

Rechtssache C-489/23

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

Eingangsdatum:

1. August 2023

Vorlegendes Gericht:

Înalta Curte de Casație și Justiție (Rumänien)

Datum der Vorlageentscheidung:

27. März 2023

Kläger und Revisionskläger:

AF

Beklagte und Revisionsbeklagte:

Guvernul României

Ministerul Sănătății

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș

Gegenstand des Ausgangsverfahrens

Revision, eingelegt vom Kläger, AF, – Revisionsbeklagte: Guvernul României (Regierung Rumäniens), Ministerul Sănătății (Gesundheitsministerium) und Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (Kreiskrankenkasse Mureș, im Folgenden auch: CJAS) – gegen das Zivilurteil vom 30. Dezember 2019, mit dem die Curtea de Apel Târgu Mureș (Berufungsgericht Târgu Mureș, Rumänien) die Klage von AF auf Nichtigerklärung mehrerer Bestimmungen der Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 (Regierungsbeschluss Nr. 304/2014), auf Nichtigerklärung der Entscheidungen, mit denen eine Erstattung abgelehnt wurde, und auf Erstattung eines Betrags von 13 069 Euro, der den Gegenwert des von AF für die Gesundheitsdienstleistungen, die er in einer Klinik in Deutschland erhalten hat, gezahlten Betrags darstellt

Gegenstand und Rechtsgrundlage der Vorlage

Ersuchen gemäß Art. 267 AEUV um Auslegung der Art. 49 und 56 AEUV, von Art. 7 Abs. 7 der Richtlinie 2011/24/EU, von Art. 22 Abs. 1 Buchst. c der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 sowie des Grundsatzes der Freizügigkeit der Patienten und der Dienstleistungsfreiheit, des Grundsatzes der Effizienz und des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit

Vorlagefragen

1. Sind die Art. 49 und 56 AEUV sowie Art. 7 Abs. 7 der Richtlinie 2011/24/EU dahin auszulegen, dass sie einer Regelung entgegenstehen, die die Erstattung der Kosten, die der im Wohnsitzmitgliedstaat pflichtversicherten Person entstanden sind, automatisch von einem medizinischen Gutachten eines Angehörigen der Gesundheitsberufe, der Gesundheitsdienstleistungen im Krankenversicherungssystem dieses Staates erbringt, und von der anschließenden Ausstellung eines Einweisungsscheins durch diesen abhängig macht, ohne dass die Einreichung gleichwertiger medizinischer Unterlagen, die von medizinischen Einrichtungen des privaten Gesundheitssystems ausgestellt wurden, zulässig wäre, und zwar auch in dem Fall, in dem die Einweisung und die Gesundheitsdienstleistung in einem anderen Mitgliedstaat als dem Wohnsitzmitgliedstaat des Versicherten erfolgt ist bzw. erbracht wurde?

2. Sind die Art. 49 und 56 AEUV, Art. 22 Abs. 1 Buchst. c der Verordnung Nr. 1408/71, die Grundsätze der Freizügigkeit der Patienten und der Dienstleistungsfreiheit sowie der Effizienzgrundsatz und der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung entgegenstehen, die im Fall der Nichterteilung einer Vorabgenehmigung den Betrag der abzurechnenden Leistungen auf die Höhe der Kosten festsetzt, die der Wohnsitzmitgliedstaat hätte tragen müssen, wenn die Gesundheitsversorgung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden wäre, und zwar mittels einer Berechnungsformel, die den Betrag dieser Entschädigung im Verhältnis zu den Kosten, die dem Versicherten in dem Mitgliedstaat, der die Gesundheitsdienstleistungen erbracht hat, tatsächlich entstanden sind, erheblich begrenzt?

