URTEIL DES GERICHTSHOFS (Große Kammer)

5. Oktober 2010*

In der Rechtssache C-512/08

betreffend eine Vertragsverletzungsklage nach Art. 226 EG, eingereicht am 25. November 2008,

Europäische Kommission, vertreten durch N. Yerrell, G. Rozet und E. Traversa als Bevollmächtigte, Zustellungsanschrift in Luxemburg,

Klägerin,

gegen

Französische Republik, vertreten durch A. Czubinski und G. de Bergues als Bevollmächtigte,

Beklagte,

* Verfahrenssprache: Französisch.

unterstützt durch

Königreich Spanien, vertreten durch J. M. Rodríguez Cárcamo als Bevollmächtigten,

Republik Finnland, vertreten durch A. Guimaraes-Purokoski als Bevollmächtigte,

Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland, vertreten durch I. Rao, dann durch S. Ossowski als Bevollmächtigte, im Beistand von M.-E. Demetriou, Barrister,

Streithelfer,

erlässt

DER GERICHTSHOF (Große Kammer)

unter Mitwirkung der Präsidenten V. Skouris, der Kammerpräsidenten A. Tizzano, J. N. Cunha Rodrigues, K. Lenaerts (Berichterstatter) und J.-C. Bonichot, der Kammerpräsidentin C. Toader, sowie der Richter K. Schiemann, P. Kūris, E. Juhász, G. Arestis, A. Arabadjiev, J.-J. Kasel und M. Safjan,

Generalanwältin: E. Sharpston,
Kanzler: M.-A. Gaudissart, Referatsleiter,

aufgrund des schriftlichen Verfahrens und auf die mündliche Verhandlung vom 2. März 2010,

nach Anhörung der Schlussanträge der Generalanwältin in der Sitzung vom 15. Juli 2010

folgendes

Urteil

1 Mit ihrer Klage beantragt die Kommission der Europäischen Gemeinschaften, festzustellen, dass die Französische Republik dadurch gegen ihre Verpflichtungen aus Art. 49 EG verstoßen hat, dass sie zum einen die Kostenerstattung für medizinische Dienstleistungen, die in einem anderen Mitgliedstaat außerhalb eines Krankenhauses erbracht werden und den Einsatz medizinischer Großgeräte erfordern, die in Art. R. 712-2-II (jetzt Art. R. 6122-26) des Code de la santé publique (Gesetzbuch über das öffentliche Gesundheitswesen) aufgeführt sind, gemäß Art. R. 332-4 des Code de la sécurité sociale (Gesetzbuch über die soziale Sicherheit) von einer vorherigen Genehmigung abhängig macht und dass sie zum anderen weder in Art. R. 332-4 noch in einer anderen Vorschrift des französischen Rechts die Möglichkeit vorsieht, im französischen System sozialversicherten Patienten unter den in Randnr. 53 des Urteils vom 12. Juli 2001, Vanbraekel u. a. (C-368/98, Slg. 2001, I-5363), vorgesehenen Bedingungen eine ergänzende Kostenerstattung zu gewähren.

Rechtlicher Rahmen

Unionsrecht

2 Art. 22 Abs. 1 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, zuletzt geändert durch die Verordnung (EG) Nr. 1992/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18. Dezember 2006 (ABl. L 392, S. 1) (im Folgenden: Verordnung Nr. 1408/71), bestimmt:

„Ein Arbeitnehmer oder Selbständiger, der die nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates für den Leistungsanspruch erforderlichen Voraussetzungen, gegebenenfalls unter Berücksichtigung des Artikels 18, erfüllt und

a) bei dessen Zustand sich Sachleistungen während eines Aufenthalts im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen,

oder

…

c) der vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten hat, sich in das Gebiet eines anderen Mitgliedstaats zu begeben, um dort eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten,

hat Anspruch auf:

i) Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Trägers vom Träger des [Aufenthaltsorts] nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften, als ob er bei diesem versichert wäre; die Dauer der Leistungsgewährung richtet sich jedoch nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates;

…“

Nationales Recht

Code de la sécurité sociale

3 Die Kostenübernahme für medizinische Behandlungen, die Sozialversicherten des französischen Systems außerhalb Frankreichs erbracht werden, ist insbesondere in den Art. R. 332-3 und R. 332-4 des Code de la sécurité sociale geregelt, die mit dem Dekret Nr. 2005-386 vom 19. April 2005 über die Kostenübernahme für außerhalb Frankreichs erhaltene Behandlungen und zur Änderung des Code de la sécurité sociale (Zweiter Teil: Dekrete nach Anhörung des Conseil d'État) (JORF vom 27. April 2005, S. 7321) eingefügt wurden.

