

Bundesgericht  
Tribunal fédéral  
Tribunale federale  
Tribunal federal

{T 0/2}

**9C\_209/2015**

**Urteil vom 14. Oktober 2015**

## **II. sozialrechtliche Abteilung**

Besetzung  
Bundesrichterin Glanzmann, Präsidentin,  
Bundesrichter Meyer, Bundesrichterin Pfiffner, Bundesrichter Parrino, Bundesrichterin Moser-Szeless,  
Gerichtsschreiberin Fleischanderl.

Verfahrensbeteiligte

A.\_\_\_\_\_,  
vertreten durch Rechtsanwalt René Schuhmacher,  
Beschwerdeführerin,

*gegen*

Agrisano Krankenkasse AG,  
Laurstrasse 10, 5201 Brugg,  
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand

Krankenversicherung  
(Krankenpflege; Auslandsbehandlung),

Beschwerde gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau  
vom 17. Februar 2015.

### **Sachverhalt:**

#### **A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_\_ ist im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Agrisano Krankenkasse AG (nachfolgend: Agrisano) versichert. Vom 21.-27. Dezember 2012 hielt sie sich notfallmässig in stationärer Behandlung im Spital B.\_\_\_\_\_ in Frankreich auf. Dort legte sie die Europäische Krankenversicherungskarte vor, wodurch die internationale Leistungsaushilfe aktiviert wurde. Mit Rechnung vom 20. Februar 2013 forderte das Spital A.\_\_\_\_\_ auf, bis am 13. März 2013 den Betrag von EUR 2'395.64 zu begleichen oder eine Kostenübernahmedeklaration der zuständigen Krankenkasse zu liefern. Dabei handelte es sich um den Selbstbehalt von 20 % der Spitalkosten. A.\_\_\_\_\_ bezahlte den Betrag von EUR 2'395.64 bzw. Fr. 2'997.85 per 30. April 2013.

**A.b.** Die Gemeinsame Einrichtung KVG kam ihrer Aufgabe, dem Inkasso beim zuständigen Krankenversicherer in der Schweiz, mit Schreiben vom 28. Oktober 2013 nach und ersuchte die Agrisano um Erstattung der Kosten von Fr. 11'993.40. Die Agrisano leistete diesen Betrag der Gemeinsamen Einrichtung KVG.

**A.c.** Nachdem A.\_\_\_\_\_ die Agrisano mit Schreiben vom 2. März 2013 aufgefordert hatte, auch den von ihr geleisteten 20%igen Selbstbehalt zu begleichen, erliess diese am 20. März 2014 eine Verfügung, wonach eine Übernahme der Kostenbeteiligung im Rahmen der obligatorischen

Krankenpflegeversicherung nicht erfolgen könne. Nach dem einschlägigen französischen Recht habe die betroffene Person 20 % der Kosten selber zu tragen. Daran wurde auf Einsprache hin mit Entscheid vom 26. Mai 2014 festgehalten.

**B.**

Die hiegegen eingereichte Beschwerde mit dem Antrag, die Agrisano sei zu verpflichten, einen Betrag von Fr. 2'997.85 zuzüglich 5 % Zins ab 28. März 2014 zu bezahlen, wies das Versicherungsgericht des Kantons Aargau ab (Entscheid vom 17. Februar 2015).

**C.**

A. \_\_\_\_\_ lässt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten führen. Sie ersucht um Aufhebung des angefochtenen Entscheids und erneuert ihr vorinstanzlich gestelltes Rechtsbegehren. Die Agrisano und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) schliessen auf Abweisung der Beschwerde. A. \_\_\_\_\_ hält replikweise an ihren Anträgen fest.