Angeführte Rechtsvorschriften und Rechtsprechung der Europäischen Union

Art. 49 und 56 AEUV

Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Art. 7

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, Art. 22

Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Art. 20 Abs. 1 und 2

Urteil vom 9. Oktober 2014, Petru (C-268/13), Beschluss vom 11. Juli 2013, Luca (C-430/12), Urteil vom 12. Juli 2001, Vanbraekel u. a. (C-368/98), Urteil vom 5. Oktober 2010, Elchinov (C-173/09), Urteil vom 16. Mai 2006, Watts (C-372/04), Urteil vom 25. Februar 2003, IKA (C-326/00), Urteil vom 12. April 2005, Keller (C-145/03), Urteil vom 15. Juni 2010, Kommission/Spanien (C-211/08), Urteil vom 12. Juli 2001, Smits und Peerbooms (C-157/99), Urteil vom 13. Mai 2003, Müller-Fauré und van Riet (C-385/99), Urteil vom 19. April 2007, Stamatelaki (C-444/05), Urteil vom 6. Oktober 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate und Casa de Asigurări de Sănătate Constanța (C-538/19) und Urteil vom 29. Oktober 2020, Veselības ministrija (C-243/19)

Angeführte nationale Vorschriften

Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră (Regierungsbeschluss Nr. 304/2014 zur Genehmigung der Durchführungsbestimmungen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung):

- Art. 3 Abs. 1 Buchst. b Ziff. i der im Anhang des Regierungsbeschlusses angeführten Durchführungsbestimmungen, wonach die Krankenkasse auf schriftlichen Antrag des Versicherten, dem Belege beizufügen sind, den Gegenwert der im Gebiet eines Mitgliedstaats der Europäischen Union erbrachten und von dem Versicherten bezahlten grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung u. a. unter der Voraussetzung erstattet, dass diese Gesundheitsversorgung im Anschluss an eine von einem Angehörigen der Gesundheitsberufe, der Gesundheitsdienstleistungen im rumänischen Krankenversicherungssystem erbringt, durchgeführte und durch die Ausstellung eines Einweisungsscheins abgeschlossene medizinische Begutachtung gewährt wurde;

- Art. 3 Abs. 2 der Durchführungsbestimmungen, der im Wesentlichen vorsieht, dass unter den in Abs. 1 genannten Belegen jedes medizinische Dokument, einschließlich des Einweisungsscheins, zu verstehen ist, aus dem hervorgeht, dass der Versicherte Gesundheitsdienstleistungen erhalten hat, und das von dem Angehörigen der Gesundheitsberufe, der es ausgestellt hat, datiert und abgezeichnet ist, sowie die Zahlungsunterlagen, aus denen hervorgeht, dass die Gesundheitsdienstleistungen vom Versicherten vollständig bezahlt wurden;

- Art. 3 Abs. 4 der Durchführungsbestimmungen, wonach die Krankenkasse bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 3 den Berechnungsbogen über die Erstattung des Gegenwerts der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung unter Verwendung des in der Anlage Nr. 3 enthaltenen Musterberechnungsbogen zu erstellen hat;

- Art. 4 der Durchführungsbestimmungen, wonach im Wesentlichen die nach Art. 3 Abs. 1 vorgesehene Erstattung des Gegenwerts der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Höhe der Kosten erfolgt, die für im rumänischen Hoheitsgebiet erbrachte Gesundheitsdienstleistungen abgerechnet werden.

Ordinul Ministerului Sănătății și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019 (Verordnung Nr. 397/836/2018 des Gesundheitsministeriums und der Nationalen Krankenkasse zur Genehmigung der Durchführungsbestimmungen in 2018 des Regierungsbeschlusses Nr. 140/2018 zur Genehmigung der Leistungspakete und des Rahmenvertrags zur Regelung der Voraussetzungen für die Gewährung einer Gesundheitsversorgung, von Arzneimitteln und von Medizinprodukten im Rahmen des Krankenversicherungssystems für die Jahre 2018-2019)