4 Diese Vorschriften des Code de la sécurité sociale sehen vor:

„Art. R. 332-3

Krankenkassen erstatten die Kosten von Behandlungen, die einer versicherten Person und ihren anspruchsberechtigten Angehörigen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erbracht wurden, unter den gleichen Bedingungen, wie wenn die Behandlung in Frankreich durchgeführt worden wäre, ohne dass die gewährte Erstattung die der versicherten Person entstandenen Kosten überschreiten darf und vorbehaltlich der in den Art. R. 332-4 bis R. 332-6 vorgesehenen Anpassungen.

Art. R. 332-4

Außer im Fall unvorhergesehener Behandlungen erstatten die Krankenkassen die Kosten von Sozialversicherten und ihren anspruchsberechtigten Angehörigen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums erbrachten, ihrem Zustand angemessenen Krankenhausbehandlungen oder Behandlungen, die den Einsatz der in Art. R. 712-2 Abschnitt II des Code de la santé publique genannten medizinischen Großgeräte erfordern, nur bei Vorliegen einer vorherigen Genehmigung.

Diese Genehmigung kann nur abgelehnt werden, wenn eine der beiden folgenden Voraussetzungen vorliegt:

1. Die vorgesehene Behandlung zählt nicht zu denjenigen, für die nach französischem Recht eine Erstattung vorgesehen ist;

2. die gleiche oder eine ebenso wirksame Behandlung kann unter Berücksichtigung der Verfassung des Patienten und der mutmaßlichen Entwicklung seiner Krankheit in einem angemessenen Zeitraum in Frankreich erlangt werden.

Der Sozialversicherte stellt den Antrag bei seiner Krankenkasse. Die Entscheidung wird vom medizinischen Untersuchungsdienst getroffen. Sie ist binnen einer der Dringlichkeit und Verfügbarkeit der vorgesehenen Behandlung entsprechenden Frist spätestens zwei Wochen nach Eingang des Antrags zuzustellen. Liegt nach Ablauf dieser Frist keine Antwort vor, gilt die Genehmigung als erteilt.

Ablehnende Entscheidungen müssen begründet werden und sind mit einer Klage nach den allgemeinen Rechtsnormen vor dem zuständigen Tribunal des affaires de sécurité sociale anfechtbar. Soweit sich die Anfechtung dieser Entscheidungen auf die durch den Vertrauensarzt vorgenommene Beurteilung des Gesundheitszustands des Patienten, der Angemessenheit der geplanten Behandlung im Hinblick auf diesen Zustand und die Frage, ob die in Frankreich verfügbare Behandlung gleich oder ebenso wirksam ist, bezieht, ist sie einem ärztlichen Gutachten nach Buch I Titel IV Kapitel I dieses Gesetzbuchs unterworfen."

5 Die Anwendung des Dekrets Nr. 2005-386 war Gegenstand des Rundschreibens DSS/DACI/2005/235 vom 19. Mai 2005 (im Folgenden: Rundschreiben vom 19. Mai 2005), das folgende Ausführungen enthält:

„Das Dekret Nr. 2005-386 … schließt die Integration der Gemeinschaftsrechtsprechung in Bezug auf die Dienstleistungsfreiheit und den freien Warenverkehr im Bereich der medizinischen Versorgung in das nationale Recht ab …

…

Es bestimmt die Voraussetzungen für die Kostenübernahme für im Ausland erhaltene Behandlungen nach Maßgabe des geografischen Gebiets, in dem sie durchgeführt worden sind: … sein Art. 3 fügt vier neue Artikel (R. 332-3, R. 332-4, R. 332-5 und R. 332-6) hinzu, die speziell Behandlungen [in der Europäischen Union / im Europäischen Wirtschaftsraum, im Folgenden: in der EU / im EWR] betreffen.

…

II — Kostenübernahme für in der EU / im EWR erhaltene Behandlungen (Art. R. 332-3, R. 332-4, R. 332-5 und R. 332-6)

Diese vier neuen Artikel betreffen speziell die in der EU / im EWR erhaltenen Behandlungen.