**Erwägungen:**

**1.**

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten (Art. 82 ff. BGG) kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG), und kann deren Sachverhaltsfeststellung von Amtes wegen nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG). Es wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Immerhin prüft es, unter Berücksichtigung der allgemeinen Begründungspflicht der Beschwerde (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind. Es ist jedenfalls nicht gehalten, wie eine erstinstanzliche Behörde alle sich stellenden rechtlichen Fragen zu untersuchen, wenn diese vor Bundesgericht nicht (mehr) vorgetragen wurden (**BGE 133 II 249** E. 1.4.1 S. 254).

**2.**

Es ist unbestritten, dass der vom 21.-27. Dezember 2012 dauernde Spitalaufenthalt der Beschwerdeführerin in Frankreich eine Notfallbehandlung im Ausland darstellt, für welche die Beschwerdegegnerin im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe grundsätzlich entschädigungspflichtig ist. Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den der Beschwerdeführerin vom französischen Spital direkt in Rechnung gestellten und von dieser beglichenen Selbstbehalt in der Höhe von Fr. 2'997.85 zu erstatten hat. Erstellt ist dabei, dass die Beschwerdeführerin die Jahresfranchise von Fr. 300.- und den maximalen Selbstbehalt von Fr. 700.- für das Kalenderjahr 2012 bereits entrichtet hatte, sie sich also bei einem Aufenthalt in einem schweizerischen Spital an den anfallenden Kosten nicht mehr hätte beteiligen müssen.

**3.**

Das Prinzip der im vorliegenden Fall zur Anwendung gelangenden internationalen Leistungsaushilfe basiert auf folgender Rechtsgrundlage.

**3.1.** Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage von Art. 8 des am 1. Juni 2002 in Kraft getretenen 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 Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wendeten die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und die Verordnung Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung Nr. 1408/71 oder gleichwertige Vorschriften (nachfolgend: VO Nr. 574/72) 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 [geändert durch die Verordnung (EG) Nr. 988/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009]) 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 0.831.109.268.11; nachfolgend: VO Nr. 987/2009) abgelöst worden. Diese neuen Verordnungen (in der bis 31. Dezember 2014 geltenden Fassung [somit ohne 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, die Kostenbeteiligung für eine vom 21.-27. Dezember 2012 dauernde stationäre Behandlung betreffenden Fall in zeitlicher, persönlicher und sachlicher Hinsicht anwendbar (vgl. Urteile 8C\_273/2015 vom 12. August 2015 E. 3.1 und 9C\_635/2014 vom 10. Juni 2015 E. 5.1, zur Publikation vorgesehen; ferner Ziff. IV des Informationsschreibens des BAG vom 21. Januar 2015 [abrufbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00316/03846/?lang=dj>]).

**3.2.** Nach Art. 4 VO Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten auf Grund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates, sofern in der Verordnung nichts anderes bestimmt ist. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II FZA; **BGE 141 V 246** E. 2.1 am Ende S. 249).

**3.3.** Gemäss Art. 19 Abs. 1 VO Nr. 883/2004 haben, sofern in Abs. 2 der Bestimmung nichts anderes bestimmt ist, eine versicherte Person und ihre Familienangehörigen, die sich in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat aufhalten, Anspruch auf die Sachleistungen, die sich während ihres Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen, wobei die Art der Leistungen und die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen sind. Damit soll eine vorzeitige Rückkehr wegen Vorenthaltens notwendiger medizinischer Leistungen verhindert werden (Art. 25 Abs. 3 VO Nr. 987/2009). Diese Leistungen werden vom Träger des Aufenthaltsorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht, als ob die betreffenden Personen nach diesen Rechtsvorschriften versichert wären.

