werden (weltweiter Versicherungsschutz). Zudem erhält die Beschwerdeführerin noch besondere Versicherungsleistungen, nämlich freie Spitalwahl, Unterbringung im Ein- oder Zweibett-Zimmer sowie Chefarztbehandlung.

4.5.3. Bezüglich des "Certificate of Entitlement" bemängelt die Vorinstanz, es sei unklar, was mit dem Passus "nach Massgabe des Versicherungsvertrages" gemeint sei. Jedenfalls gehe aus dem "Certificate of Entitlement" nicht klar hervor, dass eine vorbehaltlose Übernahme der in der Schweiz durchgeführten Behandlungen zu schweizerischen Tarifen erfolge. Die B.\_\_\_\_ versichert in dem Zertifikat eine volle Kostendeckung in der Schweiz. Wobei der Passus "nach Massgabe des Versicherungsvertrages" zugegebenermassen einen Interpretationsspielraum offenlässt. Die naheliegende Auslegung ist jedoch, dass die volle Kostenerstattung (full reimbursement) für ärztliche Behandlungen in der Schweiz gewährt wird zu den im Vertrag genannten Bedingungen wie z.B., dass die Beschwerdeführerin eine Selbstbeteiligung in der Höhe von Euro 800.-- für Arzneimittel gemäss dem Nachtrag zum Versicherungsschein Krankenversicherung zu bezahlen hat. Das Zertifikat räumt aber nicht alle Zweifel aus, ob eine weitere Einschränkung (ausser der Selbstbeteiligung) der Übernahme der medizinischen Behandlungskosten in der Schweiz erfolgen könnte.

4.5.4. Die Vorinstanz qualifiziert die Bestätigung der B.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2021 auf dem standardisierten Formular als ungenügend, weil die Passus "nach schweizerischen Tarifen" und "nach Schweizer Recht" durchgestrichen wurden. Aus der Bestätigung ergibt sich, dass die Übernahme der Kosten keine Begrenzung auf die Erstattungssätze im Herkunftsstaat erfährt. Dies wird auch von der Vorinstanz anerkannt. Diese zweifelt jedoch daran, dass die Kosten für die in der Schweiz durchgeführten Behandlungen auch zu schweizerischen Tarifen übernommen werden. Bestätigt wird die Übernahme der Kosten für medizinische Behandlungen in der Schweiz, wobei – wie hiavor ausgeführt – keine Einschränkung auf die Erstattungssätze in Deutschland vorgesehen ist. Wird die Einschränkung auf die Erstattungssätze in Deutschland ausgeschlossen und wird bestätigt, dass die Kosten für die medizinischen Behandlungen in der Schweiz übernommen werden, kann sich daraus nur ergeben, dass die Kosten für die in der Schweiz durchgeführten Behandlungen in voller Höhe übernommen werden. Aus der Streichung des Passus "nach schweizerischen Tarifen" in Verbindung mit der Bestätigung, dass keine Begrenzung auf Erstattungssätze im Herkunftsstaat vorgenommen wird, lässt sich nicht ableiten, dass eine Beschränkung der Übernahme der Kosten für medizinische Behandlungen in der Schweiz auf irgendwelche Tarife stattfinden solle, weder auf die Tarife gemäss Art. 44 KVG (welche für Privatversicherer überdies nicht gelten) noch auf anderweitige Tarife. Vielmehr wird bestätigt, dass eine freie Wahl des Leistungserbringers in der Schweiz gewährleistet wird und die Beschwerdeführerin Anspruch auf Unterbringung in ein Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung hat und der Versicherer die Kosten für die medizinischen Behandlungen übernimmt. Somit ändern die Streichungen im Ergebnis nichts daran, dass die B.\_\_\_\_ bestätigt hat, dass die Kosten für medizinische Behandlungen der Beschwerdeführerin in der Schweiz übernommen werden, und zwar in voller Höhe (abgesehen von der Selbstbeteiligung), wie dies auch im "Certificate of Entitlement" erklärt wird. Aus den beiden Dokumenten ergibt sich, dass die B.\_\_\_\_ bestätigt, die in der Schweiz aufgrund durchgeführter Behandlungen anfallenden Kosten voll (mit Ausnahme von Selbstbeteiligungen) zu übernehmen. Dass die B.\_\_\_\_ keine Beschränkungen der Leistungen vornimmt, wird überdies durch die Aussage der Beschwerdeführerin untermauert, gemäss welcher die B.\_\_\_\_ (bzw. die "F.\_\_\_\_", welche am 1. Mai 1995 an die B.\_\_\_\_ verkauft wurde) in der Vergangenheit die Spalkosten für ein Einzelzimmer und die Chefarztekosten vollumfänglich übernommen habe.

