Sammlung der Rechtsprechung

SCHLUSSANTRÄGE DES GENERALANWALTS
ATHANASIOS RANTOS
vom 22. April 2021 [1]

Rechtssache C-636/19

Y
gegen
CAK

(Vorabentscheidungsersuchen des Centrale Raad van Beroep [Berufungsgericht in Sachen der sozialen Sicherheit und des öffentlichen Dienstes, Niederlande])

„Vorlage zur Vorabentscheidung – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung – Richtlinie 2011/24/EU – Art. 3 Buchst. b Ziff. i – Begriff ‚Versicherter' – Art. 7 – Erstattung der Kosten grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung – Verordnung (EG) Nr. 883/2004 – Art. 1 Buchst. c – Art. 24 – Anspruch auf Sachleistungen von Seiten des Wohnmitgliedstaats für Rechnung des zur Zahlung der Rente verpflichteten Mitgliedstaats – Art. 56 AEUV"

I. Einleitung

1. Fällt eine Person, die eine Rente nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats (im Folgenden: rentenzahlungspflichtiger Staat) erhält und der gemäß Art. 24 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 [2] im Mitgliedstaat ihres Wohnsitzes (im Folgenden: Wohnstaat) Sachleistungen für Rechnung des rentenzahlungspflichtigen Staats zustehen, ohne dass sie in Letzterem über eine Pflichtkrankenversicherung verfügt, unter den Begriff „Versicherter" im Sinne von Art. 3 Buchst. b Ziff. i der Richtlinie 2011/24/EU [3], so dass sie unter Berufung auf deren Art. 7 Abs. 1 von dem rentenzahlungspflichtigen Staat die Erstattung der Kosten grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung verlangen kann, die sie in einem dritten Mitgliedstaat erhalten hat? Kann es für den Fall der Verneinung dieser Frage eine gegen Art. 56 AEUV verstoßende ungerechtfertigte Beeinträchtigung des freien Dienstleistungsverkehrs darstellen, wenn der rentenzahlungspflichtige Staat die Erstattung der Kosten dieser grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wegen fehlender vorheriger Genehmigung ablehnt?

[1] Originalsprache: Französisch.

[2] Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. 2004, L 166, S. 1, Berichtigung im ABl. 2007, L 204, S. 30) in der durch die Verordnung (EG) Nr. 988/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 (ABl. 2009, L 284, S. 43) geänderten Fassung (im Folgenden: Verordnung Nr. 883/2004).

[3] Richtlinie 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).

2. Dies sind die mit der vorliegenden Rechtssache aufgeworfenen Fragen, die den Gerichtshof veranlassen werden, zum einen zu klären, in welchem Verhältnis die Bestimmungen der Verordnung Nr. 883/2004 und die Bestimmungen der Richtlinie 2011/24 zueinander stehen, aufgrund deren ein Versicherter eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung erhalten kann [4], und zum anderen seine Rechtsprechung zur vorherigen Genehmigung als Hindernis für den freien Dienstleistungsverkehr im Sinne von Art. 56 AEUV anzuwenden [5].

II. Rechtlicher Rahmen

A. Unionsrecht

1. Verordnung Nr. 883/2004

3. In den Erwägungsgründen 20 und 22 der Verordnung Nr. 883/2004 heißt es:

„(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."

4. Art. 1 Buchst. c, q, s und va dieser Verordnung sieht vor:

„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;

…

q) ‚zuständiger Träger':

[4] Das Verhältnis, in dem diese beiden Rechtsakte zueinander stehen, und die zwischen ihnen bestehenden Unterschiede, sind u. a. bereits in den Schlussanträgen von Generalanwalt Hogan in der Rechtssache Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, Nrn. 48 bis 68) eingehend geprüft worden. Vgl. dazu auch Carrascosa Bermejo, M.-D., „Cross-border healthcare in the EU: Interaction between Directive 2011/24/EU and the Regulations on social security coordination", *ERA Forum*, Bd. 15, 2014, S. 359 bis 380.

[5] Diese Frage hat der Gerichtshof u. a. in den Urteilen vom 5. Oktober 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), und vom 23. September 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung) (C-777/18, EU:C:2020:745), schon geprüft.

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,

…

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;

…"

5. Art. 2 („Persönlicher Geltungsbereich") der Verordnung bestimmt in seinem Abs. 1:

„Diese Verordnung gilt für Staatsangehörige eines Mitgliedstaats, Staatenlose und Flüchtlinge mit Wohnort in einem Mitgliedstaat, für die die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, sowie für ihre Familienangehörigen und Hinterbliebenen."

6. Art. 11 („Allgemeine Regelung") Abs. 3 Buchst. e in Titel II („Bestimmungen des anwendbaren Rechts") dieser Verordnung sieht vor:

„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."

7. Titel III („Besondere Bestimmungen über die verschiedenen Arten von Leistungen") der Verordnung Nr. 883/2004 enthält ein Kapitel 1, dessen Abschnitt 1 mit „Versicherte und ihre Familienangehörigen mit Ausnahme von Rentnern und deren Familienangehörigen" überschrieben ist.

8. Art. 18 Abs. 1 dieser Verordnung lautet:

„(1) Sofern in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist, haben der in Artikel 17 genannte Versicherte und seine Familienangehörigen auch während des Aufenthalts in dem zuständigen Mitgliedstaat Anspruch auf Sachleistungen. Die Sachleistungen werden vom zuständigen Träger für dessen Rechnung nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften erbracht, als ob die betreffenden Personen in diesem Mitgliedstaat wohnen würden."

9. Art. 19 („Aufenthalt außerhalb des zuständigen Mitgliedstaats") Abs. 1 in Abschnitt 1 der Verordnung bestimmt:

„(1) Sofern in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist, haben ein Versicherter und seine Familienangehörigen, die sich in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat aufhalten, Anspruch auf die Sachleistungen, die sich während ihres Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen, wobei die Art der Leistungen und die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen sind. Diese Leistungen werden vom Träger des Aufenthaltsorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht, als ob die betreffenden Personen nach diesen Rechtsvorschriften versichert wären."

10. Der ebenfalls in Abschnitt 1 enthaltene Art. 20 („Reisen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen") der Verordnung sieht in seinen Abs. 1 und 2 vor:

„(1) Sofern in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist, muss ein Versicherter, der sich zur Inanspruchnahme von Sachleistungen in einen anderen Mitgliedstaat begibt, die Genehmigung des zuständigen Trägers einholen.

(2) Ein Versicherter, der vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten hat, sich in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben, um eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten, erhält Sachleistungen, die vom Träger des Aufenthaltsorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht werden, als ob er nach diesen Rechtsvorschriften versichert wäre. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die betreffende Behandlung Teil der Leistungen ist, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats der betreffenden Person vorgesehen sind, und ihr diese Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann."

11. Art. 24 („Nichtvorliegen eines Sachleistungsanspruchs nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats") in Titel III Abschnitt 2 („Rentner und ihre Familienangehörigen") der Verordnung Nr. 883/2004 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;

…“

12. Art. 27 („Aufenthalt des Rentners oder seiner Familienangehörigen in einem anderen Mitgliedstaat als ihrem Wohnmitgliedstaat – Aufenthalt im zuständigen Mitgliedstaat – Zulassung zu einer notwendigen Behandlung außerhalb des Wohnmitgliedstaats“) dieser Verordnung sieht vor:

„(1) Artikel 19 gilt entsprechend für eine Person, die eine Rente oder Renten nach den Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten erhält und Anspruch auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften eines der ihre Rente(n) gewährenden Mitgliedstaaten hat, oder für ihre Familienangehörigen, wenn sie sich in einem anderen Mitgliedstaat als ihrem Wohnmitgliedstaat aufhalten.

(2) Artikel 18 Absatz 1 gilt entsprechend für die in Absatz 1 genannten Personen, wenn sie sich in dem Mitgliedstaat aufhalten, in dem der zuständige Träger seinen Sitz hat, der die Kosten für die dem Rentner in dessen Wohnmitgliedstaat gewährten Sachleistungen zu tragen hat, und wenn dieser Mitgliedstaat sich dafür entschieden hat und in Anhang IV aufgeführt ist.

(3) Artikel 20 gilt entsprechend für einen Rentner und/oder seine Familienangehörigen, die sich in einem anderen Mitgliedstaat als ihrem Wohnmitgliedstaat aufhalten, um dort die ihrem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten.

(4) Sofern in Absatz 5 nichts anderes bestimmt ist, übernimmt der zuständige Träger die Kosten für die Sachleistungen nach den Absätzen 1 bis 3, der auch die Kosten für die dem Rentner in dessen Wohnmitgliedstaat gewährten Sachleistungen zu tragen hat.