**3.3.1.** Bei der Anwendung von Art. 19 VO Nr. 883/2004 legt die versicherte Person dem Erbringer von Gesundheitsleistungen im Aufenthaltsmitgliedstaat ein vom zuständigen Träger ausgestelltes Dokument - die Europäische Krankenversicherungskarte - vor, 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. 987/2009). Art. 35 Abs. 1 VO Nr. 883/2004 hält fest, dass die von dem Träger eines Mitgliedstaats für Rechnung des Trägers eines anderen Mitgliedstaats gewährten Sachleistungen in voller Höhe zu erstatten sind. Hat die versicherte Person die Kosten aller oder eines Teils der im Rahmen von Art. 19 VO Nr. 883/2004 erbrachten Sachleistungen selbst getragen und ermöglichen die vom Träger des Aufenthaltsorts angewandten Rechtsvorschriften, dass diese Kosten der versicherten Person erstattet werden, so kann sie die Erstattung beim Träger des Aufenthaltsorts beantragen. In diesem Fall erstattet ihr dieser direkt den diesen Leistungen entsprechenden Betrag innerhalb der Grenzen und Bedingungen der nach seinen Rechtsvorschriften geltenden Erstattungssätze (Art. 25 Abs. 4 VO Nr. 987/2009). Wurde die Erstattung dieser Kosten nicht unmittelbar beim Träger des Aufenthaltsorts beantragt, so werden sie der betreffenden Person vom zuständigen Träger nach den für den Träger des Aufenthaltsorts geltenden Erstattungssätzen oder den Beträgen erstattet, die dem Träger des Aufenthaltsorts im Falle der Anwendung von Art. 62 VO Nr. 987/2009 in dem betreffenden Fall erstattet worden wären. Der Träger des Aufenthaltsorts erteilt dem zuständigen Träger auf dessen Ersuchen die erforderlichen Auskünfte über diese Erstattungssätze oder Beträge (Art. 25 Abs. 5 VO Nr. 987/2009). Abweichend von Abs. 5 kann der zuständige Träger die entstandenen Kosten innerhalb der Grenzen und nach Massgabe der in seinen Rechtsvorschriften niedergelegten Erstattungssätze erstatten, sofern sich die versicherte Person mit der Anwendung dieser Bestimmung einverstanden erklärt hat (Art. 25 Abs. 6 VO Nr. 987/2009). Sehen die Rechtsvorschriften des Aufenthaltsmitgliedstaats in dem betreffenden Fall keine Erstattung nach den Abs. 4 und 5 vor, so kann der zuständige Träger die Kosten innerhalb der Grenzen und nach Massgabe der in seinen Rechtsvorschriften festgelegten Erstattungssätze erstatten, ohne dass das Einverständnis der versicherten Person erforderlich wäre (Art. 25 Abs. 7 VO Nr. 987/2009).

**3.3.2.** Die internationale Koordination der Leistungsaushilfe im dargelegten Sinne erfolgt über die jeweiligen Verbindungsstellen. Verbindungsstelle in der Schweiz ist die Gemeinsame Einrichtung KVG (Art. 18 Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 19 KVV). Nach erfolgter Leistungsaushilfe durch die

Gemeinsame Einrichtung KVG fordert diese die erbrachten Leistungen beim zuständigen Krankenversicherer zurück.

#### **4.**

Das innerstaatliche Recht beinhaltet bezüglich der Abgeltung von Auslandsbehandlungen die folgenden Regelungen.

**4.1.** Gestützt auf Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 nach Massgabe der in den Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von Ärzten oder Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin bzw. eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) sowie den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

**4.2.** Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Art. 25-33 übernehmen. Gestützt auf Art. 34 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat sodann bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 KVG übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Auf dieser Basis hat der Bundesrat Art. 36 KVV erlassen. Laut Abs. 2 der Bestimmung übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Gemäss Art. 36 Abs. 4 Satz 1 KVV wird für Leistungen nach den Abs. 1 und 2 der Norm höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden. Art. 36 Abs. 5 KVV schliesslich hält fest, dass die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe vorbehalten bleiben.

**4.3.** Nach Art. 64 Abs. 1 KVG beteiligen sich die Versicherten an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Diese Kostenbeteiligung besteht gemäss Abs. 2 der Vorschrift aus einem festen Jahresbetrag (Franchise; lit. a) und zehn Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt; lit. b). Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts gemäss Art. 64 Abs. 2 lit. b KVG beläuft sich auf Fr. 700.- für Erwachsene (Art. 103 Abs. 2 KVV).

