

Europäischer Gerichtshof, Schlussanträge des Generalanwalts vom 21.01.2003 – C-56/01

Generalanwalt Dámaso Ruiz-Jarabo Colomer

ECLI:EU:C:2003:43

Keine Entscheidung des Gerichtshofs. Dieses Dokument ist ein unabhängiger Entscheidungsvorschlag an den Gerichtshof. Der Gerichtshof ist daran nicht gebunden und kann anders entscheiden.

Ergebnis: Vorschlag an den Gerichtshof

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen schlage ich dem Gerichtshof vor, die vom Tribunal des affaires de sécurité sociale de Nanterre zur Vorabentscheidung vorgelegten Fragen wie folgt zu beantworten: 1. Im vorliegenden Verfahren hat sich nichts ergeben, was die Gültigkeit des Artikels 22 Absatz 1 Buchstabe c Ziffer i und Absatz 2 Unterabsatz 2 der 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, beeinträchtigen könnte. 2. Bei der Beurteilung, ob die Weigerung der Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, die Kosten einer Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat zu übernehmen, rechtmäßig ist, ist abzuwägen, dass die Voraussetzungen des Artikels 22 Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung Nr. 1408/71 die einzigen sind, die — liegen sie vor — daran hindern, die Genehmigung abzulehnen, wobei die Mitgliedstaaten für die Erteilung der Genehmigung Bedingungen festlegen können, die günstiger für die Versicherten sind; dass bei Behandlungen in Krankenhäusern die Genehmigung von bestimmten Voraussetzungen abhängig gemacht werden kann, sofern diese objektiv, nicht diskriminierend und im Voraus bekannt sind; dass das Gemeinschaftsrecht einen Mitgliedstaat nicht zwingen kann, die Liste der durch eines seiner Krankenversicherungssysteme erfassten Leistungen zu erweitern; dass bei der Beurteilung, ob eine Behandlung innerhalb des Zeitraums durchgeführt werden kann, der normalerweise erforderlich ist, um sie am Wohnort zu erhalten, alle Umstände des Falles, der Gesundheitszustand des Kranken und dessen Vorgeschichte zu berücksichtigen sind und dass das Verfahren zur Erlangung der Genehmigung den Versicherten gewährleisten muss, dass ihre Anträge innerhalb einer angemessenen Frist objektiv und unparteiisch behandelt werden, und dass die Versagung von Genehmigungen im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens anfechtbar sein muss.

Schlussanträge des Generalanwalts

Dámaso Ruiz-Jarabo Colomer

vom 21. Januar 2003

1 Das Tribunal des affaires de sécurité sociale de Nanterre (Frankreich) hat Gebrauch von dem in Artikel 234 EG vorgesehenen Verfahren mit dem Ziel gemacht, dass der Gerichtshof die Gültigkeit des Artikels 22 der Verordnung Nr. 1408/71 im Licht der Artikel 49 EG und 50 EG prüfen und entscheiden möge, ob die Weigerung einer Krankenkasse, die Kosten einer Behandlung einer Versicherten in einem Krankenhaus eines anderen Mitgliedstaats zu übernehmen, rechtmäßig ist.

I — Der Sachverhalt des Ausgangsverfahrens

2 Patricia Inizan, die Klägerin des Ausgangsverfahrens, beantragte bei der Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, der Krankenkasse, bei der sie versichert ist, die vorherige Genehmigung für die Durchführung einer Schmerzbehandlung in Deutschland in einem Krankenhaus mit einer Abteilung für Naturheilverfahren und Ganzheitsmedizin mit dem Ziel der Kostenübernahme durch die Kasse.

Die siebenunddreissigjährige Patientin leidet unter starken Schmerzen, deren Linderung ihr nur teilweise und vorübergehend gelingt. Sie hat sich verschiedene Male an die in Paris niedergelassenen Spezialkliniken gewandt, ohne eine Besserung zu spüren. Seit 1986 unterzog sie sich auch einer psychologischen Behandlung, aber auch dies linderte ihre Beschwerden nicht.

3 Der Antrag wurde am 6. Juli 1999 mit der Begründung abgelehnt, dass die Voraussetzungen des Artikels 22 Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung Nr. 1408/71 nicht erfüllt seien.

4 Die Betroffene focht diese Entscheidung bei der Commission de recours amiable de la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine an; diese bestätigte die Entscheidung im Oktober 1999 in Anbetracht dessen, dass in der Stellungnahme des Nationalen Vertrauensarztes (médecin conseil national) festgestellt worden sei, dass der Gesundheitszustand der Patientin nicht erfordere, dass diese sich ins Ausland begeben.

5 Im Dezember 1999 erhob die Klägerin Klage beim Tribunal des affaires de sécurité sociale de Nanterre. Mit Zwischenurteil vom 6. Juli 2000 forderte dieses Gericht sie auf, dem Nationalen Vertrauensarzt ihre Akte zu übermitteln und gab diesem auf, eine begründete Stellungnahme zu der Möglichkeit abzugeben, dass die französische Kasse die Kosten der Behandlung in Deutschland übernehme, und dabei zu berücksichtigen, dass die Patientin in Frankreich kein Mittel gegen ihre physischen und psychischen Beschwerden gefunden habe.

6 Das Gutachten des genannten Arztes fiel negativ aus, weil er der Auffassung war, dass das Angebot an Heilbehandlungen in diesem Bereich umfangreich, vielfältig und ohne einschränkende Wartefristen sei, wobei er ausführte, dass die angestrebte Behandlung langfristig — über mehrere Monate oder sogar über mehrere Jahre hinweg — sei und eine Kontinuität und Regelmäßigkeit erfordere, die in einem mehrere hundert Kilometer vom Wohnort der Patientin entfernt gelegenen Krankenhaus nicht erreicht werden könne.

