



E-2/18-26

SITZUNGSBERICHT

in der Rechtssache E-2/18

ANTRAG des Fürstlichen Landgerichts an den Gerichtshof gemäss Artikel 34 des Abkommens der EFTA-Staaten über die Errichtung einer EFTA-Überwachungsbehörde und eines EFTA-Gerichtshofs in der Rechtssache zwischen

C

und der

Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, Landesvertretung Liechtenstein

betreffend die Auslegung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit.

I Einleitung

1. Mit Schreiben vom 13. Juli 2018, beim EFTA-Gerichtshof am 17. Juli 2018 registriert, stellte das Fürstliche Landgericht einen Antrag auf Vorabentscheidung in einer vor ihm anhängigen Rechtssache zwischen C als Kläger und der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, Landesvertretung Liechtenstein (im Folgenden: Concordia), als Beklagter.

2. C, ein spanischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Spanien, ist bei der Concordia obligatorisch krankenversichert und erhält aufgrund seiner jahrelangen Berufstätigkeit in Liechtenstein eine liechtensteinische Invalidenrente. Ihm sind Kosten für medizinische Behandlungen in Spanien entstanden, deren Erstattung er direkt bei der Concordia beantragte.

3. Bezugnehmend auf die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen

Sicherheit (ABl. 2004 L 166, S. 1, und ihre Berichtigung im ABl. 2004 L 200, S. 1) (im Folgenden: Grundverordnung) vertritt die Concordia den Standpunkt, dass C seine Rechnungen zuerst den spanischen Behörden vorlegen muss, bevor er potenzielle Ansprüche bei der Concordia geltend macht. C hingegen bringt vor, dass die Grundverordnung auf seinen Versicherungsvertrag mit der Concordia keine Anwendung findet. Auf dieser Grundlage hat das Fürstliche Landgericht dem Gerichtshof einige Fragen betreffend die Auslegung der Grundverordnung vorgelegt.

II Rechtlicher Hintergrund

EWR-Recht

4. Artikel 28 Absätze 1 und 2 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (im Folgenden: EWR-Abkommen) lauten:

(1) Zwischen den EG-Mitgliedstaaten und den EFTA-Staaten wird die Freizügigkeit der Arbeitnehmer hergestellt.

(2) Sie umfasst die Abschaffung jeder auf der Staatsangehörigkeit beruhenden unterschiedlichen Behandlung der Arbeitnehmer der EG-Mitgliedstaaten und der EFTA-Staaten in bezug auf Beschäftigung, Entlohnung und sonstige Arbeitsbedingungen.

5. Artikel 29 des EWR-Abkommens lautet:

Zur Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer und der selbständig Erwerbstätigen stellen die Vertragsparteien auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit gemäß Anhang VI für Arbeitnehmer und selbständig Erwerbstätige sowie deren Familienangehörige insbesondere folgendes sicher:

a) die Zusammenrechnung aller nach den verschiedenen innerstaatlichen Rechtsvorschriften berücksichtigten Zeiten für den Erwerb und die Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs sowie für die Berechnung der Leistungen;

b) die Zahlung der Leistungen an Personen, die in den Hoheitsgebieten der Vertragsparteien wohnen.

6. Artikel 36 Absatz 1 des EWR-Abkommens lautet:

Im Rahmen dieses Abkommens unterliegt der freie Dienstleistungsverkehr im Gebiet der Vertragsparteien für Angehörige der EG-Mitgliedstaaten und der EFTA-Staaten, die in einem anderen EG-Mitgliedstaat beziehungsweise in einem anderen

EFTA-Staat als demjenigen des Leistungsempfängers ansässig sind, keinen Beschränkungen.

7. Die Grundverordnung und die Verordnung (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 (ABl. 2009 L 284, S. 1) (im Folgenden: Durchführungsverordnung) wurden mittels Beschluss des Gemeinsamen EWR-Ausschusses Nr. 76/2011 vom 1. Juli 2011 (Abl. 2011 L 262, S. 33) in das EWR-Abkommen aufgenommen. Die beiden Verordnungen wurden unter Nummer 1 bzw. 2 des Anhangs VI (Soziale Sicherheit) hinzugefügt. Der Beschluss trat am 1. Juni 2012 in Kraft.

8. Die Präambel der Grundverordnung enthält die folgenden Erwägungsgründe:

(1) Die Vorschriften zur Koordinierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit sind Teil des freien Personenverkehrs und sollten zur Verbesserung des Lebensstandards und der Arbeitsbedingungen beitragen.

...

(4) Es ist notwendig, die Eigenheiten der nationalen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit zu berücksichtigen und nur eine Koordinierungsregelung vorzusehen.

(5) Es ist erforderlich, bei dieser Koordinierung innerhalb der Gemeinschaft sicherzustellen, dass die betreffenden Personen nach den verschiedenen nationalen Rechtsvorschriften gleich behandelt werden.

...

(13) Die Koordinierungsregeln müssen den Personen, die sich innerhalb der Gemeinschaft bewegen, sowie ihren Angehörigen und Hinterbliebenen die Wahrung erworbener Ansprüche und Vorteile sowie der Anwartschaften ermöglichen.

...

(15) Es ist erforderlich, Personen, die sich innerhalb der Gemeinschaft bewegen, dem System der sozialen Sicherheit nur eines Mitgliedstaats zu unterwerfen, um eine Kumulierung anzuwendender nationaler Rechtsvorschriften und die sich daraus möglicherweise ergebenden Komplikationen zu vermeiden.

...

(20) *In Bezug auf Leistungen bei Krankheit, Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellten Leistungen bei Vaterschaft sollte den Versicherten sowie ihren Familienangehörigen, die in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen oder sich dort aufhalten, Schutz gewährt werden.*

...

(22) *Die besondere Lage von Rentenantragstellern und Rentenberechtigten sowie ihrer Familienangehörigen erfordert Bestimmungen auf dem Gebiet der Krankenversicherung, die dieser Situation gerecht werden.*

9. Artikel 1 der Grundverordnung lautet:

Für die Zwecke dieser Verordnung bezeichnet der Ausdruck

...

(c) *„Versicherter“ in Bezug auf die von Titel III, Kapitel 1 und 3 erfassten Zweige der sozialen Sicherheit jede Person, die unter Berücksichtigung der Bestimmungen dieser Verordnung die für einen Leistungsanspruch nach den Rechtsvorschriften des gemäß Titel II zuständigen Mitgliedstaats vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt;*

...

(l) *„Rechtsvorschriften“ für jeden Mitgliedstaat die Gesetze, Verordnungen, Satzungen und alle anderen Durchführungsvorschriften in Bezug auf die in Artikel 3 Absatz 1 genannten Zweige der sozialen Sicherheit.*

Dieser Begriff umfasst keine tarifvertraglichen Vereinbarungen, mit Ausnahme derjenigen, durch die eine Versicherungsverpflichtung, die sich aus den in Unterabsatz 1 genannten Gesetzen oder Verordnungen ergibt, erfüllt wird oder die durch eine behördliche Entscheidung für allgemein verbindlich erklärt oder in ihrem Geltungsbereich erweitert wurden, sofern der betreffende Mitgliedstaat in einer einschlägigen Erklärung den Präsidenten des Europäischen Parlaments und den Präsidenten des Rates der Europäischen Union davon unterrichtet. Diese Erklärung wird im Amtsblatt der Europäischen Union veröffentlicht;

...

(p) *„Träger“ in jedem Mitgliedstaat die Einrichtung oder Behörde, der die Anwendung aller Rechtsvorschriften oder eines Teils hiervon obliegt;*

(q) *„zuständiger Träger“*

- (i) *den Träger, bei dem die betreffende Person zum Zeitpunkt der Stellung des Antrags auf Leistungen versichert ist,*

oder

- (ii) *den Träger, gegenüber dem die betreffende Person einen Anspruch auf Leistungen hat oder hätte, wenn sie selbst oder ihr Familienangehöriger bzw. ihre Familienangehörigen in dem Mitgliedstaat wohnen würden, in dem dieser Träger seinen Sitz hat;*

...

(r) „Träger des Wohnorts“ ... den Träger, der nach den Rechtsvorschriften, die für diesen Träger gelten, für die Gewährung der Leistungen an dem Ort zuständig ist, an dem die betreffende Person wohnt ..., oder, wenn es einen solchen Träger nicht gibt, den von der zuständigen Behörde des betreffenden Mitgliedstaats bezeichneten Träger;

(s) „zuständiger Mitgliedstaat“ den Mitgliedstaat, in dem der zuständige Träger seinen Sitz hat;

...

(va) „Sachleistungen“

- (i) für Titel III Kapitel 1 (Leistungen bei Krankheit sowie Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft) Sachleistungen, die nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats vorgesehen sind und die den Zweck verfolgen, die ärztliche Behandlung und die diese Behandlung ergänzenden Produkte und Dienstleistungen zu erbringen bzw. zur Verfügung zu stellen oder direkt zu bezahlen oder die diesbezüglichen Kosten zu erstatten. Dazu gehören auch Sachleistungen bei Pflegebedürftigkeit;*

...

10. Artikel 3 der Grundverordnung lautet:

(1) Diese Verordnung gilt für alle Rechtsvorschriften, die folgende Zweige der sozialen Sicherheit betreffen:

a) Leistungen bei Krankheit;

...

(2) Sofern in Anhang XI nichts anderes bestimmt ist, gilt diese Verordnung für die allgemeinen und die besonderen, die auf Beiträgen beruhenden und die beitragsfreien Systeme der sozialen Sicherheit sowie für die Systeme betreffend die Verpflichtungen von Arbeitgebern und Reedern.

...

11. Artikel 9 der Grundverordnung lautet:

(1) Die Mitgliedstaaten notifizieren der Europäischen Kommission schriftlich die Erklärungen gemäß Artikel 1 Buchstabe l, die Rechtsvorschriften, Systeme und Regelungen im Sinne des Artikels 3 ... sowie wesentliche Änderungen. In diesen Notifizierungen ist das Datum anzugeben, ab dem diese Verordnung auf die von den Mitgliedstaaten darin genannten Regelungen Anwendung findet.

(2) Diese Notifizierungen werden der Europäischen Kommission jährlich übermittelt und im erforderlichen Umfang bekannt gemacht.

12. Titel II der Grundverordnung bestimmt das anwendbare Recht und enthält die Artikel 11 bis 16. Artikel 11 lautet, soweit massgeblich:

(1) Personen, für die diese Verordnung gilt, unterliegen den Rechtsvorschriften nur eines Mitgliedstaats. Welche Rechtsvorschriften dies sind, bestimmt sich nach diesem Titel.

