URTEIL DES GERICHTSHOFES

13. Mai 2003 *

In der Rechtssache C-385/99

betreffend ein dem Gerichtshof nach Artikel 234 EG vom Centrale Raad van Beroep (Niederlande) in den bei diesem anhängigen Rechtsstreitigkeiten

V. G. Müller-Fauré

gegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA

und

E. E. M. van Riet

gegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen

* Verfahrenssprache: Niederländisch.

vorgelegtes Ersuchen um Vorabentscheidung über die Auslegung der Artikel 59 EG-Vertrag (nach Änderung jetzt Artikel 49 EG) und 60 EG-Vertrag (jetzt Artikel 50 EG)

erlässt

DER GERICHTSHOF

unter Mitwirkung des Präsidenten G. C. Rodríguez Iglesias, der Kammerpräsidenten M. Wathelet (Berichterstatter), R. Schintgen und C. W. A. Timmermans sowie der Richter D. A. O. Edward, A. La Pergola, P. Jann, der Richterinnen F. Macken und N. Colneric und der Richter S. von Bahr und J. N. Cunha Rodrigues,

Generalanwalt: D. Ruíz-Jarabo Colomer,
Kanzler: H. A. Rühl, Hauptverwaltungsrat,

unter Berücksichtigung der schriftlichen Erklärungen

— von Frau Müller-Fauré, vertreten durch J. Blom, advocaat,

— der Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, vertreten durch Rechtsanwalt J. K. de Pree, advocaat,

— der niederländischen Regierung, vertreten durch M. A. Fierstra als Bevollmächtigten,

— der belgischen Regierung, vertreten durch P. Rietjens als Bevollmächtigten,

— der dänischen Regierung, vertreten durch J. Molde als Bevollmächtigten,

— der deutschen Regierung, vertreten durch W.-D. Plessing und B. Muttelsee-Schön als Bevollmächtigte,

— der spanischen Regierung, vertreten durch N. Díaz Abad als Bevollmächtigte,

— der irischen Regierung, vertreten durch M. A. Buckley als Bevollmächtigten im Beistand von N. Hyland, BL,

— der italienischen Regierung, vertreten durch U. Leanza als Bevollmächtigten im Beistand von I. M. Braguglia, avvocato dello Stato,

— der schwedischen Regierung, vertreten durch A. Kruse als Bevollmächtigten,

— der Regierung des Vereinigten Königreichs, vertreten durch R. Magrill als Bevollmächtigte im Beistand von S. Moore, Barrister,

— der isländischen Regierung, vertreten durch E. Gunnarsson, H. S. Kristjánsson und V. Hauksdóttir als Bevollmächtigte,

— der norwegischen Regierung, vertreten durch H. Seland als Bevollmächtigten,

— der Kommission der Europäischen Gemeinschaften, vertreten durch P. Hillenkamp und H. M. H. Speyart als Bevollmächtigte,

unter Berücksichtigung der auf Verlangen des Gerichtshofes eingereichten ergänzenden schriftlichen Erklärungen

— von Frau van Riet, vertreten durch A. A. J. van Riet,

— der Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, vertreten durch J. K. de Pree,

— der Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, vertreten durch H. H. B. Limberger als Bevollmächtigten,

— der niederländischen Regierung, vertreten durch H. G. Sevenster als Bevollmächtigte,

— der spanischen Regierung, vertreten durch N. Díaz Abad,

— der irischen Regierung, vertreten durch D. J. O'Hagan als Bevollmächtigten,

— der schwedischen Regierung, vertreten durch A. Kruse,

— der Regierung des Vereinigten Königreichs, vertreten durch D. Wyatt als Bevollmächtigten im Beistand von S. Moore,

— der norwegischen Regierung, vertreten durch H. Seland,

— der Kommission, vertreten durch H. M. H. Speyart,

aufgrund des Sitzungsberichts,

nach Anhörung der mündlichen Ausführungen der Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, vertreten durch J. K. de Pree, der Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, vertreten durch R. Out als Bevollmächtigten, der niederländischen Regierung, vertreten durch H. G. Sevenster, der dänischen Regierung, vertreten durch J. Molde, der spanischen Regierung, vertreten durch N. Díaz Abad, der irischen Regierung, vertreten durch A. Collins, BL, der finnischen Regierung, vertreten durch T. Pynnä als Bevollmächtigte, der Regierung des Vereinigten Königreichs, vertreten durch D. Lloyd-Jones, QC, und der Kommission, vertreten durch H. Michard als Bevollmächtigten und H. M. H. Speyart, in der Sitzung vom 10. September 2002,

nach Anhörung der Schlussanträge des Generalanwalts in der Sitzung vom 22. Oktober 2002

folgendes

Urteil

1 Der Centrale Raad van Beroep hat mit Beschluss vom 6. Oktober 1999, beim Gerichtshof eingegangen am 11. Oktober 1999, gemäß Artikel 234 EG drei Fragen nach der Auslegung der Artikel 59 EG-Vertrag (nach Änderung jetzt Artikel 49 EG) und 60 EG-Vertrag (jetzt Artikel 50 EG) zur Vorabentscheidung vorgelegt.

2 Diese Fragen stellen sich in zwei Rechtsstreitigkeiten, in denen sich Frau Müller-Fauré und die Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA (Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit) mit Sitz in Zwijndrecht (Niederlande) (im Folgenden: Krankenkasse Zwijndrecht) sowie Frau van Riet und die Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen mit Sitz in Amsterdam (Niederlande) (im Folgenden: Krankenkasse Amsterdam) gegenüberstehen und in denen es um die Erstattung von in Deutschland und in Belgien entstandenen Krankheitskosten geht.

Nationales Recht

3 In den Niederlanden beruht das Krankenversicherungssystem hauptsächlich auf der Ziekenfondswet (Gesetz zur Regelung der Krankenversicherung) vom 15. Oktober 1964 (*Staatsblad* 1964, Nr. 392), die später geändert wurde (im Folgenden: ZFW), und auf der Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Allgemeines Gesetz für besondere Krankheitskosten) vom 14. Dezember 1967 (*Staatsblad* 1967, Nr. 617), die später ebenfalls geändert wurde (im Folgenden:

AWBZ). Sowohl die ZFW als auch die AWBZ führen ein Sachleistungssystem ein, nach dem die Versicherten Anspruch nicht auf die Erstattung der für medizinische Versorgung angefallenen Kosten, sondern auf die Versorgung selbst haben, die kostenlos geleistet wird. Die beiden Regelungen beruhen auf einem System vertraglicher Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Erbringern von Gesundheitsdienstleistungen.

4 Nach den Artikeln 2 bis 4 ZFW sind Arbeitnehmer, deren jährliches Einkommen eine im Gesetz festgesetzte Höhe nicht übersteigt, die ihnen gleichgestellten Personen und alle Empfänger von Sozialleistungen sowie deren unterhaltsberechtigte Familienangehörige, die ihrem Haushalt angehören, kraft Gesetzes pflichtversichert.

5 Nach Artikel 5 Absatz 1 ZFW müssen alle unter dieses Gesetz fallenden Personen, die einen Anspruch nach diesem Gesetz geltend machen wollen, einer Krankenkasse mit Sitz in ihrer Wohngemeinde angeschlossen sein.

6 Artikel 8 ZFW sieht vor:

„1. Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen zu ihrer medizinischen Versorgung, soweit in Bezug auf diese Versorgung kein Anspruch nach der Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten besteht ... Die Krankenkassen tragen dafür Sorge, dass die ihnen angeschlossenen Versicherten diesen Anspruch geltend machen können.

2. Durch oder aufgrund einer Verordnung werden Art, Inhalt und Umfang der Leistungen derart geregelt, dass sie in jedem Fall in einem zu bestimmenden

Umfang medizinische Hilfe sowie Verpflegung und Behandlung in den anzugebenden Einrichtungskategorien umfassen. Dabei kann es zur Voraussetzung für die Gewährung einer Leistung gemacht werden, dass der Versicherte zu den Kosten dieser Leistung einen Beitrag leistet; der Beitrag braucht nicht für alle Versicherten gleich hoch zu sein.

...“

7 Der Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering (Verordnung über Leistungen der Krankenversicherung) vom 4. Januar 1966 (*Staatsblad* 1966, Nr. 3), der später geändert wurde (im Folgenden: Verstrekkingenbesluit), führt Artikel 8 Absatz 2 ZFW durch.

8 So regelt dieser Verstrekkingenbesluit die Leistungsansprüche und deren Umfang für verschiedene Versorgungskategorien, zu denen insbesondere auch die Kategorien „medizinische und chirurgische Versorgung“ und „Aufnahme und Unterbringung in Krankenhäusern“ gehören.

9 Das durch die ZFW eingeführte System vertraglicher Vereinbarungen weist folgende Grundzüge auf.

10 Nach Artikel 44 Absatz 1 ZFW treffen die Krankenkassen „vertragliche Vereinbarungen mit Personen und Einrichtungen, die eine oder mehrere Formen der Versorgung im Sinne der zur Durchführung von Artikel 8 erlassenen Verordnung leisten können“.

11 Nach Artikel 44 Absatz 3 ZFW müssen derartige vertragliche Vereinbarungen zumindest Bestimmungen enthalten über Art und Umfang der gegenseitigen

Rechte und Pflichten, die Form der zu gewährenden Versorgung, die Qualität und die Wirksamkeit der gewährten Versorgung, die Überwachung der Einhaltung der vertraglichen Vereinbarung, zu der die Überwachung der zu erbringenden oder erbrachten Leistungen und der Richtigkeit der für diese Leistungen in Rechnung gestellten Beträge gehören, und die Verpflichtung, die für diese Überwachung notwendigen Angaben zu machen.

12 Den Krankenkassen steht es unter zwei Vorbehalten frei, mit Leistungserbringern jeder Art vertragliche Vereinbarungen zu treffen. Zum einen ist nach Artikel 47 ZFW jede Krankenkasse „verpflichtet, mit jeder Einrichtung, die sich in ihrem Bezirk befindet oder von der die Bevölkerung im Bezirk der Krankenkasse regelmäßig Gebrauch macht,... eine vertragliche Vereinbarung zu treffen". Zum anderen dürfen vertragliche Vereinbarungen nur mit zugelassenen Einrichtungen und mit Personen getroffen werden, die zur Erbringung der betreffenden Versorgungsleistungen berechtigt sind.