4.5.5. Damit hat die Beschwerdeführerin die erforderlichen Angaben eingereicht, um eine Beurteilung zu erlauben, ob und wie sie in der Schweiz versichert ist. Aus diesen Angaben resultiert, dass die B.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin die volle Kostenerstattung für ärztliche Behandlungen in der Schweiz gewährt, und zwar ohne Tarifbeschränkungen oder sonstige Beschränkung (mit Ausnahme von Selbstbeteiligungen). Damit ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin insofern besser als nach KVG versichert ist, als sie Anspruch auf Kostenübernahme bei freier Spalkwahl, für Unterbringung im Ein- oder Zweibett-Zimmer, für Chefarztbehandlung und für zahnärztliche Behandlung hat. Allenfalls ist die Beschwerdeführerin durch den Reise-Schutzbrief und den Anspruch auf Krankenhaustagegeld auch besser als nach KVG versichert ist. Bezüglich ambulanter und stationärer medizinischer Leistungen verfügt die Beschwerdeführerin damit entgegen den Schlussfolgerungen der Vorinstanzen somit über einen das schweizerische Versicherungsobligatorium hinausgehenden Versicherungsschutz, weshalb die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes diesbezüglich bejaht werden muss.

5.1. Als nächstes ist zu beurteilen, ob die Gleichwertigkeit auch in Bezug auf Langzeitpflegeleistungen gegeben ist.

5.2.1. A.\_\_\_\_ ist bei der B.\_\_\_\_ nicht gegen das Risiko Langzeitpflege versichert. Sie hat aber in der Schweiz bei der C.\_\_\_\_ eine D.\_\_\_\_ Langzeitpflege-Versicherung abgeschlossen. Diese Zusatzversicherung sieht eine Beteiligung an ungedeckten Pflegekosten von Fr. 100.-- pro Tag mit einer Wartefrist von 360 Tagen vor. Festzustellen ist, dass wegen dieser Karenzfrist im ersten Jahr einer allfälligen Pflegebedürftigkeit keinerlei krankensicherungsrechtliche Absicherung besteht. Dagegen garantiert Art. 25a Abs. 1 KVG schon ab dem ersten Tag der Pflegebedürftigkeit Beiträge der obligatorischen Krankenversicherung. Somit verfügt die Beschwerdeführerin während der einjährigen Karenzfrist keine dem Versicherungsobligatorium ebenbürtige Versicherung.

5.2.2. Nach Ablauf des Karenzjahres gestaltet sich die Sachlage wie folgt: Im Kanton Basel-Landschaft betragen nach § 1 Abs. 1 der Verordnung über die Finanzierung von Pflegeleistungen vom 22. Februar 2011 in der vom 1. Januar bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung die verrechenbaren Pflegekosten (anrechenbaren Normkosten) für Alters- und Pflegeheime zwischen Fr. 25.95 (Pflegebedarfsstufe 1) und Fr. 298.45 (Pflegebedarfsstufe 12). Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Gemäss § 7a Abs. 3 lit. I KLV beträgt der höchste vom Bundesrat festgesetzte Pflegebeitrag Fr. 115.20 und damit der von der versicherten Person gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG zu tragende Betrag Fr. 23.-- (20 % von Fr. 115.20 = gerundet Fr. 23.--). Nach § 15a Abs. 1 EG KVG übernimmt bei Pflegeleistungen nach der Krankenversicherungsgesetzgebung, ausgenommen bei Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die Niederlassungsgemeinde die Differenz zwischen den anrechenbaren Kosten der Pflegeleistungen (gemäss § 1 der Verordnung über die Finanzierung von Pflegeleistungen vom 22. Februar 2011) und dem Beitrag der obligatorischen Krankenversicherung abzüglich des Anteils der versicherten Person. Damit übernahm im Jahr 2021 (im Jahr 2023 sind die Pflegenormkosten gestiegen) im Falle der Pflegebedarfsstufe 12 von den anrechenbaren Normkosten in der Höhe von Fr. 298.45 die versicherte Person Fr. 23.--, der Krankenversicherer Fr. 115.20 und die Gemeinde Fr. 160.25 (Fr. 298.45 – Fr. 23.-- – Fr. 115.20; vgl. zu den Tarifen und der Kostenverteilung zwischen dem Krankenversicherer, der versicherten Person und der Gemeinde im Jahr 2023 Dokument "Grundlagen der Pflegefinanzierung Kanton Basel-Landschaft ab 2023", abrufbar unter <https://www.baselland.ch> → Politik und Behörden - Direktionen → Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion → Amt für Gesundheit → Alter → Pflegefinanzierung → Grundlagen der Pflegefinanzierung im Kanton Basel-Landschaft, zuletzt besucht am 8. November 2023). In den Pflegebedarfsstufen 1 bis 10 beträgt der vom Krankenversicherer zu tragende Teil weniger als Fr. 100.-- und in den Pflegebedarfsstufen 11 und 12 mehr als Fr. 100.--.