7 Gegenüber dieser Antwort hob die Klägerin hervor, dass der Vertrauensarzt sich darauf beschränkt habe, die Wiederholung der Behandlungen vorzuschlagen, denen sie sich in der Vergangenheit ohne irgendein Ergebnis unterzogen habe, weil sie für ihre Krankheiten nicht geeignet seien.

8 Die Klägerin hat belegt, dass die Kosten der von einem Arzt verschriebenen Behandlung in der Abteilung für Naturheilverfahren und Ganzheitsmedizin in Deutschland von der staatlichen Krankenversicherung und von den privaten Versicherungsgesellschaften übernommen werden.

II — Die französischen Rechtsvorschriften

9 In Frankreich ist die Übernahme der Kosten einer Heilbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat in drei Artikeln des Sozialversicherungsgesetzbuches geregelt, die Folgendes bestimmen:

L.332-3

Vorbehaltlich internationaler Übereinkommen und Regelungen sowie des Artikels L.766-1 werden die entsprechenden Leistungen der Kranken- und der Mutterschaftsversicherung nicht gewährt, wenn die ärztliche Behandlung der Sozialversicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen außerhalb Frankreichs erfolgt.

Durch vom Conseil d'État gegengezeichnetes Dekret werden die Voraussetzungen festgelegt, unter denen Ausnahmen von dem im vorstehenden Absatz aufgestellten Grundsatz dann zugelassen werden können, wenn der Versicherte oder seine anspruchsberechtigten Angehörigen unerwartet während eines Aufenthalts im Ausland erkranken oder wenn der Kranke eine seinem Zustand angemessene Behandlung in Frankreich nicht erhalten kann.

L.766-1

Die Behandlung der im Rahmen dieses Titels Berechtigten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen begründet einen Anspruch auf die in diesem Titel vorgesehenen Leistungen der Kranken- und Mutterschaftsversicherung.

Vorbehaltlich der Bestimmungen der internationalen Übereinkommen und Regelungen betreffend die in Artikel L.761-1 genannten Arbeitnehmer werden diese Leistungen in dem Land, in dem die im Rahmen dieses Titels Berechtigten ihre Tätigkeit ausüben, auf der Grundlage der tatsächlichen Ausgaben bis zur

Höhe der durch Ministerialerlass... festgelegten Höchstsätze gewährt.

R.332-2

Die Krankenkassen können eine pauschale Erstattung der Kosten der Behandlungen vornehmen, die Sozialversicherte und deren Familienangehörige, die unerwartet erkrankt sind, außerhalb Frankreichs erhalten haben, ohne dass diese Erstattung über den Betrag der Erstattung hinausgehen kann, die gewährt worden wäre, wenn die Betroffenen in Frankreich behandelt worden wären.

Können kranke Sozialversicherte oder anspruchsberechtigte Angehörige von Sozialversicherten die ihrem Zustand angemessene Behandlung in Frankreich nicht erhalten, so können durch Übereinkommen zwischen den zuständigen französischen Trägern einerseits und bestimmten Krankenanstalten im Ausland andererseits nach gemeinsamer Genehmigung durch den Minister für soziale Sicherheit und den Minister für Gesundheit die Voraussetzungen für den Aufenthalt der Betroffenen in diesen Anstalten sowie die Modalitäten der Erstattung der Kosten der durchgeführten Behandlung geregelt werden.

Unabhängig von den im vorstehenden Absatz geregelten Fällen können die Krankenkassen ausnahmsweise nach einer befürwortenden Stellungnahme der ärztlichen Kontrolle eine pauschale Erstattung der Kosten einer Behandlung vornehmen, die ein Sozialversicherter oder ein anspruchsberechtigter Angehöriger eines Sozialversicherten außerhalb Frankreichs erhalten hat, wenn dieser nachgewiesen hat, dass er eine seinem Zustand angemessene Behandlung im französischen Hoheitsgebiet nicht erhalten konnte.

III — Die Vorabentscheidungsfragen

10 Vor Erlass der Entscheidung in der Sache hat das nationale Gericht beschlossen, das Verfahren auszusetzen und dem Gerichtshof folgende Fragen zur Vorabentscheidung vorzulegen:

1. Ist Artikel 22 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 mit den Artikeln 59 (nach Änderung jetzt Artikel 49 EG) und 60 (jetzt Artikel 50 EG) des Vertrages vom Rom vereinbar?
2. Hat dementsprechend die Caisse primaire assurance maladie des Hauts-de-Seine Frau Inizan die Kostenübernahme für eine psychosomatische Schmerzbehandlung in Deutschland nach ablehnender Stellungnahme des Nationalen Vertrauensarztes zu Recht verweigert?

IV — Die gemeinschaftsrechtlichen Vorschriften

11 Um diese Fragen beantworten zu können, sind folgende Normen des Gemeinschaftsrechts zu prüfen:

Artikel 49 EG

Die Beschränkungen des freien Dienstleistungsverkehrs innerhalb der Gemeinschaft für Angehörige der Mitgliedstaaten, die in einem anderen Staat der Gemeinschaft als demjenigen des Leistungsempfängers ansässig sind, sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen verboten.

...

Artikel 50 EG

Dienstleistungen im Sinne dieses Vertrags sind Leistungen, die in der Regel gegen Entgelt erbracht werden, soweit sie nicht den Vorschriften über den freien Waren- und Kapitalverkehr und über die Freizügigkeit der Personen unterliegen.

Als Dienstleistungen gelten insbesondere:

....

d) freiberufliche Tätigkeiten.

...

Artikel 22 der Verordnung Nr. 1408/71

(1) Ein Arbeitnehmer oder Selbständiger, der die nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates für den Leistungsanspruch erforderlichen Voraussetzungen... erfüllt und....c) der vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten hat, sich in das Gebiet eines anderen Mitgliedstaats zu begeben, um dort eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten, hat Anspruch auf Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Trägers vom Träger des Aufenthalts- oder Wohnorts nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften, als ob er bei diesem versichert wäre; die Dauer der Leistungsgewährung richtet sich jedoch nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates;...