13 Artikel 8a ZFW bestimmt:

„1. Eine Einrichtung, die Leistungen im Sinne von Artikel 8 erbringt, muss über eine entsprechende Zulassung verfügen.

2. Durch Verordnung kann bestimmt werden, dass eine Einrichtung, die zu einer durch Verordnung zu bestimmenden Kategorie von Einrichtungen gehört, für die Anwendung dieses Gesetzes als zugelassen gilt ..."

14 Nach Artikel 8c Buchstabe a ZFW ist die Zulassung einer Einrichtung, die Klinikanlagen unterhält, zu versagen, wenn diese Einrichtung nicht den Bestimmungen der Wet ziekenhuisvoorzieningen (Gesetz über Klinikanlagen) in

Bezug auf Verteilung und Bedarf genügt. Dieses Gesetz, die Richtlinien zu seiner Durchführung (insbesondere die auf Artikel 3 dieses Gesetzes beruhende Richtlinie, *Nederlandse Staatscourant* 1987, Nr. 248) und Provinzialpläne regeln im Einzelnen den nationalen Bedarf in Bezug auf verschiedene Kategorien von Klinikeinrichtungen und ihre Verteilung auf die verschiedenen Gesundheitsregionen in den Niederlanden.

15 In Bezug auf die konkrete Geltendmachung eines Leistungsanspruchs sieht Artikel 9 ZFW vor:

„1. Ein Versicherter, der seinen Anspruch auf eine Leistung geltend machen will, hat sich dafür außer in den aufgrund von Artikel 8 Absatz 2 durch Verordnung genannten Fällen an eine Person oder Einrichtung zu wenden, mit der die Krankenkasse, der er angehört, zu diesem Zweck einen Vertrag geschlossen hat, beides vorbehaltlich der Regelung in Absatz 4.

2. Vorbehaltlich der Regelung in Absatz 5 und der Vorschriften über den Krankentransport im Sinne der Wet ambulancevervoer [Gesetz über den Krankentransport] (*Staatsblad* 1971, Nr. 369) kann der Versicherte zwischen den in Absatz 1 genannten Personen und Einrichtungen wählen.

...

4. Die Krankenkasse kann dem Versicherten abweichend von den Absätzen 1 und 2 die Genehmigung erteilen, sich für die Geltendmachung seines Anspruchs an eine andere Person oder Einrichtung in den Niederlanden zu

wenden, wenn dies für seine medizinische Versorgung notwendig ist. Der Minister kann bestimmen, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen dem Versicherten die Genehmigung erteilt werden kann, sich für die Geltendmachung seines Leistungsanspruchs an eine Person oder Einrichtung außerhalb der Niederlande zu wenden.

...“

16 Der Minister hat von der ihm durch Artikel 9 Absatz 4 letzter Satz ZFW verliehenen Möglichkeit durch den Erlass der Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering (Verordnung über von der Krankenversicherung gedeckte Versorgung im Ausland) vom 30. Juni 1988 (*Nederlandse Staatscourant* 1988, Nr. 123, im Folgenden: Rhbz) Gebrauch gemacht. In Artikel 1 Rhbz heißt es:

„Als Fälle, in denen eine Krankenkasse einem Versicherten die Genehmigung erteilen kann, sich für die Geltendmachung seines Leistungsanspruchs an Personen oder Einrichtungen außerhalb der Niederlande zu wenden, gelten diejenigen Fälle, in denen nachgewiesen ist, dass dies für die medizinische Versorgung des Versicherten notwendig ist.“

17 Erhält der Versicherte die Genehmigung, sich an einen im Ausland niedergelassenen Leistungserbringer zu wenden, so werden die Behandlungskosten vollständig von der Krankenkasse übernommen, der der Versicherte angehört.

18 Der Centrale Raad van Beroep führt aus, dass nach seiner eigenen ständigen Rechtsprechung Anträge auf Genehmigung medizinischer Behandlungen im Ausland zum Zweck der Kostenübernahme nach der ZFW der Krankenkasse des Versicherten vorzulegen seien und dass diese, sofern nicht ein besonderer Fall wie

etwa Dringlichkeit gegeben sei, der Versorgung vorher zustimmen müsse, damit ein Anspruch auf Erstattung der Versorgungskosten bestehe.

19 Ferner ergibt sich hinsichtlich der in den Artikeln 9 Absatz 4 ZFW und 1 Rhbz vorgesehenen Voraussetzung, dass die Auslandsbehandlung des Versicherten medizinisch notwendig sein muss, aus den Akten, dass die Kasse in der Praxis die in den Niederlanden verfügbaren Behandlungsmethoden berücksichtigt und prüft, ob rechtzeitig eine angemessene Behandlung in diesem Mitgliedstaat erfolgen kann.

Die Ausgangsverfahren

Rechtssache Müller-Fauré

20 Frau Müller-Fauré ließ während ihres Urlaubs in Deutschland eine Zahnbehandlung durchführen und in diesem Rahmen sechs Kronen und eine festsitzende Prothese im Oberkiefer einsetzen. Die Behandlung erfolgte vom 20. Oktober bis 18. November 1994 außerhalb irgendeines Krankenhauses.

21 Nach ihrer Rückkehr aus dem Urlaub beantragte sie bei der Krankenkasse Zwijndrecht die Erstattung der Behandlungskosten in Höhe von insgesamt 7 444,59 DM. Mit Schreiben vom 12. Mai 1995 lehnte die Kasse diesen Antrag aufgrund eines Gutachtens ihres Vertrauenszahnarztes ab.

22 Frau Müller-Fauré ersuchte den Ziekenfondsraad um Stellungnahme, der die Aufsicht über die Leitung und Verwaltung der Krankenkassen ausübt. Dieser

bestätigte am 16. Februar 1996 die Entscheidung der Krankenkasse Zwijndrecht mit der Begründung, dass die Versicherten lediglich Anspruch auf die Behandlung selbst und nur im Ausnahmefall Anspruch auf die Erstattung der Behandlungskosten hätten; ein solcher liege hier jedoch nicht vor.

23 Daraufhin erhob Frau Müller-Fauré Klage bei der Arrondissementsrechtbank Rotterdam (Niederlande). Diese bestätigte mit Urteil vom 21. August 1997 den Standpunkt der Krankenkasse Zwijndrecht, nachdem sie ebenfalls festgestellt hatte, dass insbesondere aufgrund des Umfangs der Behandlung und der Tatsache, dass sie sich über mehrere Wochen erstreckt habe, kein Ausnahmefall vorliege, der eine Kostenerstattung rechtfertige.

24 Der Centrale Raad van Beroep führt aus, dass jedenfalls nur ein Teil der Behandlung von Frau Müller-Fauré unter den Verstrekkingenbesluit falle und somit erstattungsfähig sei. Zudem habe sich die Betroffene während ihres Urlaubs in Deutschland freiwillig von einem dort niedergelassenen Zahnarzt behandeln lassen, da sie kein Vertrauen in die niederländischen Zahnärzte habe. Derartige Umstände könnten nach der Rechtsprechung des Centrale Raad van Beroep nicht gemäß den nationalen Rechtsvorschriften die Erstattung der Kosten einer medizinischen Behandlung im Ausland rechtfertigen, die ohne Genehmigung der Kasse des Versicherten durchgeführt worden sei.

Rechtssache van Riet

25 Frau van Riet litt seit 1985 an Schmerzen im rechten Handgelenk. Am 5. April 1993 beantragte ihr Hausarzt beim Vertrauensarzt der Krankenkasse Amsterdam, seiner Patientin eine Arthroskopie im Krankenhaus Deurne (Belgien) zu genehmigen, wo eine derartige Untersuchung zu einem viel früheren Termin erfolgen könne als in den Niederlanden. Die Kasse lehnte diesen Antrag mit Schreiben vom 24. Juni und 5. Juli 1993 mit der Begründung ab, dass der Eingriff auch in den Niederlanden vorgenommen werden könne.

26 In der Zwischenzeit hatte Frau van Riet die Arthroskopie bereits im Mai 1993 im Krankenhaus Deurne durchführen lassen. Aufgrund dieser Untersuchung wurde zur Schmerzlinderung eine Ulnaresektion beschlossen. Die Vorbereitung, Ausführung und Nachbehandlung erfolgten in Belgien, zum Teil im Krankenhaus, zum Teil außerhalb. Die Krankenkasse Amsterdam lehnte die Erstattung der Kosten dieser Maßnahmen in Höhe von insgesamt 93 782 BEF ab. Der Ziekenfondsraad bestätigte die Entscheidung mit der Begründung, dass die Behandlung von Frau van Riet in Belgien weder aus Dringlichkeitsgründen noch wegen medizinischer Notwendigkeit gerechtfertigt sei, da innerhalb angemessener Frist geeignete Behandlungen in den Niederlanden verfügbar gewesen wären. Die zuständige Arrondissementsrechtbank wies die Klage von Frau van Riet gegen diese Entscheidung aus den Gründen, die auch schon die Krankenkasse Amsterdam angeführt hatte, als unbegründet ab.

27 Der Centrale Raad von Beroep, bei dem Frau van Riet Berufung einlegte, führt aus, dass ihre Behandlung zwar unstreitig weitgehend unter den Verstrekkingenbesluit falle, jedoch ohne vorherige Genehmigung und ohne Nachweis, dass es für sie aus medizinischen oder sonstigen Gründen nicht zumutbar gewesen sei, die Entscheidung der Krankenkasse Amsterdam über ihren Antrag abzuwarten, in Belgien erfolgt sei. Außerdem sei die für Frau van Riet in den Niederlanden bestehende Wartezeit für die Arthroskopie nicht unangemessen lang gewesen. Nach den Akten habe sie ungefähr sechs Monate betragen.