5.2.3. Damit kann festgehalten werden, dass der von der C.\_\_\_\_ bei einem Aufenthalt in einem Alters- oder Pflegeheim zu übernehmende Betrag von Fr. 100.-- pro Tag die Leistungen

des Krankenversicherers nach KVG bei den Pflegebedarfsstufen 1 bis 10 decken bzw. übersteigen würde, bei den Pflegebedarfsstufen 12 und 11 hingegen wären die Leistungen der C.\_\_\_\_\_ im Vergleich zu den Leistungen nach KVG um Fr. 15.60 pro Tag (im Jahr Fr. 5'694.--, Pflegebedarfsstufe 12) bzw. um Fr. 5.60 pro Tag (im Jahr Fr. 2'044.--, Pflegebedarfsstufe 11) tiefer.

5.3.1. Der Regierungsrat führt im RRB weiter aus, dass nicht nur die Beiträge aus der obligatorischen Krankenversicherung, sondern auch diejenigen der Wohngemeinde vorliegend fehlen würden.

5.3.2. Die Beschwerdeführerin erörtert, dass gemäss den §§ 15a ff. EG KVG die Niederlassungsgemeinde die Differenz zwischen den anrechenbaren Kosten der Pflegeleistungen und dem Beitrag der obligatorischen Krankenversicherung abzüglich des Anteils der versicherten Person übernehme. Dem Gesetz seien hierzu keine Ausnahmen zu entnehmen, insbesondere nicht für vom Obligatorium befreite Personen. Entsprechend ergebe die Auslegung dieser Bestimmung im Falle einer vom Obligatorium befreiten Person, dass sich an der Beteiligung der Gemeinde nichts ändere.

5.3.3. Der Regierungsrat erwidert in seiner Vernehmlassung an das Kantonsgericht, das EG KVG regle gemäss seinem § 1 die Einführung des KVG und der sich darauf stützenden Bundeserlasse im Kanton Basel-Landschaft. Dementsprechend sei es nur für Versicherungsverhältnisse anwendbar, welche dem KVG unterständen. Auch § 15a Abs. 1 EG KVG lege fest, dass die Restfinanzierung der Pflegeleistungen lediglich für "Pflegeleistungen nach der Krankenversicherungsgesetzgebung" anwendbar sei. Pflegeleistungen, welche von einer ausserhalb des KVG stehenden privaten Versicherung (teilweise) übernommen würden, seien von der Restfinanzierung ausgeschlossen.

5.3.4. Art. 25a KVG trat am 1. Januar 2011 in Kraft (eingefügt durch Ziff. I 3 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung; Amtliche Sammlung des Bundesrechts [AS] 2009 3517 6847 Ziff. I; Bundesblatt [BBl] 2005 2033). Vorher war kein Beitrag der öffentlichen Hand an die Pflegeleistungen der Alters- und Pflegeheime vorgesehen (vgl. Vorlage an den Landrat Nr. 2010-293 vom 31. August 2010 betr. Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung [EG KVG], Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung, S. 2 Ziff. 2.1, S. 4 Ziff. 2.3.b und 2.3.c). Mit Art. 25a KVG trat auch § 15a EG KVG am 1. Januar 2011 in Kraft. Wie der Regierungsrat richtig ausführt, statuiert § 1 Abs. 1 EG KVG, dass dieses Gesetz die Einführung des KVG und der sich darauf stützenden Bundeserlasse regelt. Art. 2 Abs. 8 KVV, welches die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz vorsieht, ist auch Teil eines Bundeserlasses, welches sich auf das KVG stützt. Aus § 1 EG KVG lässt sich somit nicht kategorisch schliessen, dass dieses Gesetz nur für Versicherungsverhältnisse anwendbar sein solle, welche dem KVG unterstehen würden. Ausserdem würden bei einem Pflegeheimaufenthalt der Beschwerdeführerin z.B. auch die Höhe der Pflegeleistungen nach den Pflegebedarfsstufen gemäss den massgeblichen Bestimmungen des KVG und der sich darauf stützenden Bundeserlasse und des EG KVG errechnet

werden und dies selbst für den Fall, dass die Beschwerdeführerin auch zu jenem Zeitpunkt nicht über eine schweizerische Versicherung nach KVG verfügen sollte.