Kurze Darstellung des Sachverhalts und des Verfahrens

- 1 AF wurde am 8. März 2018 ein Adenokarzinom der Prostata diagnostiziert, wie aus dem ärztlichen Schreiben der Clinica de Urologie și Andrologie Endoplus (Klinik für Urologie und Andrologie Endoplus) in Cluj-Napoca (Klausenburg, Rumänien) hervorgeht, dem zufolge die Indikation zur radikalen Prostatektomie, die laparoskopisch standardmäßig oder robotergestützt durchgeführt wird, gestellt wurde.
- 2 AF wurde auf die Möglichkeit einer Operation mit dem Operationsroboter DaVinci (roboterassistierte radikale Prostatektomie) hingewiesen, die im Vergleich zu einer herkömmlichen radikalen Prostatektomie Vorteile für die Gesundheit und die anschließende Genesung des Patienten bietet, und die Empfehlung des Arztes ging dahin. Gleichzeitig wurde AF darüber informiert, dass im staatlichen Krankenhaus in Cluj-Napoca (Rumänien) ein DaVinci-Roboter vorhanden sei, der aber nicht funktioniere, weil die dazu erforderlichen Verbrauchsmaterialien seinerzeit nicht angeschafft worden seien, weshalb ihm mitgeteilt wurde, dass die Möglichkeit bestehe, den Eingriff im privaten Gesundheitssystem, in einer Klinik in Brașov (Kronstadt, Rumänien), zu Kosten von etwa 13 000 Euro durchführen zu lassen.
- 3 Da seit der Diagnosestellung bereits ungefähr vier Monate vergangen waren, entschloss sich AF, die Behandlung zu denselben Kosten in einem Zentrum, das

über einen großen Erfahrungsschatz verfügt und sich ausschließlich mit diesem Krankheitsbild befasst, in einem Krankenhaus in Deutschland durchführen zu lassen.

- 4 Um sich im Ausland behandeln zu lassen, beantragte AF bei der CJAS die Ausstellung eines Formulars E 112 gemäß der Verordnung Nr. 1408/71, jedoch wurde sein Antrag nicht entgegengenommen.
- 5 Parallel zu diesem Verfahren wurde AF nach einem Schriftwechsel mit der Klinik in Deutschland die Möglichkeit angeboten, sich am 9. Mai 2018 operieren zu lassen, da die Reservierung eines anderen Patienten für diesen Tag storniert worden sei. Andernfalls hätte AF nach Erhalt der Genehmigung der CJAS noch etwa acht Wochen warten müssen, um einen anderen Termin zu erhalten.
- 6 Um den 9. Mai 2018 als Termin für den Eingriff zu reservieren, leistete AF am 24. April 2018 die Zahlung dafür. Der chirurgische Eingriff fand zum vorgesehenen Zeitpunkt in Deutschland statt und es wurde die stationäre Aufnahme für den Zeitraum vom 9. Mai 2018 bis zum 14. Mai 2018 angeordnet.
- 7 Nach der geleisteten Zahlung und angesichts der Verweigerung der Entgegennahme des Antrags durch die CJAS beschloss AF, diesen den Antrag auf dem Postweg per Einschreiben mit Rückschein zu übermitteln, und erhielt am 17. Mai 2018 die Antwort, dass sein Antrag nicht auf dem Standardformular erstellt worden sei und nicht alle erforderlichen Unterlagen enthalte.
- 8 Nach seiner Rückkehr nach Rumänien beantragte AF bei der CJAS unter Berufung auf die Verordnung Nr. 1408/71 und das Urteil Elchinov die Zahlung des in Deutschland entrichteten Betrags.
- 9 Die CJAS lehnte den Zahlungsantrag mit dem Hinweis ab, dass das Formular E 112 vor der Abreise des Begünstigten ausgestellt werden müsse und dass für die Erstattung des Betrags das im Regierungsbeschluss Nr. 304/2014 vorgesehene Verfahren einzuhalten sei.
- 10 AF trägt vor, er habe auch dieses Verfahren durchgeführt, jedoch ohne Erfolg. Somit beantragte er am 5. September 2018 bei der CJAS die Erstattung des Betrags von 13 069 Euro, der den Gegenwert der der deutschen Klinik bezahlten Gesundheitsdienstleistungen darstellt, und legte gleichzeitig die erforderlichen Unterlagen vor, mit Ausnahme eines von einem Angehörigen der Gesundheitsberufe, der Gesundheitsdienstleistungen im rumänischen Krankenversicherungssystem erbringt, ausgestellten Einweisungsscheins.
- 11 Am 1. Oktober 2018 wurde dieser Antrag mit der Begründung abgelehnt, dass der Nachweis einer in Rumänien durchgeführten und mit einem Einweisungsschein abgeschlossenen medizinischen Begutachtung nicht erbracht sei.
- 12 Unter diesen Umständen erhob AF bei der Curtea de Apel Târgu Mureș (Berufungsgericht Târgu Mureș) Klage auf Nichtigerklärung der Bestimmungen