(2) ...Die nach Absatz 1 Buchstabe c) erforderliche Genehmigung darf nicht verweigert werden, wenn die betreffende Behandlung zu den Leistungen gehört, die in den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats vorgesehen sind, in dessen Gebiet der Betreffende wohnt, und wenn er in Anbetracht seines derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit diese Behandlung nicht in einem Zeitraum erhalten kann, der für diese Behandlungen in dem Staat, in dem er seinen Wohnsitz hat, normalerweise erforderlich ist....

V — Das Verfahren vor dem Gerichtshof

12 In einem ersten Stadium haben innerhalb der in Artikel 20 der Satzung des Gerichtshofes festgelegten Frist Frau Inizan, die Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, die Regierungen Spaniens, Frankreichs, Irlands, Luxemburgs, Schwedens und des Vereinigten Königreichs sowie der Rat und die Kommission schriftliche Erklärungen eingereicht.

13 Nach der Feststellung, dass das schriftliche Verfahren in der vorliegenden Rechtssache im Mai 2001 geendet hatte, beschloss das Gericht im März 2002, die Parteien der Ausgangsverfahren, die Regierungen der Mitgliedstaaten, den Rat, die Kommission und die sonstigen Beteiligten aufzufordern, schriftlich dazu Stellung zu nehmen, welche Folgerungen aus den Urteilen vom 12. Juli 2001 in den Rechtssachen Vanbraekel u. a. sowie Smits und Peerbooms für die Beantwortung der vom Tribunal des affaires de sécurité sociale de Nanterre vorgelegten Vorabentscheidungsfragen zu ziehen seien.

Von dieser Möglichkeit haben die Klägerin und die Beklagte des Ausgangsverfahrens, die belgische, die spanische und die französische Regierung, die Regierung des Vereinigten Königreichs sowie der Rat und die Kommission Gebrauch gemacht.

14 In der mündlichen Verhandlung, die am 28. November 2002 stattgefunden hat, sind die Vertreter von Frau Inizan und der Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine sowie die Bevollmächtigten Spaniens, Frankreichs, Schwedens, des Vereinigten Königreichs, des Rates und der Kommission mit dem Ziel aufgetreten, ihr Vorbringen mündlich darzulegen.

VI — Prüfung der ersten Vorabentscheidungsfrage

15 Mit dieser Frage ersucht das vorlegende Gericht den Gerichtshof um eine Entscheidung über die Gültigkeit des Artikels 22 der Verordnung Nr. 1408/71 in Verbindung mit den Artikeln 49 EG und 50 EG.

A — Die Auffassungen derjenigen, die Erklärungen abgegeben haben

16 Die Klägerin des Ausgangsverfahrens trägt vor, nach dem Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs könne sie sich frei von einem Mitgliedstaat in einen anderen begeben, um dort eine medizinische Behandlung zu erhalten. Nach Artikel 22 der Verordnung Nr. 1408/71 sei sie jedoch gezwungen, vorab die Genehmigung des nationalen Sozialversichersträgers einzuholen. Diese Vorschrift führe eine unterschiedliche Behandlung aufgrund des Ursprungs der Leistung ein, halte die Kranken davon ab, eine ärztliche Behandlung in anderen Mitgliedstaaten in Anspruch zu nehmen, und stelle eine gegen Artikel 49 EG verstoßende Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs dar. Dass eine bestimmte Behandlung durch das System der sozialen Sicherheit in dem Mitgliedstaat der Mitgliedschaft nicht erfasst sei, stehe dem nicht entgegen, dass diese Behandlung bei einem Patienten zu Lasten seiner Versicherungskasse in einem anderen Mitgliedstaat durchgeführt werde, da der Patient ein Recht darauf habe, dass ihm die in den übrigen Ländern der Europäischen Union erreichten wissenschaftlichen und

medizinischen Fortschritte zugute kämen.

17 Die Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine vertritt die Auffassung, das Ziel des Artikels 22 Absatz 1 Buchstabe c und Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung Nr. 1408/71 bestehe darin, für die Mitgliedstaaten Mindestregeln festzulegen, um den freien Verkehr von Gesundheitsdienstleistungen zu ermöglichen. Die auf die Naturtherapie und die Ganzheitsmedizin gestützte Behandlung von Schmerzen sei wissenschaftlich nicht anerkannt. Aus diesem Grund handle es sich um eine Leistung, die durch die französische Sozialversicherung nicht abgedeckt sei und deren Kosten nicht erstattet würden. Es gebe in Paris sechs Krankenhäuser mit multidisziplinären Sprechstunden, die sich mit der Behandlung derartiger pathologischer Zustände befassen, wobei die Krankenhäuser der Umgebung und der Region nicht mitgezählt würden. In der mündlichen Verhandlung hat der Vertreter der Beklagten mitgeteilt, dass die Patientin in Frankreich zu Lasten ihrer Krankenkasse praktisch alle Therapien erhalten könne, die die Behandlung in Deutschland umfasse, wobei nur die Therapie, die in der Einhaltung einer gesunden Ernährung bestehe, von der Deckung durch die Versicherung ausgeschlossen sei.