5.3.5. Aus § 15a Abs. 1 EG KVG lässt sich ebenso wenig der Schluss ziehen, dass die Pflicht der Gemeinde zur Restfinanzierung lediglich dann bestehe, wenn Pflegeleistungen von einer dem KVG unterstehenden Versicherung übernommen würden, hingegen bei Pflegeleistungen, welche von einer nicht dem KVG unterstehenden Versicherung (teilweise) geleistet würden, ausgeschlossen sei. Würde dieser Auffassung gefolgt werden, müsste für die Bejahung der Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes in Bezug auf die Langzeitpflege und damit für die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz die versicherte Person nicht nur nachweisen können, dass sie über einen Versicherungsschutz verfügt, welcher im Minimum den Leistungen der OKP entspricht, sondern über einen, welcher zusätzlich die Beträge der Gemeinde umfasst. Damit müsste die um Befreiung ersuchende Person, um Gleichwertigkeit bezüglich Langzeitpflege nachweisen zu können, über eine Zusatzversicherung verfügen, welche Fr. 275.45 (Fr. 115.20 + Fr. 160.25; Pflegebedarfsstufe 12) pro Tag entrichtet. Für eine Gleichwertigkeit wird aber ein Versicherungsschutz verlangt, welcher der Versicherungsdeckung nach KVG entspricht und nicht den addierten Leistungen nach KVG und denjenigen der öffentlichen Hand (siehe auch EUGSTER, a.a.O., S. 426 Rz 58).

5.3.6. Des Weiteren ist der Grund für die Strenge bei der Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz der Solidaritätsgedanke. Die jüngeren, gesunden Generationen sollen die höheren Kosten der krankheitsanfälligeren älteren Generationen massgeblich mittragen. Die Beiträge der Gemeinden werden aber aus den Steuereinnahmen bezahlt. In Bezug auf die Steuern spielt der Solidaritätsgedanke zwischen den jüngeren, gesunden Generationen und den krankheitsanfälligeren älteren Generationen keine Rolle. Damit wäre es nicht gerechtfertigt, bei einer Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz der Beschwerdeführerin den Beitrag der Gemeinde vorzuenthalten bzw. die Gemeinde von der Bezahlung der Restfinanzierung zu befreien.

6.1. Aufgrund der obigen Ausführungen ist als Zwischenergebnis festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in Bezug auf ambulante und stationäre medizinische Leistungen über einen das schweizerische Versicherungsobligatorium hinausgehenden Versicherungsschutz verfügt, da sie u.a. Anspruch auf freie Spitalwahl (öffentlich/privat), auf Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer, auf Chefarztbehandlung und auf Zahnbehandlungen hat. In Bezug auf die Langzeitpflege ist die Beschwerdeführerin während der Zeitdauer des ersten Jahres (Wartefrist) hinsichtlich aller Pflegebedarfsstufen eindeutig schlechter als nach der OKP versichert. Die Schlechterstellung kann in diesem Jahr einen maximalen Betrag von Fr. 42'048.-- (365 x Fr. 115.20) erreichen. Für die Zeit nach Ablauf der Wartefrist verfügt die Beschwerdeführerin für den Fall der Pflegebedarfsstufen 11 und 12 über eine schlechtere und für den Fall der Pflegebedarfsstufen 1 bis 10 über eine bessere Versicherungsdeckung als nach der OKP.

6.2. Angesichts der restriktiven Vorgaben des Gesetzes zum Versicherungsobligatorium und der in der E. 3.2.4 hiavor zitierten strengen bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Be-

freierung kommt das Gericht zum Schluss, dass aufgrund der schlechteren Leistungen bezüglich Langzeitpflege keine Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes vorliegt.