#### **5.**

Die während der Hospitalisation in Frankreich vom 21.-27. Dezember 2012 angefallenen Kosten wurden über den aushelfenden Träger im Behandlungsland abgerechnet und im Anschluss daran über die Verbindungsstelle in der Schweiz - die Gemeinsame Einrichtung KVG - der Beschwerdegegnerin als zuständigem Krankenversicherer in Rechnung gestellt und von dieser beglichen. Der aushelfende Träger des Behandlungslandes erhob in der Folge die Kostenbeteiligung im Umfang von gemäss französischem Recht unbestrittenermassen 20 % der Gesamtkosten direkt bei der Beschwerdeführerin. Es handelt sich daher um einen "normalen" Leistungsaushilfefall nach Art. 25 Abs. 4 VO Nr. 987/2009 (vgl. Näheres dazu im von der Gemeinsamen Einrichtung KVG erstellten Dokument "Unterwegs in Frankreich" [abrufbar unter: <https://www.kvg.org>] und im Informationsschreiben des BAG vom 21. Januar 2015, Ziff. II./1 [abrufbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00316/03846/?lang=d>]; ferner Stellungnahme des BAG vom 3. Juli 2015).

**5.1.** Das kantonale Gericht hat eine Rückerstattungspflicht der Beschwerdegegnerin bezüglich der von der Beschwerdeführerin geleisteten Kostenbeteiligung auf der Grundlage von innerstaatlichem Recht, namentlich von Art. 36 Abs. 2 und 4 KVV, verneint. Als Begründung führte es im Wesentlichen an, die Abs. 4-7 von Art. 25 VO Nr. 987/2009 sähen unter der Marginalie "Verfahren und Modalitäten der Übernahme und/oder Erstattung von Sachleistungen" unterschiedliche Wege der Kostentragung vor für den Fall, dass die versicherte Person die Kosten im Aufenthaltsland selber getragen habe. Es handle sich dabei um Ansprüche, die genuin durch das EU-Recht geschaffen worden seien, unabhängig vom nationalen Erstattungsrecht. Dieses vielfältige System der Kostenerstattung stelle zum einem eine Reaktion darauf dar, dass in der Praxis das "Regelsystem der Leistungsaushilfe" nicht funktioniere. Das vielfältige System der Kostentragung erweise sich aber auch als notwendig, um