28 Das vorlegende Gericht hält die Voraussetzungen für eine Anwendung des Artikels 22 Absatz 1 Buchstabe a 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, in der durch die Verordnung (EG) Nr. 118/97 des Rates vom 2. Dezember 1996 (ABl. 1997, L 28, S. 1) geänderten und aktualisierten Fassung (im Folgenden: Verordnung Nr. 1408/71) im vorliegenden Fall für nicht erfüllt, da der Gesundheitszustand von Frau Müller-Fauré und Frau van Riet während eines Aufenthalts im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats nicht unverzüglich eine Behandlung erfordert habe. Es stehe auch nicht fest, dass die betreffende Behandlung gemäß Artikel 22 Absätze 1 Buchstabe c und 2 Unterabsatz 2 der Verordnung in Anbetracht des Gesundheitszustands der Klägerinnen

der Ausgangsverfahren in den Niederlanden nicht in einem Zeitraum hätte erfolgen können, der „normalerweise erforderlich" sei, was die Krankenkassen verpflichtet hätte, die Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat zu genehmigen.

29 Das Gericht fragt sich jedoch, ob die Entscheidungen über die Ablehnung der Erstattung im Hinblick auf das Urteil vom 28. April 1998 in der Rechtssache C-158/96 (Kohll, Slg. 1998, I-1931) mit den Artikeln 59 und 60 des Vertrages vereinbar sind. Es führt aus, die in Rede stehenden nationalen Vorschriften hinderten zwar als solche die Versicherten nicht, sich an einen in einem anderen Mitgliedstaat niedergelassenen Dienstleistungserbringer zu wenden, setzten aber voraus, dass die Krankenkasse, der die Versicherten angeschlossen seien, eine vertragliche Vereinbarung mit diesem Leistungserbringer getroffen habe, was in der Regel nicht der Fall sei. Bestehe eine solche Vereinbarung nicht, so werde die Erstattung der in einem anderen Mitgliedstaat angefallenen Kosten von einer vorherigen Genehmigung abhängig gemacht, die nur dann erteilt werde, wenn dies „für [die] Versorgung notwendig" sei, was im Allgemeinen nur der Fall sei, wenn die Erbringer von Versorgungsdienstleistungen, mit denen eine vertragliche Vereinbarung bestehe, nicht alle angemessene Hilfe bieten könnten. Das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung führe deshalb zu einem Vorrang vertraglich gebundener — fast immer niederländischer — medizinischer Dienstleistungserbringer vor Erbringern von Versorgungsdienstleistungen aus anderen Mitgliedstaaten. Hinzu komme, dass sich die verwaltungsrechtlichen Befugnisse der niederländischen Behörden nicht auf in anderen Mitgliedstaaten niedergelassene Erbringer von Versorgungsdienstleistungen erstrecken, was den Abschluss vertraglicher Vereinbarungen mit diesen Leistungserbringern behindern könne.

30 Sollte das Genehmigungserfordernis nach Artikel 9 Absatz 4 ZFW den freien Dienstleistungsverkehr behindern, sei fraglich, ob es gerechtfertigt sei.

31 Das Gericht weist in diesem Zusammenhang auf die Besonderheiten des niederländischen Krankenversicherungssystems hin. Dieses System garantiere im Gegensatz zum so genannten „Erstattungssystem" im Wesentlichen Sachleistungen. Nach den Angaben der Beklagten der Ausgangsverfahren könnte das finanzielle Gleichgewicht des Systems gefährdet sein, wenn die Versicherten ohne vorherige Genehmigung die Erstattung der Kosten der Versorgung in einem anderen Mit-

gliedstaat beanspruchen könnten. Das Gericht verweist insoweit auf nationale Maßnahmen zur Beherrschung der Kosten für Krankenhausversorgung, insbesondere auf die Vorschriften der Wet Ziekenhuisvoorzieningen über die Planung und Verteilung der Versorgung und die Vorschriften der ZFW zur Begrenzung der Erstattung auf die Versorgung durch zugelassene Klinikeinrichtungen.

Die Vorlagefragen

32 Der Centrale Raad van Beroep hat unter diesen Umständen das Verfahren ausgesetzt und dem Gerichtshof folgende Fragen zur Vorabentscheidung vorgelegt:

1. Sind die Artikel 59 und 60 EG-Vertrag dahin auszulegen, dass eine Vorschrift wie Artikel 9 Absatz 4 der Ziekenfondswet in Verbindung mit Artikel 1 der Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering grundsätzlich mit diesen Artikeln unvereinbar ist, soweit sie bestimmt, dass ein Krankenversicherter zur Geltendmachung seines Leistungsbezugsrechts die vorherige Genehmigung der Krankenkasse benötigt, um sich an eine Person oder Einrichtung außerhalb der Niederlande wenden zu können, mit der die Krankenkasse keine Vereinbarung geschlossen hat?

2. Wenn die erste Frage bejaht wird, stellen dann die vorerwähnten Zielsetzungen des niederländischen Sachleistungssystems einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses dar, der eine Beschränkung des elementaren Grundsatzes des freien Dienstleistungsverkehrs rechtfertigen kann?

3. Kommt es für die Antwort auf diese Fragen darauf an, ob es sich bei der Behandlung ganz oder teilweise um eine stationäre ärztliche Behandlung handelt?

33 Der Gerichtshof hat das vorlegende Gericht mit Schreiben vom 12. Juli 2001 um Mitteilung gebeten, ob es in Anbetracht des Urteils vom selben Tag in der Rechtssache C-157/99 (Smits und Peerbooms, Slg. 2001, I-5473) sein Vorabentscheidungsersuchen aufrechterhalten wolle.

34 Das vorlegende Gericht hat dem Gerichtshof mit Schreiben vom 25. Oktober 2001 mitgeteilt, dass es seine Fragen aufrechterhalte, weil sich das Urteil Smits und Peerbooms nicht speziell auf die Besonderheiten des niederländischen Krankenversicherungssystems beziehe, das ein Sachleistungssystem auf vertraglicher Grundlage sei. Es hat den Gerichtshof ferner gebeten, die Bedeutung der Randnummer 103 des genannten Urteils zu erläutern, in der es heißt:

„[D]ie Voraussetzung der Notwendigkeit der Behandlung, die in der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden Regelung vorgesehen ist, [lässt sich] im Hinblick auf Artikel 59 des Vertrages rechtfertigen..., wenn sie so ausgelegt wird, dass die Genehmigung für eine Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat nur dann ihretwegen versagt werden kann, wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung erlangt werden kann, mit der die Krankenkasse des Versicherten eine vertragliche Vereinbarung geschlossen hat."

35 Insbesondere hat das vorlegende Gericht den Gerichtshof gefragt, was unter dem Ausdruck „rechtzeitig" zu verstehen sei, vor allem, ob diese Voraussetzung unter rein medizinischen Gesichtspunkten zu prüfen sei, unabhängig von der Wartezeit für die gewünschte Behandlung.

36 Mit Schreiben vom 6. März 2002 hat der Gerichtshof die Parteien der Ausgangsverfahren, die Mitgliedstaaten und die Kommission gebeten, sich gegebenenfalls zu den Konsequenzen zu äußern, die aus dem Urteil Smits und Peerbooms für die vom Centrale Raad van Beroep vorgelegten Fragen zu ziehen sind.

Zur ersten Frage

37 Mit seiner ersten Vorlagefrage möchte das vorlegende Gericht im Wesentlichen wissen, ob die Artikel 59 und 60 des Vertrages dahin auszulegen sind, dass sie der Regelung eines Mitgliedstaats entgegenstehen, die wie die der Ausgangsverfahren die Übernahme der Kosten für die Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat durch eine Person oder Einrichtung, mit der die Krankenkasse des Versicherten keine vertragliche Vereinbarung getroffen hat, davon abhängig macht, dass die betreffende Kasse vorher ihre Genehmigung erteilt.

38 Zunächst ist daran zu erinnern, dass medizinische Tätigkeiten nach ständiger Rechtsprechung von Artikel 60 des Vertrages erfasst werden, ohne dass danach zu unterscheiden wäre, ob die Versorgung in einem Krankenhaus oder außerhalb davon erbracht wird (vgl. zuletzt Urteil Smits und Peerbooms, Randnr. 53).

39 Der Gerichtshof hat außerdem in den Randnummern 54 und 55 des Urteils Smits und Peerbooms entschieden, dass der Umstand, dass die anwendbare Regelung zum Bereich der sozialen Sicherheit gehört und im Einzelnen für die Krankenversicherung Sachleistungen und keine Erstattung vorsieht, die in Rede stehenden medizinischen Behandlungen nicht vom Geltungsbereich des durch den EG-Vertrag gewährleisteten freien Dienstleistungsverkehrs ausschließt. Hierzu ist festzustellen, dass in den Ausgangsverfahren die in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Versicherungszugehörigkeit erfolgten Behandlungen dem behandelnden Arzt oder der Einrichtung, in der die Versorgung stattfand, sehr wohl unmittelbar vom Patienten bezahlt wurden.

40 Da medizinische Tätigkeiten vom Geltungsbereich des freien Dienstleistungsverkehrs im Sinne der Artikel 59 und 60 des Vertrages erfasst werden, ist zu prüfen, ob die im Ausgangsverfahren in Rede stehende Regelung diese Freiheit

beschränkt, indem sie die Übernahme der Kosten für eine Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Niederlassung der Krankenkasse des Versicherten durch eine Person oder Einrichtung, die mit der betreffenden Kasse keine vertragliche Vereinbarung getroffen hat, davon abhängig macht, dass die Kasse vorher ihre Genehmigung erteilt.

41 Der Gerichtshof hat hierzu bereits in Randnummer 62 des Urteils Smits und Peerbooms festgestellt, dass die ZFW den Versicherten zwar nicht die Möglichkeit nimmt, sich eines Dienstleistungserbringers zu bedienen, der in einem anderen Mitgliedstaat niedergelassen ist als die Krankenkasse des Versicherten, dass aber dieses Gesetz die Erstattung der dadurch verursachten Kosten von der Einholung einer vorherigen Genehmigung abhängig macht, die nach den Angaben des vorlegenden Gerichts nur dann erteilt werden kann, wenn die betreffende Versorgung unabhängig davon, ob sie in einem Krankenhaus erfolgt, einer medizinischen Notwendigkeit entspricht.

