

Rechtssache C-636/19

**Zusammenfassung des Vorabentscheidungsersuchens gemäß Art. 98 Abs. 1
der Verfahrensordnung des Gerichtshofs**

Eingangsdatum:

26. August 2019

Vorlegendes Gericht:

Centrale Raad van Beroep (Niederlande)

Datum der Vorlageentscheidung:

22. August 2019

Berufungsklägerin:

Y

Berufungsbeklagter:

CAK

Gegenstand des Ausgangsverfahrens

Das Ausgangsverfahren betrifft einen Antrag auf Erstattung der Kosten einer medizinischen Behandlung, der sich eine aus den Niederlanden stammende, aber in Belgien wohnhafte Rentnerin in Deutschland unterzogen hat.

Gegenstand und Rechtsgrundlage des Vorabentscheidungsersuchens

In diesem nach Art. 267 AEUV gestellten Vorabentscheidungsersuchen geht es um die Frage, ob nicht in den Niederlanden wohnhafte Rentner, die nach Art. 24 der Verordnung Nr. 883/2004 für Rechnung der Niederlande Anspruch auf Sachleistungen haben, sich auf die Richtlinie 2011/24/EU berufen können.

Vorlagefragen

1. Ist die Richtlinie 2011/24/EU dahin auszulegen, dass die in Art. 24 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 genannten Personen, die im Wohnstaat Sachleistungen für Rechnung der Niederlande erhalten, aber in den Niederlanden

nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, sich für die Erstattung von Kosten im Zusammenhang mit erbrachten Gesundheitsdienstleistungen unmittelbar auf diese Richtlinie berufen können?

Falls nein:

2. Ergibt sich aus Art. 56 AEUV, dass bei einem Sachverhalt wie dem vorliegenden die Ablehnung der Kostenerstattung für in einem anderen Mitgliedstaat als dem Wohn- oder zur Zahlung der Rente verpflichteten Staat erbrachte Gesundheitsdienstleistungen eine ungerechtfertigte Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs darstellt?

Angeführte unionsrechtliche Vorschriften

Art. 1 Buchst. c, Art. 19 Abs. 1, Art. 20 Abs. 1 und 2, Art. 27 Abs. 1 und 3 bis 5 der 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)

Art. 25 Abs. 1 bis 3, Art. 26 Abs. 1 und 2 der 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. 42)

Beschluss Nr. S1 vom 12. Juni 2009 betreffend die europäische Krankenversicherungskarte (ABl. 2010, C 106, S. 23)

Art. 3 Buchst. b Ziff. i, Art. 3 Buchst. c Ziff. i, Art. 7 Abs. 1, Art. 8 Abs. 1 und 2 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)

Art. 56 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union

Angeführte nationale Vorschriften

Keine

Kurze Darstellung des Sachverhalts und des Ausgangsverfahrens

- 1 Im Jahr 2015, in dem sich der im Ausgangsverfahren relevante Sachverhalt ereignet hat, wohnte die Berufungsklägerin in Belgien und bezog eine Altersrente von den Niederlanden. Nach Art. 24 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 stand ihr ein Anspruch auf Gesundheitsversorgung in Belgien zulasten der Niederlande zu. Sie entrichtete dafür Krankenversicherungsbeiträge an die Niederlande.