...

(3) Vorbehaltlich der Artikel 12 bis 16 gilt Folgendes:

...

e) jede andere Person, die nicht unter die Buchstaben a) bis d) fällt, unterliegt unbeschadet anders lautender Bestimmungen dieser Verordnung, nach denen ihr Leistungen aufgrund der Rechtsvorschriften eines oder mehrerer anderer Mitgliedstaaten zustehen, den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats.

...

13. Titel III der Grundverordnung enthält besondere Bestimmungen über die verschiedenen Arten der von dieser Verordnung erfassten Leistungen. Titel III Kapitel 1 beschäftigt sich mit Leistungen bei Krankheit sowie Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellten Leistungen bei Vaterschaft. Kapitel 1 Abschnitt 2 ist auf Rentner und ihre Familienangehörigen anwendbar und umfasst die Artikel 23 bis 30.

14. Artikel 24 der Grundverordnung lautet:

(1) Eine Person, die eine Rente oder Renten nach den Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten erhält und die keinen Anspruch auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats hat, erhält dennoch Sachleistungen für sich selbst und ihre Familienangehörigen, sofern nach den Rechtsvorschriften des für die Zahlung ihrer Rente zuständigen Mitgliedstaats oder zumindest eines der für die Zahlung ihrer Rente zuständigen Mitgliedstaaten Anspruch auf Sachleistungen bestünde, wenn sie in diesem Mitgliedstaat wohnte. Die Sachleistungen werden vom Träger des Wohnorts für Rechnung des in Absatz 2 genannten Trägers erbracht, als ob die betreffende Person Anspruch auf Rente und Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaats hätte.

(2) In den in Absatz 1 genannten Fällen werden die Kosten für die Sachleistungen von dem Träger übernommen, der nach folgenden Regeln bestimmt wird:

a) hat der Rentner nur Anspruch auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften eines einzigen Mitgliedstaats, so übernimmt der zuständige Träger dieses Mitgliedstaats die Kosten;

...

15. Artikel 25 der Grundverordnung lautet:

Wohnt eine Person, die eine Rente oder Renten nach den Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten erhält, in einem Mitgliedstaat, nach dessen Rechtsvorschriften der Anspruch auf Sachleistungen nicht vom Bestehen einer Versicherung, einer Beschäftigung oder einer selbstständigen Erwerbstätigkeit abhängt und von dem sie keine Rente erhält, so werden die Kosten für die Sachleistungen, die ihr oder ihren Familienangehörigen gewährt werden, von dem Träger eines der für die Zahlung ihrer Rente zuständigen Mitgliedstaaten übernommen, der nach Artikel 24 Absatz 2 bestimmt wird, soweit dieser Rentner und seine Familienangehörigen Anspruch auf diese Leistungen hätten, wenn sie in diesem Mitgliedstaat wohnen würden.

16. Artikel 35 der Grundverordnung lautet:

(1) Die von dem Träger eines Mitgliedstaats für Rechnung des Trägers eines anderen Mitgliedstaats nach diesem Kapitel [Titel III Kapitel I] gewährten Sachleistungen sind in voller Höhe zu erstatten.

(2) Die Erstattungen nach Absatz 1 werden nach Maßgabe der Durchführungsverordnung festgestellt und vorgenommen, und zwar entweder gegen Nachweis der tatsächlichen Aufwendungen oder auf der Grundlage von Pauschalbeträgen für

Mitgliedstaaten, bei deren Rechts- und Verwaltungsstruktur eine Erstattung auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen nicht zweckmäßig ist.

(3) Zwei oder mehr Mitgliedstaaten und deren zuständige Behörden können andere Erstattungsverfahren vereinbaren oder auf jegliche Erstattung zwischen den in ihre Zuständigkeit fallenden Trägern verzichten.

17. Artikel 76 Absätze 4 und 5 der Grundverordnung lauten:

(4) Die Träger und Personen, die in den Geltungsbereich dieser Verordnung fallen, sind zur gegenseitigen Information und Zusammenarbeit verpflichtet, um die ordnungsgemäße Anwendung dieser Verordnung zu gewährleisten.

Die Träger beantworten gemäß dem Grundsatz der guten Verwaltungspraxis alle Anfragen binnen einer angemessenen Frist und übermitteln den betroffenen Personen in diesem Zusammenhang alle erforderlichen Angaben, damit diese die ihnen durch diese Verordnung eingeräumten Rechte ausüben können.

Die betroffenen Personen müssen die Träger des zuständigen Mitgliedstaats und des Wohnmitgliedstaats so bald wie möglich über jede Änderung ihrer persönlichen oder familiären Situation unterrichten, die sich auf ihre Leistungsansprüche nach dieser Verordnung auswirkt.

(5) Die Verletzung der Informationspflicht gemäß Absatz 4 Unterabsatz 3 kann angemessene Maßnahmen nach dem nationalen Recht nach sich ziehen. Diese Maßnahmen müssen jedoch denjenigen entsprechen, die für vergleichbare Tatbestände der nationalen Rechtsordnung gelten, und dürfen die Ausübung der den Antragstellern durch diese Verordnung eingeräumten Rechte nicht praktisch unmöglich machen oder übermäßig erschweren.

18. Artikel 83 der Grundverordnung lautet:

Die besonderen Bestimmungen zur Anwendung der Rechtsvorschriften bestimmter Mitgliedstaaten sind in Anhang XI aufgeführt.

19. Anhang XI zur Grundverordnung enthält einen Eintrag betreffend Liechtenstein, der folgendermassen lautet:

1. Pflichtversicherung nach der liechtensteinischen Krankenpflegeversicherung und mögliche Befreiungen:

a) Die Rechtsvorschriften der liechtensteinischen Krankenpflegeversicherung gelten für die folgenden Personen, die nicht in Liechtenstein wohnen:

- i) *Personen, die den Rechtsvorschriften Liechtensteins nach Titel II der Verordnung unterliegen;*
- ii) *Personen, für die nach den Artikeln 24, 25 und 26 der Verordnung Liechtenstein die Kosten der Leistungen trägt;*

...

20. Die Präambel der Durchführungsverordnung enthält die folgenden Erwägungsgründe:

(8) Mitgliedstaaten, zuständige Behörden und Träger der sozialen Sicherheit sollten die Möglichkeit haben, sich auf vereinfachte Verfahren und Verwaltungsvereinbarungen zu einigen, die sie für wirksamer und innerhalb ihrer jeweiligen Systeme der sozialen Sicherheit für geeigneter halten. Solche Vereinbarungen sollten die Rechte der Personen im Geltungsbereich der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 allerdings nicht beeinträchtigen.

...

(17) Diese Verordnung und namentlich die Bestimmungen über den Aufenthalt außerhalb des zuständigen Mitgliedstaats und über geplante Behandlungen sollten der Anwendung günstigerer innerstaatlicher Vorschriften insbesondere hinsichtlich der Rückerstattung von in einem anderen Mitgliedstaat entstandenen Kosten nicht entgegenstehen.

...

(22) Die Information der betroffenen Personen über ihre Rechte und Pflichten ist für ein Vertrauensverhältnis zu den zuständigen Behörden und Trägern der Mitgliedstaaten wesentlich. Diese Information sollte Anleitungen in Bezug auf Verwaltungsverfahren beinhalten. ...

21. Artikel 22 Absatz 1 der Durchführungsverordnung lautet:

Die zuständigen Behörden oder Träger tragen dafür Sorge, dass den Versicherten alle erforderlichen Informationen über die Verfahren und Voraussetzungen für die Gewährung von Sachleistungen zur Verfügung gestellt werden, wenn sie diese Leistungen im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedstaats als dem des zuständigen Trägers erhalten.

22. Artikel 24 der Durchführungsverordnung lautet:

(1) Bei der Anwendung von Artikel 17 der Grundverordnung müssen sich der Versicherte und/oder seine Familienangehörigen beim Träger ihres Wohnorts eintragen lassen. Ihr Sachleistungsanspruch im Wohnmitgliedstaat wird durch ein Dokument bescheinigt, das vom zuständigen Träger auf Antrag des Versicherten oder auf Antrag des Trägers des Wohnorts ausgestellt wird.

(2) Das in Absatz 1 genannte Dokument gilt solange, bis der zuständige Träger den Träger des Wohnorts über seinen Widerruf informiert.

Der Träger des Wohnorts benachrichtigt den zuständigen Träger von jeder Eintragung nach Absatz 1 und von jeder Änderung oder Streichung dieser Eintragung.

(3) Für die in den Artikeln 22, 24, 25 und 26 der Grundverordnung genannten Personen gilt der vorliegende Artikel entsprechend.

23. Artikel 62 Absatz 1 der Durchführungsverordnung lautet:

Bei der Anwendung von Artikel 35 und 41 der Grundverordnung erstattet der zuständige Träger dem Träger, der die Sachleistungen gewährt hat, diese in Höhe der tatsächlichen Ausgaben, die sich aus der Rechnungsführung dieses Trägers ergeben, außer bei Anwendung des Artikels 63 der Durchführungsverordnung.

24. Artikel 63 der Durchführungsverordnung lautet:

(1) Die unter Artikel 35 Absatz 2 der Grundverordnung fallenden Mitgliedstaaten, deren Rechts- und Verwaltungsstruktur eine Erstattung auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen nicht zweckmäßig macht, sind in Anhang 3 der Durchführungsverordnung aufgeführt.

(2) Für die in Anhang 3 der Durchführungsverordnung aufgeführten Mitgliedstaaten wird der Betrag der Sachleistungen,

...

b) die nach Artikel 24 Absatz 1 und den Artikeln 25 und 26 der Grundverordnung Rentnern und ihren Familienangehörigen gewährt wurden,

den Trägern, die diese Sachleistungen gewährt haben, von den zuständigen Trägern auf der Grundlage eines Pauschalbetrags, dessen Höhe für jedes Kalenderjahr ermittelt wird, erstattet. Die Höhe dieses Pauschalbetrags muss den tatsächlichen Ausgaben möglichst nahe kommen.

25. Anhang 3 der Durchführungsverordnung enthält eine Auflistung der EWR-Staaten, die die Erstattung der Ausgaben für Sachleistungen auf der Grundlage von Pauschalbeträgen verlangen. Diese Auflistung beinhaltet Spanien.