42 Da dieses Erfordernis in der Praxis nur dann erfüllt ist, wenn im Mitgliedstaat der Versicherungszugehörigkeit nicht rechtzeitig eine angemessene Behandlung bei einem vertraglich gebundenen Arzt oder in einer vertraglich gebundenen Klinikeinrichtung erfolgen kann, ist es schon seiner Art nach geeignet, die Zahl der Fälle, in denen eine Genehmigung erteilt wird, stark einzuschränken (Urteil Smits und Peerbooms, Randnr. 64).

43 Zwar könnten die niederländischen Krankenkassen vertragliche Vereinbarungen mit Klinikeinrichtungen außerhalb der Niederlande schließen. In einem solchen Fall wäre für die Übernahme der Kosten für die Versorgung in derartigen Einrichtungen nach der ZFW keine vorherige Genehmigung erforderlich. Von Klinikeinrichtungen in den an die Niederlande grenzenden Gebieten einmal abgesehen, dürfte jedoch die Vorstellung illusorisch sein, dass viele Klinikeinrichtungen in den anderen Mitgliedstaaten jemals einen Anlass sehen, vertragliche Vereinbarungen mit den betreffenden Krankenkassen zu schließen, da ihre Aussichten, diesen Kassen angeschlossene Patienten aufzunehmen, zufällig und beschränkt bleiben (Urteil Smits und Peerbooms, Randnrn. 65 und 66).

44 Der Gerichtshof hat daher bereits entschieden, dass eine Regelung der in den Ausgangsverfahren in Rede stehenden Art die Sozialversicherten davon abschreckt oder sogar daran hindert, sich an medizinische Dienstleistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat als dem Mitgliedstaat der Versicherungszugehörigkeit zu wenden, und sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungserbringer eine Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs darstellt (Urteil Smits und Peerbooms, Randnr. 69).

45 Bevor die Frage beantwortet wird, ob die Artikel 59 und 60 des Vertrages einer Regelung wie der der Ausgangsverfahren entgegenstehen, ist jedoch zu prüfen, ob diese Regelung objektiv gerechtfertigt werden kann, was Gegenstand der zweiten Frage ist.

Zur zweiten und zur dritten Frage

46 Mit seiner zweiten und seiner dritten Frage, die zusammen zu prüfen sind, möchte das vorlegende Gericht wissen, ob eine Regelung wie die der Ausgangsverfahren, die beschränkende Auswirkungen auf den freien Dienstleistungsverkehr hat, mit den Besonderheiten des nationalen Krankenversicherungssystems gerechtfertigt werden kann, das nicht die Erstattung der angefallenen Kosten, sondern im Wesentlichen Sachleistungen garantiert und auf einem System vertraglicher Vereinbarungen beruht, das sowohl die Qualität der Versorgung als auch die Beherrschung der Kosten der Versorgung gewährleisten soll. Das Gericht möchte ferner wissen, ob es hierbei eine Rolle spielen kann, ob die betreffende Versorgung ganz oder teilweise in einem Krankenhaus erfolgt.

Vorbringen vor dem Gerichtshof

47 Nach Auffassung der niederländischen Regierung und der Krankenkasse Zwijndrecht ist die nach Artikel 9 Absatz 4 ZFW erforderliche Genehmigung ein

Wesensmerkmal des niederländischen Krankenversicherungssystems. Die Deckung von Krankheitsrisiken durch Sachleistungen, wie sie dieses System vorsehe, mache es erforderlich, dass die Kasse und die Erbringer von Versorgungsdienstleistungen vorher vertragliche Vereinbarungen über Umfang, Qualität, Wirksamkeit und Kosten der Gesundheitsversorgung träfen, um eine Bedarfsplanung und Ausgabenbeherrschung zu ermöglichen und eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, die Gleichwertigkeit der Leistungen und damit die Gleichbehandlung der Versicherten zu gewährleisten. Ein solches System der vertraglichen Vereinbarungen komme im Wesentlichen den Versicherten zugute.

48 Unter diesen Umständen müssten sich die Versicherten an die Erbringer von Versorgungsdienstleistungen wenden, mit denen eine vertragliche Vereinbarung bestehe, oder, wenn sie sich von in den Niederlanden oder im Ausland niedergelassenen Ärzten oder Einrichtungen behandeln lassen wollten, mit denen keine vertragliche Vereinbarung bestehe, eine vorherige Genehmigung einholen, die von der Krankenkasse erteilt werde, der sie angehörten.

49 Wäre eine vorherige Genehmigung nicht erforderlich, so hätten die Erbringer von Versorgungsdienstleistungen kein Interesse daran, am System vertraglicher Vereinbarungen mitzuwirken, indem sie sich durch Vertragsklauseln über die Verfügbarkeit, den Umfang, die Qualität, die Wirksamkeit und die Preise der Leistungen bänden, was es den Krankenversicherungsträgern unmöglich machen würde, den Bedarf durch Anpassung der Ausgaben zu planen und eine qualitativ hochwertige und allen zugängliche medizinische Versorgung zu gewährleisten. Das System vertraglicher Vereinbarungen verlöre damit seinen Sinn und Zweck als Instrument zur Verwaltung der Gesundheitsfürsorge; dadurch würde in die vom Gerichtshof anerkannte souveräne Kompetenz der Mitgliedstaaten eingegriffen, ihre Systeme der sozialen Sicherheit auszugestalten. Die niederländische Regierung rechtfertigt in diesem Zusammenhang die Existenz von Wartelisten damit, dass die verfügbaren finanziellen Mittel zur Deckung der Gesundheitskosten beschränkt seien und dass deshalb die durchzuführenden Behandlungen quantifiziert und streng zu beachtenden Prioritäten unterworfen werden müssten.

50 Außerdem könnten die niederländischen Krankenkassen nicht gezwungen werden, vertragliche Vereinbarungen mit einer größeren Zahl von Versorgungs-

dienstleistenden zu treffen, als es für die Deckung des Bedarfs der Bevölkerung in den Niederlanden erforderlich sei. Gerade um diesen Bedarf zu decken, würden die meisten Vereinbarungen mit in den Niederlanden niedergelassenen Erbringern von Versorgungsdienstleistungen getroffen, da die Nachfrage der Versicherten selbstverständlich im Inland am größten sei.

51 Was schließlich die Frage angeht, ob im Sinne der Randnummer 103 des Urteils Smits und Peerbooms „die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig... erlangt werden kann", vertritt die Krankenkasse Zwijndrecht die Auffassung, dass die bloße Eintragung in eine Warteliste nicht bereits bedeuten könne, dass eine Behandlung nicht verfügbar sei. Sollte der Gerichtshof dies anders sehen, würde er die Voraussetzungen der Leistungsgewährung, deren Festlegung in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten falle, erheblich lockern. Zudem würde er für alle Planungs- und Rationalisierungsanstrengungen im Gesundheitswesen, die dazu dienten, Überkapazität, Unausgeglichenheiten im Angebot, Verschwendung und Verluste zu verhindern, Unsicherheit schaffen.

52 Die niederländische Regierung trägt hierzu vor, aus Randnummer 103 des Urteils Smits und Peerbooms gehe klar hervor, dass die Frist, innerhalb deren die medizinische Behandlung notwendig sei, nach Maßgabe des Gesundheitszustands und der Vorgeschichte des Patienten bestimmt werden müsse. Das nationale Gericht müsse prüfen, ob die Behandlung innerhalb dieser Frist verfügbar sei; es handele sich dabei um eine Tatsachenbeurteilung.

53 Die dänische, die deutsche, die spanische, die irische, die italienische und die schwedische Regierung, die Regierung des Vereinigten Königreichs sowie die isländische und die norwegische Regierung schließen sich insgesamt den vorstehenden Ausführungen an.

54 Im Einzelnen macht die spanische Regierung geltend, dass bei einem Krankenversicherungssystem, das ausschließlich Sachleistungen vorsehe, nicht zwischen

der Versorgung durch einen niedergelassenen Arzt und der Versorgung in einem Krankenhaus unterschieden zu werden brauche. Weiter führt die Regierung aus, dass, wenn ein Versicherter in einem anderen Mitgliedstaat als dem, in dem seine Krankenkasse niedergelassen sei, Leistungen der Gesundheitspflege in Anspruch nehme oder Arzneimittel kaufe, die von den Dienstleistenden oder Lieferern gezahlten Abgaben nicht in den Haushalt des Mitgliedstaats der Versicherungszugehörigkeit flössen; dadurch werde eine der Finanzierungsquellen der sozialen Sicherheit des letztgenannten Staates beeinträchtigt.

55 Nach Ansicht der irischen Regierung und der Regierung des Vereinigten Königreichs hätte es nachteilige Folgen für die Festlegung von Prioritäten bei der medizinischen Behandlung und die Führung der Wartelisten — wichtige Elemente der Organisation der Krankenversicherung —, wenn die Versicherten die Möglichkeit erhielten, sich zur Behandlung in einen anderen Mitgliedstaat als den der Versicherungszugehörigkeit zu begeben. Die Regierung des Vereinigten Königreichs trägt in diesem Zusammenhang vor, dass die dem National Health Service (NHS) bewilligten beschränkten finanziellen Mittel von örtlichen Gesundheitsbehörden verwaltet würden, die auf der Grundlage klinischer Bewertungen sowie von unter medizinischen Gesichtspunkten für verschiedene Behandlungen festgelegten Prioritäten Zeitpläne erstellten. Die Patienten hätten keinen Anspruch darauf, dass ihre Krankenhausbehandlung innerhalb einer bestimmten Frist erfolge. Könnten sie die Wartefrist verkürzen, indem sie ohne vorherige Genehmigung medizinische Behandlungen in anderen Mitgliedstaaten in Anspruch nähmen, und müsste die zuständige Kasse die Kosten solcher Behandlungen übernehmen, wäre das finanzielle Gleichgewicht des Systems gefährdet und stünden wesentlich weniger Mittel für dringendere Behandlungen zur Verfügung, was die Fähigkeit des NHS, eine angemessene Gesundheitsversorgung zu leisten, beeinträchtigen würde.