- 2 Die Berufungsklägerin wollte nach einer Beratung bei einem Hausarzt in Belgien und einer ärztlichen Untersuchung in den Niederlanden eine Zweitmeinung in einem deutschen Krankenhaus einholen.
- 3 Für diese medizinische Behandlung in Deutschland wandte sich der Ehegatte der Berufungsklägerin an den Berufungsbeklagten, das CAK. Das CAK ist eine niederländische Körperschaft des öffentlichen Rechts, die viele Regelungen im Bereich der Gesundheitsversorgung durchführt, einschließlich der Erstattung von durch „Vertragsberechtigte“ (verdragsgerechtigden) aufgewendeten Kosten für Leistungen bei Krankheit. Mit diesem Begriff werden nicht in den Niederlanden versicherte Personen bezeichnet, die 1) in einem Land wohnen, mit dem die Niederlande einen Vertrag über die Gesundheitsversorgung geschlossen haben (EU/EWR-Staaten und einige andere Staaten), und 2) eine Rente oder Leistungen von den Niederlanden beziehen. Diese Personen entrichten Krankenversicherungsbeiträge an das CAK und können sich dann in ihrem Wohnstaat bei einer Krankenkasse anmelden.
- 4 Der Berufungsbeklagte wies die Berufungsklägerin in dieser Rechtssache darauf hin, dass für medizinische Versorgungsleistungen außerhalb Belgiens oder der Niederlande zunächst seine Genehmigung von ihrer belgischen Krankenversicherung eingeholt werden müsse. Nur im Fall der Vorabgenehmigung würden die Behandlungskosten von der CAK erstattet.
- 5 In der Zwischenzeit wurde in den Niederlanden festgestellt, dass die Berufungsklägerin an Brustkrebs erkrankt war. Sie holte eine Zweitmeinung in Deutschland ein, ohne dass dies genehmigt worden war. Nach dieser Zweitmeinung war die Erkrankung der Berufungsklägerin noch ernster, als in den Niederlanden festgestellt worden war. Am 20. März 2015 unterzog sich die Berufungsklägerin einer Brustoperation in Deutschland. Anschließend fanden weitere Behandlungsmaßnahmen statt, u. a. Strahlentherapie in den Monaten April bis Juni.
- 6 Unterdessen hatte der Berufungsbeklagte am 19. März 2015 den Genehmigungsantrag hinsichtlich der Einholung einer Zweitmeinung von der belgischen Krankenkasse erhalten. Dieser wurde mit der Begründung abgelehnt, dass die Genehmigung nicht nachträglich erteilt werden könne. Für die übrigen Behandlungsmaßnahmen wurde eine Genehmigung nie beantragt. Der Berufungsbeklagte weigerte sich deshalb, die Gesamtbehandlungskosten von 16 853,13 Euro zu erstatten. Der dagegen gerichtete Einspruch der Berufungsklägerin wurde zurückgewiesen und die daraufhin bei der Rechtbank Amsterdam (Bezirksgericht Amsterdam, Niederlande) erhobene Klage abgewiesen. Gegen letztere Entscheidung legte die Berufungsklägerin Berufung beim Centrale Raad van Beroep (Berufungsgericht für den Bereich der sozialen Sicherheit und des öffentlichen Dienstes, Niederlande) ein.

Wesentliche Argumente der Parteien des Ausgangsverfahrens

- 7 Nach Ansicht der Berufungsklägerin sind die Behandlungen in Deutschland mit Ausnahme der Zweitmeinung gemäß Art. 19 Abs. 1 der Verordnung Nr. 883/2004 als „Sachleistungen, die sich während [des] Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen“, einzustufen. Es handle sich nämlich um eine nicht geplante Notoperation, der sich die Berufungsklägerin habe unterziehen müssen, als sich herausgestellt habe, wie ernsthaft ihre Brustkrebsart gewesen sei. Die medizinische Situation sei derart eilbedürftig gewesen, dass vernünftigerweise von ihr nicht habe erwartet werden können, dass sie zum Zwecke der Behandlung noch in die Niederlande oder nach Belgien zurückreise. Auch habe von ihr nicht erwartet werden können, dass sie in dieser belastenden Situation eine entsprechende Vorabgenehmigung einhole. Weil sie wegen der Zweitmeinung bereits in Deutschland gewesen sei, stehe ihr gemäß der vorgenannten Regelung ein Anspruch auf diese medizinische Leistung zu.
- 8 Ferner beruft sie sich auf die Richtlinie 2011/24 (im Folgenden: Patientenrichtlinie). Bei Behandlungen, die keine Übernachtung des Patienten im Krankenhaus erforderten, dürfe nach Art. 8 Abs. 2 Buchst. a Ziff. ii dieser Richtlinie nur dann eine Vorabgenehmigung verlangt werden, wenn es um medizinische Versorgungsleistungen gehe, die „den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordern“. Die nach der Operation durchgeführten Behandlungen, wie die Strahlentherapie, die zwischen dem 14. April 2015 und dem 24. Juni 2015 stattgefunden habe, fielen nicht in den Anwendungsbereich dieser Regelung, so dass dafür keine Vorabgenehmigung verlangt werden dürfte.
- 9 Nach Auffassung des CAK liegen keine Sachleistungen vor, die sich während des Aufenthalts in Deutschland als medizinisch notwendig erwiesen hätten. Nach der Einholung der Zweitmeinung habe die Berufungsklägerin noch die Möglichkeit gehabt, eine Vorabgenehmigung für die Behandlung in Deutschland einzuholen, die erst eine Woche später stattgefunden habe. Der Umstand, dass die Berufungsklägerin sich in einer belastenden Situation befunden habe, ändere daran nichts. Außerdem habe sie gewusst, dass eine Vorabgenehmigung erforderlich gewesen sei.
- 10 Die Patientenrichtlinie findet nach Ansicht des CAK keine Anwendung auf die Berufungsklägerin. Sie sei keine Versicherte im Sinne von Art. 3 Buchst. b dieser Richtlinie, weil sie die Voraussetzungen nicht erfülle, die nach niederländischem Recht für einen Anspruch auf Leistungen gälten. Abgesehen davon sei die Strahlentherapie als Gesundheitsversorgung einzustufen, die gemäß Art. 8 Abs. 2 Buchst. a Ziff. ii der Patientenrichtlinie vom Planungsbedarf anhängig gemacht worden sei. Folglich dürfe eine Vorabgenehmigung auch für die Strahlentherapie verlangt werden.