über die Voraussetzungen für die Erstattung des Gegenwerts von Gesundheitsdienstleistungen und der Bestimmungen über die Berechnungsmodalitäten betreffend die Erstattung des Gegenwerts der Gesundheitsversorgung in den Durchführungsbestimmungen sowie auf Nichtigerklärung der Ablehnungsbescheide und folglich auf Erstattung des Betrags von 13 069 Euro, der den Gegenwert der in Deutschland bezahlten Gesundheitsdienstleistungen darstellt.

- 13 In der Begründung seiner Klage machte AF geltend, dass die angefochtenen Bestimmungen eine fehlerhafte Umsetzung der Richtlinie 2011/24 darstellten und zugleich gegen den Grundsatz des Vorrangs des Unionsrechts, konkret gegen Art. 56 AEUV und die Verordnung Nr. 1408/71 in der Auslegung durch den Gerichtshof im Urteil Elchinov sowie gegen die Verordnung Nr. 883/2004 verstießen, da sie die Erstattung der Kosten für eine ohne Vorabgenehmigung in einem anderen Mitgliedstaat erbrachte Krankenhausbehandlung in jedem Fall ausschlossen.
- 14 AF brachte vor, dass sein Erstattungsantrag rechtswidrigerweise abgelehnt worden sei, dass er die Voraussetzungen für die Ausstellung des Formulars E 112 erfüllt habe und dass der Umstand, dass die Behandlung und die Bezahlung der Leistungen erfolgt seien, bevor die Beklagte seinen Antrag auf Ausstellung des Formulars geprüft habe, nicht zum Erlöschen seines subjektiven Rechts führen könne.
- 15 Nachdem die Klage abgewiesen worden war, hat AF beim vorlegenden Gericht, der Înalta Curte de Casație și Justiție (Oberster Kassations- und Gerichtshof, Rumänien) Revision eingelegt. Dieses Gericht hat beschlossen, den Gerichtshof um Vorabentscheidung zu ersuchen.

Wesentliche Argumente der Parteien des Ausgangsverfahrens

- 16 AF beantragt die Anrufung des Gerichtshofs, da die nationalen Rechtsvorschriften Voraussetzungen vorsähen, die im Text der Richtlinie nicht vorgesehen seien und konkret unmöglich erfüllt werden könnten. Denn auch wenn für die Erstattung einer in Rumänien erbrachten Gesundheitsdienstleistung der Nachweis eines Einweisungsscheins verlangt werde, so sei eine solche Voraussetzung mit dem nach der Richtlinie anerkannten Recht unvereinbar, da sich im Fall einer Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat die Frage nach einem Einweisungsschein nicht mehr stelle, sondern es nur noch um ein von einem Facharzt erstelltes medizinisches Gutachten gehe. Hinzu komme, dass das Unionsrecht dem Mitgliedstaat zwar die Möglichkeit einräume, den Abrechnungsbetrag zu begrenzen, die Art und Weise, in der die nationale Regelung dies tue, aber gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verstoße, indem sie das Recht des Patienten in seinem Wesensgehalt antaste.