(5) Die Kosten für die Sachleistungen nach Absatz 3 werden vom Träger des Wohnortes des Rentners oder seiner Familienangehörigen übernommen, wenn diese Personen in einem Mitgliedstaat wohnen, der sich für die Erstattung in Form von Pauschalbeträgen entschieden hat. In diesen Fällen gilt für die Zwecke des Absatzes 3 der Träger des Wohnorts des Rentners oder seiner Familienangehörigen als zuständiger Träger.“

13. Art. 31 („Allgemeine Bestimmung“) in Kapitel 1 Abschnitt 3 der Verordnung lautet:

„Die Artikel 23 bis 30 finden keine Anwendung auf einen Rentner [der] aufgrund einer Beschäftigung oder einer selbstständigen Erwerbstätigkeit Anspruch auf Leistungen nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats ha[t]. In diesem Fall gelten für die Zwecke dieses Kapitels für die betreffende Person die Artikel 17 bis 21.“

2. Richtlinie 2011/24

14. In Art. 3 der Richtlinie 2011/24 heißt es:

„Im Sinne dieser Richtlinie bezeichnet der Ausdruck

a) ‚Gesundheitsvorsorge' Gesundheitsdienstleistungen, die von Angehörigen der Gesundheitsberufe gegenüber Patienten erbracht werden, um deren Gesundheitszustand zu beurteilen, zu erhalten oder wiederherzustellen, einschließlich der Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten;

b) ‚Versicherter'

i) Personen einschließlich ihrer Familienangehörigen und Hinterbliebenen, die unter Artikel 2 der Verordnung … Nr. 883/2004 fallen und die Versicherte im Sinne des Artikels 1 Buchstabe c jener Verordnung sind, und

ii) …"

15. Art. 7 („Allgemeine Grundsätze für die Kostenerstattung") der Richtlinie sieht in seinen Abs. 1 und 2 vor:

„(1) Der Versicherungsmitgliedstaat stellt unbeschadet der Verordnung … Nr. 883/2004 und vorbehaltlich der Artikel 8 und 9 sicher, dass die Kosten, die einem Versicherten im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung entstanden sind, erstattet werden, sofern die betreffende Gesundheitsdienstleistung zu den Leistungen gehört, auf die der Versicherte im Versicherungsmitgliedstaat Anspruch hat.

(2) Abweichend von Absatz 1 gilt Folgendes:

a) Wenn ein Mitgliedstaat in Anhang IV der Verordnung … Nr. 883/2004 aufgeführt ist[6] und gemäß jener Verordnung den Anspruch auf Leistungen bei Krankheit für Rentner und ihre Familienmitglieder, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen, anerkannt hat und diese Personen sich in seinem Hoheitsgebiet aufhalten, so erbringt er die unter diese Richtlinie fallenden Gesundheitsdienstleistungen gemäß seinen Rechtsvorschriften auf eigene Rechnung, als ob die betreffenden Personen in dem Mitgliedstaat wohnen würden, der in jenem Anhang aufgeführt ist;

…"

16. Art. 8 („Gesundheitsversorgung, die einer Vorabgenehmigung unterliegen kann") Abs. 1 und 2 der Richtlinie bestimmt:

„(1) Der Versicherungsmitgliedstaat kann ein System der Vorabgenehmigung für die Kostenerstattung für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung gemäß dem vorliegenden Artikel und Artikel 9 vorsehen. Das System der Vorabgenehmigung, einschließlich der Kriterien und der Anwendung dieser Kriterien, und Einzelentscheidungen, mit denen eine Vorabgenehmigung verweigert wird, bleiben auf das im Hinblick auf das zu erreichende Ziel notwendige und angemessene Maß begrenzt und dürfen kein Mittel willkürlicher Diskriminierung und keine ungerechtfertigte Behinderung der Freizügigkeit der Patienten darstellen.

[6] Seit Erlass der Verordnung Nr. 988/2009 ist das Königreich der Niederlande in Anhang IV der Verordnung Nr. 883/2004 aufgeführt, der die Liste der Mitgliedstaaten enthält, die Rentnern, die in den zuständigen Mitgliedstaat zurückkehren, mehr Rechte gewähren (Art. 27 Abs. 2 der Verordnung Nr. 883/2004).

(2) Gesundheitsversorgung, die von einer Vorabgenehmigung abhängig gemacht werden kann, ist auf die Fälle von Gesundheitsversorgung beschränkt,

a) die vom Planungsbedarf in Zusammenhang mit dem Ziel, einen ausreichenden, ständigen Zugang zu einem ausgewogenen Angebot hochwertiger Versorgung im betreffenden Mitgliedstaat sicherzustellen, oder in Zusammenhang mit dem Wunsch, die Kosten zu begrenzen und nach Möglichkeit jede Verschwendung finanzieller, technischer oder personeller Ressourcen zu vermeiden, abhängig gemacht werden und

   i) eine Übernachtung des Patienten im Krankenhaus für mindestens eine Nacht erfordern oder

   ii) den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordern;

…

Die Mitgliedstaaten teilen der Kommission die Kategorien der in Buchstabe a genannten Gesundheitsdienstleistungen mit."

B. Niederländisches Recht

17. § 69 der Zorgverzekeringswet (Krankenversicherungsgesetz, im Folgenden: ZVW) in der auf den Sachverhalt des Ausgangsverfahrens anwendbaren Fassung[7] bestimmt:

„(1) Im Ausland wohnhafte Personen, die nach einer Verordnung des Rates der Europäischen Gemeinschaften oder nach einer entsprechenden Verordnung gemäß dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum oder einer Übereinkunft über die soziale Sicherheit im Krankheitsfall Anspruch auf Krankheitsfürsorge oder Erstattung der Kosten hierfür gemäß der Regelung ihres Wohnlands über die Krankenversicherung haben, melden sich, sofern sie nicht aufgrund dieses Gesetzes versicherungspflichtig sind, beim [Centraal Administratie Kantoor (Zentrales Verwaltungsbüro, Niederlande, im Folgenden: CAK)] an.

(2) Die Personen im Sinne der Absätze 1, 14 und 15 haben einen durch Ministerialverordnung zu bestimmenden Beitrag zu entrichten, der zu einem durch diese Ministerialverordnung zu bestimmenden Teil für die Zwecke der Wet op de zorgtoeslag [Gesetz über die Beihilfe zur Krankenversicherung] als Beitrag zur Krankenversicherung betrachtet wird.

…

(4) Das [CAK] ist zuständig für die Verwaltung, die sich aus den Absätzen 1, 14 und 15 und den dort genannten internationalen Regelungen ergibt, sowie für die Entscheidungen über die Erhebung und Einziehung der Beiträge im Sinne der Absätze 2 und 3.

…"

[7] Stb. 2005, Nr. 358, in der vom 1. April 2014 bis zum 1. Januar 2017 geltenden Fassung (Stb. 2013, Nr. 578).

III. Ausgangsrechtsstreit, Vorlagefragen und Verfahren vor dem Gerichtshof

18. Y, die Berufungsklägerin des Ausgangsverfahrens, ist eine niederländische Staatsangehörige, die mit ihrem Ehemann in Belgien wohnt und eine Altersrente nach der Algemene Ouderdomswet (niederländisches Gesetz über die allgemeine Altersversicherung, im Folgenden: AOW)[8] bezieht. Zu der im Ausgangsverfahren maßgeblichen Zeit stand Y als Bezieherin dieser Rente nach Art. 24 der Verordnung Nr. 883/2004 ein Anspruch auf Gesundheitsversorgung in ihrem Wohnstaat (Belgien) zulasten des zur Zahlung dieser Rente verpflichteten Mitgliedstaats (Niederlande) zu. Als Voraussetzung für diesen Anspruch musste sie einen Beitrag gemäß § 69 ZVW in Verbindung mit Art. 30 der Verordnung Nr. 883/2004 entrichten. Als nach Unionsrecht berechtigte Rentnerin[9] war Y nicht dem niederländischen Pflichtkrankenversicherungssystem angeschlossen und von der Entrichtung der entsprechenden Beiträge befreit.

19. Am 6. März 2015 wurde bei Y nach der Konsultation eines Allgemeinarztes in Belgien eine Röntgenuntersuchung im Academisch Ziekenhuis Maastricht (Universitätsklinik Maastricht, Niederlande, im Folgenden: AZM) durchgeführt, woraufhin sie sich am 8. März 2015 einer Magnetresonanztomographie (MRT) unterzog. Am 9. und 11. März 2015 kontaktierte der Ehemann von Y telefonisch den Berufungsbeklagten des Ausgangsverfahrens, das CAK – den für die Durchführung der Verordnung Nr. 883/2004 zuständigen Träger[10] –, wegen einer in Deutschland beabsichtigten ärztlichen Behandlung. Das CAK wies den Ehemann von Y auf das Genehmigungsverfahren hin.

20. Am 12. März 2015 diagnostizierte das AZM bei Y Brustkrebs Grad 2 und machte ihr einen Behandlungsvorschlag.

21. Am 13. März 2015 holte Y eine medizinische Zweitmeinung beim Franziskus-Hospital Harderberg in Osnabrück (Deutschland) ein, für die sie die vorherige Genehmigung des CAK beantragte. Anlässlich dieser Konsultation wurde bei ihr Brustkrebs Grad 3 diagnostiziert.