7.1.1. Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass sie gesamthaft betrachtet über einen das schweizerische Versicherungsobligatorium hinausgehenden Versicherungsschutz verfüge, jedoch zumindest ein gleichwertiger Versicherungsschutz vorläge. Für den Fall, dass dieser Auffassung nicht gefolgt werden könne, stellt sie sich auf den Standpunkt, dass auch die Wartefrist bezüglich Langzeitpflege der Befreiung vom Obligatorium nicht entgegenstünde, da die Befreiung auch mit einem Hinweis oder der Auflage verbunden werden könne, sie habe sicherzustellen, dass sie im Falle eines Langzeitpflegefalles ausreichend versichert sei. Zwei Kollegen der Beschwerdeführerin seien von der Versicherungspflicht befreit worden und der Befreiungsentcheid habe den Hinweis enthalten, dass die Betroffenen sicherzustellen hätten, dass sie bei einem Leistungsfall in der Schweiz zu Lasten ihrer privaten Krankenversicherung für Krankheit und (Nichtberufs-)Unfall ausreichend gedeckt seien. Sie seien darauf hingewiesen worden, dass die Erstattung der deutschen Sätze oft zu erheblichen Restkosten führen könne, da sie in der Schweiz keinen Tarifschutz hätten und die daraus resultierenden Mehrkosten zu ihren Lasten gehen würden. Zudem könne sich die Beschwerdeführerin aufgrund des Alters nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversichern, womit auch die zweite Voraussetzung nach Art. 2 Abs. 8 KVV erfüllt sei und das Gesuch der Beschwerdeführerin zu bewilligen sei.

7.1.2. Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, dass der angefochtene Entscheid zudem gegen den Grundsatz der Verhältnismässigkeit verstosse. Im angefochtenen Entscheid werde nicht geprüft, ob die Ablehnung des Gesuchs um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz verhältnismässig sei. Im vorliegenden Fall seien neben dem nicht bestrittenen öffentlichen Interesse die tatsächlichen privaten Interessen zu würdigen. Diese bestünden darin, dass sie berechtigterweise den derzeitigen guten Versicherungsschutz durch die private ausländische Versicherung behalten wolle. Ebenfalls zu berücksichtigen sei in diesem Zusammenhang aber auch, dass sie nie über das Versicherungsobligatorium informiert worden sei. Wäre diese Information entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen erfolgt, hätte sie sich vor zwanzig Jahren um einen entsprechenden Versicherungsschutz in der Schweiz kümmern können bzw. wäre sie, falls sie keinen entsprechenden Versicherungsnachweis erbracht hätte, einer Krankenkasse zugewiesen worden. Heute sehe die Situation aber anders aus und der Abschluss der vergleichbaren Zusatzversicherungen sei, falls überhaupt möglich, mit nicht mehr zumutbarem finanziellem Aufwand verbunden. Damit erweise sich die getroffene Massnahme insbesondere deshalb nicht als verhältnismässig, weil die ihr mit der Ablehnung der Befreiung der Versicherungspflicht auferlegte Belastung in keinem vernünftigen Verhältnis zum angestrebten Zweck der Sicherstellung des Versicherungsobligatoriums mehr stehe.

7.2.1. Das Verhältnismässigkeitsprinzip nach Art. 5 Abs. 2 BV gebietet, dass eine staatliche Massnahme zur Verwirklichung des im öffentlichen Interesse liegenden Ziels geeignet, notwendig und für die betroffene Person zumutbar sein muss (BGE 140 II 194 E. 5.8.2 m.w.H.). Unter dem Titel der Zumutbarkeit ist eine Verwaltungsmassnahme nur gerechtfertigt, wenn sie ein vernünftiges Verhältnis zwischen dem angestrebten Ziel und dem Eingriff, den sie für den be-

troffenen Privaten bewirkt, wahr. Es ist deshalb eine wertende Abwägung vorzunehmen, welche im konkreten Fall das öffentliche Interesse an der Massnahme und die durch ihre Wirkungen beeinträchtigten privaten Interessen der Betroffenen miteinander vergleicht. Die Massnahme muss durch ein das private Interesse überwiegendes öffentliches Interesse gerechtfertigt sein. Nur in diesem Fall ist sie den Privaten zumutbar. Für die Interessenabwägung massgeblich sind also einerseits die Bedeutung der verfolgten öffentlichen Interessen und andererseits das Gewicht der betroffenen privaten Interessen. Eine Massnahme, an der nur ein geringes öffentliches Interesse besteht, die aber tiefgreifende Auswirkungen auf die Rechtsstellung der betroffenen Privaten hat, soll unterbleiben. Die Bedeutung bzw. das Gewicht der involvierten öffentlichen und privaten Interessen kann nicht in abstrakter Weise bestimmt werden, weil hierfür allgemein gültige Massstäbe fehlen. Oft bieten die anwendbaren gesetzlichen Grundlagen aber Orientierungspunkte für das Gewicht der öffentlichen Interessen. Über allfällige gesetzliche Vorgaben hinaus sind im Rahmen der Zumutbarkeit aber auch die konkreten Umstände der Situation zu beleuchten und im Rahmen der Interessenabwägung zu bewerten (ULRICH HÄFELIN/GEORG MÜLLER/FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 8. Aufl., Zürich/St. Gallen 2020, a.a.O., Rz 555 ff.).