Nationales Recht

26. Die Grundverordnung und die Durchführungsverordnung sind in Liechtenstein unmittelbar anwendbar.

27. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (im Folgenden: OKP) wird durch das Gesetz vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung (LR 832.10) (im Folgenden: KVG) geregelt. Im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung sind Personen gehalten, einen entsprechenden Versicherungsvertrag mit einer staatlich zugelassenen Versicherung abzuschliessen. Dem vorlegenden Gericht zufolge sind in Liechtenstein drei Krankenkassen anerkannt, die eine obligatorische Krankenversicherung anbieten.

28. Die obligatorische Krankenversicherung deckt stationäre und ambulante Behandlungen gemäss Artikel 18 KVG. Hinsichtlich ambulanten Behandlungen ist die OKP von den Krankenkassen in zwei Varianten anzubieten. In der Variante „OKP Basic“ ist die Wahl ambulanter Dienstleister auf Anbieter beschränkt, mit denen die Kasse einen Dienstleistungsvertrag abgeschlossen hat. In der Variante „OKP Plus“ geniesst der Versicherte eine freie Arztwahl. Sowohl in Bezug auf stationäre als auch auf ambulante Behandlungen gelten bestimmte Höchstarife.

III Sachverhalt und Verfahren

29. Dem vorlegenden Gericht zufolge arbeitete C von 1977 bis 1999 in Liechtenstein. Seit 1. Dezember 2000 bezieht er eine Invalidenrente der liechtensteinischen Invalidenversicherung. Er ist bei der Concordia nach liechtensteinischem Recht obligatorisch krankenversichert. Die Versicherungsgesellschaft bietet die in Liechtenstein gesetzlich vorgesehene Deckung und gewährt eine freie Arztwahl weltweit.

30. C war bis 31. Mai 2003 in Liechtenstein wohnhaft. Am 1. Juni 2003 verlegte er seinen Wohnsitz nach Spanien. Die dortige Eintragung erfolgte mittels Formular E121, mit dem der Anspruch von Personen, die nicht in dem Land leben, in dem sie versichert sind, auf Krankenversicherung bescheinigt wird.

31. C leidet an chronischen psychischen und körperlichen Erkrankungen. Mehrere Jahre lang bezog er Sachleistungen in verschiedenen privaten Kliniken in Spanien. Diese Kliniken stellten Rechnungen für die Behandlung aus, die C an die Concordia weiterleitete. Die Concordia übernahm diese Kosten bis 31. März 2016.

32. Für den Zeitraum nach dem 31. März 2016 wurden im Namen von C Rechnungen für die Weiterbehandlung bei der Concordia vorgelegt. Im März 2017 kam die Concordia jedoch zu dem Schluss, dass aufgrund des chronischen Charakters der Erkrankungen von C nach dem 1. April 2016 keine Spitalbedürftigkeit mehr bestand.

33. Am 6. September 2017 teilte die Concordia dem Rechtsanwalt von C mit, sie werde die Rechnungen für den stationären Aufenthalt in der Klinik in Spanien bis zum 31. März 2016 vollumfänglich und bis zum 30. Juni 2016 im Sinne einer Übergangsfrist übernehmen. Für den Zeitraum nach diesem Datum sagte die Concordia die Zahlung eines Pflegebeitrags von CHF 37,60 pro Tag und die Erstattung der Kosten für sonstige medizinische Leistungen in diesem Zeitraum zu.

34. Dann erliess die Concordia zwei Verfügungen, die im nationalen Verfahren angefochten werden. In der ersten Verfügung wurde C aufgefordert, sämtliche in Spanien ab dem 1. September 2017 bezogenen Sachleistungen beim zuständigen spanischen Träger zur Erstattung geltend zu machen. Rechnungen, deren Erstattung vom zuständigen spanischen Träger ganz oder teilweise abgelehnt wurde, sollten bei der Concordia eingereicht werden. Die Concordia behielt sich überdies die Rückforderung zu viel erstatteter Leistungen im Zeitraum 1. Juli 2003 bis 31. August 2017 vor. In der zweiten Verfügung verpflichtete sich die Concordia zur Entrichtung eines Pflegebeitrags für C in Höhe von CHF 37,60 pro Tag von 1. Juli 2016 bis 30. November 2017, soweit die entsprechenden Sachleistungen nicht bereits durch den spanischen Träger übernommen wurden. Leistungen nach dieser Frist würden nur erbracht, soweit ein entsprechendes Kostengutsprachege such vorliege.

35. Im November 2017 begehrte C die Aufhebung der beiden Verfügungen vor dem Fürstlichen Landgericht. Bezugnehmend auf seine Versicherungspolice bringt C vor, die Concordia solle zur Zahlung sämtlicher ärztlich angeordneter Behandlungen verpflichtet werden. Sein Vertrag deckt die freie Arztwahl mit Kostenübernahme bis zum gesetzlichen Tarif in Liechtenstein und im Ausland. C führt aus, die Grundverordnung sei nicht anwendbar. Das nationale spanische Gesundheitssystem decke keine Kosten, die im Privatversicherungssystem entstünden. Eine Inrechnungstellung an den spanischen Träger statt direkt an die Concordia würde zudem das gesamte Verfahren verzögern.

36. Die Concordia beantragt die Klagsabweisung. Sie wendet ein, dass C gemäss Artikel 24 der Grundverordnung Anspruch auf Sachleistungen in Spanien hat, als wäre er nach spanischem Recht versichert. Die Rechnungen für seine Behandlung seien beim zuständigen spanischen Träger zur Erstattung einzureichen, der dann mit der Concordia abrechne. C könne der Concordia nur jene Rechnungen vorlegen, die nicht durch den spanischen Träger gedeckt seien, und nur bis maximal zu der Höhe der für seine Versicherung geltenden Tarife. Da die Concordia bereits Leistungen erbracht habe, die diesen Rahmen überschritten, sei sie zur Rückforderung dieser zu viel erstatteten Leistungen berechtigt.

37. In dem Verfahren vor dem Fürstlichen Landgericht legte C Unterlagen vor, aus denen sich ergibt, dass er versucht hat, verschiedene Rechnungen betreffend seine medizinischen Behandlungen bei spanischen Stellen einzureichen. Die spanischen Stellen hatten die Erstattung der Kosten abgelehnt, da sie von privaten Einrichtungen ausserhalb des nationalen Gesundheitssystems stammten.

38. Mit Schreiben vom 13. Juli 2018 entschied das Fürstliche Landgericht, das Verfahren zu unterbrechen und dem Gerichtshof die folgenden Fragen vorzulegen:

1. Legt die [Grundverordnung] lediglich einen Mindestrahmen fest, der zur Hinderung der Verzerrung des Wettbewerbs nicht unterschritten werden darf, oder sind die sich aus dieser Verordnung ergebenden Regeln insoweit zwingend, als sie auch aus dem Versicherungsvertrag sich ergebende weltweit zu erbringende Leistungsverpflichtungen tangieren und beschränken? Ist die [Grundverordnung] in Bezug auf Sozialversicherungssysteme anwendbar, die den Arbeitnehmern lediglich vorschreiben, eine angemessene Krankenversicherung nachzuweisen, diesen aber im Wege der Vertragsautonomie die Wahl zwischen mehreren verschiedenen privatrechtlich organisierten Versicherern lassen und lediglich den Nachweis des Abschlusses eines entsprechenden Versicherungsvertrages verlangen?

2.(a) Ist ein Versicherungsnehmer wegen der Geltung der [Grundverordnung] gehalten, Rechnungen, welche vom im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossenen Versicherungsvertrag gedeckt sind, beim Sozialversicherungsträger seines Wohnortes einzureichen, sodass der Sozialversicherungsträger, welcher seinen Sitz in dem zur Zahlung der Rente zuständigen Mitgliedstaat hat, erst nach Ablehnung der Zahlung durch den Wohnsitzträger in die Zahlungspflicht genommen werden kann oder kann sich ein Versicherungsnehmer unabhängig davon auf seine Rechte aus dem Versicherungsvertrag berufen?

(b) Falls gemäss lit. a eine Berufung des Versicherungsnehmers auf den Versicherungsvertrag nicht möglich ist:

Ist dies auch der Fall, wenn der Versicherungsvertrag im Rahmen der gesetzlichen Versicherungspflicht abgeschlossen wird, die vertragliche Versicherung aber über das gesetzlich erforderliche Mindestmass hinausgeht, also teilweise „freiwillig“ abgeschlossen worden ist?

3. Falls Versicherungsnehmer im Sinne der Frage 2 verpflichtet sind, Rechnungen zuerst beim Träger des Wohnsitzstaates einzureichen:

(a) Trifft dies auch hinsichtlich eines Versicherten zu, dem schon über mehrere Jahre Leistungen aus dem Vertragsverhältnis erbracht

wurden, oder widerspricht insofern die Berufung der Sozialversicherung auf die [Grundverordnung] dem Grundsatz von Treu und Glauben?

- (b) Ist eine Sozialversicherung unter Berufung auf die [Grundverordnung] berechtigt, einen Versicherten mit Rückforderungsansprüchen zu konfrontieren, weil sie in der Vergangenheit über das durch die Verordnung genannte Ausmass hinausgehenden Versicherungsschutz gewährt hat, also Leistungen erbracht hat, die nach den Regeln der genannten Verordnung nicht bezahlt werden müssen, oder widerspricht die Geltendmachung von Rückforderungsansprüchen dem Grundsatz von Treu und Glauben?
- (c) Begründet, unter Berücksichtigung der [Grundverordnung], die Erbringung von Leistungen durch die Sozialversicherung, ohne dass die Rechnungen über den Sozialversicherungsträger am Wohnort eingereicht worden sind, einen Anspruch des Versicherungsnehmers, dass die Leistungen auch zukünftig zu erbringen sind, ohne dass die Rechnungen über den Sozialversicherungsträger am Wohnort eingereicht werden müssen?

39. Im selben Schreiben ersuchte das vorliegende Gericht den Gerichtshof um Anwendung des in Artikel 97a der Verfahrensordnung vorgesehenen beschleunigten Verfahrens. Mit Beschluss vom 11. September 2018 wurde dieser Antrag vom Präsidenten des Gerichtshofs abgelehnt.