22. Am 20. März 2015 unterzog sich Y einer Brustoperation in diesem deutschen Krankenhaus, und am 25. März 2015 wurden ihr Lymphknoten entfernt. Im Zusammenhang mit diesen Eingriffen hielt sich Y in der Zeit vom 19. März bis zum 30. März 2015 in diesem Krankenhaus auf. Danach wurde dort zwischen dem 14. April und 24. Juni 2015 bei Y eine postoperative Behandlung, einschließlich einer Strahlentherapie, durchgeführt. Für diese Eingriffe und Behandlungen war keine vorherige Genehmigung beim CAK beantragt worden.

23. Am 19. März 2015 hatte die belgische Krankenkasse[11], der Y angehörte, beim CAK eine (nachträgliche) Genehmigung der im Anschluss an die zweite Konsultation vom 13. März 2015 im Franziskus-Hospital Harderberg vorgesehenen ärztlichen Behandlung beantragt.

24. Am 1. Mai 2015 lehnte das CAK diese Genehmigung ab, da es eine solche nur erteilen dürfe, wenn Y sie für die fragliche Behandlung beantragt hätte, was nicht geschehen sei.

8 Stb. 1956, Nr. 281.

9 Die niederländische Regierung erklärt, diese Personengruppe werde als „verdragsgerechtigde gepensioneerden“ (vertragsberechtigte Rentner) bezeichnet, wobei mit dem Begriff „verdragsgerechtigd“ im Wesentlichen jede Person gemeint sei, die außerhalb der Niederlande wohne und Anspruch auf eine von den Niederlanden nach Unionsrecht zu erbringende gesetzliche Leistung habe.

10 Das vorlegende Gericht führt aus, das CAK nehme seit dem 1. Januar 2017 in Fällen wie dem des Ausgangsverfahrens die Befugnisse wahr, die zuvor vom Zorginstituut Nederland (Niederlande) ausgeübt worden seien.

11 Die Christelijke Mutualiteit Limburg (Christliche Versicherung auf Gegenseitigkeit für Limburg), die „Träger des Wohnorts“ im Sinne von Art. 1 Buchst. r der Verordnung Nr. 883/2004 war.

25. Am 1. Juli 2015 beantragte Y beim CAK unter Vorlage der entsprechenden Rechnungen, die Kosten für ihre ärztliche Behandlung in Deutschland in Höhe von insgesamt 16 853,13 Euro zu erstatten.

26. Mit Bescheid vom 20. Juli 2015 lehnte das CAK diesen Antrag mit der Begründung ab, Y sei nach Deutschland gereist, um sich einer – von ihm als „geplante Behandlung“ im Sinne von Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 qualifizierten – ärztlichen Behandlung zu unterziehen, die weder in Belgien (Wohnstaat) noch in den Niederlanden (rentenzahlungspflichtiger Staat) erfolgt sei und für die Y keine vorherige Genehmigung beantragt habe. Mangels eines solchen Genehmigungsantrags sei das CAK nicht befugt, die fraglichen Behandlungskosten zu erstatten.

27. Mit Bescheid vom 4. Januar 2016 wurde der von Y gegen den Bescheid vom 20. Juli 2015 eingelegte Einspruch als unbegründet zurückgewiesen.

28. Mit Urteil vom 24. November 2016 wies die Rechtbank Amsterdam (Bezirksgericht Amsterdam, Niederlande) die Klage gegen den Bescheid vom 4. Januar 2016 als unbegründet ab. Dieses Gericht war im Wesentlichen der Ansicht, bei der innerhalb einer Woche in Deutschland geplanten Krankenhauseinweisung, Vorbesprechung und Behandlung habe im Hinblick auf den Gesundheitszustand von Y während ihres Aufenthalts in diesem Staat keine extreme Dringlichkeit vorgelegen. Das CAK habe die Y in Deutschland gewährte ärztliche Behandlung zutreffend als nicht genehmigte „geplante Behandlung“ qualifiziert und folglich die Erstattung der damit verbundenen Behandlungskosten zu Recht abgelehnt.

29. Gegen dieses Urteil legte Y Berufung beim vorlegenden Gericht, dem Centrale Raad van Beroep (Berufungsgericht in Sachen der sozialen Sicherheit und des öffentlichen Dienstes, Niederlande), ein, mit der sie im Wesentlichen geltend machte, dass die operativen Eingriffe vom 20. und 25. März 2015 wegen ihres medizinisch dringenden und unerwarteten Charakters als „nicht geplante“ Gesundheitsversorgung im Sinne von Art. 19 der Verordnung Nr. 883/2004 anzusehen seien, deren Erstattung nicht genehmigungspflichtig gewesen sei, und dass auch wegen der Kosten der zwischen dem 14. April und 24. Juni 2015 ebenfalls in Deutschland erfolgten postoperativen Behandlung, einschließlich der Strahlentherapie, keine Vorabgenehmigung nach Art. 8 der Richtlinie 2011/24 erforderlich gewesen sei.

30. Hierzu führt das vorlegende Gericht aus, das CAK sei gemäß Art. 20 Abs. 1 der Verordnung Nr. 883/2004, der für Rentner wie Y nach Art. 27 Abs. 3 dieser Verordnung entsprechend gelte, nicht verpflichtet gewesen, Y die in Deutschland entstandenen Kosten zu erstatten. Zwar brauche nicht darüber entschieden zu werden, ob das Fehlen eines Antrags von Y auf vorherige Genehmigung allein dafür ausgereicht habe, dass das CAK die Erstattung dieser Kosten habe ablehnen dürfen; im Lauf des Verfahrens vor dem vorlegenden Gericht habe sich jedoch herausgestellt, dass das CAK eine solche Genehmigung auch bei rechtzeitiger Beantragung hätte ablehnen dürfen, denn laut einer Erklärung des belgischen Krankenversicherungsträgers wäre die gleiche Behandlung zur gleichen Zeit in Belgien möglich gewesen. Daher seien die Voraussetzungen des Art. 20 Abs. 2 letzter Satz der Verordnung Nr. 883/2004 für die Inanspruchnahme von Sachleistungen bei einer Gesundheitsversorgung, die in einem anderen Mitgliedstaat als dem Wohnstaat und dem rentenzahlungspflichtigen Staat zu dessen Lasten geplant worden sei, nicht erfüllt.

31. Das vorlegende Gericht wirft jedoch die Frage auf, ob sich Y, wie sie behauptet, als Rentnerin gleichwohl auf die Richtlinie 2011/24 berufen kann, um die Kosten der postoperativen Gesundheitsversorgung in Deutschland ganz oder teilweise erstattet zu bekommen, da diese

Richtlinie keine Genehmigung für ambulante grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung verlange. Insoweit möchte das vorlegende Gericht wissen, ob Y als Rentnerin, die keinem nationalen Pflichtkrankenversicherungssystem angehört, als „Versicherte" im Sinne von Art. 3 Buchst. b Ziff. i dieser Richtlinie in deren persönlichen Geltungsbereich fällt. Falls ja, ist das Gericht wie Y der Ansicht, dass für die postoperative Gesundheitsversorgung (einschließlich der Strahlentherapie) nach Art. 8 Abs. 2 Buchst. a Ziff. ii der Richtlinie 2011/24 keine Genehmigungspflicht bestehe [12].

32. Sofern der Gerichtshof zu dem Schluss gelangen sollte, dass Y nicht in den persönlichen Geltungsbereich der Richtlinie 2011/24 fällt, möchte das vorlegende Gericht schließlich wissen, ob Art. 56 AEUV den für die Rentenzahlung an Y zuständigen Staat wegen ungerechtfertigter Behinderung des durch diese Bestimmung garantierten freien Dienstleistungsverkehrs daran hindere, Y die Erstattung der Kosten für eine außerhalb des Wohnstaats und des rentenzahlungspflichtigen Staates erhaltene ambulante ärztliche Versorgung zu verweigern, wenn sie keine Vorabgenehmigung eingeholt habe.

33. Unter diesen Umständen hat der Centrale Raad van Beroep (Berufungsgericht in Sachen der sozialen Sicherheit und des öffentlichen Dienstes) beschlossen, das Verfahren auszusetzen und dem Gerichtshof die folgenden Fragen zur Vorabentscheidung vorzulegen:

1. Ist die Richtlinie 2011/24 dahin auszulegen, dass die in Art. 24 der Verordnung 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?

34. Die niederländische Regierung und die Europäische Kommission haben schriftliche Erklärungen eingereicht sowie schriftliche Fragen des Gerichtshofs beantwortet.

IV. Würdigung

A. Vorbemerkungen

35. Die Vorlagefragen stellen sich im spezifischen Kontext des niederländischen Rechts, wonach Personen, die eine Rente nach den niederländischen Rechtsvorschriften erhalten und nicht in den Niederlanden wohnen, gemäß Art. 24 der Verordnung Nr. 883/2004 Anspruch auf Gesundheitsversorgung in ihrem Wohnstaat haben. Als Voraussetzung für den Anspruch muss

[12] Das vorlegende Gericht weist darauf hin, dass die Gesundheitsversorgung, derentwegen Y vom 19. bis zum 30. März in Deutschland im Krankenhaus habe bleiben müssen (nämlich die Versorgung im Zusammenhang mit den beiden operativen Eingriffen), unter Art. 8 Abs. 2 Buchst. a Ziff. i der Richtlinie 2011/24 falle und somit einer Vorabgenehmigung unterliege.

dieser Personenkreis einen Beitrag an das CAK entrichten. Fallen die Krankheitskosten außerhalb der Niederlande an, so regelt das CAK nach diesem System ihre Bezahlung im Einvernehmen mit dem Staat, in dem sie entstanden sind.