7.2.2. Der Gesetzgeber hat im Jahr 1996 ein Krankenversicherungsobligatorium eingeführt und mit Blick auf die gesetzgeberisch gewollte Solidarität zwischen Gesunden und Kranken und der Verhinderung einer möglichen Unterlaufung des schweizerischen Obligatoriums eine äusserst restriktive Ausnahmebestimmung statuiert. Damit ist die Ablehnung der Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz geeignet und notwendig, um das gewichtige öffentliche Interesse am schweizerischen Obligatorium zu verfolgen. Fraglich ist, ob die Ablehnung im vorliegend Fall auch zumutbar ist. Das Bundesgericht hat in seinem Urteil 9C\_858/2016 vom 20. Juni 2017 in der E. 4.6 festgehalten, dass die Vorinstanz gewürdigt habe, dass die Vorteile der bisherigen Versicherung (Taggeld, Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer mit freier Arztwahl bei stationärem Aufenthalt, Zahnbehandlungskosten) altersbedingt nur sehr begrenzt kompensiert werden könnten. Dass die Vorinstanz die fehlende Deckung für Pflegekosten höher gewichtet habe, stehe im Einklang mit der Rechtsprechung. Daran ändere – so das Bundesgericht weiter – auch nichts, dass bei Auflösung des bisherigen Versicherungsverhältnisses Altersrückstellungen für Prämien verloren gehen würden und eine entsprechende Anwartschaftsvereinbarung nicht kostenlos zu haben sei. Schliesslich genüge ein Alter von rund 61 Jahren allein nicht, eine Person von der mit dem Obligatorium angestrebten Solidarität zwischen Gesunden und Kranken zu befreien. Der angefochtene Entscheid sei nicht unverhältnismässig (vgl. auch Urteil des BGer 9C\_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 4.5 m.w.H.). Vorliegend ist das Risiko der Langzeitpflege zwar teilweise versichert, jedoch nicht im gleichen Umfang wie nach KVG, so dass aufgrund der restriktiven Rechtsprechung kein unverhältnismässiger Entscheid vorliegt. Soweit die Beschwerdeführerin ausführt, die Befreiung könne mit einem Hinweis oder einer Auflage verbunden werden, ist festzuhalten, dass das Gesetz dies nicht vorsieht. Das Gesetz unterscheidet, ob eine Gleichwertigkeit gegeben ist oder nicht. Liegt keine solche vor, ist die erste Voraussetzung für die Befreiung nicht erfüllt und die Befreiung nicht vorgesehen. Überdies widerspricht eine Befreiung mit einem Hinweis oder einer Auflage grundsätzlich auch dem Solidaritätsgedanken. Im Hinblick auf den Ausnahmecharakter der Bestimmung von § 2 Abs. 8 KVV, das Versicherungsobligatorium in der Schweiz, den Solidaritätsgedanken, dem

nicht durch Befreiungen mit Hinweisse nachgelebt werden kann, und die restriktive Praxis ist eine Befreiung mit Hinweis oder Auflage vorliegend abzulehnen.