IV Schriftliche Erklärungen

40. Gemäss Artikel 20 der Satzung des Gerichtshofs und Artikel 97 der Verfahrensordnung haben schriftliche Erklärungen abgegeben:

- C, vertreten durch José R. Tent, Rechtsanwalt und ADVOCATUR Beck und Partner AG;
- die Concordia, vertreten durch Ivo Bühler und Andreas Dobler, Rechtsanwälte;
- die Regierung des Fürstentums Liechtenstein, vertreten durch Dr. Andrea Entner-Koch, Leiterin, und Thomas Bischof, Stv. Leiter, Stabstelle EWR, als Bevollmächtigte;
- die Regierung des Königreichs Spanien, vertreten durch Miguel Sampol Pucurull, Abogado del Estado-Jefe, und Alejandro Rubio González, Abogado

del Estado, Mitglieder des spanischen Juristischen Diensts vor dem Gerichtshof der Europäischen Union, als Bevollmächtigte;

- die Regierung der Niederlande, vertreten durch Mielle Bulterman und Jurian Langer, Leiterin bzw. Mitarbeiter der Abteilung Europarecht der Rechtsabteilung des Aussenministeriums, als Bevollmächtigte;
- die EFTA-Überwachungsbehörde, vertreten durch Ewa Gromnicka, Michael Sánchez Rydelski und Carsten Zatschler, Mitarbeiter der Abteilung Rechtliche & Exekutive Angelegenheiten, als Bevollmächtigte, und
- die Europäische Kommission (im Folgenden: Kommission), vertreten durch Denis Martin und Nicola Yerrell, Rechtsberater bzw. Mitarbeiterin des Juristischen Diensts, als Bevollmächtigte.

V Zusammenfassung der dem Gerichtshof vorgelegten Ausführungen und Erklärungen

C

41. Hinsichtlich Frage 1 bringt C vor, dass die Grundverordnung im gegenständlichen Fall nicht anwendbar ist. Die Rechtssache betrifft eine rein vertragliche Thematik, keinen internationalen Sachverhalt. Im Rahmen der Vertragsfreiheit offerierte die Concordia C eine Zusatzversicherung, die diesem eine „freie Arztwahl weltweit“ gewährt. Die Concordia hat sich an die vertraglich vereinbarten Versicherungsbedingungen zu halten und die Leistungen zu bezahlen, die durch die Behandlungen von C in Spanien generiert werden. Hinzu kommt, dass die Concordia jahrelang Leistungen direkt an C bezahlt bzw. in Spanien erfolgte Behandlungen zurückerstattet hat, ohne ihn aufzufordern, Rechnungen zuerst beim Träger des Wohnorts einzureichen. Jedenfalls übernimmt der Träger des Wohnorts keinerlei Leistung aus dem Privatversicherungssystem.

42. Aus diesen Gründen, so C, ist es willkürlich, nicht schützenswert und rechtsmissbräuchlich, die Grundverordnung anzuführen, um die vereinbarten Versicherungsbedingungen zu umgehen. C zufolge würde die Interpretation der Concordia bedeuten, dass er nie von seinem Recht auf Freizügigkeit Gebrauch machen dürfte, wenn er seine Versicherungskonditionen und seinen Versicherungsschutz behalten will.

43. Ist die Grundverordnung anwendbar, legt sie laut C lediglich einen Mindestrahmen zur Koordinierung der Sozialversicherungssysteme fest. Da die Grundverordnung keine Harmonisierung des Sozialversicherungsrechts beabsichtigt, können Leistungsverpflichtungen aus Privatversicherungsverträgen von dieser Verordnung auch nicht tangiert oder beschränkt werden. Nach Auffassung von C folgt aus Artikel 24 Absatz 1 und Artikel 24 Absatz 2 Buchstabe a der Grundverordnung, dass der EU-Gesetzgeber nicht

beabsichtigte, dass der Träger des Wohnorts Leistungsverpflichtungen aus einem Privatversicherungsvertrag erbringt.

44. C trägt vor, dass die Koordinierung von Systemen nur möglich ist, wenn zwei Versicherungssysteme tatsächlich äquivalente Leistungen erbringen. Da der spanische Träger nur Leistungen bezahlt, die im System der spanischen Sozialversicherung generiert werden, keinesfalls aber aus einem diesem System fremden Privatversicherungssystem, ist ausschliesslich die Concordia zuständig.

45. Zu Frage 2 argumentiert C, seine Versicherung gehe über die in Liechtenstein vorgesehenen gesetzlichen Mindestleistungen hinaus. Dadurch, dass er von seiner freien Arztwahl Gebrauch machte, hat er Behandlungen bei Privatärzten und privaten Institutionen wahrgenommen. Solche werden in keinem Fall vom spanischen Träger des Wohnorts bezahlt. Es wäre daher systemwidrig und verfehlt, wenn ein Versicherter in dieser Situation Rechnungen zuerst beim Träger des Wohnorts einreichen müsste. Die Vertragsfreiheit, die Grundsätze der Vertragstreue und Treu und Glauben gewährleisten, dass sich ein Versicherungsnehmer auf seine Rechte aus dem Versicherungsvertrag berufen kann. Die Concordia handelte diesen Grundsätzen zuwider, indem sie einseitig versuchte, ihre Verpflichtungen zum Nachteil von C abzuändern.

46. In Bezug auf Frage 3 bringt C vor, er habe aufgrund des Grundsatzes von Treu und Glauben sowie des Vertrauensschutzes weiterhin Anspruch darauf, dass die Concordia vertragsgemäss ihre Leistungen erbringt. Die Grundverordnung kann die vertraglich vereinbarte „freie Arztwahl weltweit“ nicht aushebeln. Eine Rückforderung würde gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstossen, und es wäre nicht im Sinne der Grundverordnung, wenn C Nachteile hätte, weil er seinen Lebensabend in Spanien verbringen will.

47. Überdies, so C weiter, würde eine Rückforderung nur Sinn machen, wenn ein Versicherungsnehmer tatsächlich doppelte Leistungen bezogen hätte. Allerdings bestehen keinerlei Ansprüche von C auf Leistungen des Trägers des Wohnorts. Daher ist offensichtlich, dass ein Rückforderungsanspruch gegen C mit der Begründung, der Träger des Wohnorts müsse bezahlen, nicht gerechtfertigt ist. Jedenfalls können Rückforderungsansprüche nur gegenüber den entsprechenden staatlichen Trägern geltend gemacht werden und nicht direkt gegenüber dem Versicherten.

48. C bringt vor, dass überhaupt kein Anwendungsfall der Grundverordnung vorliegt und der EFTA-Gerichtshof somit nicht weiter auf die Fragen eingehen muss. Sollte der EFTA-Gerichtshof anderer Ansicht sein, schlägt C vor, dass der Gerichtshof die vorgelegten Fragen folgendermassen beantwortet:

[1] Die [Grundverordnung] legt einen Mindestrahmen fest, der nicht unterschritten werden darf. Keinesfalls tangiert oder beschränkt die [Grundverordnung] jedoch die sich aus dem Versicherungsvertrag ergebenden weltweit zu erbringenden

Leistungsverpflichtungen des Versicherers. Zuständig für die Erbringung der Leistungen aus dem Versicherungsvertrag ist somit ausschliesslich die Privatversicherung, d. h. konkret die Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG.

[2](a) Ein Versicherungsnehmer ist nicht gehalten, Rechnungen, welche vom im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossenen Versicherungsvertrag gedeckt sind, beim Sozialversicherungsträger seines Wohnorts einzureichen. Der Versicherer kann nicht erst nach Ablehnung der Zahlung durch den Wohnsitzträger in die Zahlungspflicht genommen werden, sondern ein Versicherungsnehmer kann sich unabhängig davon jedenfalls auf seine Rechte aus dem Versicherungsvertrag berufen.

(b) Dies gilt umso mehr, wenn der Versicherungsvertrag zwar im Rahmen der gesetzlichen Versicherungspflicht abgeschlossen wurde, die vertragliche Versicherung aber über das gesetzlich erforderliche Mindestmass hinausgeht, also teilweise freiwillig abgeschlossen worden ist.

[3](a) Da dem Versicherten schon über mehrere Jahre hinweg Leistungen aus dem Vertragsverhältnis erbracht wurden, entspricht es dem Grundsatz von Treu und Glauben, dass die Rechnungen wie bisher direkt beim Versicherer, d. h. hier konkret der Concordia, eingereicht werden können. Die Berufung auf die [Grundverordnung] würde dem Grundsatz von Treu und Glauben widersprechen.

(b) Wenn Leistungen erbracht wurden, die nach den Regeln der [Grundverordnung] nicht bezahlt hätten werden müssen, kann ausschliesslich ein allfälliger Rückforderungsanspruch – sofern nicht verjährt – eines Versicherungsträgers gegenüber dem Träger des Wohnorts geltend gemacht werden. Ein direkter Rückforderungsanspruch gegenüber dem Versicherungsnehmer ist jedenfalls ausgeschlossen.

(c) Wurden die Rechnungen über längere Zeit direkt beim Versicherer eingereicht und hat die Versicherung die Leistungen bisher immer bezahlt, so hat der Versicherungsnehmer einen Anspruch darauf, dass die Leistungen auch zukünftig zu erbringen sind, ohne dass die Rechnungen über den Wohnortträger eingereicht werden müssen.

Concordia

49. Zu Frage 1 führt die Concordia aus, dass die Anwendung der Kollisionsnormen der Grundverordnung für die EWR-Staaten zwingend ist. Die Artikel 24 und 25 enthalten abweichende Sonderregelungen für die den Rentnern bei Krankheit zustehenden

Leistungen und bilden ein geschlossenes System von Kollisionsnormen. Sozialversicherten, die vom Geltungsbereich der Normen erfasst werden, steht es nicht frei, deren Wirkung auszuhebeln, indem sie sich ihnen freiwillig entziehen.¹

50. Hinsichtlich Frage 2 hält die Concordia fest, dass das KVG sowohl die obligatorische als auch die freiwillige Krankenpflegeversicherung umfasst. Obligatorisch Versicherte können sich für Leistungen, die über den Rahmen der Pflichtversicherung hinausgehen, freiwillig versichern. Bevor freiwillige Leistungen beziffert werden können, muss zuvor feststehen, welche Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen sind.

51. In diesem Zusammenhang vertritt die Concordia die Auffassung, dass gemäss Artikel 24 der Grundverordnung der Träger des Wohnorts Sachleistungen nach seinen Rechtsvorschriften zu erbringen und die Kosten für die Leistungen beim Träger des die Rente ausrichtenden EWR-Staats einzufordern hat. Inwiefern Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zurückerstattet werden müssen, ergibt sich durch die Einreichung der Rechnungen von C beim Träger des Wohnorts. Dies ist massgebend für die Feststellung der Leistungspflicht des liechtensteinischen Trägers aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Da aus der freiwilligen Krankenpflegeversicherung ausschliesslich Leistungen vergütet werden dürfen, die nicht bereits durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind, ist die Einreichung beim Träger des Wohnorts Voraussetzung für die Feststellung des Anspruchs aus der freiwilligen Krankenpflegeversicherung.