56 Die Regierung des Vereinigten Königreichs ergänzt, dass ihre eigenen Krankenhäuser im Fall einer Liberalisierung der Krankenhausleistungen nicht vorhersagen könnten, inwieweit die Nachfrage aufgrund der Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in anderen Mitgliedstaaten sinken und aufgrund einer möglichen Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen im Vereinigten Königreich durch Versicherte dieser anderen Staaten steigen würde. Derartige Wirkungen der Liberalisierung würden sich nicht notwendig ausgleichen und für jedes Krankenhaus im Vereinigten Königreich anders ausfallen.

57 Was die Frage angeht, nach welchen Kriterien zu bestimmen ist, ob die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig im Gebiet des Mitgliedstaats der Versicherungszugehörigkeit erlangt werden könnte, so verweist die Regierung des Vereinigten Königreichs ebenso wie die schwedische Regierung auf Artikel 22 Absatz 2 Unterabsatz 2 in Verbindung mit Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/81, wonach die erforderliche Genehmigung, sich in das Gebiet eines anderen Mitgliedstaats zu begeben, um dort eine Behandlung zu erhalten, dem Betreffenden nicht versagt werden dürfe, wenn er in Anbetracht seines derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit die Behandlung nicht in einem Zeitraum erhalten könne, der in dem Staat, in dem er wohne, normalerweise erforderlich sei. Ferner wird auf die Auslegung dieser Bestimmungen in Randnummer 10 des Urteils vom 31. Mai 1979 in der Rechtssache 182/78 (Pierik, Slg. 1979, 1977) verwiesen.

58 Die Regierung des Vereinigten Königreichs trägt insoweit vor, dass in der Praxis eine Genehmigung für die Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat im Vereinigten Königreich allgemein dann erteilt werde, wenn die Wartefrist für die Behandlung die maximale Wartefrist überschreite. Die nationalen Wartelisten berücksichtigten die verschiedenen Bedürfnisse verschiedener Patientengruppen und erlaubten die bestmögliche Zuweisung der Krankenhausressourcen. Sie könnten angepasst werden, so dass ein Patient, dessen Gesundheitszustand sich plötzlich verschlechtere, weiter oben auf die Warteliste gesetzt und binnen kürzester Frist behandelt werden könne. Würde man die zuständigen Behörden verpflichten, zu Lasten des NHS eine Versorgung im Ausland auch in Fällen zu genehmigen, in denen die reguläre Wartezeit nicht überschritten werde, so hätte dies nachteilige Folgen für die Verwaltung und die finanzielle Lebensfähigkeit des NHS.

59 Die Regierung des Vereinigten Königreichs unterstreicht die Besonderheiten des NHS und ersucht den Gerichtshof, den Grundsatz aufzustellen, dass die nach einem solchen nationalen Krankenversicherungssystem gewährte Gesundheitsversorgung nicht in den Geltungsbereich des Artikels 60 des Vertrages falle und dass der NHS, eine Einrichtung ohne Gewinnerzielungsabsicht, kein Dienstleistungserbringer im Sinne des Vertrages sei.

60 Nach Ansicht der dänischen Regierung besteht die Gefahr einer übermäßigen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, wenn Patienten kostenlos freien Zugang zur medizinischen Versorgung in anderen Mitgliedstaaten als dem der Niederlassung der Krankenkasse des Versicherten hätten, sowie die Gefahr, dass die Kompetenz der im Inland niedergelassenen Ärzte bei seltenen und komplizierten Erkrankungen nicht mehr auf angemessenem Niveau erhalten werden könne, wenn sich zahlreiche Patienten zur medizinischen Behandlung ins Ausland begäben.

61 Die belgische Regierung vertritt die Auffassung, dass die Besonderheit des niederländischen Systems, die darin bestehe, dass keine Kostenerstattung, sondern Sachleistungen garantiert würden, als solche keinen Grund des Allgemeininteresses darstelle, der eine Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs rechtfertige. Es sei danach zu differenzieren, ob die Leistungen außerhalb oder innerhalb eines Krankenhauses erbracht würden.

62 Im erstgenannten Fall sei nach dem erwähnten Urteil Kohll eine Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs unter keinen Umständen gerechtfertigt. Im zweitgenannten Fall rechtfertigten dagegen schwerwiegende Gründe, die mit der Erhaltung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit und der Aufrechterhaltung einer ausgewogenen und allen zugänglichen ärztlichen und klinischen Versorgung zusammenhingen, das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung, wenn es sich um Leistungen handele, die in einem Krankenhaus in einem anderen Mitgliedstaat als dem erbracht würden, in dem die Krankenkasse des Versicherten niedergelassen sei. Wäre keine vorherige Genehmigung erforderlich, so könnten zudem Mitgliedstaaten, in denen Wartelisten für Krankenhausaufenthalte existierten, dazu neigen, ihre Bürger zur Behandlung ins Ausland zu schicken, anstatt in ihre eigenen Infrastrukturen zu investieren, und so die Anstrengungen der übrigen Mitgliedstaaten im Bereich der Krankenhausplanung beeinträchtigen.

63 Die Kommission unterscheidet zwischen der Versorgung in einer Praxis, der sie die ambulante Versorgung in einer Krankenhausinfrastruktur gleichstellt, und der eigentlichen Krankenhausversorgung. Für die erste Kategorie hätten die Ausführungen im Urteil vom 28. April 1998 in der Rechtssache C-120/95 (Decker, Slg. 1998, I-1831) und im Urteil Kohll zu gelten; das Erfordernis einer vorherigen

Genehmigung sei demnach mit Ausnahme bestimmter Leistungen, vor allem zahnärztlicher, äußerst kostspieliger und spezialisierter Leistungen, mit dem Gemeinschaftsrecht unvereinbar. Bezüglich der zweiten Kategorie der Versorgung, die in einem Krankenhaus erfolge, seien die Ausführungen im Urteil Smits und Peerbooms heranzuziehen; das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung sei demnach durch den Planungsbedarf gerechtfertigt, die Genehmigung dürfe aber nur in den Grenzen versagt werden, die der Gerichtshof im letztgenannten Urteil gesetzt habe.

64 Was die Auslegung des Begriffes „rechtzeitig" in Randnummer 103 des Urteils Smits und Peerbooms angehe, sei, wie sich aus Randnummer 104 des Urteils ergebe, ausschließlich auf den Gesundheitszustand des Betroffenen abzustellen.

65 Die norwegische Regierung schließlich macht geltend, dass sich die Voraussetzungen der Leistungsgewährung und die Fristen, innerhalb deren die Leistungen erbracht werden könnten, allein nach nationalem Recht richteten. Das Gemeinschaftsrecht könne Patienten weder einen Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Versicherungszugehörigkeit verleihen, auf die sie in ihrem eigenen Mitgliedstaat keinen Anspruch hätten, noch einen Anspruch auf Behandlung innerhalb einer kürzeren Frist als der im nationalen Recht vorgesehenen. Andernfalls würde das Gemeinschaftsrecht in die Kompetenz der Mitgliedstaaten eingreifen, ihre Systeme der sozialen Sicherheit zu gestalten, und den Geltungsbereich der Bestimmungen des Vertrages über den freien Dienstleistungsverkehr überschreiten.

Würdigung durch den Gerichtshof

66 Aus den Akten ergibt sich, dass die Gründe, mit denen gerechtfertigt wird, dass Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Versicherungszugehörigkeit unabhängig davon, ob sie in einem Krankenhaus oder außerhalb davon erbracht werden, nur bei vorheriger Genehmigung von der Kranken-

versicherung gedeckt sind, erstens mit dem Schutz der öffentlichen Gesundheit zusammenhängen, da das System vertraglicher Vereinbarungen eine qualitativ hochwertige, ausgewogene sowie allen zugängliche ärztliche und klinische Versorgung gewährleisten solle, zweitens mit dem finanziellen Gleichgewicht der sozialen Sicherheit, da ein solches System den Trägern auch eine Beherrschung der Ausgaben durch Anpassung an den geplanten Bedarf nach vorab festgelegten Prioritäten erlaube, und drittens mit den wesentlichen Besonderheiten des Krankenversicherungssystems in den Niederlanden, das Sachleistungen gewähre.

Zur Gefahr einer Beeinträchtigung des Schutzes der öffentlichen Gesundheit

67 Nach der Rechtsprechung des Gerichtshofes kann das Ziel, eine qualitativ hochwertige, ausgewogene sowie allen zugängliche ärztliche und klinische Versorgung aufrechtzuerhalten, zu den Ausnahmen des Artikels 56 EG-Vertrag (nach Änderung jetzt Artikel 46 EG) zählen, soweit es zur Erreichung eines hohen Niveaus des Gesundheitsschutzes beiträgt (Urteile Kohll, Randnr. 50, sowie Smits und Peerbooms, Randnr. 73). Diese Bestimmung des Vertrages erlaubt es den Mitgliedstaaten insbesondere, den freien Dienstleistungsverkehr im Bereich der ärztlichen und klinischen Versorgung einzuschränken, soweit die Erhaltung eines bestimmten Umfangs der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder eines bestimmten Niveaus der Heilkunde im Inland für die Gesundheit oder sogar für das Überleben ihrer Bevölkerung erforderlich ist (Urteile Kohl, Randnr. 51, sowie Smits und Peerbooms, Randnr. 74).

68 Nach ständiger Rechtsprechung muss jedoch gewährleistet sein, dass Maßnahmen, die mit einer im Vertrag vorgesehenen Ausnahme oder auch mit einem zwingenden Grund des Allgemeininteresses gerechtfertigt werden, nicht über das hinausgehen, was zu diesem Zweck objektiv notwendig ist, und dass das gleiche Ergebnis nicht durch weniger einschneidende Regelungen erreicht werden kann (Urteile vom 4. Dezember 1986 in der Rechtssache 205/84, Kommission/Deutschland, Slg. 1986, 3755, Randnrn. 27 und 29, vom 26. Februar 1991 in der Rechtssache C-180/89, Kommission/Italien, Slg. 1991, I-709, Randnrn. 17 und 18, vom 20. Mai 1992 in der Rechtssache C-106/91, Ramrath, Slg. 1992, I-3351, Randnrn. 30 und 31, sowie Urteil Smits und Peerbooms, Randnr. 75).