Kurze Darstellung der Begründung der Vorlage

- 11 Das vorliegende Gericht stellt fest, dass vorliegend zwei miteinander im Zusammenhang stehende Fragen beantwortet werden müssen. Zum einen geht es um die Frage, ob nach der Verordnung Nr. 883/2004 eine Vorabgenehmigung für die medizinische Behandlung in Deutschland verlangt werden durfte. Dabei ist wichtig, ob ein Fall der geplanten oder aber der nicht geplanten Gesundheitsversorgung vorliegt. Zum anderen beruft die Berufungsklägerin sich auf die Patientenrichtlinie. Womöglich ist nach dieser Richtlinie für einige Behandlungen, denen sie sich unterzogen hat, überhaupt keine Genehmigung erforderlich. Es stellt sich jedoch die Frage, ob diese Patientenrichtlinie auf die Berufungsklägerin Anwendung findet. Letztere Frage bildet den Kern des Vorabentscheidungsersuchens.
- 12 Das vorliegende Gericht ist ebenso wie das CAK und die Rechtbank der Ansicht, dass kein Fall der nicht geplanten Gesundheitsversorgung vorliegt, deren Kosten das CAK nach Art. 19 Abs. 1 der Verordnung Nr. 883/2004 ohne Vorabgenehmigung zu erstatten hätte. Die Berufungsklägerin hielt sich ursprünglich nur im Zusammenhang mit der Zweitmeinung in Deutschland auf. Sie hätte ihren Aufenthalt in Deutschland daher nicht vorzeitig beenden müssen, um sich in Belgien oder in den Niederlanden einer Behandlung zu unterziehen. Außerdem lässt der Zeitraum von einer Woche zwischen der Zweitmeinung und der ersten Operation nicht auf eine sehr dringliche Situation schließen. Die medizinischen Behandlungen, für die vorliegend die Kostenerstattung geltend gemacht wird, sind folglich als Fall der geplanten Gesundheitsversorgung im Sinne von Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 einzustufen, für die die Einholung der darin geregelten Genehmigung verlangt werden darf.
- 13 Nach Art. 8 Abs. 2 Buchst. a der Patientenrichtlinie darf bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung jedoch nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen eine Genehmigung für vom Planungsbedarf abhängig gemachte Gesundheitsversorgung verlangt werden. Nämlich ausschließlich im Fall der Gesundheitsversorgung, die eine Übernachtung des Patienten im Krankenhaus für mindestens eine Nacht erfordert oder die den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordert.
- 14 Das CAK vertritt die Auffassung, dass die Patientenrichtlinie nicht auf Vertragsberechtigte Anwendung finde, die Leistungen der Gesundheitsversorgung außerhalb ihres Wohn- und/oder zur Zahlung der Rente verpflichteten Staats erhielten. Wie aus Art. 3 Buchst. b Ziff. i der Patientenrichtlinie ersichtlich sei, gelte diese Richtlinie nur für „Versicherte“ im Sinne von Art. 1 Buchst. c der Verordnung Nr. 883/2004. Nach Ansicht des CAK fallen darunter die Personen, die im Rahmen eines nationalen gesetzlichen Krankenversicherungssystems versichert seien. Vertragsberechtigte, die einen Anspruch auf Sachleistungen nach der Verordnung Nr. 883/2004 hätten, seien nicht davon erfasst.