- 17 Die CJAS spricht sich gegen eine Anrufung des Gerichtshofs aus, da sie der Ansicht ist, dass die vom AF begehrte Auslegung keinen neuen Aspekt darstelle. Sie verweist insoweit auf das Urteil Petru und den Beschluss Luca.
- 18 Was Art. 7 Abs. 2 der Richtlinie 2011/24 unter dem Aspekt der Möglichkeit für den Herkunftsstaat des Patienten anbelangt, die spätere Erstattung des Gegenwerts der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen von einem medizinischen Gutachten abhängig zu machen, das zwingend in einem Einweisungsschein konkretisiert sein muss, und zwar unter Ausschluss jedes anderen medizinischen Dokuments, das die Begutachtung belegen könnte, weist die CJAS darauf hin, dass der Gerichtshof mehrerer Entscheidungen erlassen habe, in denen bei der Auslegung der Verordnung Nr. 1408/71 zwischen geplanter Krankenhausbehandlung (Urteil Vanbraekel u. a., Urteil Petru, Urteil Elchinov und Urteil Watts) und nicht geplanter Krankenhausbehandlung (Urteil IKA, Urteil Keller und Urteil Kommission/Spanien) unterschieden werde. Zum Erfordernis einer Vorabgenehmigung – soweit sie durch die Notwendigkeit gerechtfertigt sei, einen ausreichenden und ständigen Zugang zu einem ausgewogenen Angebot hochwertiger medizinischer Versorgung in dem betreffenden Mitgliedstaat sicherzustellen, eine Kostenbegrenzung zu gewährleisten und eine Verschwendung finanzieller, technischer und personeller Ressourcen zu vermeiden – habe sich der Gerichtshof im Urteil Smits und Peerbooms, im Urteil Müller Fauré und van Riet, im Urteil Stamatelaki und im Urteil Vanbraekel u. a. geäußert.

Kurze Darstellung der Begründung der Vorlage

- 19 Das vorliegende Gericht weist darauf hin, dass es über die von AF eingelegte Revision durch ein endgültiges Urteil zu entscheiden hat, das nach nationalem Recht nicht mehr mit Rechtsmitteln im Sinne von Art. 267 AEUV angefochten werden kann.
- 20 Das Gericht stellt zunächst fest, dass der Versuch von AF, Anfang April einen Antrag auf Ausstellung eines Formulars E 112 zu stellen, zwar eine erwiesene Tatsache darstellt, dass aber die Verweigerung der Registrierung dieses Antrags nicht relevant ist, da es im vorliegenden Fall um die Rechtmäßigkeit der seit dem Zeitpunkt des grenzüberschreitenden medizinischen Eingriffs erlassenen Verwaltungsakte und die Zahlung der damit verbundenen Kosten geht.
- 21 Zum Revisionsgrund betreffend die Einbeziehung des medizinischen Verfahrens, dem sich AF unterzogen hat, in das Paket der Grundleistungen, die vom Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (Nationaler Einheitsfonds der Krankenversicherungen) gemäß der Verordnung Nr. 397/836/2018 abgerechnet werden, führt das vorliegende Gericht aus, dass es diesen Aspekt der Rechtmäßigkeit in diesem Stadium des Verfahrens zwar nicht mit Sicherheit feststellen kann, sich aus seinen Ermittlungen aber Elemente ergeben, die den vom Berufungsgericht bestätigten Behauptungen des CJAS, wonach der

medizinische Eingriff, dem sich AF unterzogen habe, nicht in das Paket der von diesem Fonds abgerechneten Grundleistungen einbezogen sei, zu widersprechen scheinen. Diese Feststellung des vorliegenden Gerichts beruht u. a. darauf, dass es sich bei der in der genannten Verordnung enthaltenen Liste nach Angaben der Beklagten selbst um eine Liste von Diagnosegruppen handelt und dass *die medizinische Methode oder Technik der Behandlung als solche in den nationalen Rechtsvorschriften zur Regelung der Gewährung einer Gesundheitsversorgung im Rahmen des rumänischen Krankenversicherungssystems nicht genannt wird.*