69 Im vorliegenden Fall soll mit dem Vorbringen zur Rechtfertigung des Erfordernisses einer vorherigen Genehmigung dargetan werden, dass es, wenn sich Patienten ohne eine solche Genehmigung in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Versicherungszugehörigkeit behandeln lassen könnten, dem zuständigen Staat nicht mehr möglich wäre, in seinem Gebiet eine qualitativ hochwertige, ausgewogene sowie allen zugängliche ärztliche und klinische Versorgung und damit ein hohes Niveau des Gesundheitsschutzes zu gewährleisten.

70 Zum Argument der dänischen Regierung, dass die Kompetenz der Ärzte, die in Praxen oder Krankenhäusern arbeiteten, gefährdet wäre, da sich zahlreiche Patienten zur medizinischen Behandlung ins Ausland begeben würden, ist zu bemerken, dass es nicht durch konkrete Angaben untermauert wird.

71 Was das Ziel der Aufrechterhaltung einer ausgewogenen sowie allen zugänglichen ärztlichen und klinischen Versorgung angeht, so ist es eng mit der Art der Finanzierung des Systems der sozialen Sicherheit und der Ausgabenkontrolle verbunden, um die es nachstehend geht.

Zur Gefahr einer erheblichen Beeinträchtigung des finanziellen Gleichgewichts des Systems des sozialen Sicherheit

72 Zunächst ist daran zu erinnern, dass nach der Rechtsprechung des Gerichtshofes rein wirtschaftliche Gründe eine Beschränkung des elementaren Grundsatzes des freien Dienstleistungsverkehrs nicht rechtfertigen können (in diesem Sinne Urteil vom 5. Juni 1997 in der Rechtssache C-398/95, SETTG, Slg. 1997, I-3091, Randnr. 23, und Urteil Kohll, Randnr. 41).

73 Jedoch kann insbesondere soweit Auswirkungen auf das Gesamtniveau des Schutzes der öffentlichen Gesundheit möglich sind, eine erhebliche Gefährdung

des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit als solche ebenfalls einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses darstellen, der eine derartige Beschränkung rechtfertigen kann (Urteile Kohll, Randnr. 41, sowie Smits und Peerbooms, Randnr. 72).

74 Selbstverständlich kann die Übernahme der Kosten einer einzelnen Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat als dem Niederlassungsstaat der Krankenkasse eines bestimmten Versicherten niemals bedeutende Auswirkungen auf die Finanzierung des Systems der sozialen Sicherheit haben. Die Auswirkungen des freien Dienstleistungsverkehrs im Gesundheitswesen sind daher notwendig in ihrem Gesamtzusammenhang zu betrachten.

75 Dabei kann sich die Unterscheidung zwischen Krankenhausleistungen und Leistungen außerhalb eines Krankenhauses mitunter als schwierig erweisen. Insbesondere könnten bestimmte Leistungen, die in einem Krankenhaus erbracht werden, aber auch durch einen niedergelassenen Arzt in seiner Praxis oder in einem medizinischen Zentrum erbracht werden können, in diesem Zusammenhang Leistungen gleichgestellt werden, die außerhalb eines Krankenhauses erbracht werden. Jedoch ist weder zwischen den Parteien in den Ausgangsverfahren noch seitens der Mitgliedstaaten, die nach Artikel 20 der EG-Satzung des Gerichtshofes Erklärungen eingereicht haben, oder der Kommission erörtert geworden, ob die in Rede stehenden Behandlungen den Charakter einer Krankenhausbehandlung haben.

Zu den Krankenhausleistungen

76 Was Krankenhausleistungen angeht, wie sie Frau van Riet im Krankenhaus Deurne erbracht wurden, so hat der Gerichtshof bereits in den Randnummern 76 bis 80 seines Urteils Smits und Peerbooms Folgendes ausgeführt.

77 Bekanntlich müssen die Zahl der Krankenhäuser, ihre geografische Verteilung, ihr Ausbau und die Einrichtungen, über die sie verfügen, oder auch die Art der medizinischen Leistungen, die sie anbieten können, planbar sein.

78 Wie insbesondere das System der vertraglichen Vereinbarungen, um das es in den Ausgangsverfahren geht, zeigt, beruht eine derartige Planung im Allgemeinen auf verschiedenen Bestrebungen.

79 Zum einen bezweckt sie, in dem betreffenden Staat zu gewährleisten, dass ein ausgewogenes Angebot qualitativ hochwertiger Krankenhausversorgung ständig in ausreichendem Maß zugänglich ist.

80 Zum anderen soll sie dazu beitragen, die Kosten zu beherrschen und soweit wie möglich jede Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen zu verhindern. Eine solche Verschwendung wäre umso schädlicher, als der Sektor der Krankenhausversorgung bekanntlich erhebliche Kosten verursacht und wachsenden Bedürfnissen entsprechen muss, während die finanziellen Mittel, die für die Gesundheitspflege bereitgestellt werden können, unabhängig von der Art und Weise der Finanzierung nicht unbegrenzt sind.

81 Unter diesen Umständen erweist sich das Erfordernis, wonach die Kostenübernahme für eine in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Versicherungszugehörigkeit gewährte Krankenhausversorgung durch das nationale System der sozialen Sicherheit von einer vorherigen Genehmigung abhängig ist, als eine sowohl notwendige als auch angemessene Maßnahme.

82 Speziell für das durch die ZFW eingeführte System hat der Gerichtshof eindeutig festgestellt, dass jede Planungsanstrengung, die über das System der vertraglichen Vereinbarungen unternommen wird, um dazu beizutragen, ein Angebot an

Krankenhauspflege zu gewährleisten, das rationell, stabil, ausgewogen und gut zugänglich ist, automatisch vereitelt würde, wenn die Versicherten unter allen Umständen Krankenhäuser, ob in den Niederlanden oder in einem anderen Mitgliedstaat, aufsuchen könnten, mit denen ihre Krankenkasse keine vertragliche Vereinbarung geschlossen hat (Urteil Smits und Peerbooms, Randnr. 81).

83 Zwar steht das Gemeinschaftsrecht somit einem System der vorherigen Genehmigung für diese Kategorie von Leistungen nicht grundsätzlich entgegen, doch müssen die Voraussetzungen für die Erteilung einer derartigen Genehmigung in Anbetracht der erwähnten zwingenden Gründe gerechtfertigt sein und dem Erfordernis der Verhältnismäßigkeit genügen, auf das in Randnummer 68 des vorliegenden Urteils hingewiesen worden ist.

84 Ferner kann nach ständiger Rechtsprechung ein System der vorherigen behördlichen Genehmigung keine Ermessensausübung der nationalen Behörden rechtfertigen, die geeignet ist, den Bestimmungen des Gemeinschaftsrechts, insbesondere wenn sie eine Grundfreiheit wie die in Rede stehende betreffen, ihre praktische Wirksamkeit zu nehmen (Urteile vom 23. Februar 1995 in den Rechtssachen C-358/93 und C-416/93, Bordessa u. a., Slg. 1995, I-361, Randnr. 25, vom 14. Dezember 1995 in den Rechtssachen C-163/94, C-165/94 und C-250/94, Sanz de Lera u. a., Slg. 1995, I-4821, Randnrn. 23 bis 28, und vom 20. Februar 2001 in der Rechtssache C-205/99, Analir u. a., Slg. 2001, I-1271, Randnr. 37).

85 Daher ist ein System der vorherigen behördlichen Genehmigung nur dann trotz des Eingriffs in eine solche Grundfreiheit gerechtfertigt, wenn es auf objektiven und nichtdiskriminierenden Kriterien beruht, die im Voraus bekannt sind, damit dem Ermessen der nationalen Behörden Grenzen gesetzt werden, die seine missbräuchliche Ausübung verhindern (Urteil Analir u. a., Randnr. 38). Ein derartiges System der vorherigen behördlichen Genehmigung muss sich auch auf eine leicht zugängliche Verfahrensregelung stützen und geeignet sein, den Betroffenen zu garantieren, dass ihr Antrag innerhalb angemessener Frist sowie objektiv und unparteilich behandelt wird, wobei eine Versagung der Genehmigung im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens anfechtbar sein muss (Urteil Smits und Peerbooms, Randnr. 90).

86 In den Ausgangsverfahren wird nicht darüber gestritten, ob das niederländische Krankenversicherungssystem die ärztlichen und klinischen Behandlungen von Frau Müller-Fauré und Frau van Riet deckt. Streitig ist vielmehr, ob für die beiden Klägerinnen eine medizinische Notwendigkeit bestand, die betreffenden Behandlungen nicht in den Niederlanden, sondern in Deutschland und Belgien durchführen zu lassen. In den Randnummern 99 bis 107 des Urteils Smits und Peerbooms hat sich der Gerichtshof auch zu dieser Voraussetzung der Notwendigkeit der beabsichtigten Behandlung, von der die Erteilung der Genehmigung abhängt, geäußert.

87 Wie das vorlegende Gericht ausführt, geht aus dem Wortlaut von Artikel 9 Absatz 4 ZFW und Artikel 1 Rhbz hervor, dass diese Voraussetzung grundsätzlich unabhängig davon gilt, ob der Genehmigungsantrag eine Behandlung in einer Einrichtung in den Niederlanden, mit der die Krankenkasse des Versicherten keine vertragliche Vereinbarung geschlossen hat, oder in einer Einrichtung in einem anderen Mitgliedstaat betrifft.

88 In Bezug auf Krankenhausbehandlungen außerhalb der Niederlande führt das vorlegende Gericht aus, dass die Voraussetzung der Notwendigkeit der Behandlung in der Praxis dahin ausgelegt werde, dass die Behandlung nur dann genehmigt werden dürfe, wenn sich erweise, dass in den Niederlanden nicht rechtzeitig eine angemessene Behandlung vorgenommen werden könne. Die niederländische Regierung erklärt, aus Artikel 9 Absatz 4 ZFW in Verbindung mit Artikel 1 Rhbz ergebe sich, dass die Genehmigung nur dann zu versagen sei, wenn die Versorgung, die der Zustand des Versicherten erfordere, von Versorgungsdienstleistern geleistet werden könne, mit denen eine vertragliche Vereinbarung geschlossen worden sei.