36. Im vorliegenden Fall ist Y Rentnerin nach den niederländischen Rechtsvorschriften; da sie in Belgien wohnt, verfügt sie über keine niederländische Pflichtkrankenversicherung. Sie hat jedoch nach Art. 24 der Verordnung Nr. 883/2004 Anspruch auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften ihres Wohnstaats Belgien, die zulasten des für ihre Rente zuständigen Staats, der Niederlande, gewährt werden.

37. Y verlangt im Ausgangsverfahren vom CAK die Erstattung der Kosten für medizinische Leistungen, die sie in Deutschland im Zusammenhang mit einer Behandlung wegen Brustkrebs erhalten hat. Diese Erstattungsansprüche beziehen sich auf zwei Arten von Kosten: zum einen die Kosten der chirurgischen Eingriffe, einschließlich der damit verbundenen Kosten für den Krankenhausaufenthalt, die Y u. a. nach Art. 19 der Verordnung Nr. 883/2004 erstattet haben möchte, da diese Gesundheitsversorgung ihres Erachtens nicht als „geplante Behandlung“ bezeichnet werden könne und daher entgegen der Ansicht des CAK nicht genehmigungspflichtig gewesen sei, und zum anderen die Kosten der postoperativen Behandlung, einschließlich der Strahlentherapie, für die Y eine Erstattung nach Art. 7 der Richtlinie 2011/24 beantragt, weil diese Richtlinie die Erstattung nicht von einer vorherigen Genehmigung abhängig mache. Y ist daher der Ansicht, dass sie sich auf die Bestimmungen sowohl der Verordnung Nr. 883/2004 als auch der Richtlinie 2011/24 berufen könne.

38. Das vorlegende Gericht schließt die Anwendung der Verordnung Nr. 883/2004 auf den Sachverhalt des Ausgangsverfahrens aus (vgl. Nr. 30 der vorliegenden Schlussanträge) und stellt dem Gerichtshof nur Fragen nach der Anwendung der Richtlinie 2011/24 und des Art. 56 AEUV. Der Gerichtshof braucht also nicht zu prüfen, ob dieses Gericht die beiden operativen Eingriffe in Deutschland zu Recht als „geplante Behandlungen“ im Sinne von Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 qualifiziert hat und ob allein der Umstand, dass keine vorherige Genehmigung beantragt wurde, für die Ablehnung der Kostenerstattung ausreicht. Ich halte jedoch den Hinweis für nützlich, dass der Gerichtshof nach Einreichung des vorliegenden Vorabentscheidungsersuchens zwei Urteile erlassen hat, die sowohl den Begriff „geplante Behandlung“ im Sinne von Art. 20 dieser Verordnung [13] als auch den Anspruch auf Erstattung der Kosten einer solchen Behandlung bei Ablehnung oder bei fehlender vorheriger Genehmigung betreffen [14].

[13] Vgl. hierzu Urteil vom 23. September 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung) (C-777/18, EU:C:2020:745, Rn. 38 bis 44).

[14] Vgl. Urteile vom 23. September 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung) (C-777/18, EU:C:2020:745, Rn. 45 bis 55), und vom 29. Oktober 2020, Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:872, Rn. 28 bis 33), sowie Schlussanträge des Generalanwalts Hogan in der Rechtssache Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, Nrn. 48 bis 68). Ich weise insoweit darauf hin, dass der Gerichtshof bereits zwei Fallkonstellationen aufgezeigt hat, in denen der Versicherte selbst dann, wenn vor Beginn der geplanten Behandlung im Aufenthaltsmitgliedstaat keine ordnungsgemäß erteilte Genehmigung vorlag, einen unmittelbaren Erstattungsanspruch gegen den zuständigen Träger hat, und zwar in Höhe dessen, was dieser Träger normalerweise übernommen hätte, wenn der Versicherte über eine solche Genehmigung verfügt hätte. Eine derartige Fallgestaltung kommt in Betracht, wenn der Versicherte etwa aus gesundheitlichen Gründen oder wegen der Dringlichkeit einer Krankenhausbehandlung außerstande war, eine solche Genehmigung zu beantragen bzw. die Entscheidung des zuständigen Trägers über den Genehmigungsantrag abzuwarten. Durch eine Regelung, die die Übernahme der Kosten einer ohne Genehmigung in einem anderen Mitgliedstaat erbrachten Krankenhausbehandlung in allen Fällen ausschließt, wird daher dem Versicherten die Kostenübernahme selbst für den Fall verwehrt, dass die Voraussetzungen hierfür im Übrigen erfüllt sind. Eine solche Regelung, die nicht mit zwingenden Gründen des Allgemeininteresses gerechtfertigt werden kann und jedenfalls nicht dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz genügt, stellt infolgedessen eine ungerechtfertigte Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs dar (vgl. Urteil vom 23. September 2020, Vas Megyei Kormányhivatal [Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung] [C-777/18, EU:C:2020:745, Rn. 46 bis 48 und die dort angeführte Rechtsprechung]).

B. Zur ersten Vorlagefrage

39. Mit seiner ersten Frage möchte das vorlegende Gericht wissen, ob Personen, die eine Rente nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats beziehen und denen nach Art. 24 der Verordnung Nr. 883/2004 ein Anspruch auf die Gewährung von Sachleistungen seitens ihres Wohnstaats für Rechnung des rentenzahlungspflichtigen Staates zusteht, ohne dass sie in diesem letzteren Staat über eine Pflichtkrankenversicherung verfügen, unter Berufung auf die Richtlinie 2011/24 die Erstattung der Kosten für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung verlangen können, die sie in einem dritten Mitgliedstaat erhalten haben.

40. Zunächst ist zu beachten, dass Art. 7 Abs. 1 der Richtlinie 2011/24 wie folgt lautet: „Der Versicherungsmitgliedstaat stellt unbeschadet der Verordnung … Nr. 883/2004 und vorbehaltlich der Artikel 8 und 9 [dieser Richtlinie] sicher, dass die Kosten, die *einem Versicherten* im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung entstanden sind, erstattet werden, sofern die betreffende Gesundheitsdienstleistung zu den Leistungen gehört, auf die der Versicherte im Versicherungsmitgliedstaat Anspruch hat“ [15]. Diese Formulierung bedeutet, dass der Erstattungsanspruch allein „Versicherten“ vorbehalten ist.

41. Zur Beantwortung der ersten Frage ist daher zu ermitteln, ob eine Person in der Lage von Y, die in einem ersten Mitgliedstaat eine Rente bezieht und nach Art. 24 der Verordnung Nr. 883/2004 Anspruch auf die Gewährung von Sachleistungen seitens des Wohnmitgliedstaats für Rechnung des ersten Mitgliedstaats hat, ohne jedoch in Letzterem über eine Pflichtkrankenversicherung zu verfügen, als „Versicherte“ im Sinne von Art. 7 Abs. 1 der Richtlinie 2011/24 einzustufen ist, so dass sie die Erstattung der Kosten für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung beanspruchen kann.

42. Aus den nachstehend dargelegten Gründen bin ich der Ansicht, dass diese Frage zu bejahen ist.

1. Zum Begriff „Versicherter“ im Sinne der Richtlinie 2011/24

43. Der Begriff „Versicherter“ ist in Art. 3 Buchst. b der Richtlinie 2011/24 definiert und bezeichnet namentlich in Ziff. i „Personen …, die unter Artikel 2 der Verordnung … Nr. 883/2004 fallen und die Versicherte im Sinne des Artikels 1 Buchstabe c jener Verordnung sind“. Diese Definition verweist somit auf die allgemeinen Bestimmungen über die „Begriffsbestimmungen“ und den „persönlichen Geltungsbereich“ der Verordnung Nr. 883/2004. Da sich die betreffende Definition kumulativ auf die Bestimmungen dieser Verordnung bezieht, muss eine Person, um als „Versicherte“ im Sinne der Richtlinie qualifiziert zu werden, diese beiden in der Verordnung aufgestellten Voraussetzungen erfüllen.

44. Insoweit ist festzustellen, dass die Verordnung Nr. 883/2004 nach ihrem Art. 2 Abs. 1 u. a. für „Staatsangehörige eines Mitgliedstaats [gilt], für die die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten“, und dass nach Art. 1 Buchst. c der Verordnung „der Ausdruck … ‚Versicherter‘ in Bezug auf die von Titel III Kapitel 1 und 3 erfassten Zweige der

[15] Hervorhebung nur hier.

sozialen Sicherheit[16] jede Person [bezeichnet], die unter Berücksichtigung der Bestimmungen dieser Verordnung die für einen Leistungsanspruch nach den Rechtsvorschriften des gemäß Titel II zuständigen Mitgliedstaats vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt".