den Schutz der Grundfreiheiten auf Freizügigkeit und Dienstleistungsfreiheit zu gewährleisten. Gemäss Art. 25 Abs. 6 VO Nr. 987/2009 gäbe es einen Erstattungsanspruch nach den Sätzen des zuständigen Trägers, der in der Entscheidungsbefugnis des zuständigen Trägers liege, allerdings mit Zustimmung der versicherten Person. Dieser sei für beide Seiten regelmässig der einfachste, komme er doch ohne grossen Rekurs auf das Recht des Aufenthaltsstaats aus und verhindere, dass die versicherte Person schlechter gestellt werde als bei einer Leistungsbeanspruchung im Inland. Der betreffende Erstattungsweg sei in der Regel auch sachgerecht, liege doch zumeist ein Versagen (durch oder ohne "Verschulden" der versicherten Person) im System der aushelfenden Leistungserbringung vor. Dies treffe beispielsweise zu, wenn im Ausland eine höhere Selbstbeteiligung gefordert werde als im zuständigen Staat. Schon die Vorgängernorm Art. 34 Abs. 4 VO Nr. 574/72 sei - wie neu auch Art. 25 Abs. 6 VO Nr. 987/2009 - als "Kann-Bestimmung" ausgestaltet gewesen und habe bei Einigkeit vorgesehen, dass der zuständige Träger die Erstattung der verauslagten Kosten nach den für ihn massgebenden Erstattungsätzen habe vornehmen können. Art. 25 VO Nr. 987/2009 führe im Verhältnis zur vorangegangenen Rechtsgrundlage lediglich noch zusätzlich einen Erstattungsanspruch gegen den Träger des Aufenthaltsorts ein, was im vorliegenden Fall jedoch keine Bewandnis habe. Für eine ergänzende Leistungspflicht nach Massgabe von Art. 36 Abs. 2 KVV bestehe somit kein Raum mehr. So führe auch das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) in Ziff. 5 seines Informationsschreibens über die Umsetzung des Freizügigkeitsabkommens und des EFTA-Abkommens im Bereich der Krankenversicherung vom 22. September 2003 aus, dass Art. 36 Abs. 2 und 4 KVV nur noch für Leistungen anwendbar sei, die ausserhalb des EG-EFTA-Raums bezogen würden. In Art. 36 Abs. 5 KVV werde geregelt, dass die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe vorbehalten blieben. In solchen Fällen könne der Krankenversicherer gestützt auf Art. 34 Abs. 4 VO Nr. 574/72 (bzw. nunmehr Art. 25 Abs. 6 VO Nr. 987/2009) die Erstattung der verauslagten Kosten nach den in der Schweiz massgebenden Tarifen vornehmen, sofern nach diesen eine Erstattung möglich sei. Aus der VO Nr. 987/2009 stehe der Beschwerdeführerin mangels Einverständnisses der Beschwerdegegnerin folglich kein Anspruch auf Vergütung des von ihr in der Höhe von Fr. 2'997.85 bezahlten Selbstbehalts zu. Abs. 2 und 4 des Art. 36 KVV kämen aus den erwähnten Gründen nicht zum Tragen.

**5.2.** Die Beschwerdeführerin hält dem letztinstanzlich zur Hauptsache entgegen, die in den VO Nr. 883/2004 und 987/2009 geregelte internationale Leistungsaushilfe bezwecke, die Abwicklung von Rechnungen europäischer Leistungserbringer für Patienten mit Wohnsitz im Ausland zu vereinfachen. Ziel der Verordnungen sei gemäss Ziff. 2 der Einleitung zu VO Nr. 987/2009 die Koordinierung der Sozialversicherungssysteme in der EU bzw. mit der Schweiz, damit die Personen im Geltungsbereich der Verordnung ihre Rechte so rasch und so gut wie möglich in Anspruch nehmen könnten. In der einleitenden Ziff. 17 zu VO Nr. 987/2009 heisse es denn auch wörtlich, diese "Verordnung (...) sollte der Anwendung günstigerer innerstaatlicher Vorschriften insbesondere hinsichtlich der Rückerstattung von in einem anderen Mitgliedstaat entstandenen Kosten nicht entgegenstehen." VO Nr. 987/2009 wolle also gerade verhindern, dass eine versicherte Person bezüglich der Kosten einer Behandlung im Ausland schlechter fahre als bei Anwendung innerstaatlichen Rechts. In diesem Lichte sei auch Art. 25 Abs. 6 VO Nr. 987/2009 auszulegen. Die Bestimmung ermögliche im Gegenteil die Anwendung schweizerischen Rechts und lasse die Erstattung durch den schweizerischen Versicherungsträger zu. Sie wolle dem Staat des zuständigen Versicherungsträgers - hier der Schweiz - die Möglichkeit eröffnen, Auslagen zu erstatten. Entgegen der vorinstanzlichen Betrachtungsweise könne der betreffende Entscheid nicht im alleinigen Belieben des zuständigen Versicherungsträgers stehen, würde dadurch doch der Willkür Tür und Tor geöffnet und die Rechtssicherheit gefährdet. Vielmehr sei Abs. 6 von Art. 25 VO Nr. 987/2009 im Sinne der erwähnten Zweckbestimmung der Verordnung auszulegen. Zum gleichen Ergebnis seien im Übrigen auch das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich (Entscheid KV.2006.00085 vom 20. Mai 2008) und das Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft (Entscheid Nr. 730 08 139 vom 9. Januar 2009) gelangt. In beiden Entscheiden habe man die massgeblichen Bestimmungen des KVG und KVV ausgelegt und sei zum Schluss gelangt, dass der in Art. 36 Abs. 5 KVV statuierte Vorbehalt zugunsten der internationalen Leistungsaushilfe dem Schutz schweizerischer Versicherter bei notfallmässigen Behandlungen im Ausland diene. Eine Auslegung dergestalt, dass die Regelung von Art. 36 KVV durch die internationale Leistungsaushilfe gänzlich verdrängt werde, entspreche nicht dem mit den Koordinierungsverordnungen angestrebten Ziel. Art. 36 Abs. 5 KVV sei vielmehr so zu interpretieren, dass das nationale Recht nur insofern durch die internationale Leistungsaushilfe verdrängt werde, als sich diese als das für die betroffene Person günstigere Recht erweise. Zusammenfassend stehe die internationale Leistungsaushilfe einer Rückerstattung des Selbstbehalts durch die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 34 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 36 Abs. 2 und 4 KVV nicht entgegen. Die Vorinstanz habe Bundesrecht verletzt, indem sie diesen Umstand ausser Acht gelassen habe.