89 Die Voraussetzung der Notwendigkeit der Behandlung, die in der in den Ausgangsverfahren in Rede stehenden Regelung vorgesehen ist, lässt sich im Hinblick auf Artikel 59 des Vertrages rechtfertigen, wenn sie so ausgelegt wird, dass die Genehmigung für eine Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat nur dann ihretwegen versagt werden kann, wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung erlangt werden

kann, mit der die Krankenkasse des Versicherten eine vertragliche Vereinbarung geschlossen hat (Urteil Smits und Peerbooms, Randnr. 103).

90 Bei der Beurteilung der Frage, ob eine Behandlung, die für den Patienten ebenso wirksam ist, rechtzeitig in einer Einrichtung verfügbar ist, die eine vertragliche Vereinbarung mit der Krankenkasse des Versicherten geschlossen hat, müssen die nationalen Behörden sämtliche Umstände jedes konkreten Falles beachten und haben dabei nicht nur den Gesundheitszustand des Patienten zum Zeitpunkt der Einreichung des Genehmigungsantrags und gegebenenfalls das Ausmaß seiner Schmerzen oder die Art seiner Behinderung, die z. B. die Ausübung einer Berufstätigkeit unmöglich machen oder außerordentlich erschweren könnte, sondern auch die Vorgeschichte des Patienten zu berücksichtigen (in diesem Sinne Urteil Smits und Peerbooms, Randnr. 104).

91 Der Gerichtshof hat in den Randnummern 105 und 106 des Urteils Smits und Peerbooms weiter festgestellt,

— dass die Voraussetzung der Notwendigkeit der Behandlung bei dieser Auslegung geeignet ist, im Inland ein ausreichendes, ausgewogenes und permanentes Angebot einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung aufrechtzuerhalten und die finanzielle Stabilität des Krankenversicherungssystems zu gewährleisten, und dass,

— wenn zahlreiche Versicherte die Versorgung in anderen Mitgliedstaaten in Anspruch nehmen würden, während die Krankenhäuser, die mit der Krankenkasse, der sie angehören, eine vertragliche Vereinbarung geschlossen haben, angemessene, gleiche oder gleichwertige Behandlungen anbieten, derartige Patientenströme sowohl den Grundsatz des Abschlusses vertraglicher Vereinbarungen als auch infolgedessen sämtliche Planungs- und Rationalisierungsanstrengungen in diesem äußerst wichtigen Sektor in Frage stellen könnten, die dazu dienen, die Überkapazität von Krankenhäusern,

Ungleichgewichte im Angebot an medizinischer Krankenhausversorgung und logistische wie auch finanzielle Verschwendung und Verluste zu verhindern.

92 Jedoch könnte eine Versagung der vorherigen Genehmigung, die nicht durch die Besorgnis einer Verschwendung oder von Verlusten infolge einer Überkapazität von Krankenhäusern motiviert wäre, sondern ausschließlich durch die Existenz von Wartelisten für die betreffende Krankenhausversorgung im Inland, ohne dass die konkreten Umstände des Gesundheitszustands des Patienten berücksichtigt würden, keine Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs darstellen, die wirklich gerechtfertigt wäre. Aus dem Vorbringen vor dem Gerichtshof ist nämlich nicht ersichtlich, dass eine solche Wartezeit unabhängig von rein wirtschaftlichen Erwägungen, die als solche eine Beschränkung des elementaren Grundsatzes des freien Dienstleistungsverkehrs nicht rechtfertigen können, zur Gewährleistung des Schutzes der öffentlichen Gesundheit erforderlich wäre. Eine zu lange oder unübliche Wartezeit wäre im Gegenteil eher geeignet, den Zugang zu einem ausgewogenen Komplex von qualitativ hochwertigen Krankenhausbehandlungen einzuschränken.

Zu den außerhalb eines Krankenhauses erbrachten Leistungen

93 Was medizinische Leistungen außerhalb eines Krankenhauses angeht, wie sie Frau Müller-Fauré und zum Teil Frau van Riet erbracht wurden, so haben insbesondere die Krankenkassen Zwijndrecht und Amsterdam sowie die niederländische Regierung vor dem Gerichtshof keine konkreten Angaben zur Untermauerung ihres Vorbringens gemacht, dass die den Versicherten gewährte Freiheit, sich ohne vorherige Genehmigung zur Inanspruchnahme derartiger Leistungen bei einem nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringer in einen anderen Mitgliedstaat als den der Niederlassung ihrer Krankenkasse zu begeben, das finanzielle Gleichgewicht des niederländischen Systems der sozialen Sicherheit erheblich beeinträchtigen könnte.

94 Zwar wirkt sich die Abschaffung der Voraussetzung der vertraglichen Vereinbarung für im Ausland erbrachte Leistungen auf die Möglichkeiten einer Kontrolle der Krankheitskosten im Mitgliedstaat der Versicherungszugehörigkeit aus.

95 Doch ergibt sich aus den Verfahrensakten nicht, dass die Aufhebung des Erfordernisses der vorherigen Genehmigung für diese Art der Versorgung ungeachtet der Sprachbarrieren, der räumlichen Entfernung, der Kosten eines Auslandsaufenthalts und des Mangels an Informationen über die Art der im Ausland geleisteten Versorgung derart viele Patienten veranlassen würde, sich ins Ausland zu begeben, dass dadurch das finanzielle Gleichgewicht des niederländischen Systems der sozialen Sicherheit erheblich gestört würde und infolgedessen das Gesamtniveau des Schutzes der öffentlichen Gesundheit gefährdet wäre, was eine Beschränkung des elementaren Grundsatzes des freien Dienstleistungsverkehrs wirksam rechtfertigen könnte.

96 Außerdem erfolgt die Versorgung im Allgemeinen in der Nähe des Wohnortes des Patienten in einer kulturellen Umgebung, die ihm vertraut ist und es ihm erlaubt, ein Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt aufzubauen. Abgesehen von Notfällen begeben sich die Patienten vor allem in den Grenzgebieten oder zur Behandlung spezieller Erkrankungen ins Ausland. Gerade in solchen Gebieten oder bei derartigen Erkrankungen neigen die niederländischen Krankenkassen außerdem dazu, ein System vertraglicher Vereinbarungen mit ausländischen Ärzten zu errichten, wie aus den beim Gerichtshof eingereichten Erklärungen hervorgeht.

97 Diese verschiedenen Umstände erscheinen geeignet, die finanziellen Auswirkungen einzuschränken, die die Aufhebung des Erfordernisses der vorherigen Genehmigung für eine Versorgung in der Praxis eines ausländischen Arztes auf das niederländische System der sozialen Sicherheit haben könnte.

98 Auf jeden Fall ist es allein Sache der Mitgliedstaaten, den Umfang des Krankenversicherungsschutzes für die Versicherten zu bestimmen, die deshalb, wenn sie sich ohne vorherige Genehmigung zur Versorgung in einen anderen Mitgliedstaat als den der Niederlassung ihrer Krankenkasse begeben, die Übernahme der Kosten für ihre Versorgung nur insoweit verlangen können, als das Krankenversicherungssystem des Mitgliedstaats der Versicherungszugehörigkeit eine Deckung garantiert.

Zu dem Vorbringen, das auf die wesentlichen Merkmale des niederländischen Krankenversicherungssystem gestützt wird

99 Die Krankenkasse Zwijndrecht sowie die niederländische, die spanische und die norwegische Regierung haben die Freiheit der Mitgliedstaaten betont, ein System der sozialen Sicherheit ihrer Wahl einzuführen. Im vorliegenden Fall könnten sich jedoch die Versicherten, wenn keine vorherige Genehmigung einzuholen sei, an nicht vertraglich gebundene Erbringer von Versorgungsdienstleistungen wenden mit der Folge, dass das niederländische Sachleistungssystem, dessen Funktionieren wesentlich vom System vertraglicher Vereinbarungen abhänge, in seiner Existenz gefährdet wäre. Darüber hinaus wären die niederländischen Behörden gezwungen, bei ihrer Organisation des Zugangs zur Gesundheitsversorgung Erstattungsmechanismen einzuführen, da die Versicherten, statt im Inland kostenlose Leistungen im Krankheitsfall in Anspruch zu nehmen, die zur Bezahlung der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen nötigen Beträge vorstrecken und eine gewisse Zeit bis zur Erstattung warten müssten. Die Mitgliedstaaten wären auf diese Weise gezwungen, die Grundsätze und die Struktur ihres Krankenversicherungssystems aufzugeben.

100 Insoweit ergibt sich aus einer ständigen Rechtsprechung, dass das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt lässt (u. a. Urteile vom 7. Februar 1984 in der Rechtssache 238/82, Duphar, Slg. 1984, 523, Randnr. 16, und vom 17. Juni 1997 in der Rechtssache C-70/95, Sodemare u. a., Slg. 1997, I-3395, Randnr. 27). In Ermangelung einer Harmonisierung auf Gemeinschaftsebene bestimmt somit das Recht jedes Mitgliedstaats, unter welchen Voraussetzungen Leistungen der sozialen Sicherheit gewährt werden (u. a. Urteile vom 24. April 1980 in der Rechtssache 110/79, Coonan, Slg. 1980, 1445, Randnr. 12, vom 4. Oktober 1991 in der Rechtssache C-349/87, Paraschi, Slg. 1991, I-4501, Randnr. 15, und vom 30. Januar 1997 in den Rechtssachen C-4/95 und C-5/95, Stöber und Piosa Pereira, Slg. 1997, I-511, Randnr. 36). Gleichwohl müssen die Mitgliedstaaten bei der Ausübung dieser Befugnis das Gemeinschaftsrecht beachten (Urteile Decker, Randnr. 23, und Kohll, Randnr. 19).