45. Was die den „persönlichen Geltungsbereich" der Verordnung Nr. 883/2004 betreffende erste Voraussetzung gemäß Art. 2 Abs. 1 dieser Verordnung anbelangt, so steht meines Erachtens außer Zweifel, dass bei einer Person wie Y, welche die Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaats besitzt und von diesem Mitgliedstaat eine Rente bezieht, aufgrund deren ihr die Gewährung von Sachleistungen seitens ihres Wohnstaats für Rechnung des rentenzahlungspflichtigen Staates zustehen, auch dann davon auszugehen ist, dass für sie „die Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats gelten", wenn diese Person in dem rentenzahlungspflichtigen Staat über keine Pflichtkrankenversicherung verfügt. Es dürfte nämlich davon auszugehen sein, dass für Y als niederländische Staatsangehörige „die Rechtsvorschriften der Niederlande gelten", da sie eine Altersrente nach der AOW bezieht und einen Beitrag zum CAK aufgrund der ZVW zu entrichten hat (siehe Nr. 18 der vorliegenden Schlussanträge).

46. Zu der in Art. 1 Buchst. c der Verordnung Nr. 883/2004 geregelten zweiten Voraussetzung ist zum einen festzustellen, dass der Begriff „Versicherter" durch diese Verordnung[17] hauptsächlich im Hinblick auf Titel III Kapitel 1 („Leistungen bei Krankheit sowie Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft")[18] eingeführt wurde, denn die Koordinierungsregeln für den Bereich der Krankheit setzen voraus, dass die betreffende Person in einem Mitgliedstaat „versichert" ist. Y bezieht eine Altersrente nach der AOW und hat deshalb Anspruch auf die Gesundheitsversorgung u. a. nach Art. 24 dieser Verordnung, der zwar nicht ausdrücklich auf „Versicherte" verweist, jedoch zu Kapitel 1 gehört und somit gemäß Art. 1 Buchst. c erster Halbsatz der Verordnung einen der „von Titel III … erfassten Zweige der sozialen Sicherheit" betrifft.

47. Zum anderen kann Y als „Rentnerin" im Sinne von Art. 24 der Verordnung Nr. 883/2004 nur dann als „Versicherte" im Sinne von Art. 1 Buchst. c dieser Verordnung angesehen werden, wenn sie nach dem letzten Halbsatz dieser Bestimmung „unter Berücksichtigung der Bestimmungen dieser Verordnung die für einen Leistungsanspruch nach den Rechtsvorschriften des gemäß Titel II zuständigen Mitgliedstaats vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt".

48. Insoweit ist darauf hinzuweisen, dass Rentner im Sinne von Art. 24 der Verordnung Nr. 883/2004 gemäß Art. 16 Abs. 2 dieser Verordnung auf ihren Antrag von der Anwendung der Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats, die nach Art. 11 Abs. 3 Buchst. e der Verordnung normalerweise anwendbar wären, freigestellt werden können[19]. Im vorliegenden Fall unterliegt Y unstreitig den Rechtsvorschriften der Niederlande als des nach Titel II dieser Verordnung zuständigen Mitgliedstaats.

16 Nämlich die folgenden Zweige: a) Leistungen bei Krankheit, b) Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft, c) Leistungen bei Invalidität, d) Leistungen bei Alter, e) Leistungen an Hinterbliebene, f) Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, g) Sterbegeld, h) Leistungen bei Arbeitslosigkeit, i) Vorruhestandsleistungen und j) Familienleistungen.

17 Mit der Verordnung Nr. 883/2004 wurden die Vorschriften der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, in der durch die Verordnung (EG) Nr. 118/97 des Rates vom 2. Dezember 1996 geänderten und aktualisierten Fassung (ABl. 1997, L 28, S. 1) modernisiert und vereinfacht. Der Begriff „Versicherter" wurde allerdings in der Verordnung Nr. 1408/71 nicht definiert.

18 Kapitel 3 („Sterbegeld") in Titel III der Verordnung Nr. 883/2004, in dem der Begriff „Versicherter" verwendet wird, besteht nämlich nur aus zwei Bestimmungen – den Art. 42 und 43 –, während Kapitel 1 drei Abschnitte mit 18 Artikeln enthält.

19 Nach Art. 16 Abs. 2 der Verordnung Nr. 883/2004 wird diese Möglichkeit der betreffenden Person auf Antrag geboten, sofern sie den Rechtsvorschriften des Wohnstaats nicht aufgrund der Ausübung einer Beschäftigung oder selbstständigen Erwerbstätigkeit unterliegt.

49. Wenngleich es nicht Sache des Gerichtshofs ist, im Wege der Auslegung des nationalen Rechts zu bestimmen, ob Y die nach den niederländischen Rechtsvorschriften „vorgesehenen Voraussetzungen“ für den Anspruch auf die in Art. 24 der Verordnung Nr. 883/2004 vorgesehenen Sachleistungen erfüllt, ist doch festzustellen, dass der Begriff „Rechtsvorschriften“ im Sinne dieser Verordnung weit auszulegen ist [20] und dass die nationalen Rechtsvorschriften gemäß Art. 1 Buchst. c dieser Verordnung „unter Berücksichtigung der Bestimmungen dieser Verordnung“ anzuwenden sind.

50. Somit ist festzustellen, dass die nach den niederländischen Rechtsvorschriften erforderlichen Voraussetzungen für den Anspruch auf diese Sachleistungen im Gebiet der Niederlande im Grunde den Voraussetzungen des Art. 24 der Verordnung Nr. 883/2004 entsprechen, der den Anspruch auf die dort vorgesehenen Sachleistungen von drei Voraussetzungen abhängig macht. Die betreffende Person muss erstens eine Rente oder Renten nach den Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten erhalten, darf zweitens keine Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften ihres Wohnstaats erhalten und sollte drittens Anspruch auf diese Leistungen nach den Rechtsvorschriften des rentenzahlungspflichtigen Staates haben, wenn sie in diesem Mitgliedstaat wohnen würde. Außer diesen drei Voraussetzungen enthält das niederländische Recht, wie die niederländische Regierung bestätigt hat, keine weitere Voraussetzung für den Anspruch auf Sachleistungen nach Art. 24 dieser Verordnung [21].

51. Mangels weiterer auf nationaler Ebene bestehender Voraussetzungen kann daher ein „Rentner“ im Sinne von Art. 24 Verordnung Nr. 883/2004 als „Versicherter“ im Sinne von deren Art. 1 Buchst. c qualifiziert werden, sofern er die drei Voraussetzungen gemäß Art. 24 dieser Verordnung erfüllt.

52. Darüber hinaus ist zu beachten, dass das Königreich der Niederlande sich für seine Aufnahme in die Liste der Mitgliedstaaten in Anhang IV der Verordnung Nr. 883/2004 entschieden hat, was bedeutet, dass ein Rentner, der wie Y in einem anderen Mitgliedstaat wohnt, gemäß Art. 18 Abs. 1 dieser Verordnung in Verbindung mit deren Art. 27 Abs. 2 während seines Aufenthalts in den Niederlanden (zuständiger Mitgliedstaat) zulasten des zuständigen Trägers und nach den geltenden nationalen Rechtsvorschriften Sachleistungen erhalten kann, als ob er in diesem Mitgliedstaat wohnte. Wahrscheinlich in Anwendung dieser Bestimmung hat sich Y im Anschluss an eine erste Konsultation bei einem Allgemeinarzt in Belgien einer Röntgenuntersuchung im AZM in den Niederlanden unterzogen. Daher kann meines Erachtens jedenfalls kaum argumentiert werden, dass Y keine „Versicherte“ nach niederländischem Recht sei.

53. Infolgedessen bin ich der Auffassung, dass im vorliegenden Fall die Voraussetzungen von Art. 1 Buchst. c und Art. 2 der Verordnung Nr. 883/2004 erfüllt sind. Somit ist Y als „Rentnerin“ im Sinne von Art. 24 dieser Verordnung auch als „Versicherte“ im Sinne von Art. 3 Buchst. b Ziff. i der Richtlinie 2011/24 anzusehen, so dass sie sich auf die in Art. 7 Abs. 1 dieser Richtlinie vorgesehenen allgemeinen Grundsätze für die Kostenerstattung berufen kann.

[20] Nach Art. 1 Buchst. l Abs. 1 der Verordnung Nr. 883/2004 bezeichnet der Ausdruck „Rechtsvorschriften“ für jeden Mitgliedstaat die Gesetze, Verordnungen, Satzungen und alle anderen Durchführungsvorschriften in Bezug auf die in Art. 3 Abs. 1 dieser Verordnung genannten Zweige der sozialen Sicherheit.

[21] Vgl. dazu den in Nr. 17 der vorliegenden Schlussanträge zitierten § 69 Abs. 1 ZVW.