Sie bestehen aus einem Artikel von allgemeiner Tragweite, der den Grundsatz der Kostenübernahme für in einem anderen Mitgliedstaat erhaltene Behandlungen enthält, und drei Artikeln zur Anpassung an besondere Situationen.

…

B — Besondere Anpassungen (Art. R. 332-4, R. 332-5 und R. 332-6)

Die Art. R. 332-4, R. 332-5 und R. 332-6 ergänzen Art. R. 332-3, indem sie bestimmte Anpassungen des in diesem aufgestellten Grundsatzes an die folgenden Situationen vornehmen:

1 — Krankenhausbehandlungen (Art. R. 332-4)

— Art. R. 332-4 regelt die Erstattung von Krankenhausbehandlungen und den Einsatz der medizinischen Großgeräte — wie MRI, PET-Scanner usw. —, die in Art. R. 712-2-II des Code de la santé publique aufgelistet sind …, die auch außerhalb von Krankenhäusern in Arztpraxen zugänglich sind.

— Dieser Artikel ist nicht anwendbar auf unvorhergesehen während eines vorübergehenden (dienstlichen, familiären, touristischen usw.) Aufenthalts erhaltene Behandlungen, deren Kosten auf der Grundlage der Verordnungen [EWG] Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa unabhängig davon übernommen werden müssen, ob der Versicherte im Behandlungsstaat ein Gemeinschaftsdokument vorgelegt hat, das seine Rechte bescheinigt.

— Die Kostenübernahme für Krankenhausbehandlungen und den Einsatz medizinischer Großgeräte setzt weiterhin eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse des Versicherten voraus, der diese Leistungen in der EU / im EWR erhalten möchte.

— Der [Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften] lässt diese Einschränkung zu, da Krankenhausbehandlungen wie auch der Einsatz medizinischer Großgeräte bei völliger Zugangsfreiheit außerhalb des Staatsgebiets geeignet sind, die Organisation des Gesundheitssystems oder das finanzielle Gleichgewicht des Staates der Versicherungszugehörigkeit des Versicherten schwer zu beeinträchtigen.

Allerdings dürfen die Krankenversicherungsträger die Erteilung der vorherigen Genehmigung für diese Art von in einem anderen Mitgliedstaat geplanten Leistungen nicht systematisch in der Praxis verweigern.

Die vorherige Genehmigung darf nämlich nicht verweigert werden, wenn die Erstattung der beabsichtigten Leistungen in Frankreich vorgesehen ist und wenn diese Behandlung oder eine ebenso wirksame Behandlung in einem angemessenen Zeitraum, d. h. einem mit der Verfassung des Patienten und der mutmaßlichen Entwicklung seiner Krankheit zu vereinbarenden Zeitraum, in Frankreich nicht erlangt werden kann.

...

— Ablehnende Entscheidungen sind zu begründen. Der [Gerichtshof] verlangt im Fall der Ablehnung der vorherigen Genehmigung, dass die Entscheidung dem Versicherten genau die Gründe dafür nennt, dass ihm nicht gestattet wird, seine Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat zu erhalten. Somit kann der bloße Hinweis darauf, dass es Behandlungen gibt, die in Frankreich in einem angemessenen Zeitraum durchgeführt werden können, ohne zusätzliche nähere Angaben nicht als im Hinblick auf die Anforderungen des [Gerichtshofs] ausreichend angesehen werden. Ablehnende Entscheidungen müssen also, wenn dem Antragsteller geantwortet wird, dass eine ebenso wirksame Behandlung in Frankreich durchgeführt werden kann, Tatsachenelemente enthalten, die diese Behauptung stützen. Es wäre insbesondere zweckmäßig, eine Liste von Gesundheitseinrichtungen oder Heilbehandelnden zu übermitteln, die dem Patienten die notwendige Behandlung im erforderlichen Zeitraum anbieten können.

— In Gebieten, die unter einem mangelnden Angebot an speziellen Krankenhausbehandlungen oder medizinischen Großgeräten leiden, sollen die Krankenversicherungsträger die Kostenübernahme für bestimmte Kategorien geplanter Behandlungen in der EU / im EWR regelmäßig genehmigen. Ein kommendes Rundschreiben wird die Regionen und die Arten von Krankenhausbehandlungen oder medizinischen Großgeräten, die von dieser Bestimmung betroffen sind, näher bezeichnen."