- 15 Aus Sicht des vorlegenden Gerichts lässt sich die Frage, ob die Berufungsklägerin in den persönlichen Geltungsbereich der Patientenrichtlinie fällt, nicht ohne berechtigte Zweifel beantworten. Es ist nicht klar, wie der Begriff „Versicherter“ im Sinne von Art. 1 Buchst. c der Verordnung Nr. 883/2004 auszulegen ist. Im Rahmen medizinischer Leistungen, wie vorliegend, wird nach dieser Vorschrift unter dem Begriff „Versicherter“ „jede Person [verstanden], die unter Berücksichtigung der Bestimmungen dieser Verordnung die für einen Leistungsanspruch nach den Rechtsvorschriften des gemäß Titel II zuständigen Mitgliedstaats vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt“.
- 16 Wie der Gerichtshof der Europäischen Union (im Folgenden: Gerichtshof) in seiner Rechtsprechung mehrfach bestätigt hat, sind in Titel III Kapitel 1 der Verordnung Nr. 883/2004 besondere Regeln enthalten, die in bestimmten Fällen von den allgemeinen, in Titel II vorgesehenen Regeln abweichen und anhand derer bestimmt werden kann, welcher Träger die in den betreffenden Vorschriften angegebenen Leistungen zu erbringen hat und welche Rechtsvorschriften anwendbar sind (vgl. etwa Urteil vom 14. Oktober 2010, Van Delft u. a., C-345/09, EU:C:2010:610, Rn. 38 und 48). Als Grundsatz gilt, dass Versicherte, Rentner und ihre Familienangehörige medizinische Versorgungsleistungen in ihrem Wohnmitgliedstaat erhalten können. Dieser Mitgliedstaat gewährt die Gesundheitsversorgung nach seinen eigenen Rechtsvorschriften, wobei der zuständige Mitgliedstaat die entsprechenden Kosten zu tragen hat.
- 17 Titel III Kapitel 1 der Verordnung Nr. 883/2004 enthält in Abschnitt 1 Vorschriften über Versicherte und in Abschnitt 2 Vorschriften über Rentner. In dieser Verordnung wird daher zwischen Versicherten und Rentnern unterschieden, auch wenn bestimmte Vorschriften für Versicherte auf Rentner entsprechend anzuwenden sind. In diesem Zusammenhang kann auf Art. 27 Abs. 3 verwiesen werden, nach dem Art. 20, der das vorliegend in Frage stehende Genehmigungserfordernis regelt, für einen Rentner und/oder seine Familienangehörigen entsprechend gilt. Dem vorlegenden Gericht ist nicht ganz klar, ob mit dieser entsprechenden Anwendung eine Gleichstellung der Rentner mit Versicherten bewirkt werden soll. Sollte dies der Fall sein, wäre vom Begriff „Versicherter“ im Sinne von Art. 1 Buchst. c der Verordnung Nr. 883/2004 auch der Rentner im Sinne von Titel III Kapitel 1 Abschnitt 2 erfasst.
- 18 Das vorlegende Gericht zweifelt auch in anderer Hinsicht an der Richtigkeit der Ansicht des CAK, dass der Begriff „Versicherter“ sich nur auf die Personen beziehen könne, die nach niederländischen Recht krankenversichert seien. Dazu verweist das vorlegende Gericht auf die Rechtsprechung des Gerichtshofs (vgl. etwa das vorgenannte Urteil Van Delft u. a. und das Urteil vom 4. Juni 2015, Fischer-Lintjens, EU:C:2015:359, C-543/13), in deren Rahmen ein Vertragsberechtigter, wie die Berufungsklägerin, als „Sozialversicherter“ bezeichnet wird. Aufgrund dessen ließe sich vertreten, dass der Begriff „Versicherter“ in der Verordnung Nr. 883/2004 mehr umfasst als nur Personen, die nach nationalem Recht versichert sind.