2. Zur Unterscheidung zwischen „Versichertem“ und „Rentner“ im System der Verordnung Nr. 883/2004

54. Diese Schlussfolgerung kann meines Erachtens nicht durch das Vorbringen der niederländischen Regierung entkräftet werden, wonach „Rentner“ im Sinne der Verordnung Nr. 883/2004 nicht auch „Versicherte“ im Sinne dieser Verordnung sein könnten. Nach Ansicht der niederländischen Regierung unterscheidet diese Verordnung klar zwischen den Bestimmungen, die für „Versicherte“ gelten, und denen, die für „Rentner“ gelten, so dass sich diese beiden Kategorien gegenseitig ausschlössen. In Titel III Kapitel 1 der Verordnung gelte Abschnitt 1 für „Versicherte und ihre Familienangehörigen *mit Ausnahme von Rentnern und deren Familienangehörigen*“, während Abschnitt 2 ausschließlich für „*Rentner und ihre Familienangehörigen*“ [22] gelte. Ebenso betreffe Art. 42 in Titel III Kapitel 3 der Verordnung Nr. 883/2004 den Fall des Todes eines „Versicherten“ oder eines seiner Familienangehörigen, während in Art. 43 der Fall des Todes eines „Rentners“ oder eines seiner Familienangehörigen geregelt sei. Nach dieser Logik sei Art. 24 dieser Verordnung, der in deren Kapitel 1 Abschnitt 2 aufgeführt sei, also ausschließlich auf „Rentner“, nicht aber auf „Versicherte“ anwendbar, so dass sich ein Rentner wie Y nicht auf Art. 7 Abs. 1 der Richtlinie 2011/24 berufen könne.

55. Eine Analyse der Verordnung Nr. 883/2004 bringt mich zu der Ansicht, dass die Begriffe „Versicherter“ und „Rentner“ zwar nicht als gegeneinander austauschbare Begriffe verwendet werden, da sie jeweils eine eigenständige und unterschiedliche Bedeutung haben, dass es aber möglich sein muss, dass der Begriff „Versicherter“ aus den nachstehenden Gründen den Begriff „Rentner“ als eine besondere Kategorie von „Versicherten“ umfasst, die eine speziell auf ihre Situation zugeschnittene Regelung verdienen.

56. Zunächst ist klarzustellen, dass der persönliche Geltungsbereich der Verordnung Nr. 883/2004 das Ergebnis einer schrittweisen Erweiterung des ursprünglichen Geltungsbereichs der Verordnung Nr. 3/1958 [23] durch die Rechtsprechung des Gerichtshofs und durch nachfolgende Gesetzesänderungen ist. Um die sehr komplexen Vorschriften über den persönlichen Geltungsbereich der früheren Verordnung Nr. 1408/71 radikal zu vereinfachen, bezieht sich Art. 2 der Verordnung Nr. 883/2004 generell und abschließend auf alle „Staatsangehörigen eines Mitgliedstaats …, für die die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, sowie [auf] ihre Familienangehörigen und Hinterbliebenen“ [24]. Der Begriff „Versicherter“ umfasst somit Personen, die unabhängig von ihrem Status (z. B. Arbeitnehmer, Rentner usw.) die nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Mitgliedstaats erforderlichen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch erfüllen. Dies bedeutet, dass die Verordnung Nr. 883/2004 in vollem Umfang gilt, unabhängig davon, ob die betreffende Person als Arbeitnehmerin, als Nichterwerbstätige oder wegen anderer Umstände wie etwa des Wohnorts oder der Staatsangehörigkeit versichert war.

57. Im Licht dieser Entwicklung ist die vom Unionsgesetzgeber getroffene Unterscheidung zwischen „Versicherten“ und „Rentnern“ zu betrachten. Historisch gesehen geht diese Unterscheidung auf die Verordnung Nr. 1408/71 zurück, insbesondere auf deren Art. 27 bis 34, die im Wesentlichen den Art. 23 bis 30 der Verordnung Nr. 883/2004 entsprechen.

[22] Hervorhebung nur hier.

[23] Verordnung des Rates über die Soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer (ABl. 1958, P 30, S. 561).

[24] Vgl. hierzu die Erwägungsgründe 3 und 7 der Verordnung Nr. 883/2004.

58. Hierzu ist als Erstes festzustellen, dass nach den Erwägungsgründen 20 und 22 der Verordnung Nr. 883/2004 „[i]n Bezug auf Leistungen bei Krankheit, Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellten Leistungen bei Vaterschaft … den *Versicherten* …, die in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen oder sich dort aufhalten, Schutz gewährt werden [sollte]“ und „*[d]ie besondere Lage von* Rentenantragstellern und *Rentenberechtigten* … Bestimmungen auf dem Gebiet der Krankenversicherung [erfordert], die dieser Situation gerecht werden“ [25]. Daher sind „Rentner“ nach dem Verständnis des Unionsgesetzgebers eine Unterkategorie der „Versicherten“, die wegen ihrer „besonderen Lage“ einer an ihre Situation angepassten Regelung bedürfen.

59. Nach dieser Logik wollte der Unionsgesetzgeber dadurch, dass er im Hinblick auf die Kapitel 1 und 3 in Titel III der Verordnung Nr. 883/2004 zwischen Bestimmungen für „Versicherte“ und solchen für „Rentner“ differenzierte, Sonderbestimmungen in Bezug auf die letztere Kategorie von Versicherten vorsehen, die ihrer Lage besser entsprachen.

60. Anhand dieser Bestimmungen soll angesichts der besonderen Lage dieser Personen – sie beziehen ihre Rente nach den Rechtsvorschriften von mindestens zwei Mitgliedstaaten oder wohnen in einem Mitgliedstaat, nach dessen Rechtsvorschriften sie keine Sachleistungen erhalten (vgl. Art. 23 und 24 der Verordnung Nr. 883/2004) – der Mitgliedstaat ermittelt werden, der für die Gewährung von Leistungen bei Krankheit (vgl. Titel III Kapitel 1 Abschnitt 2 dieser Verordnung) an einen solchen Rentner oder für die Gewährung von Leistungen bei dessen Tod (vgl. Titel III Kapitel 3 Art. 43 dieser Verordnung) zuständig ist. Diese Bestimmungen können daher als an die Bedürfnisse von Rentnern ihren Familienangehörigen angepasste Kollisionsnormen angesehen werden.

61. Was speziell die im Rahmen von Titel III Kapitel 1 der Verordnung Nr. 883/2004 getroffene Unterscheidung angeht, so ist darauf hinzuweisen, dass Abschnitt 2 dieses Kapitels („Leistungen bei Krankheit sowie Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft“) besondere Koordinierungsvorschriften für Rentner wie auch für deren Familienangehörige im Fall von Krankheit und Mutterschaft vorsieht (vgl. Art. 23 bis 30). Diese Vorschriften stellen daher eine *lex specialis* im Verhältnis zu den Vorschriften in Abschnitt 1 (Art. 17 bis 22) dar, welche die *lex generalis* bilden. Mit anderen Worten: Abschnitt 2 gilt nur für Rentner (Versicherte), während Abschnitt 1 für alle Versicherten, einschließlich der Rentner, gilt, sofern dies in Abschnitt 2 vorgesehen ist. Diese Struktur wird durch Art. 31 der Verordnung bestätigt, der auch den ergänzenden Charakter der Art. 23 bis 30 verdeutlicht, da diese Artikel „keine Anwendung auf einen Rentner … [finden, der] aufgrund einer Beschäftigung oder einer selbstständigen Erwerbstätigkeit Anspruch auf Leistungen nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats [hat]“.

62. Als Zweites kann diese Auslegung meines Erachtens nicht dadurch entkräftet werden, dass bestimmte Vorschriften in Titel III Kapitel 1 Abschnitt 2 der Verordnung Nr. 883/2004, die sich auf Rentner beziehen, eine Reihe von Vorschriften in diesem Kapitel 1 Abschnitt 1, insbesondere Art. 18 Abs. 1 sowie die Art. 19, 20 und 21 dieser Verordnung, für auf Rentner entsprechend anwendbar erklären. Diese Struktur des Kapitels 1 bestätigt aus meiner Sicht vielmehr die vollständige Gleichstellung von „Rentnern“ mit „Versicherten“ und die Anwendung der *lex generalis*, wenn dies gerechtfertigt ist. Abschnitt 1 dieses Kapitels trägt nämlich die Überschrift „Versicherte und ihre Familienangehörigen *mit Ausnahme von Rentnern und deren Familienangehörigen*“ [26], was bedeutet, dass Rentner zur Gruppe der „Versicherten“ gehören. Es

[25] Hervorhebung nur hier.

[26] Hervorhebung nur hier.

ist daher aus Gründen der Klarheit und Kohärenz normal, dass in den Fällen, in denen Vorschriften der *lex generalis* auf „Rentner" anzuwenden sind, die von einer *lex specialis* begünstigt werden, dies in den Vorschriften der *lex specialis*, d. h. in Kapitel 1 Abschnitt 2, ausdrücklich angegeben wird. Allerdings ist die Verwendung des Wortes „entsprechend" gewiss irreführend, da sich die Vorschriften insgesamt auf „Versicherte" beziehen und daher nicht von einer analogen Anwendung gesprochen werden sollte.