18 Die Auffassungen der im vorliegenden Verfahren vertretenen Mitgliedstaaten sind in einer Grundsatzfrage geteilt: Für Belgien und Frankreich sind sowohl die Leistungen der Ärzte in ihren Sprechstunden als auch die Leistungen, die in den Krankenhäusern bei stationärer Behandlung erbracht werden, Dienstleistungen im Sinne des Vertrages. Luxemburg, ein Land, das ebenso wie die beiden vorgenannten seine Krankenversicherung in der Weise organisiert, dass ein Teil der Kosten der Leistungen, die die Patienten erhalten, erstattet wird, schließt davon Krankenhausleistungen aus. Spanien, Irland, Schweden und das Vereinigte Königreich schließlich vertreten die Auffassung, dass die nationalen Gesundheitssysteme, die nur die Gewährung von Sachleistungen vorsähen, keine Dienstleistungen erbrächten, da in den Beziehungen zwischen dem Personal der Gesundheitsdienste und den Kranken das Erfordernis des Entgelts fehle.

Alle stimmen jedoch dahin überein, dass dann, wenn jede medizinische Leistung unabhängig von dem Vorliegen eines Entgelts als Dienstleistung zu qualifizieren wäre, die vorherige Genehmigung des Artikels 22 der Verordnung Nr. 1408/71 aus den vom Gerichtshof in seiner neueren Rechtsprechung aufgezählten zwingenden Gründen des Allgemeininteresses gerechtfertigt wäre, und darin, dass diese Verordnungsbestimmung mit den Artikeln 49 EG und 50 EG vereinbar sei, ohne dass es angebracht sei, sie für ungültig zu erklären.

19 Auf die vom Gerichtshof formulierten schriftlichen Fragen hin hat die französische Regierung das Verfahren erläutert, nach dem in ihrem Land entschieden wird, welche Arzneimittel und Behandlungen durch die Krankenversicherung gedeckt sind. Die Erstgenannten müssen auf einer Liste verzeichnet sein, die im Wege eines gemeinsamen Erlasses des für die Gesundheit zuständigen Ministers und des für die soziale Sicherheit zuständigen Ministers nach vorheriger Stellungnahme des aus ärztlichen und wissenschaftlichen Fachleuten bestehenden Transparenzausschusses aufgestellt worden ist. Diese Fachleute geben eine Stellungnahme zu dem Nutzen des Arzneimittels ab, wobei sie dessen Wirkungsmöglichkeiten, die Nebenwirkungen, den Platz, den es in der Behandlungsstrategie im Verhältnis zu den sonstigen verfügbaren Therapien einnimmt, die Schwere des Leidens, für das es bestimmt ist, den Charakter des Arzneimittels als Mittel zur Vorbeugung, zur Heilung oder zur Behandlung von Symptomen und die Bedeutung des Arzneimittels für die öffentliche Gesundheit berücksichtigen. Anschließend wird der Vorgang dem Wirtschaftlichen Ausschuss für Gesundheitserzeugnisse zur Festsetzung des Preises des Arzneimittels vorgelegt. Sowohl die Aufnahme in die Liste als auch der Prozentsatz der Erstattung und der Preis werden im Amtsblatt veröffentlicht.

Die Entscheidung über die unter die Krankenversicherung fallenden Behandlungen ist Sache der für die Gesundheit, für die soziale Sicherheit und für die Landwirtschaft zuständigen Minister. Vor der Aufstellung der Liste können die Minister den 1986 geschaffenen Ständigen Ausschuss für die ärztliche

Gebührenordnung konsultieren, zu dessen Aufgaben es gehört, Vorschläge für die vorläufige finanzielle Bewertung und die Aufnahme in das Verzeichnis von Handlungen zu machen, durch die eine Verbesserung der medizinischen Leistungen oder eine Einsparung bei den Behandlungskosten herbeigeführt werden kann.

Die französische Regierung fügt hinzu, dass die Behandlung von Schmerzen mit Hilfe der Naturheilkunde und der Ganzheitsmedizin unter dieser Bezeichnung und in dieser Form in Frankreich nicht praktiziert werde, dass aber die verfügbaren Behandlungsformen, auch wenn sie mit den in Deutschland angebotenen nicht identisch seien, es ermöglichten, das Leiden wirksam zu bekämpfen. Der grundlegende Unterschied zwischen den Therapien für die Krankheit, unter denen Frau Inizan leidet, bestehe darin, dass der Patient sich in Frankreich an verschiedene Einrichtungen wenden müssen, während in Deutschland das gesamte Behandlungsspektrum in ein und derselben Klinik angeboten werde.

20 Der Rat vertritt die Auffassung, dass Artikel 22 der Verordnung Nr. 1408/71 den freien Dienstleistungsverkehr keineswegs behindere, sondern fördere, weshalb die Vereinbarkeit dieser Vorschrift mit den Artikeln 49 EG und 50 EG außer Zweifel stehe.

21 Die Kommission ist der Ansicht, die streitige Vorschrift, die es zulasse, dem Patienten die Kosten einer in einem anderen Mitgliedstaat durchgeführten Behandlung zu erstatten, behindere den freien Dienstleistungsverkehr nicht und sei daher nicht unvereinbar mit den Artikeln 49 EG und 50 EG. In der mündlichen Verhandlung hat sie erklärt, die von dem französischen Gericht geäußerten Zweifel seien durch die neuere Rechtsprechung des Gerichtshofes ausgeräumt worden.

B — Beantwortung der Vorabentscheidungsfrage

22 Obwohl der Gerichtshof in den letzten Jahren Gelegenheit gehabt hat, das in Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c und Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung Nr. 1408/71 vorgesehene Erfordernis der vorherigen Genehmigung in Rechtssachen auszulegen, in denen es um den Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs ging, haben die Generalanwälte in ihren Schlussanträgen nicht empfohlen, diese Vorschrift für ungültig zu erklären, und die anschließenden Urteile haben deren friedliche Koexistenz mit Artikel 49 EG bestätigt.

23 In der Fassung von 1971 bestimmte Artikel 22 Absatz 2 Unterabsatz 2: Die nach Absatz 1 Buchstabe c) erforderliche Genehmigung darf nicht verweigert werden, wenn dieser Arbeitnehmer im Gebiet des Mitgliedstaats, in dem er wohnt, die betreffende Behandlung nicht erhalten kann.