52. Zu Frage 3 erläutert die Concordia, dass sowohl das KVG als auch die Grundverordnung verbindliche gesetzliche Bestimmungen enthalten, an die sich Versicherer zu halten haben. C kann keinen fortdauernden Anspruch auf Behandlung geltend machen, der nicht im Einklang mit diesen Bestimmungen steht. Zudem hat sich die Concordia aufgrund verbindlicher Normen eine Rückforderung vorbehalten, weil sie nicht befugt ist, darauf zu verzichten. Indes gewährt hier die Verjährung dem einzelnen Betroffenen einen gewissen Schutz.

53. Nach Ansicht der Concordia kann die Umsetzung verbindlicher Gesetzesbestimmungen dem Grundsatz von Treu und Glauben nicht widersprechen. Eine nicht gesetzeskonforme Vergütung von Leistungen ist hingegen ausgeschlossen und die Concordia hat diesen Zustand umgehend beseitigt, als sie diesen bemerkte.

Die Regierung des Fürstentums Liechtenstein

54. Die Regierung des Fürstentums Liechtenstein hält fest, dass sie die erforderliche Erklärung gemäss Artikel 9 der Grundverordnung abgegeben hat, um das KVG in den sachlichen Geltungsbereich der Grundverordnung und der Durchführungsverordnung zu

¹ Es wird auf das Urteil in *van Delft u. a.*, C-345/09, EU:C:2010:610, Randnrn. 51, 52, 56, 57 und 72, verwiesen.

bringen. Anbieter obligatorischer Krankenversicherungen im Sinne des KVG haben daher die verpflichtenden Anforderungen dieser Verordnungen uneingeschränkt zu erfüllen. Diese sind nach liechtensteinischem Recht unmittelbar anwendbar.

55. Zum ersten Teil der Frage 1 erläutert die Regierung des Fürstentums Liechtenstein, dass die Verordnungen nur eine Koordinierung, nicht jedoch eine Harmonisierung der nationalen Sozialversicherungssysteme vorsehen. Diese Koordinierungsvorschriften führen nicht zur Beseitigung der materiellen Unterschiede zwischen den nationalen Systemen, einschliesslich der möglichen negativen Auswirkungen des Überschreitens von Grenzen aufgrund der unterschiedlichen Grade und Standards der sozialen Absicherung in den einzelnen Ländern. Nach wie vor kann jeder EWR-Staat frei entscheiden, wer nach seinem Recht versichert ist, welche Leistungen unter welchen Voraussetzungen gewährt werden, wie die Leistungen berechnet werden und welche Beiträge zu entrichten sind.

56. Allerdings stellen die Koordinierungsregeln sicher, dass sich die Anwendung verschiedener nationaler Rechtsvorschriften nicht nachteilig auf Personen auswirkt, die von ihrem Recht auf Freizügigkeit und Aufenthalt in EWR-Staaten Gebrauch machen. Die festgelegten gemeinsamen Vorschriften und Grundsätze sind von allen nationalen Behörden, Sozialversicherungsträgern und Gerichten bei der Anwendung der nationalen Gesetze einzuhalten. Aus diesem Grund sind die Koordinationsbestimmungen obligatorisch.

57. Die Regierung des Fürstentums Liechtenstein trägt weiter vor, dass die Grundverordnung, die ja auf alle Sozialversicherungssysteme in den EWR-Staaten anwendbar ist, somit auch für die im zweiten Teil von Frage 1 beschriebenen Versicherungssysteme gilt.

58. Hinsichtlich Frage 2 Buchstabe a stellt die Regierung des Fürstentums Liechtenstein fest, dass Artikel 24 der Grundverordnung vorsieht, dass der Träger des Wohnorts des Rentners Sachleistungen für den Rentner und seine Familienangehörigen erbringen muss, selbst wenn der Rentner nach den Rechtsvorschriften dieses EWR-Staats keinen Anspruch auf Sachleistungen hat. Die Regierung des Fürstentums Liechtenstein weist auch auf die Artikel 22 und 24 der Durchführungsverordnung hin, die den zuständigen Träger des EWR-Staates in dem der Rentner Anspruch auf Sachleistungen hat (hier: Liechtenstein) verpflichten, den Versicherten über die Verfahren und Voraussetzungen für die Gewährung von Sachleistungen im Hoheitsgebiet eines anderen EWR-Staats zu informieren und auf Antrag ein Dokument auszustellen, das den Sachleistungsanspruch des Versicherten im EWR-Wohnsitzstaat bescheinigt.

59. Nach Auffassung der Regierung des Fürstentums Liechtenstein definieren diese Bestimmungen der Grundverordnung und der Durchführungsverordnung die Verfahren im Zusammenhang mit Sachleistungen eindeutig. Diese Verfahren sind von den EWR-Staaten, den zuständigen Trägern und den Versicherten einzuhalten. Entsprechend kann

sich ein Versicherungsnehmer nicht auf seine Rechte aus einem Versicherungsvertrag berufen, wenn diese Rechte den in diesen Verordnungen vorgesehenen obligatorischen Vorschriften und Verfahren widersprechen.

60. Mit Blick auf Frage 2 Buchstabe b merkt die Regierung des Fürstentums Liechtenstein an, dass es sich bei OKP Plus um eine Variante der obligatorischen Krankenpflegeversicherung handelt, was jedoch nicht mit der Möglichkeit verwechselt werden sollte, eine private Zusatzversicherung abzuschliessen, die über die gesetzlichen Mindestleistungen hinausgeht. Im Rahmen des obligatorischen Krankenpflegeversicherungssystems ist es nicht möglich, freiwillig über das gesetzlich erforderliche Mindestmass hinaus versichert zu sein. Aus diesem Grund kann Frage 2 Buchstabe b nicht beantwortet werden.

61. Betreffend Frage 3 Buchstabe a verweist die Regierung des Fürstentums Liechtenstein darauf, dass die Verpflichtung, Rechnungen zuerst beim Träger des Wohnorts einzureichen, auch hinsichtlich eines Versicherten zutrifft, für den schon Leistungen aus dem Vertragsverhältnis erbracht wurden. Es obliegt dem vorlegenden Gericht zu entscheiden, ob bzw. inwieweit sich eine fehlerhafte Anwendung der Grundverordnung und der Umsetzungsverordnung in der Vergangenheit auf das Rechtsverhältnis zwischen der Concordia und C nach nationalem Recht ausgewirkt haben könnte.

62. Zu Frage 3 Buchstabe b erklärt die Regierung des Fürstentums Liechtenstein, dass eine Sozialversicherung beim Fehlen von Bestimmungen zu Rückforderungsansprüchen gegenüber einem Versicherten in der Grundverordnung und in der Durchführungsverordnung nicht berechtigt ist, solche Rückforderungsansprüche auf der Basis der Grundverordnung zu stellen. Die Entscheidung, ob solche Ansprüche nach nationalem Recht geltend gemacht werden können, obliegt dem vorlegenden Gericht.

63. Zu Frage 3 Buchstabe c macht die Regierung des Fürstentums Liechtenstein schliesslich geltend, dass der Versicherungsnehmer keinen Anspruch auf die Erbringung von Leistungen hat, ohne dass die Rechnungen über den Träger des Wohnorts eingereicht worden sind. Diese Schlussfolgerung gilt unbeschadet der Tatsache, dass der zuständige Träger über einen gewissen Zeitraum solche Leistungen erbracht hat, ohne dass die Rechnungen über den Träger des Wohnorts eingereicht wurden.

64. Die Regierung des Fürstentums Liechtenstein schlägt vor, dass der Gerichtshof die vorgelegten Fragen folgendermassen beantwortet:

1. Die Antwort auf den ersten Teil der Frage 1 sollte lauten, dass die Bestimmungen der [Grundverordnung] auch zwingend sind, wenn sie weltweit zu erbringende Leistungsverpflichtungen aus einem Versicherungsvertrag tangieren und beschränken.

2. Der zweite Teil der Frage 1 sollte bejaht werden.

3. Die Antwort auf Frage 2 Buchstabe a sollte lauten, dass sich ein Versicherungsnehmer nicht auf seine Rechte aus einem Versicherungsvertrag berufen kann, wenn diese Rechte den in der [Grundverordnung] und in der [Durchführungsverordnung] vorgesehenen obligatorischen Vorschriften und Verfahren widersprechen.

4. Frage 2 Buchstabe b kann als solche nicht beantwortet werden, da ein im Rahmen der Krankenversicherungspflicht abgeschlossener Versicherungsvertrag nicht über das gesetzlich erforderliche Mindestmass hinausgehen kann.

5. Die Antwort auf Frage 3 Buchstabe a sollte lauten, dass die Verpflichtung, Rechnungen zuerst beim Träger des Wohnorts einzureichen, auch hinsichtlich eines Versicherten zutrifft, für den schon über mehrere Jahre Leistungen aus einem Vertragsverhältnis erbracht wurden.

6. Die Antwort auf Frage 3 Buchstabe b sollte lauten, dass eine Sozialversicherung nicht berechtigt ist, einen Versicherten unter Berufung auf die [Grundverordnung] mit Rückforderungsansprüchen zu konfrontieren, weil sie in der Vergangenheit über das durch die Verordnung genannte Ausmass hinausgehenden Versicherungsschutz gewährt hat. Die Entscheidung, ob eine Sozialversicherung berechtigt ist, solche Ansprüche nach nationalem Recht geltend zu machen, obliegt dem nationalen Gericht.

7. Frage 3 Buchstabe c sollte abschlägig beantwortet werden.

Die Regierung Spaniens

65. Im Zusammenhang mit dem Inhalt des spanischen Sozialversicherungsgesetzes hält die Regierung Spaniens fest, dass jeder rechtmässige Inhaber einer nationalen Krankenversicherungskarte (wie C) Anspruch auf Leistungen des öffentlichen spanischen Gesundheitssystems hat. Gemäss Artikel 9 des spanischen Gesetzes Nr. 16/2003 werden Leistungen des nationalen Gesundheitssystems ausser in lebensbedrohlichen Situationen, in denen nachgewiesen wird, dass nicht auf die Einrichtungen des Systems zurückgegriffen werden konnte, nur von gesetzlich befugtem Personal unter Nutzung der Einrichtungen des nationalen Gesundheitssystems erbracht.