- 22 Das vorliegende Gericht hat bei seiner Entscheidung über diesen Aspekt auch Nr. 3 des Tenors des Urteils Elchinov und den 34. Erwägungsgrund der Richtlinie 2011/24 zu beachten.
- 23 In dem Fall, dass nach der Entscheidung über diesen Revisionsgrund festgestellt wird, dass das medizinische Verfahren, dem sich AF unterzogen hat, zum Paket der Grundleistungen gehört, die vom nationalen Fonds des rumänischen Staates abgerechnet werden, haben die Fragen einen Bezug zur Entscheidung der Rechtssache.
- 24 **Die erste Frage**, die gestellt wird, betrifft (i) die Voraussetzung, dass eine Begutachtung ausschließlich von einem Arzt des staatlichen Gesundheitssystems (und nicht des privaten Gesundheitssystems des betreffenden Staates) durchgeführt wird, und (ii) die formale Voraussetzung, dass ein Einweisungsschein von dem Staat ausgestellt wird, aus dem der Patient stammt, auch wenn die Leistung in einem anderen Mitgliedstaat erbracht wird.
- 25 Bei der Prüfung der ersten Voraussetzung, die nach Ansicht der Beklagten nach Art. 7 Abs. 7 der Richtlinie 2011/24 zulässig ist, weist das vorliegende Gericht zunächst auf die Feststellungen des Gerichtshofs in den Rn. 23, 30 und 34 bis 37 des Urteils Stamatelaki hin und stellt fest, dass es im Hinblick auf das Ziel, das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit zu gewährleisten, unverhältnismäßig zu sein scheint, diese formale Voraussetzung ohne objektive Rechtfertigung oder Bindung an eine bestimmte Art einer kritischen Bewertung der Qualität der medizinischen Handlung für alle Fälle vorzuschreiben.
- 26 Auch die Ausführungen des Gerichtshofs in den Rn. 40, 44, 45, 47, 51 bis 53 und 55 des Urteils Casa Națională de Asigurări de Sănătate und Casa de Asigurări de Sănătate Constanța führen zu dieser Feststellung, da die genannte Voraussetzung offenbar über die Anforderungen des Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 hinausgeht.
- 27 Was die zweite Voraussetzung anbelangt – die die CJAS nach Art. 7 Abs. 7 der Richtlinie 2011/24 für zulässig hält, während AF der Ansicht ist, dass sie in der Richtlinie nicht vorgesehen und in der Praxis unmöglich zu erfüllen sei –, ist das vorliegende Gericht der Auffassung, dass es schwer zu rechtfertigen ist, diese Voraussetzung für die Erteilung einer Vorabgenehmigung (Ausstellung eines Einweisungsscheins gemäß den Voraussetzungen des nationalen Rechts)

beizubehalten, da die Einweisung offenkundig nicht in eine Krankeneinrichtung des Mitgliedstaats erfolgt und der Einweisungsschein als solcher auch nicht für die Zwecke der Einweisung im Bestimmungsmitgliedstaat verwendet wird.

- 28 Um festzustellen, ob die Verweigerung einer nach Art. 22 der Verordnung Nr. 1408/71 erforderlichen Genehmigung gerechtfertigt ist, muss das vorliegende Gericht u. a. das vom nationalen Recht aufgestellte Erfordernis prüfen, dass ein Einweisungsschein vorliegen muss, der als solcher AF ausgestellt wurde. Nach Ansicht des vorliegenden Gerichts scheint mit der Auferlegung einer solchen rein formalen Voraussetzung unter den Umständen des vorliegenden Falles, in dem es auch um die Vereinbarkeit der nationalen Vorschrift geht, die die Ausstellung des Berichts über die medizinische Begutachtung durch einen Arzt außerhalb des nationalen Krankenversicherungssystems ausschließt, eine Voraussetzung auferlegt zu werden, die über diejenigen des Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 hinausgeht.
- 29 Das Gericht stellt unter Bezugnahme zum einen auf die Erwägungsgründe 8 und 43 sowie auf Art. 7 Abs. 1 und 4 und Art. 8 Abs. 1 der Richtlinie 2011/24 und zum anderen auf die Rn. 72 bis 77 des Urteils *Veselības ministrija* fest, dass Zweifel bestehen, ob es eine vernünftige Rechtfertigung für diese zweite Voraussetzung gibt.
- 30 Was **die zweite Frage** betrifft, so ergibt sich ihr Bezug zur Entscheidung der Rechtssache in dem Fall, dass das vorliegende Gericht nach Würdigung des Vorbringens in der Rechtssache feststellen kann, dass zum einen die Verweigerung der Erteilung der Vorabgenehmigung gerechtfertigt und rechtmäßig war und zum anderen das medizinische Verfahren, dem sich AF unterzogen hat, zum Paket der Grundleistungen gehört, die vom nationalen Fonds abgerechnet werden.
- 31 Nach Ansicht der Beklagten stellen die Bestimmungen des Art. 4 der Durchführungsbestimmungen, die den Erstattungsbetrag der Höhe nach begrenzen, keine zusätzlichen Voraussetzungen dar, die zur Verweigerung oder zu einer Beeinträchtigung des Rechts auf Erstattung in seinem Wesensgehalt führen würden, wie AF geltend macht, selbst wenn diese Begrenzung zu einer Verringerung des zu erstattenden Betrags führe. Sie stelle die Umsetzung von Art. 7 Abs. 4 der Richtlinie 2011/24 dar und es sei normal, dass ein Berechnungsalgorithmus existiere. Die Regel sei daher, dass für einen Patienten, der im rumänischen Krankenversicherungssystem registriert sei, die Erstattung der Kosten für die in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommene Gesundheitsversorgung in Höhe der Kosten erfolge, die für in Rumänien erbrachte Gesundheitsdienstleistungen abgerechnet würden. Diese Beschränkung sei zwar drastisch, aber unionsrechtlich zulässig und durch *zwingende Gründe des Allgemeininteresses im Zusammenhang mit der öffentlichen Gesundheit* gerechtfertigt.