6 Das Rundschreiben vom 19. Mai 2005 wurde durch das Rundschreiben DSS/DACI 2008-242 vom 21. Juli 2008 über die Übernahme der in einem anderen Mitgliedstaat der EU / des EWR erhaltenen Heilbehandlungen (im Folgenden: Rundschreiben vom 21. Juli 2008) geändert und ergänzt, in dem es u. a. heißt, dass „die Kassen die Rechtsprechung [Vanbraekel u. a.] zwar bereits anwenden", jedoch mit zahlreichen konkreten Schwierigkeiten konfrontiert seien. Der zuständige Minister verlangt in diesem Rundschreiben von den Verantwortlichen der zuständigen Träger „dennoch, weiterhin das Erforderliche zu unternehmen, um die Anordnung der Erstattung des Differenzbetrags bei Vorliegen eines Antrags des Versicherten umzusetzen".

Der Code de la santé publique

7 Art. L. 6121-1 des Code de la santé publique sieht vor:

„Ziel des Gesundheitsorganisationsplans ist es, die erforderlichen Entwicklungen des Angebots an Präventiv-, Heil- und Palliativleistungen vorzusehen und anzustoßen, um den Bedürfnissen der körperlichen und geistigen Gesundheit nachzukommen. Er enthält auch Behandlungsangebote zur Versorgung schwangerer Frauen und Neugeborener.

Der Gesundheitsorganisationsplan soll Anpassungen und Ergänzungen des Versorgungsangebots sowie Kooperationen insbesondere der Gesundheitseinrichtungen anregen. Er legt die Ziele fest, um die Qualität, die Zugänglichkeit und die Effizienz der Gesundheitsorganisation zu verbessern.

Er berücksichtigt das Gefüge der Mittel der Gesundheitseinrichtungen, der niedergelassenen Ärzte und des sozialmedizinischen und sozialen Sektors sowie das Versorgungsangebot der benachbarten Regionen und der Grenzgebiete.

Ein Erlass des Gesundheitsministers legt die Liste der Themen, Gesundheitsdienstleistungen und Großgeräte fest, die in einem Gesundheitsorganisationsplan zwingend enthalten sein müssen.

Der Gesundheitsorganisationsplan wird auf der Grundlage einer Beurteilung der Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung und ihrer Entwicklung unter Berücksichtigung demografischer und epidemiologischer Daten und des medizintechnischen Fortschritts sowie nach einer Analyse des bestehenden Versorgungsangebots in quantitativer und qualitativer Hinsicht erstellt.

Der Gesundheitsorganisationsplan kann jederzeit ganz oder teilweise geändert werden. Er wird mindestens alle fünf Jahre neu geprüft."

8 Art. L. 6122-1 dieses Gesetzbuchs bestimmt:

„Vorhaben in Bezug auf die Errichtung jeder Einrichtung zur Gesundheitsversorgung, die Schaffung, Umwandlung und Zusammenlegung von Gesundheitsdienstleistungen, einschließlich in Form von Alternativen zu Krankenhausaufenthalten, und die Installation medizinischer Großgeräte erfordern eine vorherige Genehmigung durch die regionale Krankenhausbehörde.

Die Liste der Gesundheitsdienstleistungen und der medizinischen Großgeräte, die einer Genehmigung bedürfen, wird mit Dekret des Conseil d'État festgelegt."

9 Art. R. 6122-26 des Code de la santé publique, der Art. R. 712-2-II dieses Gesetzbuchs wiedergibt, bestimmt:

„Die nachfolgend aufgezählten medizinischen Großgeräte bedürfen der Genehmigung nach Art. L. 6122-1:

1. Szintillationskamera mit oder ohne Positron-Emission-Koinzidenz-Detektor, Emissions-Tomograf oder Positron-Kamera (‚PET-Scanner');

2. Kernspintomografiegerät oder Kernspinresonanzspektrometer für den klinischen Gebrauch;

3. Scanner für den medizinischen Gebrauch;

4. Überdruckkammer;

5. Zyklotron für den medizinischen Gebrauch."

Vorprozessuales Verfahren

10 Auf eine Beschwerde hin übersandte die Kommission der Französischen Republik am 18. Oktober 2006 ein Mahnschreiben, mit dem sie die Unvereinbarkeit von Art. R. 332-4 des Code de la sécurité sociale mit Art. 49 EG in seiner Auslegung durch den Gerichtshof geltend machte. Zur Stützung dieser Behauptung wurden drei spezielle Rügen angeführt. Diese richteten sich gegen

— das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung für die Erstattung der Kosten für bestimmte in einem anderen Mitgliedstaat außerhalb eines Krankenhauses durchgeführte Heilbehandlungen;

— das Fehlen einer Vorschrift, die das Übersenden einer förmlichen Empfangsbestätigung an denjenigen vorsieht, der eine vorherige Genehmigung auf Übernahme in einem anderen Mitgliedstaat in einem Krankenhaus erbrachter Heilbehandlungen gestellt hat;

— das Fehlen einer Vorschrift, nach der einem Sozialversicherten des französischen Systems unter den in Randnr. 53 des oben angeführten Urteils Vanbraekel u. a. vorgesehenen Bedingungen eine ergänzende Erstattung gewährt werden könne.