7.3.1. Die Beschwerdeführerin führt aus, sie habe 1981, also bevor sie 1985 in der Schweiz und 1989 in E.\_\_\_\_ Wohnsitz genommen habe, ihre private deutsche Krankenversicherung abgeschlossen. Damals habe sie sich informiert und habe in Erfahrung gebracht, dass es nicht verpflichtend sei, in der Schweiz eine Krankenkasse zu haben. Entsprechend sei sie bei der deutschen Versicherung verblieben. Ihre Tochter sei bis zu deren Volljährigkeit in ihrer Versicherungspolice eingeschlossen gewesen. Im Herbst 2019 sei ihre Tochter aus einem Auslandaufenthalt in die Schweiz zurückgekehrt. Zu diesem Zeitpunkt sei die Tochter von der Gemeinde E.\_\_\_\_ darauf aufmerksam gemacht worden, dass in der Schweiz ein Krankenversicherungspflichtbestehen bestehe. Erst in diesem Zusammenhang sei der Beschwerdeführerin bewusst worden, dass die Krankenversicherungspflicht nicht nur ein Obligatorium sei, sondern dass es sich um ein Obligatorium bei einer Schweizer Krankenversicherung handle. Während all dieser Zeit sei die Beschwerdeführerin von der Gemeinde trotz deren Informationspflicht gemäss § 3 EG KVG nie auf das Obligatorium eines Versicherungsabschlusses in der Schweiz hingewiesen worden. Beim vorliegenden Fall handle es sich um einen Einzelfall. Die Beschwerdeführerin führt aus, die deutsche Versicherungsdeckung sei besser als diejenige nach OKP. Zudem sei ihr durch die Informationspflichtverletzung der Gemeinde die Möglichkeit genommen worden, sich rechtzeitig um eine gleichwertige Versicherungsdeckung in der Schweiz zu kümmern. Heute könne sie sich aufgrund ihres Alters nicht oder nur mit einem unzumutbaren finanziellen Aufwand im gleichen Rahmen der Versicherungsdeckung der deutschen Versicherung versichern. Aus all diesen Gründen sei die Ablehnung der Befreiung unverhältnismässig.

7.3.2. Der Regierungsrat macht geltend, dass das Krankenversicherungspflichtbestehen für alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz seit dem 1. Januar 1996 in Kraft sei. Die Beschwerdeführerin habe demnach schon lange vor der Einführung des Obligatoriums Wohnsitz in der Schweiz gehabt. Es sei somit auch richtig, dass sie bei ihrer Wohnsitznahme in E.\_\_\_\_ im Jahr 1989 die Auskunft erhalten habe, dass es nicht obligatorisch sei, eine Krankenversicherung in der Schweiz zu haben. In der Folge wäre es aber auch die Pflicht der Beschwerdeführerin gewesen, sich über die Änderungen, welche die Einführung des KVG mit sich gebracht hätten, zu informieren. Das Thema des Krankenversicherungspflichtbestehens sei damals in den Medien und in der Bevölkerung breit diskutiert worden. Es sei trotz der in § 3 EG KVG erwähnten Informationspflicht der Gemeinden Pflicht der Beschwerdeführerin gewesen, sich über diese Neuerung und deren Auswirkungen auf ihre persönliche Situation zu informieren. Zudem sei die Behauptung, von der Gemeinde E.\_\_\_\_ nicht über das Versicherungspflichtbestehen informiert worden zu sein, unbelegt und werde bestritten. Da die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Einführung des Obligatoriums bereits in E.\_\_\_\_ gewohnt habe, sei es durchaus möglich, ja sogar wahrscheinlich, dass sie zumindest eine allgemeine, an alle Einwohnerinnen und Einwohner gerichtete Information zu diesem Thema erhalten habe. Selbst wenn der Gemeinde eine Verletzung ihrer Informations- und Kontrollpflicht vorgeworfen werden müsste, könne die Beschwerdeführerin daraus für das vorliegende Verfahren nichts zu ihren Gunsten ableiten.

7.3.3. Der in Art. 9 BV verankerte Grundsatz von Treu und Glauben verleiht einer Person Anspruch auf den Schutz des berechtigten Vertrauens in behördliche Zusicherungen oder sonstiges, bestimmte Erwartungen begründendes Verhalten der Behörden, sofern sich dieses auf eine konkrete, die betreffende Person berührende Angelegenheit bezieht. Vorausgesetzt ist im Weiteren, dass die Person, die sich auf den Vertrauensschutz beruft, berechtigterweise auf diese Grundlage hat vertrauen dürfen und gestützt darauf nachteilige Dispositionen getroffen hat, die sie nicht mehr rückgängig machen kann. Ausserdem scheidet die Berufung auf Treu und Glauben dann, wenn ihr überwiegende öffentliche Interessen gegenüberstehen (Urteil des BGer 2C\_109/2020, 2C\_115/2020 vom 7. Oktober 2020 E. 3.3 m.w.H.)