24 In dem Urteil des Gerichtshofes in der Rechtssache Pierik I ist jedoch festgestellt worden, dass die Verpflichtung, die Genehmigung zu erteilen, in gleicher Weise besteht, wenn die in einem anderen Mitgliedstaat vorgenommene Behandlung wirksamer ist als die Behandlung im Wohnland und wenn sie im Inland nicht zur Verfügung steht. Im Urteil in der Rechtssache Pierik II ist festgestellt worden, dass die Voraussetzungen für die Anwendung des Artikels 22 Absatz 2 Unterabsatz 2 erfüllt sind, wenn der zuständige Träger der sozialen Sicherheit anerkennt, dass die Behandlung dafür erforderlich und wirksam ist, die Krankheit, unter der der Patient leidet, zu heilen, weshalb die nach Absatz 1 Buchstabe c desselben Artikels erforderliche Genehmigung nicht verweigert werden darf. In Anbetracht dieser Entscheidung hat der Rat auf Vorschlag der Kommission eine grundlegende Änderung dieser Bestimmung eingeführt, deren neue Fassung die jetzt geltende ist.

25 Nach dem Vorschlag der Kommission hatte die praktische Erfahrung gezeigt, dass die Anwendung der Vorschrift zu gewissen Missbräuchen führen konnte, da der Sozialversicherungsträger eines Mitgliedstaats sich leicht gezwungen sehen konnte, die Genehmigung einem Arbeitnehmer, auch wenn dieser sein Herkunftsland niemals verlassen hatte, jedes Mal dann zu erteilen, wenn der Arbeitnehmer sich allein zu dem Zweck in einen anderen Mitgliedstaat begeben wollte, sich einer im Versicherungsstaat nicht praktizierten ärztlichen Behandlung zu unterziehen. Außerdem rechtfertigten die

finanziellen Schwierigkeiten der nationalen Krankenversicherungssysteme die Erweiterung der Ermessensbefugnis der Versicherungsträger, zu deren Lasten die in dem anderen Staat verursachten Kosten gingen, bei der Erteilung der Genehmigung. Die Kommission schlug daher eine Änderung des Unterabsatzes 2 des Absatzes 2 dahin gehend vor, dass die Genehmigung nicht verweigert werden könnte, wenn die Behandlung zu den Leistungen gehört, die in den Rechtsvorschriften des Wohnstaates des Versicherten vorgesehen sind und dieser sie innerhalb des normalerweise dafür notwendigen Zeitraums nicht erhalten kann. Der Vorschlag wurde vom Rat angenommen.

26 Im System der Verordnung Nr. 1408/71 steht Artikel 22 im Kapitel 1 des Titels III, das den Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft gewidmet ist, in Abschnitt II, der Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige betrifft. Obwohl diese auf der Grundlage des Artikels 42 EG erlassene Verordnung die Zielsetzung hat, den Versicherungsschutz der Wanderarbeitnehmer auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit zu gewährleisten, hat sie es ermöglicht, dass alle in irgendeinem der Mitgliedstaaten versicherten Arbeitnehmer — unabhängig davon, ob sie von ihrem Recht auf Freizügigkeit Gebrauch gemacht haben — und ihre Familien Zugang zu der medizinischen Behandlung erhalten, die sie im Ausland benötigen, und zwar während eines vorübergehenden Aufenthalts oder weil sie diese Behandlung am Wohnort nicht erhalten können.

27 Der persönliche Anwendungsbereich des Artikels 49 EG und der des Artikels 22 der Verordnung Nr. 1408/71 sind unterschiedlich, wobei der Letztgenannte enger als der Erstgenannte ist. Artikel 49 EG betrifft alle Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten aufgrund des Umstands, dass sie in der Gemeinschaft niedergelassen sind, während Artikel 22 der Verordnung Nr. 1408/71 nur den Bürgern der Union und deren Familien zugute kommt, die in irgendeinem der gesetzlichen Systeme der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten versichert sind.

28 Es ergeben sich erhebliche Unterschiede für die Patienten je nachdem, ob sie auf das in Artikel 22 der Verordnung Nr. 1408/71 geregelte Verfahren zurückgreifen oder ob sie sich unmittelbar auf Artikel 49 EG berufen.

29 Artikel 22 der Verordnung Nr. 1408/71 wirkt nur zwischen Trägern der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten. Im Allgemeinen wird die Genehmigung für Leistungen der stationären Krankenhausbehandlung erteilt, und der Träger, der sie ausspricht, handelt im Einverständnis mit dem Träger des Staates, in dem die Behandlung durchgeführt werden soll. Da beide dafür verantwortlich sind, dass der Patient die Behandlung so bald wie möglich erhält, entscheiden sie vorab über die Klinik, in der er behandelt werden soll, so dass der Betroffene keine Möglichkeit hat, diese auszuwählen. Dagegen wird ihm eine ärztliche Behandlung unter den gleichen Bedingungen garantiert, wie sie für die Staatsangehörigen des Mitgliedstaats gelten, in den er sich begibt, in einer Klinik, die von dem Träger dieses Staates geleitet wird und mit der eine Vereinbarung geschlossen worden ist; auch wird gewährleistet, dass der Träger der sozialen Sicherheit, zu dem der Patient gehört, die Kosten übernimmt, ohne dass der Patient zusätzliche Ausgaben zu bestreiten hat, da dieser Träger diese Kosten gemäß Artikel 36 der Verordnung Nr. 1408/71 dem Träger, der die Leistungen erbracht hat, in voller Höhe zu erstatten hat. Die Vorschrift verpflichtet in gleicher Weise alle Träger der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten, schreibt einheitliche Kriterien für die Voraussetzungen vor, unter denen die Genehmigung nicht verweigert werden darf, und trägt dazu bei, die Freizügigkeit der Berechtigten im Rahmen eines gesetzlichen Systems der sozialen Sicherheit zu fördern.