- 19 Für eine weitere Auslegung als die vom CAK zugrunde gelegte spricht auch die Definition von „Versicherungsmitgliedstaat“ in Art. 3 Buchst. c Ziff. i der Patientenrichtlinie. Darin heißt es, dass der Versicherungsmitgliedstaat bei Personen nach Art. 3 Buchst. b Ziff. i der Mitgliedstaat ist, der gemäß der Verordnung Nr. 883/2004 und der Verordnung Nr. 987/2009 dafür zuständig ist, dem Versicherten eine Vorabgenehmigung für die Inanspruchnahme angemessener Behandlungsleistungen außerhalb seines Wohnsitzmitgliedstaats zu erteilen. Auch Art. 7 der Patientenrichtlinie scheint in die Richtung zu gehen, dass die Richtlinie auch auf vertragsberechtigte Rentner Anwendung finden kann.
- 20 Bei allgemeinerer Betrachtung sieht das vorliegende Gericht anders als das CAK keine eindeutige Rechtfertigung dafür, die Vertragsberechtigten aus dem Geltungsbereich der Patientenrichtlinie auszuschließen. Durch die Richtlinie sollen nämlich die Hindernisse für die Gewährung grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung so weit wie möglich beseitigt und folglich der freie Verkehr von Patienten in der Union vereinfacht werden. Dazu enthält die Richtlinie ein System für die Kostenerstattung im Krankheitsfall, das auf den Grundsätzen des freien Verkehrs beruht und auf der Rechtsprechung des Gerichtshofs aufbaut. In verschiedenen Urteilen hat der Gerichtshof einen Anspruch auf Kostenerstattung in Bezug auf in einem anderen Mitgliedstaat gewährte Gesundheitsversorgung gegen die gesetzliche Sozialversicherung, bei der die jeweiligen Patienten versichert waren, zuerkannt. Darüber hinaus impliziert die Dienstleistungsfreiheit die Freiheit der Dienstleistungsempfänger, sich zum Zwecke der Inanspruchnahme einer Dienstleistung in einen anderen Mitgliedstaat begeben zu können, was auch für Personen gilt, die ärztlich behandelt werden müssen.
- 21 Im 29. Erwägungsgrund der Patientenrichtlinie wird ausgeführt, dass auch Patienten, die unter anderen als den in der Verordnung Nr. 883/2004 vorgesehenen Umständen eine Gesundheitsdienstleistung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen möchten, in den Genuss der Grundsätze des freien Verkehrs von Patienten, Dienstleistungen und Waren gemäß dem AEUV und dieser Richtlinie kommen sollten. Im 30. Erwägungsgrund heißt es, dass die beiden Systeme für Patienten „kohärent“ sein sollten: Entweder die Patientenrichtlinie oder die Verordnung Nr. 883/2004 und die Verordnung Nr. 987/2009 gelangen zur Anwendung. Das vorliegende Gericht ist der Ansicht, dass die Patientenrichtlinie nicht zum Ziel haben kann, vertragsberechtigten Rentnern den Schutz im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu versagen.
- 22 Zwar bezieht sich die Rechtsprechung des Gerichtshofs im Zusammenhang mit dem freien Dienstleistungsverkehr bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung, soweit dem vorlegenden Gericht bekannt ist, auf Personen, die im Versicherungsmitgliedstaat tatsächlich versichert waren, jedoch ist das vorliegende Gericht nicht davon überzeugt, dass diese Rechtsprechung nicht auf vertragsberechtigte Rentner angewandt werden kann.

- 23 Falls der Gerichtshof diese Auffassung teilen und die Patientenrichtlinie mithin zur Anwendung gelangen sollte, wäre für die Strahlentherapie und die Nachbehandlung nach Überzeugung des vorlegenden Gerichts keine Vorabgenehmigung erforderlich gewesen, weil sich Art. 8 Abs. 2 Buchst. a der Patientenrichtlinie nicht auf diese medizinischen Leistungen bezieht.
- 24 Sofern der Gerichtshof zu dem Schluss gelangen sollte, dass die Berufungsklägerin nicht in den persönlichen Geltungsbereich der Patientenrichtlinie fällt, stellt sich die Frage, ob Art. 56 AEUV, auch vor dem Hintergrund des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes, der Einschränkung entgegensteht, die ein Vertragsberechtigter bei der Inanspruchnahme von grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung außerhalb seines Wohn- oder zur Zahlung der Rente verpflichteten Staats erfährt. Ebenso ist die Frage zu klären, ob diese Vorschrift der Einschränkung entgegensteht, die Dienstleister bei der Erbringung von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen gegenüber Vertragsberechtigten erfahren. Die die Berufungsklägerin betreffende Einschränkung ist eine unmittelbare Folge des Umstands, dass sie außerhalb der Niederlande wohnt und eine niederländische Rente bezieht, und die Niederlande als zur Zahlung der Rente verpflichteter Staat Vertragsberechtigten bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung außerhalb des Wohn- und zur Zahlung der Rente verpflichteten Staats, die keine Krankenhausaufnahme erfordert, eine Kostenerstattung nur nach erteilter Vorabgenehmigung gewähren. Personen, die nach nationalem Recht in den Niederlanden krankenversichert sind, erhalten, in Abhängigkeit von den jeweiligen Versicherungsbedingungen der verschiedenen Versicherer, hingegen oft eine Erstattung für solche grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung.
- 25 Das vorliegende Gericht geht davon aus, dass die angeführte Einschränkung nicht gerechtfertigt ist. Es wurde weder vorgetragen noch hat sich herausgestellt, dass diese notwendig ist, um das finanzielle Gleichgewicht des niederländischen Gesundheitssystems zu wahren. Die Berufungsklägerin zahlt Beiträge an die Niederlande für die Gesundheitsversorgung, die sie als Vertragsberechtigte in Anspruch nehmen kann. Wenn die Behandlung in den Niederlanden stattgefunden hätte, wären ihr die entsprechenden Kosten erstattet worden. Im Übrigen hätte der niederländische Staat auch die Behandlungskosten übernehmen müssen, wenn die gleiche Behandlungsleistung in Belgien erbracht worden wäre.