63. Entgegen dem Vorbringen der niederländischen Regierung schließen sich die in der Verordnung Nr. 883/2004 verwendeten Begriffe „Versicherter" und „Rentner" daher nicht gegenseitig aus.

3. Zum Begriff „Versicherter" im System der Richtlinie 2011/24

64. Wie in den Nrn. 43 und 44 der vorliegenden Schlussanträge festgestellt, verweist die Richtlinie 2011/24 auf die in der Verordnung Nr. 883/2004 enthaltene Definition des Begriffs „Versicherter". Die weite Auslegung des Begriffs „Versicherter" im Sinne dieser Verordnung dürfte durch die Verwendung der entsprechenden Begriffe im Rahmen der Richtlinie gestützt werden.

65. Zum einen steht diese Auslegung, wie das vorlegende Gericht ausführt, nämlich im Einklang mit dem Begriff „Versicherungsmitgliedstaat", der für die in Art. 3 Buchst. b Ziff. i der Richtlinie 2011/24 genannten Personen in Art. 3 Buchst. c Ziff. i dieser Richtlinie definiert ist als „Mitgliedstaat, der gemäß [den Verordnungen Nrn. 883/2004 und 987/2009[27]] dafür zuständig ist, dem Versicherten eine Vorabgenehmigung für die Inanspruchnahme angemessener Behandlungsleistungen außerhalb seines Wohnsitzmitgliedstaats zu erteilen". Der Unionsgesetzgeber wollte den Erstattungsanspruch folglich nicht davon abhängig machen, dass die betreffende Person dem gesetzlichen Pflichtkrankenversicherungssystem eines Mitgliedstaats „angeschlossen" ist[28].

66. Zum anderen dehnt Art. 7 Abs. 2 Buchst. a der Richtlinie 2011/24 abweichend von deren Art. 7 Abs. 1 – der den Anspruch auf Erstattung der Kosten grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung von „Versicherten" regelt – diesen Anspruch insbesondere auf „Rentner …, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen", zur Deckung der Gesundheitsversorgungskosten aus, die im Hoheitsgebiet des rentenzahlungspflichtigen Staates anfallen, wenn dieser Staat in Anhang IV der Verordnung Nr. 883/2004 aufgeführt ist. Daraus ist zu schließen, dass der Unionsgesetzgeber beim Erlass der Richtlinie 2011/24 davon ausging, dass „Rentner" durchaus unter den Begriff „Versicherte" im Sinne von Art. 1 Buchst. c der Verordnung Nr. 883/2004 fallen. Im Übrigen ist dies das einzige Mal, dass der Begriff „Rentner" in dieser Richtlinie vorkommt.

67. Nach alledem schlage ich vor, auf die erste Vorlagefrage zu antworten, dass Art. 7 Abs. 1 und Art. 3 Buchst. b Ziff. i der Richtlinie 2011/24 in Verbindung mit Art. 1 Buchst. c und Art. 2 der Verordnung Nr. 883/2004 dahin auszulegen sind, dass Personen, die eine Rente nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats beziehen und denen nach Art. 24 dieser Verordnung ein Anspruch auf die Gewährung von Sachleistungen seitens des Wohnstaats für Rechnung des erstgenannten Mitgliedstaats zusteht, ohne dass sie in diesem ersteren Mitgliedstaat über eine

[27] Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung … Nr. 883/2004 … (ABl. 2009, L 284, S. 1).

[28] Vgl. auch 13. Erwägungsgrund der Richtlinie 2011/24, wonach „[d]ie Verpflichtung zur Kostenerstattung für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung … eindeutig auf Gesundheitsdienstleistungen beschränkt sein [sollte], auf die der Versicherte nach den Rechtsvorschriften des Versicherungsmitgliedstaats Anspruch hat".

Pflichtkrankenversicherung verfügen, als „Versicherte“ im Sinne dieser Bestimmungen unter Berufung auf diese Richtlinie die Erstattung der Kosten für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung verlangen können, die sie in einem dritten Mitgliedstaat erhalten haben.

C. Zur zweiten Vorlagefrage

68. Mit seiner zweiten Frage möchte das vorlegende Gericht wissen, ob eine nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats rentenberechtigte Person, die nach Art. 24 der Verordnung Nr. 883/2004 Anspruch auf die Gewährung von Sachleistungen seitens des Wohnstaats zulasten des erstgenannten Mitgliedstaats hat, unter Berufung auf Art. 56 AEUV die Erstattung der Kosten für eine Gesundheitsversorgung verlangen kann, die sie in einem anderen Mitgliedstaat als ihrem Wohnstaat oder dem rentenzahlungspflichtigen Staat erhalten hat.

69. Ich möchte vorausschicken, dass sich bei einer Antwort des Gerichtshofs in dem in Nr. 67 dieser Schlussanträge vorgeschlagenen Sinne die Beantwortung der zweiten Frage erübrigen würde. In diesem Fall fiele Y nämlich in den persönlichen Anwendungsbereich der Richtlinie 2011/24, so dass das vorlegende Gericht anhand dieser Richtlinie zu prüfen hätte, ob sie Anspruch auf Erstattung der Kosten für die ihr in Deutschland gewährte grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung hat, insbesondere der Kosten für die medizinische Behandlung, für die sie keine vorherige Genehmigung eingeholt hat. Die nachfolgende Prüfung beruht daher auf der Annahme, dass nach Ansicht des Gerichtshofs die erste Frage entgegen meiner Analyse zu verneinen ist.

70. Insoweit ist zunächst zu beachten, dass die Anwendung von Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 auf einen bestimmten Sachverhalt nicht ausschließt, dass dieser auch in den Anwendungsbereich von Art. 56 AEUV fällt und der Betroffene parallel einen Anspruch aus dieser Bestimmung auf Zugang zur Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat hat, und zwar unter anderen Kostenübernahme- und -erstattungsbedingungen als denen, die in Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 vorgesehen sind[29]. Diese Rechtsprechung könnte auch im Zusammenhang mit der Richtlinie 2011/24 gelten, und zwar ungeachtet der Tatsache, dass mit dieser Richtlinie, wie aus deren achtem Erwägungsgrund hervorgeht, die Rechtsprechung des Gerichtshofs zum freien Dienstleistungsverkehr kodifiziert wurde, die durch Art. 56 AEUV im Bereich der Gesundheitsversorgung gewährleistet wird, wobei eine allgemeinere und auch wirksamere Anwendung der Grundsätze erreicht werden soll, die in dieser Rechtsprechung entwickelt worden sind.

71. Nach ständiger Rechtsprechung fallen nämlich die hier in Rede stehenden medizinischen Dienstleistungen in den Anwendungsbereich von Art. 56 AEUV über den freien Dienstleistungsverkehr, und zwar auch dann, wenn die Behandlung in einem Krankenhaus erbracht wird[30]. Der freie Dienstleistungsverkehr schließt die Freiheit der Leistungsempfänger, insbesondere der Personen, die eine medizinische Behandlung benötigen, ein, sich zur Inanspruchnahme dieser Dienstleistungen in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben[31].

[29] Urteil vom 23. September 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung) (C-777/18, EU:C:2020:745, Rn. 33 und die dort angeführte Rechtsprechung).

[30] Urteil vom 5. Oktober 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, Rn. 36 und die dort angeführte Rechtsprechung).

[31] Urteile vom 5. Oktober 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, Rn. 37 und die dort angeführte Rechtsprechung), sowie vom 21. Juni 2012, Susisalo u. a. (C-84/11, EU:C:2012:374, Rn. 26 bis 28).

72. Somit ist als Erstes zu prüfen, ob eine nationale Regelung, die wie im Ausgangsverfahren die Erstattung der wegen einer Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat als dem Wohnstaat angefallenen Kosten für eine Person, die eine Rente nach dieser Regelung erhält, von einer vorherigen Genehmigung abhängig macht, den in Art. 56 AEUV verankerten freien Dienstleistungsverkehr beschränkt.

73. Nach ständiger Rechtsprechung stellt das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung für eine in einem anderen Mitgliedstaat geplante Behandlung, von der die Kostenübernahme durch den zuständigen Träger *gemäß der im Mitgliedstaat des Trägers geltenden Deckungsregelung* für Behandlungen, die in einem anderen Mitgliedstaat geplant sind, abhängt, sowohl für die Patienten als auch für die Leistungserbringer eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs dar, da ein solches System die Patienten davon abschreckt oder sogar daran hindert, sich an die Erbringer medizinischer Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat zu wenden, um die fraglichen Behandlungen zu erhalten [32]. Mit anderen Worten: Art. 56 AEUV steht der Anwendung einer nationalen Regelung entgegen, die die Erbringung von Dienstleistungen zwischen Mitgliedstaaten im Ergebnis gegenüber der Erbringung von Dienstleistungen im Inneren eines Mitgliedstaats erschwert [33]. Daher kann eine solche Genehmigung tatsächlich den freien Dienstleistungsverkehr beschränken.