30 Artikel 49 EG dagegen berechtigt alle Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten aufgrund der Tatsache, dass sie in der Gemeinschaft niedergelassen sind, die Erstattung der in einem anderen Mitgliedstaat entstandenen Kosten ärztlicher Behandlung nach den Tarifen des Versicherungsstaats zu verlangen, auch wenn sie nicht über eine Genehmigung verfügen. Diese Vorschrift gilt grundsätzlich sowohl für Leistungen in der ambulanten als auch in der stationären Behandlung, auch wenn der Gerichtshof im Urteil Smits und Peerbooms das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung für die letztgenannten

Leistungen als gerechtfertigt angesehen hat. Die Patienten wählen frei den Mitgliedstaat und die Klinik, in der sie behandelt werden wollen, wie der Berufstätige, unabhängig davon, ob die Kliniken privaten Charakters sind oder von den örtlichen Krankenkassen verwaltet werden. Sie haben kein Recht darauf, mit den Angehörigen eines nationalen Systems der sozialen Sicherheit gleichbehandelt zu werden. Sie müssen die Behandlung bezahlen und können nur beanspruchen, dass ihre Versicherungskasse ihnen maximal den Betrag zahlt, den sie erhalten hätten, wenn sie die Leistungen im Versicherungsstaat empfangen hätten, sofern die Rechtsvorschriften dieses Staates eine solche Erstattung vorsehen.

31 In Anbetracht dessen, dass diese beiden Rechtsnormen unterschiedliche Tatbestände regeln und dass die Anwendung der einen und der anderen zu verschiedenen Ergebnissen führt, kann man kaum annehmen, dass zwischen beiden eine Unvereinbarkeit besteht. Die Bürger, die im Krankheitsfall in irgendeinem der nationalen gesetzlichen Systeme der sozialen Sicherheit versichert sind oder die eine private Versicherung abgeschlossen haben, werden nicht daran gehindert, sich in die übrigen Mitgliedstaaten zu begeben, um medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Diejenigen, die in einem dieser Systeme versichert sind, können wählen, ob sie auf das in Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 geregelte Verfahren zurückgreifen oder sich innerhalb der durch die Rechtsprechung gesetzten Grenzen auf Artikel 49 EG berufen.

32 Der Gerichtshof hat anerkannt, dass das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt lässt mangels einer Harmonisierung auf Gemeinschaftsebene bestimmt daher das innerstaatliche Recht, unter welchen Voraussetzungen Zugang zu den Leistungen gewährt wird. Jedoch müssen die Mitgliedstaaten bei der Ausübung dieser Befugnis in jedem Fall das Gemeinschaftsrecht beachten.

Dies bedeutet, dass die nationalen staatlichen Stellen, zu denen auch die Gerichte gehören, beim Erlass von Rechtsvorschriften über die vorherige Genehmigung und bei der Anwendung der innerstaatlichen Vorschriften, die die Voraussetzungen für die Erteilung dieser Genehmigung regeln, verpflichtet sind, den Vorrang und die Beachtung der Grundsätze des Vertrages, so wie diese in der Rechtsprechung ausgelegt werden, zu gewährleisten. Die mögliche Unvereinbarkeit von rechtlichen Regelungen besteht nicht zwischen Artikel 22 der Verordnung Nr. 1408/71 und Artikel 49 EG, da in jedem Einzelfall zu prüfen ist, ob die Voraussetzungen, die nach den nationalen Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit für die Erteilung der Genehmigung bestehen, objektiv und unabhängig vom Ort der Niederlassung des Erbringers der Versorgungsdienstleistungen sind, ob sie über das hinausgehen, was Artikel 22 zulässt, oder ob sie im Widerspruch zu Artikel 49 EG stehen, weil sie Beschränkungen des freien Dienstleistungsverkehrs darstellen, die nicht aus zwingenden Gründen des Allgemeininteresses gerechtfertigt sind.

33 Aus dem Dargelegten folgt, dass der in Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c Ziffer i und Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung Nr. 1408/71 vorgesehene Mechanismus die Freizügigkeit der in nationalen gesetzlichen Systemen der sozialen Sicherheit versicherten Patienten fördert und daher nicht gegen Artikel 49 EG verstößt.

VII — Prüfung der zweiten Vorabentscheidungsfrage

34 Mit dieser Frage ersucht das vorlegende Gericht den Gerichtshof um die Angabe, ob die Weigerung der Krankenkasse, die Kosten der Behandlung zu übernehmen, der sich Frau Inizan in Deutschland unterziehen möchte, rechtmäßig ist.

35 Von denjenigen, die sich zu diesem Zweifel des französischen Gerichts geäußert haben, tragen die einen vor, die Frage sei unzulässig, da es nicht Sache des Gerichtshofes sei, sie zu beantworten, und die anderen, dass diesem Gericht doch einige Angaben zu machen seien, die es ihm ermöglichen, die für die Entscheidung des Rechtsstreits erforderlichen Schlussfolgerungen zu ziehen. Ich stimme mit der Auffassung der Letztgenannten überein.

36 Bekanntlich kann der Gerichtshof in einem nach Artikel 234 EG eingeleiteten Verfahren nicht darüber entscheiden, ob eine innerstaatliche Vorschrift mit Gesetzes- oder Verordnungsrang oder ein konkreter Akt der Rechtsanwendung durch die innerstaatlichen Stellen mit dem Gemeinschaftsrecht vereinbar ist. Er kann jedoch dem vorlegenden Gericht alle Kriterien für die Auslegung des Gemeinschaftsrechts an die Hand geben, die es diesem ermöglichen, diese Auslegung von sich aus vorzunehmen..