- 32 AF macht geltend, dass, selbst wenn man das Recht des Mitgliedstaats anerkenne, den Abrechnungsbetrag der Höhe nach zu begrenzen, dieses Recht nicht dazu führen dürfe, dass das Recht des Patienten ausgehöhlt werde.
- 33 Die Beklagten behaupteten zwar, dass das bei AF angewandte medizinische Verfahren im nationalen System nicht abgerechnet werde, und vermieden eine konkrete Berechnung der Kosten dieses Verfahrens, jedoch werden in den verschiedenen von ihnen erstellten und in den Akten befindlichen Unterlagen für das Jahr 2018 Beträge zwischen 1 367 RON und 4 618 RON genannt. Aus den in den Akten befindlichen Beweismitteln geht aber hervor, dass AF Kosten in Höhe von 13 069 Euro (etwa 60 000 RON nach dem Wechselkurs der Banca Națională a României [Rumänische Nationalbank] im Mai 2018) entstanden sind.
- 34 Das vorliegende Gericht weist darauf hin, dass es, falls es nach der Würdigung der Beweise, des nationalen Rechts und der Grundsätze des Unionsrechts feststellen sollte, dass AF die nach Art. 8 der Richtlinie 2011/24 erforderliche Vorabgenehmigung in angemessener Zeit und ohne Gefährdung seines Lebens oder seiner Genesung unter vergleichbaren Bedingungen hätte erhalten müssen und können, die Vereinbarkeit der nationalen Vorschrift zur Festlegung der Berechnungsformel, die die Höhe dieser Entschädigung verglichen mit den dem Versicherungsnehmer tatsächlich entstandenen Kosten erheblich begrenze, prüfen müsse.
- 35 Unter Hinweis auf die Ausführungen des Gerichtshofs in Rn. 29 des Beschlusses Luca und in Rn. 80 des Urteils Elchinov sowie auf die Erwägungsgründe 5, 7, 21 und 22, Art. 5 Buchst. b und Art. 7 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24 führt das vorliegende Gericht aus, dass mit der zweiten Frage geklärt werden soll, ob die in den nationalen Rechtsvorschriften geregelten Berechnungsmodalitäten für die Abrechnung der Krankheitskosten der Verpflichtung aus Art. 5 Buchst. b der Richtlinie entsprechen und, implizit, ob im Fall der Nichterfüllung der Voraussetzungen für die Erteilung einer Vorabgenehmigung die Verweigerung der Erstattung oder die Erstattung eines im Verhältnis zu den tatsächlichen Ausgaben des Versicherten äußerst geringen Anteils mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit vereinbar ist, wobei von der Prämisse ausgegangen wird, dass der Versicherte nicht wirklich über die Aussicht auf den Betrag, der hätte erstattet werden können, informiert wurde.