7.3.4. Gemäss § 3 Abs. 1 EG KVG kontrollieren die Gemeinden die Einhaltung der Versicherungspflicht ihrer anmeldepflichtigen Einwohner und Einwohnerinnen (Abs. 1). Für diese Kontrolle haben die Versicherten auf Verlangen eine Kopie ihres Versicherungsausweises vorzulegen (Abs. 2). Nach § 4 EG KVG werden Personen, die ihrer Versicherungspflicht auf Hinweis der Gemeinde nicht rechtzeitig nachkommen, von der Gemeinde einem Versicherer zugewiesen. Die Beschwerdeführerin war zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Versicherungsobligatoriums bereits in E.\_\_\_\_ wohnhaft. Demzufolge hatte die Gemeinde bei ihrer Wohnsitznahme keine Prüfung der Versicherungspflicht vorzunehmen. Wie der Regierungsrat ausführt, ist davon auszugehen, dass die Gemeinde ihre Bewohner zum Zeitpunkt der Gesetzesänderung über die Versicherungspflicht informiert hat. Jedoch legt der Regierungsrat keine Beweise hierfür vor. Es stellt sich die Frage, ob § 3 EG KVG eine Informationspflicht der Gemeinde begründet und ob die eventuelle Nichtinformation der Beschwerdeführerin eine Vertrauensgrundlage infolge Unterlassung einer allfälligen notwendigen Aufklärung bildet (vgl. HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, a.a.O., Rz 671). § 3 EG KVG beinhaltet eine Kontrollpflicht, jedoch keine Informations- oder Beratungspflicht. Eine allfällige Verletzung der Kontrollpflicht vermag wohl kaum eine Vertrauensbasis zu bilden. Angesichts des Umstandes, dass die Einführung des Versicherungsobligatoriums damals auch in den Medien breit diskutiert worden ist, erweist sich der Einwand der Beschwerdeführerin, dass sie darüber keine Kenntnis hatte, wenig nachvollziehbar. Die Fragen, ob eine allfällige nicht stattgefundene Kontrolle bzw. Information im vorliegenden Fall geeignet ist, eine Vertrauensbasis zu bilden, und ob die Beschwerdeführerin über das Versicherungsobligatorium mit einer schweizerischen Versicherung in Kenntnis und damit nicht gutgläubig war, können jedoch offenbleiben, da die Beschwerdeführerin selber nicht beantragt, dass sie gestützt auf die geltend gemachte Verletzung der Informations- bzw. Kontrollpflicht im Rahmen des Vertrauensschutzes von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz zu befreien sei. Sie macht lediglich geltend, dass die behauptete fehlende Information im Rahmen einer Gesamtbetrachtung innerhalb der Verhältnismässigkeitsprüfung relevant sei. Wie oben bereits ausgeführt, ist beim Gesuch um Befreiung zu beurteilen, ob ein gleichwertiger Versicherungsschutz gegeben ist. Ist diese Frage zu verneinen, ist die Befreiung abzulehnen. Aus diesem Grund ist es auch irrelevant, aus welchen Gründen die Beschwerdeführerin nicht bei einer Krankenkasse in der Schweiz versichert ist. Zwar ist der Beschwerdeführerin insoweit Recht zu geben, als dass sie, wäre sie im Jahr 1996 zum Versicherungsabschluss mit einer schweizerischen Krankenkasse aufgefordert worden, in der Schweiz Zusatzversicherungen hätte abschliessen können, zu denen sie heute aufgrund ihres Alters nicht oder nur zu äusserst unvor-

teilhaften Bedingungen Zugang hat. Dieser Umstand vermag die vorstehenden Überlegungen jedoch nicht umzustossen.

8. Aus den obigen Darlegungen ergibt sich, dass die deutsche Versicherung und die Zusatzversicherung D.\_\_\_\_ Langzeitpflegeversicherung nicht in allen Bereichen mit der OKP gleichwertig sind, weshalb die Unterstellung der Beschwerdeführerin unter die schweizerische Versicherung keine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hat. Damit erübrigt sich die Prüfung der zweiten Voraussetzung nach Art. 2 Abs. 8 KVV, ob sich die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversichern könnte. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

9. Es bleibt über die Kosten für das vorliegende Verfahren zu befinden. Gemäss Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG i.V.m. Art. 1 KVG ist das Verfahren kostenlos. Der Beschwerdeführerin werden folglich keine Kosten auferlegt (vgl. auch Urteil des BGer 9C\_38/2023 vom 21. April 2023 E. 4.2; Urteil des BGer 9C\_754/2019 vom 23. April 2020 E. 5.6 m.w.H.). Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 1'500.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet. Gemäss § 61 lit. g ATSG sind die Parteikosten wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 1'500.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.
  3. Die Parteikosten werden wettgeschlagen.

Vizepräsident

Gerichtsschreiberin