37 Den Akten des vorlegenden Gerichts ist zu entnehmen, dass die von Frau Inizan beantragte Genehmigung nicht erteilt wurde, weil in ihrem Fall die Voraussetzungen des Artikels 22 Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung Nr. 1408/71 nicht vorlagen.

38 Durch diese Rechtsvorschriften wird das Ermessen der Träger der sozialen Sicherheit festgelegt und werden diese darin gehindert, die Genehmigung zu verweigern, wenn die Behandlung zu den durch die Krankenversicherung gedeckten Leistungen gehört und wenn der Patient sie unter Berücksichtigung seines Gesundheitszustands und des wahrscheinlichen Verlaufs der Krankheit im Wohnmitgliedstaat innerhalb der üblichen Wartefrist nicht erhalten kann.

Ein solches System bedeutet aber nicht, dass die Genehmigung nur in diesem Fall zu erteilen ist; die Mitgliedstaaten haben je nach den Notwendigkeiten und den Mitteln ihrer Krankenversicherungssysteme die Möglichkeit, großzügiger zu sein und Kriterien für die Erteilung der Genehmigung aufzustellen, die die Mobilität der Patienten fördern. Die französischen Rechtsvorschriften sehen jedoch die Übernahme der Kosten der Behandlung im Ausland durch die Krankenversicherung unter den gleichen Umständen vor wie Artikel 22 Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung Nr. 1408/71.

39 Im Jahr 2001 hat der Gerichtshof das Erfordernis, dass die Krankenkassen eine vorherige Genehmigung dafür erteilen, dass ein Kranker sich in einen anderen Mitgliedstaat begibt, um dort eine medizinische Behandlung in einem Krankenhaus zu erhalten, sowie die Voraussetzungen für die Erteilung dieser Genehmigung im Zusammenhang mit dem Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs in der Gemeinschaft erschöpfend geprüft.

40 In Bezug auf Behandlungen, die in Krankenhäusern vorgenommen werden, deren Zahl, geografische Verteilung, Ausbau und Einrichtungen planbar sein müssten, um ein ausgewogenes Angebot und Qualitätsleistungen mit beschränkten wirtschaftlichen Mitteln gewährleisten zu können, ist die vorherige Genehmigung dafür, dass das nationale System der sozialen Sicherheit die Kosten der Krankenhausbehandlung in einem andern Mitgliedstaat übernimmt, unter der Bedingung eine notwendige und angemessene Maßnahme, dass die Voraussetzung für die Erteilung der Genehmigung im Licht von zwingenden Gründen das Allgemeininteresse gerechtfertigt sind und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen.

41 Bei der Beurteilung eines Aktes zur Anwendung der ersten Voraussetzung dafür, dass die Genehmigung nach Artikel 22 Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung Nr. 1408/71 nicht verweigert werden darf, ist daran zu denken, dass der Gerichtshof bejaht hat, dass es nicht mit dem Gemeinschaftsrecht unvereinbar ist, wenn ein Mitgliedstaat abschließende Listen aufstellt, durch die bestimmte Arzneimittel vom System der Kostenerstattung durch die Sozialversicherung ausgeschlossen werden, um so angestrebte Kostensenkungen zu erzielen, sofern diese Listen nach objektiven Kriterien unabhängig vom Ursprung der Erzeugnisse erstellt werden. Der gleiche Grundsatz gilt bei der Festlegung, für welche ärztlichen und klinischen Behandlungen von den nationalen Krankenversicherungssystemen die Kosten übernommen werden, woraus folgt, dass das Gemeinschaftsrecht einen Mitgliedstaat nicht dazu zwingen kann, die Liste der medizinischen Leistungen, deren Kosten sein System des sozialen Schutzes übernimmt, zu erweitern, und dass der Umstand, dass die Kosten einer medizinischen Behandlung von den Krankenversicherungssystemen anderer Mitgliedstaaten übernommen werden, unerheblich ist.

Die unterschiedliche Deckung durch die Krankenversicherungen in den Mitgliedstaaten ist eine Folge der Freiheit, über die diese bei der Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit verfügen. In der

Rechtsprechung ist darauf hingewiesen worden, dass Artikel 42 EG eine Koordinierung, nicht aber eine Harmonisierung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten vorsieht und damit Unterschiede zwischen den nationalen Systemen der sozialen Sicherheit und folglich zwischen den Ansprüchen der in den Hoheitsgebieten der Mitgliedstaaten Beschäftigten bestehen lässt.

42 Was die zweite Voraussetzung angeht, möchte ich hervorheben, dass der Gerichtshof bei der Prüfung einer ganz ähnlichen nach dem niederländischen Recht der Pflichtversicherung gegen Krankheit vorgeschriebenen Voraussetzung festgestellt hat, dass die nationalen Behörden bei der Beurteilung, ob eine Behandlung, die die gleiche Wirksamkeit für den Patienten wie die im Ausland angebotene aufweist, im Wohnstaat rechtzeitig verfügbar ist, sämtliche Umstände beachten müsse, die den jeweiligen konkreten Fall auszeichnen, und dabei nicht nur den Gesundheitszustand des Patienten zum Zeitpunkt der Stellung des Genehmigungsantrags, sondern auch die Vorgeschichte des Patienten zu berücksichtigen haben.