11 In Randnr. 53 des Urteils Vanbraekel wird ausgeführt:

„…

[Art. 49 EG] ist so auszulegen, dass dann, wenn die Erstattung von Kosten, die durch in einem Aufenthaltsmitgliedstaat erbrachte Krankenhausdienstleistungen veranlasst worden sind, die sich aus der Anwendung der in diesem Staat geltenden Regelung ergibt, niedriger als diejenige ist, die sich aus der Anwendung der im Mitgliedstaat der Versicherungszugehörigkeit geltenden Rechtsvorschriften im Fall einer Krankenhauspflege in diesem Staat ergeben würde, dem Sozialversicherten vom zuständigen Träger eine ergänzende Erstattung gemäß dem genannten Unterschied zu gewähren ist."

12 Die Französische Republik antwortete mit Schreiben vom 1. März 2007 auf dieses Mahnschreiben.

13 In Bezug auf die erste Rüge teilte die Französische Republik ihre Absicht mit, Art. R. 332-4 des Code de la sécurité sociale im von der Kommission verlangten Sinn zu ändern und in Erwartung dieser Änderung ein Rundschreiben herauszugeben, das die Einhaltung der sich aus dem Unionsrecht ergebenden Anforderungen sicherstellen sollte.

14 Die Französische Republik hielt die zweite Rüge für unbegründet und machte hierzu geltend, die französischen Sozialversicherungsträger seien als Verwaltungsbehörden im Sinne der nationalen Rechtsvorschriften über die Rechte des Bürgers in seinen Beziehungen mit der Verwaltung gehalten, demjenigen, der einen Antrag auf vorherige Genehmigung der Übernahme geplanter Heilbehandlungen stelle, eine förmliche Empfangsbestätigung zu übersenden, in der insbesondere das Datum des Antragseingangs und die Frist, bei deren Ablauf der Antrag als genehmigt angesehen werden könne, genannt würden.

15 Zur dritten Rüge machte die Französische Republik geltend, dass der von der Kommission angeführte Umstand auf die Unsicherheit in Bezug auf die exakte Tragweite des Urteils Vanbraekel u. a. zurückzuführen sei, die zwischen den Mitgliedstaaten auf der Ebene des Rates der Europäischen Union debattiert werden müsse. Unter Hinweis auf das Rundschreiben DSS/DACI/2003/286 vom 16. Juni 2003 über die Anwendung der Regelung zur Gewährleistung des Zugangs der Versicherten eines französischen Systems der sozialen Sicherheit zu Heilbehandlungen innerhalb der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums (im Folgenden: Rundschreiben vom 16. Juni 2003) führte sie allerdings ferner aus, dass sie keineswegs beabsichtige, die betreffenden Sozialversicherten über die Existenz des mit diesem Urteil festgestellten Rechts auf eine ergänzende Erstattung in Unkenntnis zu lassen. Im Übrigen mäßen die französischen Verwaltungsbehörden diesem Urteil in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung der Cour de cassation eine große Tragweite bei.

16 Im Hinblick auf diese Antwort übersandte die Kommission der Französischen Republik am 23. Oktober 2007 eine mit Gründen versehene Stellungnahme, mit der sie erklärte, die zweite in ihrem Mahnschreiben erhobene Rüge zurückzuziehen und ihre beiden anderen Rügen aufrechtzuerhalten, und diesen Mitgliedstaat aufforderte, die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um dieser mit Gründen versehenen Stellungnahme binnen einer Frist von zwei Monaten ab deren Zugang nachzukommen.