66. Bezugnehmend u. a. auf Erwägungsgrund 4 der Grundverordnung erinnert die Regierung Spaniens daran, dass die Verordnung eine Koordinierung der Sozialversicherungssysteme der EWR-Staaten bezweckt, um eine effektive Ausübung des Rechts auf Personenfreizügigkeit zu gewährleisten. Die Grundverordnung lässt daher

unterschiedliche Sozialversicherungssysteme bestehen.² Sie dient nicht zur Harmonisierung der wesentlichen Inhalte der abgedeckten Sozialleistungen.³ Aufgrund der fehlenden Harmonisierung auf EWR-Ebene ist es Aufgabe der Gesetzgeber der einzelnen EWR-Staaten, die Voraussetzungen festzulegen, unter denen Sozialversicherungsleistungen gewährt werden.⁴

67. Die Regierung Spaniens vertritt die Auffassung, dass C als Rentner aus Liechtenstein mit Wohnsitz in Spanien gemäss Artikel 11 Buchstabe e der Grundverordnung den spanischen Rechtsvorschriften unterliegt. Deshalb hatte C seit der Eintragung mit dem Formular E121 beim Träger des Wohnorts laut Grundverordnung Anspruch auf Sachleistungen in Spanien. Die spanischen Behörden haben C eine Krankenversicherungskarte ausgestellt, die ihn zum Bezug von Leistungen des öffentlichen spanischen Gesundheitssystems berechtigt. Nach spanischem Recht werden Leistungen des nationalen Gesundheitssystems ausser in lebensbedrohlichen Situationen, in denen nachgewiesen wird, dass nicht auf die Einrichtungen des Systems zurückgegriffen werden konnte, nur von gesetzlich befugtem Personal unter Nutzung der Einrichtungen des nationalen Gesundheitssystems erbracht. Da die bei C angefallenen Kosten im Zusammenhang mit Leistungen stehen, die von privaten Kliniken ausserhalb des spanischen nationalen Gesundheitssystems erbracht wurden, und es sich nicht um eine lebensbedrohliche Situation handelte, konnten die spanischen Behörden die Kosten nicht erstatten.

68. Die Regierung Spaniens nimmt Bezug auf Artikel 24 der Grundverordnung, demzufolge C Anspruch auf Sachleistungen hat, als bestünde Anspruch auf eine Rente und Sachleistungen nach spanischem Recht. Genau so wurde die Angelegenheit auch von den spanischen Behörden behandelt. Entsprechend begann Spanien nach der Eintragung von C im spanischen Sozialversicherungssystem auch mit der Verrechnung der Sachleistungen gemäss Artikel 35 Absatz 2 der Grundverordnung und insbesondere Artikel 63 der Durchführungsverordnung an Liechtenstein.

69. Der Regierung Spaniens zufolge würde das von der Grundverordnung vorgesehene System zur Kostenerstattung nicht eingehalten, wenn Frage 2 Buchstabe a bejaht würde. Damit würde einhergehen, dass die Behörden Spaniens und vergleichbarer EWR-Staaten die Erstattungsanträge zahlreicher Versicherter ablehnen müssten, da die Erstattung in deren nationalem Gesundheitssystem nicht möglich ist. Das spanische System erbringt Gesundheitsleistungen mit eigenen Mitteln; es ist kein Kostenerstattungssystem.

² Es wird auf die Urteile in *Brey*, C-140/12, EU:C:2013:565, Randnr. 43, *Kommission ./. Vereinigtes Königreich*, C-308/14, EU:C:2016:436, Randnr. 67, und *Klein Schiphorst*, C-551/16, EU:C:2018:200, Randnrn. 31, 43 und 44, verwiesen.

³ Es wird auf die Rechtssache E-4/07 *Porkelsson and Gildi-lífeyrissjóður*, EFTA Court Report 2008, S. 3, Randnr. 38, verwiesen.

⁴ Es wird auf die verbundenen Rechtssachen E-11/07 und E-1/08 *Rindal and Slinning*, EFTA Court Report 2008, S. 320, Randnr. 43, verwiesen.

70. Insgesamt gelangt die Regierung Spaniens zu dem Schluss, dass die Grundverordnung nicht auf die private Auseinandersetzung zwischen C und der Concordia anwendbar ist. Diese Verordnung dient nur der Koordinierung von Sozialversicherungssystemen und nicht der Klärung des Deckungsbereichs einer spezifischen Versicherungspolice.

71. Die Regierung Spaniens schlägt vor, dass der Gerichtshof die vorgelegten Fragen folgendermassen beantwortet:

1) Die [Grundverordnung] ist nicht auf die vom vorlegenden Gericht beschriebene Situation anwendbar.

2) Jedenfalls verpflichtet die [Grundverordnung] den Träger des Wohnorts nicht, jeden Antrag auf Kostenerstattung abzulehnen, wenn aufgrund von dessen Rechts- und Verwaltungsstrukturen eine Erstattung auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen nicht zweckmässig ist.

Die Regierung der Niederlande

72. Laut der Regierung der Niederlande fällt die Behandlung in privaten Einrichtungen, sofern diese vom spanischen Sozialversicherungsrecht nicht abgedeckt ist, nicht in den Geltungsbereich von Artikel 24 der Grundverordnung. In diesem Fall könnten keine Kosten mit dem Träger des Wohnorts verrechnet werden. Letztlich entscheidet liechtensteinisches Recht, ob die entstandenen Kosten direkt im Rahmen der OKP-Plus-Versicherung erstattet werden sollen.

73. Werden die Gesundheitskosten tatsächlich vom spanischen Sozialversicherungssystem gedeckt, ist der in Artikel 35 der Grundverordnung vorgesehene Erstattungsmechanismus weder unter allen Umständen zwingend noch erschöpfend. Insbesondere gestattet es Artikel 35 Absatz 3 zwei oder mehr EWR-Staaten, andere Erstattungsverfahren zu vereinbaren. Weiter gestützt wird diese Auslegung durch Erwägungsgrund 17 der Durchführungsverordnung und Artikel 9 Absatz 5 der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Abl. 2011 L 88, S. 45).

74. Der Regierung der Niederlande zufolge wäre ihre Auslegung zudem förderlich für das Funktionieren der Grundverordnung, weil dadurch unnötiger Verwaltungsaufwand für die Versicherten und Träger vermieden wird. Unter Umständen, in denen die nationale Krankenversicherung auch eine direkte Erstattung von Gesundheitskosten in anderen EWR-Staaten vorsieht, wie im gegenständlichen Fall, können die Versicherten wählen, ob sie sich diese Kosten vom Träger des Wohnorts oder von ihrer privaten Versicherung erstatten lassen. In beiden Fällen trägt der zuständige EWR-Staat die Kosten für

Versicherte, die in einem anderen EWR-Staat ansässig sind, was genau das Ergebnis ist, das mit den Koordinierungsregeln der Grundverordnung erzielt werden soll.

75. Der Regierung der Niederlande ist keine Rechtssache des Gerichtshofs der Europäischen Union (im Folgenden: EuGH) oder des EFTA-Gerichtshofs bekannt, die dieser Auslegung des Charakters des Erstattungsmechanismus widerspricht. Im Urteil *van Delft u. a.* (oben erwähnt) gelangte der EuGH zu der Schlussfolgerung, dass der Koordinierungsmechanismus der Grundverordnung obligatorisch ist, ging jedoch nicht auf den Charakter des Erstattungsmechanismus ein.

76. Abschliessend hält die Regierung der Niederlande fest, dass ein Versicherter wie C nicht verpflichtet ist, seine Gesundheitskosten zuerst mit dem Träger des Wohnorts abzurechnen, bevor er die Erstattung der Kosten bei seinem Versicherer beantragt, wenn das nationale System des zuständigen EWR-Staats einen Anspruch auf die direkte Erstattung von in einem anderen EWR-Staat entstandenen Gesundheitskosten vorsieht.

Die EFTA-Überwachungsbehörde

77. Die EFTA-Überwachungsbehörde hebt unter Verweis auf Erwägungsgrund 4 der Grundverordnung hervor, dass die Verordnung nur der Koordinierung und nicht der Harmonisierung der Sozialversicherungssysteme dient. Durch die Koordinierung soll lediglich der Zugang zur Sozialversicherung im neuen Wohnsitzstaat gesichert und der Verlust erworbener Sozialversicherungsansprüche im alten vermieden werden. Die Koordinierung erlaubt die Beibehaltung von Unterschieden zwischen den nationalen Sozialversicherungssystemen und gewährleistet gleichzeitig, dass die verbleibenden Unterschiede keine Hindernisse für die Freizügigkeit darstellen.

78. Mithilfe der Grundverordnung soll hauptsächlich festgestellt werden können, welcher Träger in einer bestimmten grenzüberschreitenden Situation für die Übernahme der Kosten zuständig ist. Durch die Koordinierungsregeln wird ermittelt, dem System welchen Staates ein Bürger angehört, und verhindert, dass Personen ihren Sozialversicherungsschutz verlieren oder in grenzüberschreitenden Situationen doppelt versichert sind. Die Regeln sind sowohl für Versicherte als auch für Träger obligatorisch. Während es Aufgabe der nationalen Systeme ist, zu regeln, wer nach den nationalen Bestimmungen zu versichern ist und welche Leistungen erbracht werden, legen die EWR-Vorschriften zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abschliessende Kriterien zur Ermittlung des Systems fest, dem eine Person, die von einem Staat in einen anderen zieht, unterliegt.

79. Hinsichtlich Frage 1 stellt die EFTA-Überwachungsbehörde fest, dass die Grundverordnung und die Durchführungsverordnung aufgrund des Beschlusses Nr. 76/2011 des Gemeinsamen EWR-Ausschusses auf Liechtenstein anwendbar sind. Darüber hinaus hat Liechtenstein der EFTA-Überwachungsbehörde eine Erklärung gemäss Artikel 9 der Grundverordnung notifiziert. Diese Erklärung nimmt u. a. auf das KVG Bezug, das

dementsprechend vom Geltungsbereich der Grundverordnung erfasst ist.⁵ Überdies verweist die EFTA-Überwachungsbehörde auf den Eintrag betreffend die liechtensteinische Krankenpflegeversicherung in Anhang XI der Grundverordnung. Daraus folgt, dass die Grundverordnung auf das liechtensteinische Krankenversicherungssystem anwendbar ist. Der Begriff der „Rechtsvorschriften“ im Sinne der Grundverordnung ist in jedem Fall weit gefasst und so auszulegen, dass er sich auf alle in dieser Angelegenheit anwendbaren nationalen Vorschriften bezieht.⁶

80. Die EFTA-Überwachungsbehörde führt aus, dass die Grundverordnung gemäss Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe a für alle Rechtsvorschriften gilt, die den Zweig „Leistungen bei Krankheit“ der sozialen Sicherheit betreffen. Nach Auffassung der EFTA-Überwachungsbehörde können die Leistungen bei Krankheit für C aus dem Privatversicherungsvertrag für die Zwecke der Grundverordnung als Leistung der sozialen Sicherheit betrachtet werden, weil sie aufgrund eines gesetzlich umschriebenen Tatbestands ohne jede im Ermessen liegende individuelle Prüfung der persönlichen Bedürftigkeit gewährt werden und sich auf eines der in Artikel 3 Absatz 1 der Grundverordnung ausdrücklich aufgezählten Risiken beziehen.⁷ Entsprechend fällt die Versicherung von C bei der Concordia in den Geltungsbereich der Grundverordnung.