74. Als Zweites ist zu prüfen, ob eine solche Beschränkung der Dienstleistungsfreiheit gerechtfertigt werden kann. Der Gerichtshof hat nämlich entschieden, obwohl eine vorherige Genehmigung sowohl für die Patienten als auch für die Leistungserbringer den freien Dienstleistungsverkehr behindere, verbiete Art. 56 AEUV grundsätzlich nicht, dass das Recht eines Patienten, eine Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat zulasten des Systems zu erhalten, dessen Leistungen er in Anspruch nehmen könne, von einer vorherigen Genehmigung abhängig gemacht werde [34]. Als Ziele eines solchen Erfordernisses der vorherigen Genehmigung kommen in Betracht: i) die Vermeidung einer erheblichen Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit, ii) die Aufrechterhaltung einer ausgewogenen, für alle zugänglichen ärztlichen und klinischen Versorgung, iii) die Erhaltung eines bestimmten Umfangs der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder eines bestimmten Niveaus der Heilkunde im Inland und iv) die Möglichkeit der Planung, um zu gewährleisten, dass ein ausgewogenes Angebot qualitativ hochwertiger Krankenhausversorgung in dem betreffenden Mitgliedstaat ständig ausreichend zugänglich ist [35].

75. Der Gerichtshof hat entschieden, dass das Unionsrecht bei Krankenhausbehandlungen oder medizinischer Versorgung, die den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Ausrüstung erfordert (im Folgenden: aufwändige Behandlungen außerhalb eines Krankenhauses) [36] einem System der vorherigen Genehmigung zwar nicht grundsätzlich entgegenstehe, dass aber die Voraussetzungen für die Erteilung einer derartigen Genehmigung vor dem Hintergrund der erwähnten zwingenden Gründe gerechtfertigt sein müssen und nicht über das hinausgehen dürfen, was zu diesem Zweck objektiv notwendig ist, und dass das gleiche Ergebnis nicht durch weniger einschneidende Regelungen erreichbar sein darf. Ferner muss ein

[32] Urteil vom 27. Oktober 2011, Kommission/Portugal (C-255/09, EU:C:2011:695, Rn. 60 und die dort angeführte Rechtsprechung).

[33] Urteil vom 16. Mai 2006, Watts (C-372/04, EU:C:2006:325, Rn. 94 und die dort angeführte Rechtsprechung).

[34] Urteil vom 5. Oktober 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, Rn. 41).

[35] Urteil vom 5. Oktober 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, Rn. 42 und 43).

[36] Urteil vom 23. September 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung) (C-777/18, EU:C:2020:745, Rn. 60 und die dort angeführte Rechtsprechung).

solches System auf objektiven, nicht diskriminierenden und vorher bekannten Kriterien beruhen, so dass dem Ermessen der nationalen Behörden Grenzen gesetzt sind, die seine missbräuchliche Ausübung verhindern [37].

76. Im vorliegenden Fall hat die niederländische Regierung nichts vorgebracht, um die geltende niederländische Regelung zu rechtfertigen, wonach die Erstattung der Kosten für Sachleistungen, die einem Rentner aufgrund von Art. 24 der Verordnung Nr. 883/2004 in einem anderen Mitgliedstaat als dem Wohnstaat gewährt werden, von einer vorherigen Genehmigung abhängt. Es ist daher Sache des vorlegenden Gerichts, zu prüfen, ob es solche Rechtfertigungen gibt und ob sie die Voraussetzungen im Sinne der vorstehenden Rechtsprechung erfüllen.

77. Wie sich jedoch aus der Rechtsprechung des Gerichtshofs ergibt, wird aufgrund einer nationalen Regelung, die die Übernahme der Kosten für eine ohne vorherige Genehmigung erbrachte Krankenhausbehandlung *in allen Fällen* ausschließt, dem Versicherten, der aus gesundheitlichen Gründen oder wegen der Dringlichkeit der Krankenhausbehandlung daran gehindert war, diese Genehmigung zu beantragen, oder der die Antwort des zuständigen Trägers nicht abwarten konnte, die Übernahme der Behandlungskosten durch den Träger versagt, selbst wenn die Voraussetzungen für eine solche Kostenübernahme im Übrigen erfüllt sind [38]. Der Gerichtshof hat festgestellt, dass unter solchen Umständen die Übernahme der Behandlungskosten weder die Verwirklichung der Ziele der Krankenhausplanung behindern noch das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit schwerwiegend beschädigen kann, wobei eine solche Kostenübernahme auch die Erhaltung einer ausgewogenen und für alle zugänglichen Krankenhausversorgung sowie eines bestimmten Umfangs der medizinischen und pflegerischen Versorgung und eines bestimmten Niveaus der Heilkunde im Inland unberührt lässt [39].

78. Eine nationale Regelung, die bei fehlender Vorabgenehmigung – selbst wenn die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme im Übrigen erfüllt wären – ausschließt, dass der zuständige Träger die Kosten einer in einem anderen Mitgliedstaat erfolgten Krankenhausbehandlung oder aufwändigen Behandlung außerhalb eines Krankenhauses erstattet, einschließlich in den besonderen Fällen, in denen der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen oder wegen der Dringlichkeit einer derartigen Behandlung außerstande war, eine solche Genehmigung zu beantragen bzw. die Entscheidung des zuständigen Trägers über den Genehmigungsantrag abzuwarten, genügt somit nicht dem Erfordernis der Verhältnismäßigkeit. Diese Regelung bewirkt daher eine unverhältnismäßige Beschränkung des in Art. 56 AEUV verankerten freien Dienstleistungsverkehrs und verstößt gegen Art. 8 Abs. 1 der Richtlinie 2011/24.

79. Im vorliegenden Fall hat das CAK ausweislich der Akten des Ausgangsverfahrens seine Zuständigkeit für die Bearbeitung des Falles allein wegen der fehlenden Vorabgenehmigung verneint, ohne jedoch im Verwaltungsverfahren zu prüfen, ob Y sich in einer so dringlichen Lage befand, dass eine Genehmigung nicht erforderlich gewesen wäre (siehe Nrn. 24 und 26 der vorliegenden Schlussanträge). Ein quasiautomatisches Ablehnungsverfahren kann mithin dem Erfordernis der Verhältnismäßigkeit nicht genügen.

[37] Urteil vom 5. Oktober 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, Rn. 44).

[38] Urteil vom 5. Oktober 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, Rn. 45).

[39] Urteil vom 5. Oktober 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, Rn. 46).

80. Infolgedessen schlage ich vor, auf die zweite Vorlagefrage zu antworten, dass Art. 56 AEUV dahin auszulegen ist, dass er einer nationalen Regelung wie der im Ausgangsverfahren streitigen entgegensteht, die bei fehlender Vorabgenehmigung – selbst wenn die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme im Übrigen erfüllt wären – automatisch ausschließt, dass der zuständige Träger die Kosten einer in einem anderen Mitgliedstaat erfolgten Krankenhausbehandlung oder aufwändigen Behandlung außerhalb eines Krankenhauses erstattet, einschließlich in den besonderen Fällen, in denen der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen oder wegen der Dringlichkeit einer derartigen Behandlung außerstande war, eine solche Genehmigung zu beantragen bzw. die Entscheidung des zuständigen Trägers über den Genehmigungsantrag abzuwarten.

V. Ergebnis

81. Nach alledem schlage ich dem Gerichtshof vor, die vom Centrale Raad van Beroep (Berufungsgericht in Sachen der sozialen Sicherheit und des öffentlichen Dienstes, Niederlande) zur Vorabentscheidung vorgelegten Fragen wie folgt zu beantworten:

1. Art. 7 Abs. 1 und Art. 3 Buchst. b Ziff. i der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sind in Verbindung mit Art. 1 Buchst. c und Art. 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in der durch die Verordnung (EG) Nr. 988/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 geänderten Fassung dahin auszulegen, dass Personen, die eine Rente nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats beziehen und denen nach Art. 24 dieser Verordnung ein Anspruch auf die Gewährung von Sachleistungen seitens ihres Wohnstaats für Rechnung des erstgenannten Mitgliedstaats zusteht, ohne dass sie in diesem ersteren Mitgliedstaat über eine Pflichtkrankenversicherung verfügen, als „Versicherte“ im Sinne dieser Bestimmungen unter Berufung auf diese Richtlinie die Erstattung der Kosten für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung verlangen können, die sie in einem dritten Mitgliedstaat erhalten haben.

2. Art. 56 AEUV ist dahin auszulegen, dass er einer nationalen Regelung wie der im Ausgangsverfahren streitigen entgegensteht, die bei fehlender Vorabgenehmigung – selbst wenn die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme im Übrigen erfüllt wären – automatisch ausschließt, dass der zuständige Träger die Kosten einer in einem anderen Mitgliedstaat erfolgten Krankenhausbehandlung oder aufwändigen Behandlung außerhalb eines Krankenhauses erstattet, einschließlich in den besonderen Fällen, in denen der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen oder wegen der Dringlichkeit einer derartigen Behandlung außerstande war, eine solche Genehmigung zu beantragen bzw. die Entscheidung des zuständigen Trägers über den Genehmigungsantrag abzuwarten.