17 In ihrer Antwort vom 13. Dezember 2007 auf die mit Gründen versehene Stellungnahme verwies die Französische Republik auf den bevorstehenden Erlass eines Dekrets zur Anpassung des Art. R. 332-4 des Code de la sécurité sociale an die Anforderungen des Unionsrechts und zur Ergänzung der Art. R. 332-2 bis R. 332-6 dieses

Gesetzbuchs in Bezug auf den im Urteil Vanbraekel u. a. vorgesehenen Anspruch auf ergänzende Erstattung. Sie gab ferner an, dass ein Rundschreiben, das das Rundschreiben vom 19. Mai 2005 ersetzen solle, kurz vor der Fertigstellung stehe.

18 Auf ein an sie gerichtetes Erinnerungsschreiben der Kommission vom 10. Juni 2008 hin übermittelte die Französische Republik dieser das Rundschreiben vom 21. Juli 2008. Darüber hinaus führte sie eine Reihe technischer Schwierigkeiten an, die den endgültigen Erlass der in ihrer Antwort auf die mit Gründen versehene Stellungnahme angekündigten Reform des Code de la sécurité sociale verzögert hätten.

19 Da die Kommission diese Erläuterungen für unbefriedigend hielt, beschloss sie, die vorliegende Klage zu erheben.

Zur Klage

Zur ersten Rüge: Erfordernis einer vorherigen Genehmigung für die Übernahme außerhalb eines Krankenhauses in einem anderen Mitgliedstaat geplanter Behandlungen, die den Einsatz medizinischer Großgeräte erfordern

Vorbringen der Verfahrensbeteiligten

20 Die Kommission macht geltend, das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung für die Kostenübernahme für außerhalb von Krankenhäusern in einem anderen Mitgliedstaat zugängliche Behandlungen, die den Einsatz medizinischer Großgeräte erforderten, stelle eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs dar.

21 Ein solches Erfordernis könne zwar durch Planungsziele zum Zweck der sozialen Absicherung von in einem anderen Mitgliedstaat vorgesehenen Krankenhausbehandlungen gerechtfertigt sein, sei dagegen im Bereich der Behandlungen außerhalb von Krankenhäusern nicht gerechtfertigt, wie der Gerichtshof in den Urteilen vom 28. April 1998, Kohll (C-158/96, Slg. 1998, I-1931), und vom 13. Mai 2003, Müller-Fauré und van Riet (C-385/99, Slg. 2003, I-4509), entschieden habe.

22 Die Kommission ist im Hinblick auf Randnr. 75 des oben angeführten Urteils Müller-Fauré und van Riet der Auffassung, eine Krankenhausleistung sei dadurch gekennzeichnet, dass die in Rede stehende Leistung nicht außerhalb von Krankenhäusern erbracht werden könne, so dass das Festhalten am Erfordernis einer vorherigen Genehmigung im Fall von Behandlungen, die den Einsatz von Großgeräten erforderten, aber außerhalb der Infrastrukturen von Krankenhäusern zugänglich seien, nicht objektiv gerechtfertigt sei.

23 Eine Reihe von Gesichtspunkten, wie beispielsweise die Anwendung von im Mitgliedstaat der Versicherungszugehörigkeit geltenden Deckungsgrenzen und Voraussetzungen der Gewährung von Leistungen der sozialen Sicherheit, die sprachlichen und geografischen Faktoren, der Mangel an Informationen über die Art der in den anderen Mitgliedstaaten verfügbaren Gesundheitsleistungen oder die Reisekosten, die mit dem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat zu medizinischen Zwecken verbunden seien, ließen die Annahme zu, dass der Wegfall des Erfordernisses einer vorherigen Genehmigung für Behandlungen, die den Einsatz medizinischer Großgeräte erforderten, nicht zu einer massiven Abwanderung von im französischen System Sozialversicherten in die anderen Mitgliedstaaten führen und das finanzielle Gleichgewicht des nationalen Systems der sozialen Sicherheit nicht gefährden würde.

24 Die Französische Republik, unterstützt durch das Königreich Spanien, die Republik Finnland und das Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland, hält diese erste Rüge für unbegründet.

25 Diese Mitgliedstaaten machen geltend, die Rechtsprechung des Gerichtshofs, nach der eine Maßnahme der vorherigen Genehmigung für die Kostenübernahme für in einem anderen Mitgliedstaat erbrachte Krankenhausbehandlungen durch die zuständige Einrichtung unter Berufung auf Ziele der globalen Planung zulässig sei (vgl. Urteile Müller-Fauré und van Riet, Randnrn. 67 und 77 bis 80, sowie vom 16. Mai 2006, Watts, C-372/04, Slg. 2006, I-4325, Randnrn. 104 und 108 bis 111), sei auf Fälle medizinischer Leistungen, die den Einsatz medizinischer Großgeräte außerhalb von Krankenhaus-Infrastrukturen erforderten, im Hinblick auf die sehr hohen Kosten dieser Geräte sowie ihre Auswirkungen auf den Haushalt der Systeme der sozialen Sicherheit übertragbar.