81. Betreffend Frage 2 argumentiert die EFTA-Überwachungsbehörde, dass C gemäss Artikel 24 Absatz 1 der Grundverordnung nach spanischem Recht Anspruch auf Sachleistungen hat. Diese Leistungen werden vom Träger des Wohnorts für Rechnung des Trägers in Liechtenstein erbracht. Der EFTA-Überwachungsbehörde zufolge kann nur ein Träger, der für die Gewährung von Sachleistungen im spanischen System zuständig ist, als Träger des Wohnorts, wie in Artikel 1 Buchstabe r der Grundverordnung definiert, gelten. Demzufolge sind private Einrichtungen, die nicht vom spanischen System abgedeckt werden, nicht vom Geltungsbereich von Artikel 24 der Grundverordnung erfasst.

82. Diese Auslegung, so die EFTA-Überwachungsbehörde, wird auch durch Artikel 35 Absatz 1 der Grundverordnung gestützt. Für die vollständige Erstattung zwischen Trägern gemäss dieser Bestimmung müsste der spanische Träger für die Behandlung aufkommen und die Kosten an den zuständigen liechtensteinischen Träger weiterverrechnen, ohne dass C jemals eine Rechnung erhält. Da den zuständigen spanischen Behörden in Bezug auf die Behandlung von C jedoch keine Kosten entstanden sind, ist zwischen den Trägern keinerlei Kostenerstattung infolge der Behandlung von C erfolgt. Ausgehend davon, dass C nur Sachleistungen privater Einrichtungen erhalten hat, die nicht vom spanischen System gedeckt sind, würde die Erstattung der entstandenen Kosten nicht den Artikeln 24 und 35

⁵ Es wird auf die Urteile in *Mora Romero*, C-131/96, EU:C:1997:317, Randnr. 25, und *Perez Garcia u. a.*, C-225/10, EU:C:2011:678, Randnr. 36, verwiesen.

⁶ Es wird auf das Urteil in *Bozzone*, 87/76, EU:C:1977:60, Randnr. 10, verwiesen.

⁷ Es wird auf die Urteile in *Höckx*, 249/83, EU:C:1985:139, Randnr. 11, *Acciardi*, C-66/92, EU:C:1993:341, Randnr. 14, *Molenaar*, C-160/96, EU:C:1998:84, Randnr. 20, *Hosse*, C-286/03, EU:C:2006:125, Randnr. 37, und *Habelt*, C-396/05, EU:C:2007:810, Randnr. 63, verwiesen.

der Grundverordnung unterliegen. Dies scheint der Grund dafür zu sein, dass C die Rechnungen direkt der Concordia vorgelegt hat.

83. Jedenfalls, so die EFTA-Überwachungsbehörde weiter, geht aus der Rechtsprechung hervor, dass Artikel 24 der Grundverordnung dem zuständigen Träger nicht verbietet, Rentnern im Geltungsbereich seiner nationalen Rechtsvorschriften in Bezug auf den Umfang und die Erstattung günstigere Leistungen zu gewähren, als wozu er nach der EWR-rechtlichen Regelung verpflichtet ist.⁸ Es wird ausserdem auf Erwägungsgrund 17 der Durchführungsverordnung verwiesen.

84. Angesichts der obigen Ausführungen trägt die EFTA-Überwachungsbehörde vor, dass die Vorschriften über die Erstattung zwischen Trägern in einem Fall wie dem gegenständlichen keine Anwendung finden. Allerdings würde die Anwendung dieser Vorschriften letztlich jedenfalls dazu führen, dass die Kosten vom liechtensteinischen und nicht vom spanischen Träger übernommen würden. Artikel 35 der Grundverordnung und die Artikel 62 bis 69 der Durchführungsverordnung beschäftigen sich ausschliesslich mit der Erstattung zwischen Trägern und sehen keine Rechte für den Versicherten vor.⁹ Diese Vorschriften enthalten eine erschöpfende Beschreibung der Erstattungsvorgänge, wobei die Erstattung generell zwischen Sozialversicherungsträgern erfolgt. Die EFTA-Überwachungsbehörde kennt keine rechtlichen Grundlagen, auf deren Basis die Concordia fordern könnte, dass C zuerst an seinem Wohnort beim zuständigen spanischen Träger um Erstattung der erhaltenen Sachleistungen ansucht, bevor er seinen Anspruch bei der Concordia geltend macht.

85. Die EFTA-Überwachungsbehörde vertritt nicht die Auffassung, auf der Frage 3 beruht, und gibt daher nur eine zusammenfassende Erklärung ab. Laut der EFTA-Überwachungsbehörde gehört der Grundsatz des Vertrauensschutzes, der insbesondere auf die Grundsätze von Rechtssicherheit sowie Treu und Glauben zurückgeht, zu den Grundprinzipien des EWR-Rechts.¹⁰ Daraus ergibt sich, dass die Rechtsvorschriften eindeutig sein müssen und ihre Anwendung für die Betroffenen vorhersehbar sein muss. Das trifft auch auf EWR-Staaten zu, die im Geltungsbereich des EWR-Rechts agieren.¹¹ Das Gebot der Rechtssicherheit gilt in besonderem Masse, wenn es sich um Vorschriften handelt, die finanzielle Konsequenzen haben können.¹² Entsprechend sollte sich aus diesem Grundsatz ergeben, dass die Lage des Leistungsempfängers hinsichtlich der Vorschriften zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit nicht unbegrenzt offen bleiben kann.¹³

⁸ Es wird auf das Urteil in *Jordens-Vosters*, 69/79, EU:C:1980:7, Randnr. 12, verwiesen.

⁹ Es wird auf das Urteil in *Acereda Herrera*, C-466/04, EU:C:2006:405, Randnrn. 36 bis 39, verwiesen.

¹⁰ Es wird u. a. auf das Urteil in *ISD Polska u. a. ./.* *Kommission*, C-369/09 P, EU:C:2011:175, Randnr. 122, und Rechtssache E-7/12 *DB Schenker ./.* *ESA*, EFTA Court Report 2013, S. 359, Randnr. 117, verwiesen.

¹¹ Es wird u. a. auf das Urteil in *Elmeka NE*, C-181/04 bis C-183/04, EU:C:2006:563, Randnr. 31, verwiesen.

¹² Es wird auf das Urteil in *Irland ./.* *Kommission*, 325/85, EU:C:1987:546, Randnr. 18, verwiesen.

¹³ Es wird auf das Urteil in *Fatorie*, C-424/12, EU:C:2014:50, Randnr. 46, verwiesen.

86. Die EFTA-Überwachungsbehörde hält fest, dass Artikel 22 Absatz 1 der Durchführungsverordnung eine Informationspflicht der zuständigen Träger gegenüber dem Versicherten vorsieht. Zudem erlegt Artikel 76 Absatz 4 der Grundverordnung den Trägern und Personen, die in den Geltungsbereich der Verordnung fallen, eine Verpflichtung zur gegenseitigen Information und Zusammenarbeit auf, um die ordnungsgemässe Anwendung der Verordnung zu gewährleisten. Die EFTA-Überwachungsbehörde geht davon aus, dass sowohl C als auch die Concordia nach Treu und Glauben gehandelt haben, als sie die Vorgehensweise einführten, dass C seine Rechnungen direkt bei der Concordia zur Erstattung einreichen konnte. Diese in der Vergangenheit in Treu und Glauben praktizierte Vorgehensweise kann nicht dazu führen, dass die Concordia Rückforderungsansprüche geltend machen kann, die lediglich auf der fehlerhaften Anwendung eines Verfahrens der Grundverordnung basieren, was nach Ansicht der EFTA-Überwachungsbehörde hier jedenfalls nicht der Fall ist.

87. Abschliessend weist die EFTA-Überwachungsbehörde darauf hin, dass die Anwendbarkeit der Grundverordnung nicht ausschliesst, dass daneben auch Artikel 36 des EWR-Abkommens über den freien Dienstleistungsverkehr anwendbar sein kann.¹⁴ Entgeltliche medizinische Leistungen einschliesslich der Versorgung in einem Krankenhaus fallen in den Anwendungsbereich von Artikel 36 des EWR-Abkommens. Dies gilt unabhängig davon, ob die Kosten später von einem Sozialversicherungssystem erstattet werden.¹⁵ Die Systeme der EWR-Staaten müssen daher Behandlungskosten, die ihren Versicherten in einem anderen EWR-Staat entstanden sind, uneingeschränkt erstatten, als wären sie im eigenen Hoheitsgebiet angefallen. Voraussetzungen für den Zugang zu oder die Erstattung von Gesundheitsleistungen, die auf dem eigenen Hoheitsgebiet gelten, sind auch auf die Behandlung in einem anderen EWR-Staat anwendbar, sofern sie bzw. ihre Anwendung keinen diskriminierenden Charakter aufweisen.¹⁶ Eine Einschränkung ist nur zulässig, wenn sie gerechtfertigt und verhältnismässig ist und ausreichende Verfahrensgarantien bietet.

88. Der EFTA-Überwachungsbehörde zufolge hat der Gerichtshof festgestellt, dass die norwegischen Verwaltungsverfahren für die Erstattung von im Ausland entstandenen Behandlungskosten, die nicht anwendbar gewesen wären, wenn der Patient dieselben Leistungen in Norwegen in Anspruch genommen hätte, eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs darstellten.¹⁷ Die EFTA-Überwachungsbehörde bringt ebenso vor, dass eine Situation, in der ein Einwohner des zuständigen Staats über eine Krankenversicherung verfügt, die ihm die freie Arztwahl ermöglicht und es ihm erlaubt, seine Rechnungen direkt bei der Versicherungsgesellschaft vorzulegen, während anderen Leistungsempfängern nicht dieselbe Behandlung zugestanden wird, nur weil sie ihren Wohnsitz in einem anderen EWR-Staat haben, auf den ersten Blick diskriminierend und

¹⁴ Es wird u. a. auf das Urteil in *Kommission ./.* *Spanien*, C-211/08, EU:C:2010:340, Randnr. 45, verwiesen.