## 6.

**6.1.** Das Personenfreizügigkeitsabkommen bezweckt, die versicherte Person auch für den Fall eines Auslandsaufenthalts in einem Vertragsstaat im Versicherungsfall Krankheit die notwendige Versorgung mit medizinischen Sachleistungen zu gewährleisten. Die Sicherung beruht auf dem Grundprinzip der Leistungsaushilfe des ausländischen Krankenversicherers oder nationalen Gesundheitssystems (aushelfender Träger; aushelfender Staat) zu Lasten des Krankenversicherers oder nationalen Gesundheitssystems des Staats, welcher für die soziale Sicherheit des Patienten bei Krankheit zuständig ist (zuständiger Träger; zuständiger Staat). Es liegt dabei bildhaft gesprochen eine Art zwischenstaatlicher Amtshilfe oder stellvertretender Leistung vor. Der aushelfende Träger kann für die Aufwendungen, die er zugunsten der versicherten Person getätigt hat, die Erstattung der Kosten vom zuständigen Träger verlangen (Gebhard Eugster, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2007, S. 564 f. Rz. 488 und 492 [nachfolgend: Eugster, Bundesverwaltungsrecht]).

**6.2.** Die Gewährung von Leistungen im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe vollzieht sich in den Rechtsformen und nach den Vorschriften des aushelfenden Trägers. Dessen Recht bestimmt somit die Anspruchserfordernisse der jeweiligen Einzelleistung. Er prüft die Voraussetzungen des einzelnen Leistungsanspruchs, die Art und den Umfang der Leistungen sowie die Weise, wie sie zu erbringen sind, nach den gleichen rechtlichen Regeln und Formen der bei ihm versicherten Personen (Eugster, Bundesverwaltungsrecht, a.a.O., S. 566 Rz. 498; ders., Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, Rz. 13 zu Art. 34 KVG; ferner das vom BSV erarbeitete Dokument "Zwischenstaatliche Regelungen über Soziale Sicherheit", Ziff. 1.1 lit. c [abrufbar unter: <http://www.bsv.admin.ch/themen/internationales/00078/02123/index.html?lang=de>]). Auch die Kostenbeteiligung für Behandlungen in einem Mitgliedstaat richtet sich folglich nach dem Recht der sozialen Sicherheit des betreffenden ausländischen Staats (Urteile 9C\_562/2010 vom 29. April 2011 E. 5.1, in: SVR 2012 KV Nr. 8 S. 25, und 9C\_61/2007 vom 25. Februar 2008 E. 3; vgl. auch Silvia Bucher, Hospitalisation im europäischen Ausland, in: Ausserkantonale Hospitalisation: Eine Tür zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen?, 2006, S. 17 ff., insb. S. 25 Rz. 15 mit weiteren Hinweisen).