43 In der vorliegenden Rechtssache beschränkt sich der Bescheid der Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, mit dem der Antrag auf Übernahme der Krankenhauskosten in Deutschland abgelehnt wird, darauf, die in Artikel 22 Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung Nr. 1408/71 aufgenommenen Voraussetzungen zu wiederholen und zu erklären, dass sie nicht vorlägen; in dem Bescheid der Commission de Recours Amiable vom 19. Oktober 1999 wird bei der Bestätigung des früheren Bescheids lediglich erklärt, dass die Patientin nach Auffassung des Nationalen Vertrauensarztes diese Voraussetzungen nicht erfülle und sich deshalb nicht ins Ausland zu begeben brauche; aus der von diesem auf Aufforderung des Tribunal des affaires de sécurité sociale de Nanterre am 17. August 2000 abgegebenen Stellungnahme geht lediglich hervor, dass die Patientin in Frankreich behandelt werden könne und dass es kontraproduktiv wäre, wenn sie sich nach Deutschland begäbe, da die Behandlung Kontinuität und Regelmäßigkeit erfordere. Angesichts dieser Angaben muss man sich fragen, ob die zuständigen Stellen tatsächlich die Umstände der Kranken und insbesondere deren Vorgeschichte berücksichtigt haben.

44 Schließlich kann ein System vorheriger behördlicher Genehmigung keine Ermessensausübung der nationalen Behörden rechtfertigen, durch die den Bestimmungen des Gemeinschaftsrechts, insbesondere wenn sie eine Grundfreiheit betreffen, ihre praktische Wirksamkeit genommen wird. Folglich sind zur Rechtfertigung eines solchen Systems objektive, nicht diskriminierende und im Voraus bekannte Kriterien in der Weise heranzuziehen, dass dem Ermessen der nationalen Behörden Grenzen gesetzt werden, damit jede Willkür vermieden wird. Gleichzeitig muss es eine leicht zugängliche Verfahrensregelung geben, die geeignet ist, den Betroffenen zu gewährleisten, dass ihr Antrag unverzüglich, objektiv und unparteiisch behandelt wird, und die Versagung von Genehmigungen muss im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens anfechtbar sein.

45 Demzufolge sind dem vorlegenden Gericht einige Hinweise für die Entscheidung des bei ihm anhängigen Rechtsstreits an die Hand zu geben:

die Voraussetzungen des Artikels 22 Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung Nr. 1408/71 sind die einzigen, die — liegen sie vor — daran hindern, die Genehmigung abzulehnen, wobei die Mitgliedstaaten für die Erteilung der Genehmigung Bedingungen festlegen können, die günstiger für die Versicherten sind;

bei Behandlungen in Krankenhäusern kann die Genehmigung von bestimmten Voraussetzungen abhängig gemacht werden, sofern diese objektiv, nicht diskriminierend und im Voraus bekannt sind;

das Gemeinschaftsrecht kann einen Mitgliedstaat nicht zwingen, die Liste der durch eines seiner Krankenversicherungssysteme erfassten Leistungen zu erweitern;

bei der Beurteilung, ob eine Behandlung innerhalb des Zeitraums durchgeführt werden kann, der normalerweise erforderlich ist, um sie am Wohnort zu erhalten, sind alle Umstände des Falles, der

Gesundheitszustand des Kranken und dessen Vorgeschichte zu berücksichtigen und

das Verfahren zur Erlangung der Genehmigung muss den Versicherten gewährleisten, dass ihre Anträge innerhalb einer angemessenen Frist objektiv und unparteiisch behandelt werden, und die Versagung von Genehmigungen muss im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens anfechtbar sein.

VIII — Ergebnis

46 Aufgrund der vorstehenden Erwägungen schlage ich dem Gerichtshof vor, die vom Tribunal des affaires de sécurité sociale de Nanterre zur Vorabentscheidung vorgelegten Fragen wie folgt zu beantworten:

1. Im vorliegenden Verfahren hat sich nichts ergeben, was die Gültigkeit des Artikels 22 Absatz 1 Buchstabe c Ziffer i und Absatz 2 Unterabsatz 2 der 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, beeinträchtigen könnte.

2. Bei der Beurteilung, ob die Weigerung der Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, die Kosten einer Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat zu übernehmen, rechtmäßig ist, ist abzuwägen,

dass die Voraussetzungen des Artikels 22 Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung Nr. 1408/71 die einzigen sind, die — liegen sie vor — daran hindern, die Genehmigung abzulehnen, wobei die Mitgliedstaaten für die Erteilung der Genehmigung Bedingungen festlegen können, die günstiger für die Versicherten sind;

dass bei Behandlungen in Krankenhäusern die Genehmigung von bestimmten Voraussetzungen abhängig gemacht werden kann, sofern diese objektiv, nicht diskriminierend und im Voraus bekannt sind;

dass das Gemeinschaftsrecht einen Mitgliedstaat nicht zwingen kann, die Liste der durch eines seiner Krankenversicherungssysteme erfassten Leistungen zu erweitern;

dass bei der Beurteilung, ob eine Behandlung innerhalb des Zeitraums durchgeführt werden kann, der normalerweise erforderlich ist, um sie am Wohnort zu erhalten, alle Umstände des Falles, der Gesundheitszustand des Kranken und dessen Vorgeschichte zu berücksichtigen sind und

dass das Verfahren zur Erlangung der Genehmigung den Versicherten gewährleisten muss, dass ihre Anträge innerhalb einer angemessenen Frist objektiv und unparteiisch behandelt werden, und dass die Versagung von Genehmigungen im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens anfechtbar sein muss.

Zitiervorschlag: Europäischer Gerichtshof, Schlussanträge des Generalanwalts vom 21.01.2003 – C-56/01, ECLI:EU:C:2003:43

Quelle: curia.europa.eu, abgerufen 27.07.2026

Nicht-amtliche Fassung — maßgeblich ist die Fassung in der Originalsprache (CURIA: <https://curia.europa.eu>)

Provided by nu:legal (<https://recht.nulegal.eu>), the leading open legal database: AI-first, expanding daily, German and European law and case law in full text, free, with an open API for AI agents. Text and data mining expressly permitted.

Herausgeber: Nulegal GmbH, Potsdam.

Dieses Dokument: <https://recht.nulegal.eu/rechtsprechung/eugh/2003-01-21/c-56-01>