¹⁵ Es wird auf das Urteil in *Watts*, C-372/04, EU:C:2006:325, Randnrn. 86 und 89, verwiesen.

¹⁶ Es wird auf die Urteile in *Decker*, C-120/95, EU:C:1998:167 und *Kohll*, C-158/96, EU:C:1998:171, verwiesen.

¹⁷ Es wird auf die verbundenen Rechtssachen *Rindal and Slinning*, oben erwähnt, Randnrn. 44 und 54, verwiesen.

im Widerspruch zu Artikel 36 des EWR-Abkommens stehend erscheinen würde. Darüber wäre vom vorlegenden Gericht zu entscheiden.

89. Die EFTA-Überwachungsbehörde schlägt vor, dass der Gerichtshof die Fragen folgendermassen beantwortet:

1. Die [Grundverordnung] ist so auszulegen, dass sie auf Sozialversicherungssysteme wie jenes in Liechtenstein anwendbar ist, die auf einer obligatorischen Privatversicherung basieren und eine Option zur freien Wahl des Behandlungsanbieters enthalten, ohne jedoch die Deckung auf Versicherungsfälle oder Behandlungen auszuweiten, die in den Rechtsvorschriften, die für das obligatorische System gelten, nicht vorgesehen sind. Die [Grundverordnung] ist so auszulegen, dass sie obligatorische Mindestanforderungen enthält, die von den nationalen Sozialversicherungsträgern einzuhalten sind, wobei sich diese nicht auf den Deckungsumfang der nationalen Träger auswirken können.

2. Artikel 24 der [Grundverordnung] ist so auszulegen, dass ein Leistungsempfänger wie jener in der gegenständlichen Rechtssache vor dem vorlegenden Gericht gemäss den Rechtsvorschriften des Wohnsitzstaats Anspruch auf Sachleistungen vom Träger des Wohnorts, wie in Artikel 1 Buchstabe r dieser Verordnung definiert, hat. Artikel 24 der [Grundverordnung] ist so auszulegen, dass er nicht auf eine Situation wie in der gegenständlichen Rechtssache anwendbar ist, in der Sachleistungen statt von diesem Träger von einer anderen Einrichtung erbracht werden, die nicht in den Anwendungsbereich der [Grundverordnung] fällt.

3. Im letzteren Fall haben Leistungsempfänger wie jener in der gegenständlichen Rechtssache Anspruch auf Deckung und Erstattung entstandener Kosten durch den zuständigen Träger gemäss den Rechtsvorschriften ihres Herkunftsstaats sowie den Versicherungsbedingungen des betreffenden Versicherungsvertrags. Erstattungsvorgänge können in diesem Zusammenhang keine beschwerlichen Verwaltungsverfahren erfordern, die über das hinausgehen, was im Herkunftsstaat zur Klärung der Rechtmässigkeit der entstandenen Kosten erforderlich gewesen wäre.

4. Artikel 36 des EWR-Abkommens ist so auszulegen, dass er der ungerechtfertigten Einschränkung des Umfangs, in dem Sachleistungen ausserhalb des Geltungsbereichs der [Grundverordnung] erstattet werden, durch eine in den nationalen Rechtsvorschriften als für die Zwecke der [Grundverordnung] zuständiger Träger vorgesehene Einrichtung einzig aus dem Grund, dass der Leistungsempfänger seinen Wohnsitz in einen anderen EWR-Staat verlegt hat, entgegensteht.

Die Kommission

90. Zu Frage 1 bringt die Kommission vor, dass die Grundverordnung und die Durchführungsverordnung – wie aus den Erwägungsgründen 4 und 13 der Grundverordnung hervorgeht – primär dem Zweck dienen, eine umfassende Koordinierungsregelung vorzusehen, um Personen, die sich innerhalb des EWR bewegen, die Wahrung erworbener Ansprüche und Vorteile sowie der Anwartschaften zu ermöglichen. In Bezug auf Leistungen bei Krankheit wird in den Erwägungsgründen 20 und 22 der Grundverordnung hervorgehoben, dass Personen, die in einem anderen als dem zuständigen EWR-Staat wohnen, Schutz gewährt werden sollte. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass die besondere Lage von Rentenberechtigten spezielle Bestimmungen erfordert.

91. Nach Auffassung der Kommission bilden die Bestimmungen der Grundverordnung ein geschlossenes System von zwingenden Kollisionsnormen, denen sich niemand entziehen kann.¹⁸ Dieser verbindliche Charakter bleibt von der Tatsache unberührt, dass ein nationales Sozialversicherungssystem Pflichtversicherten in der Krankenversicherung die Wahl zwischen verschiedenen staatlich zugelassenen Anbietern lassen kann.

92. Betreffend Frage 2 führt die Kommission aus, dass der Erhalt von Leistungen bei Krankheit durch C in Spanien entweder durch Artikel 24 oder durch Artikel 25 der Grundverordnung geregelt ist, je nachdem, ob C nach spanischem Recht Anspruch auf Sachleistungen hat oder nicht. Die Kommission steht auf dem Standpunkt, dass der Wortlaut von Artikel 24 so weit gefasst ist, dass er nicht nur Situationen abdeckt, in denen der Rentner keinerlei Anspruch auf Sachleistungen hat, sondern auch Situationen, in denen der Rentner keinen Anspruch auf bestimmte Sachleistungen hat, wie im gegenständlichen Fall. In beiden Fällen ist entscheidend, dass der Rentner den Anspruch auf Sachleistungen, den er hätte, wenn er noch im zuständigen Staat ansässig wäre, nicht verlieren sollte.¹⁹

93. Die Kommission stellt fest, dass es Aufgabe des nationalen Gerichts ist zu entscheiden, ob Artikel 24 oder Artikel 25 der Grundverordnung auf den Sachverhalt in der Rechtssache anwendbar ist. Trotzdem gibt die Kommission zu bedenken, dass C infolge der Ablehnung seines Erstattungsantrags für private Behandlungskosten durch die spanischen Behörden gemäss Artikel 24 Absatz 1 Anspruch auf die weiteren Sachleistungen – einschliesslich der Kosten für die Behandlung bei nicht anerkannten Dienstleistern – hätte, die er mit Wohnsitz in Liechtenstein erhalten hätte.

94. Mit Blick auf Frage 3 weist die Kommission darauf hin, dass eine Voraussetzung für die Anwendung von Artikel 24 Absatz 1 der Grundverordnung ist, dass der spanische Träger des Wohnorts gegenüber dem Rentner die Erstattung der Kosten für die entsprechenden Gesundheitsleistungen abgelehnt hat, bevor solche Leistungen beim

¹⁸ Es wird auf die Urteile in *van Delft u. a.*, oben erwähnt, Randnrn. 51 und 52, und *Walltopia*, C-451/17, EU:C:2018:861, Randnr. 48, sowie auf die Rechtssachen E-13/15 *Bautista*, EFTA Court Report 2015, S. 720, und E-24/15 *Waller*, EFTA Court Report 2016, S. 527, verwiesen.

¹⁹ Es wird auf das Urteil in *Aldewereld*, C-60/93, EU:C:1994:271, Randnr. 26, verwiesen.

zuständigen Träger in Liechtenstein beantragt und von diesem bezahlt werden können. Ist jedoch eine erste Ablehnung einer bestimmten Art von Sachleistung durch den EWR-Wohnsitzstaat erfolgt, kann von einer „andauernden“ Ablehnung ausgegangen werden, sofern bzw. solange sich nicht die Umstände massgeblich ändern. In diesem Fall sollte der Rentner in der Lage sein, weitere Rechnungen im Zusammenhang mit denselben Sachleistungen direkt an den zuständigen Träger in Liechtenstein zu übermitteln. Dies stünde im Einklang mit den Grundsätzen der Zusammenarbeit gemäss Artikel 76 der Grundverordnung. Die Kommission nimmt ausserdem Bezug auf die dem zuständigen Träger mittels Artikel 22 Absatz 1 der Durchführungsverordnung auferlegte Informationspflicht.

95. Die Kommission merkt an, dass sich die Concordia bewusst war, dass C seinen Wohnsitz nach Spanien verlegt hatte, und ihm seine Behandlungskosten bis 2016 erstattete, ohne Bedenken hinsichtlich der Korrektheit der Vorgehensweise anzumelden. Vor diesem Hintergrund verhindert Artikel 22 Absatz 1 der Durchführungsverordnung, dass sich die Concordia auf einen solchen Verfahrensfehler berufen kann, um die bereits erstatteten Kosten für Sachleistungen zurückzufordern. Da es den Anschein hat, dass C bei korrekter Vorgehensweise jedenfalls Anspruch auf eine solche Erstattung hätte, geht die Kommission davon aus, dass die Frage der Erstattung rein hypothetischer Natur ist. Letztlich unterläge im Falle einer Überzahlung, beispielsweise bei Anwendung eines falschen Höchstarifs, ein etwaiger Anspruch des zuständigen Trägers auf Rückerstattung dem nationalen Recht über Rückforderungen und Verjährungsfristen usw.

96. Die Kommission schlägt vor, dass der Gerichtshof die vorgelegten Fragen folgendermassen beantwortet:

1. Die [Grundverordnung] definiert ein obligatorisches Regelwerk zur Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit, das sowohl für die Sozialversicherungsträger als auch für die Versicherten in seinem persönlichen Geltungsbereich verbindlich ist.

2. In einer Situation, in der ein Rentner seinen Sitz in einem anderen als dem für die Zahlung der Rente zuständigen Mitgliedstaat hat, unterliegt der Anspruch auf Sachleistungen im Wohnmitgliedstaat entweder den Bestimmungen von Artikel 24 oder jenen von Artikel 25 der [Grundverordnung].

Artikel 24 Absatz 1 der [Grundverordnung] ist so auszulegen, dass er einen Rentner berechtigt, Sachleistungen auf Kosten des für die Zahlung der Rente zuständigen Trägers zu erhalten, als wenn er in diesem Staat wohnte, wenn der Anspruch auf diese Leistungen vom Träger des Wohnmitgliedstaats abgelehnt wurde.

3. Artikel 22 Absatz 1 der [Durchführungsverordnung] ist so auszulegen, dass sich ein zuständiger Träger, der über einen gewissen Zeitraum Leistungen erbracht hat,

*ohne den Leistungsempfänger über die gemäss der [Grundverordnung] einzu-
haltende korrekte Vorgehensweise zu unterrichten, nicht auf einen solchen
Verfahrensfehler berufen kann, um einen Rückforderungsanspruch geltend zu
machen.*

Per Christiansen
Berichterstatter