Würdigung durch den Gerichtshof

26 Vorab ist festzustellen, dass das streitige Erfordernis einer vorherigen Genehmigung nach dem Wortlaut des Art. R. 332-4 des Code de la sécurité sociale nicht den Fall „unvorhergesehener Behandlungen" betrifft, d. h. Behandlungen, deren Erforderlichkeit sich während eines vorübergehenden Aufenthalts des Sozialversicherten in einem anderen Mitgliedstaat herausstellt. Wie sich aus den von der Kommission vorgelegten Schriftsätzen ergibt, ist die erste Rüge somit auf den Fall der sogenannten „geplanten Behandlungen" beschränkt, d. h. der Behandlungen, die der Sozialversicherte in einem anderen Mitgliedstaat zu erhalten beabsichtigt.

27 Zum anderen ist darauf hinzuweisen, dass die Rüge sich nicht auf einen mutmaßlichen Verstoß gegen Art. 22 Abs. 1 Buchst. c der Verordnung Nr. 1408/71 bezieht; nach dieser Vorschrift ist der zuständige Träger, abgesehen von besonderen Situationen, die insbesondere mit dem Gesundheitszustand des Versicherten oder der Dringlichkeit der erforderlichen Behandlung zusammenhängen (vgl. in diesem Sinne Urteil vom 5. Oktober 2010, Elchinov, C-173/09, Slg. 2010, I-8889, Randnrn. 45 und 51), berechtigt, die Kostenübernahme für in einem anderen Mitgliedstaat geplante Behandlungen durch den Träger des Aufenthaltsmitgliedstaats nach Maßgabe der in diesem Mitgliedstaat geltenden Deckungsregelung für seine eigene Rechnung von einer vorherigen Genehmigung abhängig zu machen.

28 Die erste Rüge, die auf Art. 49 EG gestützt ist, zielt folglich darauf ab, feststellen zu lassen, dass das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung für die Kostenübernahme durch den zuständigen Träger gemäß der im Versicherungsmitgliedstaat geltenden Deckungsregelung für Behandlungen, die außerhalb eines Krankenhauses in einem anderen Mitgliedstaat geplant sind und den Einsatz medizinischer Großgeräte erfordern, mit dieser Vorschrift unvereinbar ist.

29 Nach diesen einleitenden Klarstellungen ist daran zu erinnern, dass in Ermangelung einer Harmonisierung auf der Ebene der Union das Recht jedes Mitgliedstaats u. a. bestimmt, unter welchen Voraussetzungen Leistungen der sozialen Sicherheit gewährt werden, die Behandlungen wie diejenigen abdecken, auf die sich die erste Rüge bezieht. Gleichwohl müssen die Mitgliedstaaten bei der Ausübung dieser Befugnis das Unionsrecht beachten, insbesondere die Bestimmungen über den freien Dienstleistungsverkehr (vgl. in diesem Sinne Urteil vom 15. Juni 2010, Kommission/Spanien, C-211/08, Slg. 2010, I-5267, Randnr. 53 und die dort angeführte Rechtsprechung).

30 Nach ständiger Rechtsprechung fallen entgeltliche medizinische Leistungen in den Anwendungsbereich dieser Bestimmungen, ohne dass danach zu unterscheiden wäre, ob die Versorgung in einem Krankenhaus oder außerhalb eines solchen erbracht wird (vgl. insbesondere Urteile vom 18. März 2004, Leichtle, C-8/02, Slg. 2004, I-2641, Randnr. 28, Watts, Randnr. 86, und vom 19. April 2007, Stamatelaki, C-444/05, Slg. 2007, I-3185, Randnr. 19).

31 Auch ist wiederholt entschieden worden, dass der freie Dienstleistungsverkehr die Freiheit der Leistungsempfänger, insbesondere der Personen, die eine medizinische Behandlung benötigen, einschließt, sich zur Inanspruchnahme dieser Dienstleistungen in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben, ohne durch Beschränkungen beeinträchtigt zu werden (vgl. in diesem Sinne insbesondere Urteile Watts, Randnr. 87, und Kommission/Spanien, Randnr. 49).