## 7.

**7.1.** Was das Verhältnis zwischen der internationalen Leistungsaushilfe gemäss FZA und Art. 36 KVV, namentlich dessen Abs. 5, anbelangt, wurde bislang einzig festgestellt, Ansprüche aus Art. 36 Abs. 2 KVV blieben insbesondere für den Fall erhalten, dass das Instrument der Leistungsaushilfe versage, weil sich die versicherte Person von einem ausländischen Leistungserbringer habe behandeln lassen, der nach dem ausländischen Krankenversicherungsrecht als solcher nicht zugelassen sei. In dieser speziellen Konstellation hat das Bundesgericht die Rückerstattung der entsprechenden Kosten durch den schweizerischen Krankenversicherer im Rahmen und in den Grenzen von Art. 36 KVV bejaht (Urteil 9C\_562/2010 vom 29. April 2011 E. 5.2 f., in: SVR 2012 KV Nr. 8 S. 25, mit Verweis auf Eugster, Bundesverwaltungsrecht, a.a.O., S. 569 Rz. 504 und S. 577 Rz. 539).

**7.2.** Nicht geklärt ist dagegen in diesem Zusammenhang die Frage, ob der zuständige schweizerische Träger der betroffenen Person, die sich im Ausland zum dortigen Sozialversicherungstarif behandeln lässt - sich also der internationalen Leistungsaushilfe bedient -, ergänzend zu leisten hat, wenn die Voraussetzungen gemäss Art. 36 Abs. 1 oder 2 KVV erfüllt sind und eine Vergütung nach dieser Bestimmung den Betrag übersteigt, der vom ausländischen Träger im Rahmen der Leistungsaushilfe zu übernehmen und diesem vom zuständigen schweizerischen Träger zu erstatten ist.

**7.3.** Von dieser - hier nicht zu beurteilenden - Konstellation ist die höchstrichterlich bisher ebenfalls noch nicht entschiedene Frage zu unterscheiden, ob bei Notfallbehandlungen im Ausland eine die Leistungsaushilfe ergänzende Leistungspflicht aus Art. 36 Abs. 2 und 4 KVV für eine Kostenbeteiligung zu bejahen ist, welche die betroffene Person nach dem ausländischen Recht zu tragen hat.

Die Beschwerdeführerin stellt sich diesbezüglich auf den Standpunkt, dass sie, da die für 2012 nach schweizerischem Recht gestützt auf Art. 64 KVG in Verbindung mit Art. 103 KVV vorgesehene Kostenbeteiligung bereits vollständig erbracht sei, den 20%igen französischen Selbstbehalt nicht mehr selber zu tragen habe, dieser also gleichsam an die in der Schweiz zu leistende Kostenbeteiligung anzurechnen und im Rahmen einer (ergänzenden) Leistungspflicht nach Art. 36 Abs. 2 und 4 KVV von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen sei.