101 Dazu sind zwei Vorbemerkungen erforderlich.

102 Zum einen verpflichtet die Verwirklichung der durch den Vertrag garantierten Grundfreiheiten die Mitgliedstaaten unvermeidlich, einige Anpassungen in ihren nationalen Systemen der sozialen Sicherheit vorzunehmen, ohne dass dies als Eingriff in ihre souveräne Zuständigkeit in dem betreffenden Bereich angesehen werden könnte. Insoweit genügt ein Hinweis auf die Anpassungen, die sie in ihren Rechtsvorschriften über die soziale Sicherheit vornehmen mussten, um der Verordnung Nr. 1408/71 nachzukommen, insbesondere auch den in Artikel 69 der Verordnung vorgesehenen Voraussetzungen für die Zahlung von Leistungen bei Arbeitslosigkeit an Arbeitnehmer mit Wohnsitz im Gebiet anderer Mitgliedstaaten, da die nationalen Systeme keine derartige Unterstützung für die bei einem Arbeitsamt eines anderen Mitgliedstaats gemeldeten Arbeitslosen gewährleisteten.

103 Zum anderen verliert eine medizinische Leistung, wie sich bereits aus Randnummer 39 des vorliegenden Urteils ergibt, nicht deshalb ihren Charakter als Dienstleistung, weil ihre Kosten von einem nationalen Gesundheitsdienst oder einem Sachleistungssystem übernommen werden. Der Gerichtshof hat hierzu insbesondere festgestellt, dass eine in einem Mitgliedstaat erbrachte medizinische Leistung, die vom Patienten bezahlt wird, nicht schon allein deshalb nicht mehr in den Geltungsbereich des vom Vertrag gewährleisteten freien Dienstleistungsverkehrs fällt, weil die Erstattung der Kosten für die fragliche Versorgung nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats über die Krankenversicherung beantragt wird, die im Wesentlichen Sachleistungen vorsehen (Urteil Smits und Peerbooms, Randnr. 55). Es ist gerade das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung als Voraussetzung für die spätere Übernahme der Krankheitskosten, das, wie bereits in Randnummer 44 des vorliegenden Urteils bemerkt, den freien Dienstleistungsverkehr behindert, d. h. die Möglichkeit für den Patienten, sich an einen medizinischen Dienstleistungserbringer seiner Wahl in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Versicherungszugehörigkeit zu wenden. Unter dem Gesichtspunkt des freien Dienstleistungsverkehrs ist daher nicht danach zu unterscheiden, ob der Patient die angefallenen Kosten zahlt und später ihre Erstattung beantragt oder ob der Leistungserbringer die Zahlung direkt von der Krankenkasse oder aus dem Staatshaushalt erhält.

104 Unter Berücksichtigung dieser Erwägungen ist zu prüfen, ob die Aufhebung des Erfordernisses einer von den Krankenkassen erteilten vorherigen Genehmigung als Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer Gesundheitsversorgung außerhalb eines Krankenhauses in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Versicherungszugehörigkeit geeignet ist, die wesentlichen Merkmale des Systems des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in den Niederlanden in Frage zu stellen.

105 Erstens müssen bereits im Rahmen der Anwendung der Verordnung Nr. 1408/71 diejenigen Mitgliedstaaten, die ein Sachleistungssystem oder sogar einen nationalen Gesundheitsdienst errichtet haben, Mechanismen der nachträglichen Erstattung der Kosten für eine in einem anderen Mitgliedstaat als dem zuständigen durchgeführte Behandlung vorsehen. Das gilt z. B. für den Fall, dass die Formvorschriften nicht während des Aufenthalts des Betroffenen im letztgenannten Mitgliedstaat eingehalten werden konnten (vgl. Artikel 34 der Verordnung [EWG] Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung Nr. 1408/71) oder dass der zuständige Staat gemäß Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 die Behandlung im Ausland genehmigt hat.

106 Zweitens können, wie bereits in Randnummer 98 des vorliegenden Urteils festgestellt, Versicherte, die sich ohne vorherige Genehmigung zur Versorgung in einen anderen Mitgliedstaat als den der Niederlassung ihrer Krankenkasse begeben, die Übernahme der Krankheitskosten nur insoweit verlangen, als das Krankenversicherungssystem des Staates der Versicherungszugehörigkeit eine Deckung garantiert. So ergibt sich im vorliegenden Fall aus den Akten, dass die Krankenkasse Zwijndrecht in Anbetracht des Umfangs der von ihr garantierten Deckung von den 3 806,35 Euro, die Frau Müller-Fauré einem in Deutschland niedergelassenen Leistungserbringer gezahlt hat, auf jeden Fall nur 221,03 Euro übernehmen würde. Ebenso können dem Versicherten bei einer Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Versicherungszugehörigkeit auch die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung entgegengehalten werden, soweit sie weder diskriminierend sind noch die Freizügigkeit behindern. Das gilt insbesondere für das Erfordernis, vor einem Facharzt zunächst einen Allgemeinarzt zu konsultieren.

107 Drittens ist der zuständige Mitgliedstaat, der über ein Sachleistungssystem verfügt, durch nichts daran gehindert, die Erstattungsbeträge festzusetzen, auf die die Patienten, die in einem anderen Mitgliedstaat versorgt wurden, Anspruch haben, soweit diese Beträge auf objektiven, nichtdiskriminierenden und transparenten Kriterien beruhen.

108 Folglich ist im Licht der dem Gerichtshof vorgetragenen Umstände und Argumente nicht ersichtlich, dass die Aufhebung des Erfordernisses einer vorherigen Genehmigung, die die Krankenkassen ihren Versicherten für die Inanspruchnahme einer Gesundheitsversorgung — insbesondere wenn sie außerhalb eines Krankenhauses erfolgt — in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Versicherungszugehörigkeit erteilen, geeignet wäre, die wesentlichen Merkmale des niederländischen Krankenversicherungssystems zu beeinträchtigen.

109 Nach alledem sind die vorgelegten Fragen wie folgt zu beantworten:

— Die Artikel 59 und 60 des Vertrages sind dahin auszulegen, dass sie Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats nicht entgegenstehen, die wie die in den Ausgangsverfahren in Rede stehenden die Übernahme der Kosten für eine Krankenhausversorgung in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Niederlassung der Krankenkasse des Versicherten durch einen Leistungserbringer, mit dem diese Kasse keine vertragliche Vereinbarung getroffen hat, davon abhängig machen, dass die Kasse vorher ihre Genehmigung erteilt, und nach denen diese Genehmigung nur erteilt wird, wenn die medizinische Behandlung des Versicherten es erfordert. Die Genehmigung kann jedoch nur dann aus diesem Grund versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung erlangt werden kann, die eine vertragliche Vereinbarung mit der betreffenden Kasse getroffen hat;

— dagegen stehen die Artikel 59 und 60 des Vertrages diesen Rechtsvorschriften entgegen, wenn sie die Übernahme der Kosten für eine Versorgung, die in einem anderen Mitgliedstaat außerhalb eines Krankenhauses durch eine Person oder Einrichtung erfolgt, mit der die Krankenkasse des Versicherten keine vertragliche Vereinbarung getroffen hat, davon abhängig machen, dass die betreffende Kasse vorher ihre Genehmigung erteilt, auch wenn die fraglichen nationalen Rechtsvorschriften ein Sachleistungssystem einführen, in dessen Rahmen die Versicherten Anspruch nicht auf die Erstattung der Kosten für die medizinische Versorgung, sondern auf die Versorgung selbst haben, die kostenlos erfolgt.

Kosten

110 Die Auslagen der niederländischen, der belgischen, der dänischen, der deutschen, der spanischen, der irischen, der italienischen, der finnischen und der schwedischen Regierung, der Regierung des Vereinigten Königreichs, der isländischen und der norwegischen Regierung sowie der Kommission, die Erklärungen vor dem Gerichtshof abgegeben haben, sind nicht erstattungsfähig. Für die Parteien der Ausgangsverfahren ist das Verfahren ein Zwischenstreit in den bei dem vorlegenden Gericht anhängigen Rechtsstreitigkeiten; die Kostenentscheidung ist daher Sache dieses Gerichts.

Aus diesen Gründen

hat

DER GERICHTSHOF

auf die ihm vom Centrale Raad van Beroep mit Beschluss vom 6. Oktober 1999 vorgelegten Fragen für Recht erkannt:

— **Artikel 59 EG-Vertrag (nach Änderung jetzt Artikel 49 EG) und Artikel 60 EG-Vertrag (jetzt Artikel 50 EG) sind dahin auszulegen, dass sie Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats nicht entgegenstehen, die wie die in den Ausgangsverfahren in Rede stehenden die Übernahme der Kosten für eine Krankenhausversorgung in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Niederlassung der Krankenkasse des Versicherten durch einen Leistungserbringer, mit dem diese Kasse keine vertragliche Vereinbarung getroffen hat, davon abhängig machen, dass die Kasse vorher ihre Genehmigung erteilt, und**

nach denen diese Genehmigung nur erteilt wird, wenn die medizinische Behandlung des Versicherten es erfordert. Die Genehmigung kann jedoch nur dann aus diesem Grund versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung erlangt werden kann, die eine vertragliche Vereinbarung mit der betreffenden Kasse getroffen hat.

— Dagegen stehen die Artikel 59 und 60 des Vertrages diesen Rechtsvorschriften entgegen, wenn sie die Übernahme der Kosten für eine Versorgung, die in einem anderen Mitgliedstaat außerhalb eines Krankenhauses durch eine Person oder Einrichtung erfolgt, mit der die Krankenkasse des Versicherten keine vertragliche Vereinbarung getroffen hat, davon abhängig machen, dass die betreffende Kasse vorher ihre Genehmigung erteilt, auch wenn die fraglichen nationalen Rechtsvorschriften ein Sachleistungssystem einführen, in dessen Rahmen die Versicherten Anspruch nicht auf die Erstattung der Kosten für die medizinische Versorgung, sondern auf die Versorgung selbst haben, die kostenlos erfolgt.

Rodríguez Iglesias Wathelet Schintgen

Timmermans Edward La Pergola

Jann Macken Colneric

von Bahr Cunha Rodrigues

Verkündet in öffentlicher Sitzung in Luxemburg am 13. Mai 2003.

Der Kanzler

R. Grass

Der Präsident

G. C. Rodríguez Iglesias