**7.3.1.** Die in der Beschwerde vertretene Auffassung ist insofern bedenkenswert, als die Beschwerdeführerin im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe nach Massgabe von Art. 19 Abs. 1 VO Nr. 883/2004 in Verbindung mit Art. 25 Abs. 4 VO Nr. 987/2009 zwar Leistungen nach dem Recht des aushelfenden Trägers, also Frankreich, bezogen hat (vgl. E. 6.2 hievor), diese letztlich aber von der schweizerischen obligatorischen Krankenpflegeversicherung getragen werden. Die betreffenden Leistungen könnten daher grundsätzlich ebenfalls als für die versicherte Person im Sinne von Art. 64 Abs. 1 KVG erbrachte und der entsprechenden Kostenbeteiligungspflicht unterliegende Leistung angesehen werden. Eine derartige Sichtweise würde jedoch bedeuten, dass der schweizerische Krankenversicherer im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe die Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG auch dann einfordern können müsste, wenn der ausländische Krankenversicherer keine solche erhoben hätte. Dies ist jedoch klar abzulehnen. Das Kostenbeteiligungsrecht richtet sich gerade in den gemäss Art. 25 Abs. 4 VO Nr. 987/2009 abzuwickelnden "klassischen" Leistungsaushilfsfällen als Teil des massgebenden Leistungsrechts ausschliesslich nach den zum Zuge kommenden ausländischen Rechtsvorschriften. Überdies finden sich weder im KVG noch in den Koordinierungsverordnungen Bestimmungen, welche vorsehen, dass eine ausländische Kostenbeteiligung an die schweizerische anzurechnen wäre (in diesem Sinne auch Eugster, Bundesverwaltungsrecht, a.a.O., S. 567 Rz. 499 und S. 569 Rz. 506).

**7.3.2.** Ebenso wenig steht in der vorliegend gegebenen Situation, in welcher die Kosten direkt über den aushelfenden Träger auf der Basis der im Behandlungsland geltenden Erstattungssätze abgerechnet und sie anschliessend über die Verbindungsstelle dem zuständigen Krankenversicherer in Rechnung gestellt und von diesem beglichen wurden (Art. 25 Abs. 4 VO Nr. 987/2009), hinsichtlich des nach französischem Recht erhobenen Selbstbehalts eine ergänzende Leistungspflicht aus Art. 34 KVG in Verbindung mit Art. 36 Abs. 2 und 4 KVV zur Diskussion. Wie bereits mehrfach betont, vollzieht sich die Gewährung von Leistungen im Rahmen der derart abgewickelten internationalen Leistungsaushilfe in den Rechtsformen des aushelfenden ausländischen Trägers. Eine Verpflichtung des schweizerischen Krankenversicherers, vom ausländischen Träger unstreitig nicht zu deckende Kosten gestützt auf innerstaatliches Recht tragen zu müssen, besteht nicht. Daran ändert nichts, dass es dem schweizerischen Krankenversicherer als zuständigem Träger in den Fällen von internationaler Leistungsaushilfe gemäss Art. 25 Abs. 5-7 VO Nr. 987/2009, in welchen die versicherte Person die Rechnungen direkt bei ihm einreicht, unbenommen bleibt, sich allenfalls ergänzend im Rahmen von Art. 36 Abs. 4 KVV an den ungedeckten Kosten zu beteiligen (Art. 25 Abs. 5 in Verbindung mit Art. 62 VO Nr. 987/2009) bzw. die entstandenen Kosten mit oder ohne Einverständnis der versicherten Person nach schweizerischen Tarifen zu übernehmen (Art. 25 Abs. 6 und 7 VO Nr. 987/2009; vgl. auch das vorgängig erwähnte Informationsschreiben des BAG vom 21. Januar 2015, Ziff. II./2). Zu keinem anderen Ergebnis führen schliesslich die von der Beschwerdeführerin angeführten kantonalen Entscheide (vgl. E. 5.2 hievor), beruhten die darin getroffenen Schlussfolgerungen doch gerade nicht auf einer internationalen Leistungsaushilfe im Sinne von Art. 25 Abs. 4 VO Nr. 987/2009 (bzw. der entsprechenden vormaligen Bestimmung gemäss VO Nr. 574/72). Die Beschwerde ist daher abzuweisen und es bleibt im Ergebnis beim vorinstanzlichen Entscheid.

## **8.**

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 Satz 1 BGG).

### **Demnach erkennt das Bundesgericht:**

#### **1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

#### **2.**

Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

#### **3.**

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons Aargau und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 14. Oktober 2015

Im Namen der II. sozialrechtlichen Abteilung

des Schweizerischen Bundesgerichts

Die Präsidentin: Glanzmann

Die Gerichtsschreiberin: Fleischanderl