32 Im vorliegenden Fall ist das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung, von der nach der fraglichen nationalen Regelung die Kostenübernahme durch den zuständigen Träger gemäß der im Mitgliedstaat des Trägers geltenden Deckungsregelung für Behandlungen außerhalb eines Krankenhauses, die in einem anderen Mitgliedstaat geplant sind und die den Einsatz medizinischer Großgeräte erfordern, geeignet, die Sozialversicherten des französischen Systems davon abzuschrecken oder sogar daran zu hindern, sich an die Erbringer medizinischer Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat zu wenden, um die fraglichen Behandlungen zu erhalten. Es stellt daher sowohl für diese Versicherten als auch für die Leistungserbringer eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs dar (vgl. in diesem Sinne Urteile Müller-Fauré und van Riet, Randnrn. 44 und 103, und Watts, Randnr. 98).

33 Zur objektiven Rechtfertigung einer solchen Beschränkung ist darauf hinzuweisen, dass der Gerichtshof wiederholt entschieden hat, dass Zwänge einer Planung, die zum einen im betreffenden Mitgliedstaat gewährleisten soll, dass ein ausgewogenes Angebot qualitativ hochwertiger Versorgung ständig ausreichend zugänglich ist, und zum anderen dazu beitragen soll, die Kosten zu beherrschen und, so weit wie möglich, jede Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen zu verhindern, es rechtfertigen können, die Kostenübernahme für in einem anderen Mitgliedstaat vorgesehene Behandlungen durch den zuständigen Träger dem Erfordernis einer vorherigen Genehmigung zu unterwerfen (vgl. in diesem Sinne Urteile vom 12. Juli 2001, Smits und Peerbooms, C-157/99, Slg. 2001, I-5473, Randnrn. 76 bis 81, Müller-Fauré und van Riet, Randnrn. 76 bis 81, und Watts, Randnrn. 108 bis 110).

34 Diese Überlegungen, die sich auf in Krankenhäusern erbrachte medizinische Leistungen beziehen, können für medizinische Leistungen, die den Einsatz medizinischer Großgeräte beinhalten, ebenfalls herangezogen werden, auch wenn diese Leistungen, wie die von der ersten Rüge der Kommission betroffenen, außerhalb von Krankenhäusern erbracht werden.

35 Insofern ist festzustellen, dass der Gerichtshof in Randnr. 75 des Urteils Müller-Fauré und van Riet, nachdem er auf die Schwierigkeit einer Unterscheidung zwischen den Begriffen „Krankenhausleistungen" und „Leistungen außerhalb eines Krankenhauses" hingewiesen hat, zwar ausgeführt hat, dass 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 können, die außerhalb eines Krankenhauses erbracht werden.

36 Entgegen der von der Kommission vertretenen Position kann aus dieser Stelle des Urteils jedoch nicht abgeleitet werden, dass Erwägungen in Bezug auf Planungszwänge durch den Umstand, dass Behandlungen, die den Einsatz medizinischer Großgeräte erfordern, außerhalb eines Krankenhauses erbracht werden können, jede Relevanz verlören.

37 Die in Art. R. 6122-26 des Code de la santé publique abschließend aufgezählten medizinischen Großgeräte müssen aber unabhängig von der Umgebung, in der sie aufgestellt oder benutzt werden können, ob innerhalb oder außerhalb von Krankenhäusern, Gegenstand einer Planungspolitik sein können, wie sie durch die in Rede stehende nationale Regelung definiert wird, insbesondere, was ihre Zahl und ihre geografische Verteilung betrifft, um dazu beizutragen, im gesamten Staatsgebiet ein Angebot an Spitzenbehandlungsleistungen zu gewährleisten, das rationell, stabil, ausgewogen und gut zugänglich ist, aber auch, um jede Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen so weit wie möglich zu verhindern.

38 Eine solche Verschwendung wäre umso schädlicher, als die Bedingungen für die Aufstellung, die Funktion und die Benutzung der in Art. R. 6122-26 des Code de la santé publique abschließend aufgezählten medizinischen Großgeräte besonders hohe Kosten verursachen, während die Haushaltsmittel, die die Mitgliedstaaten für eine Spitzenversorgung und insbesondere die Subventionierung solcher Geräte bereitstellen können, unabhängig von der Art und Weise der Finanzierung nicht unbegrenzt sind (vgl. entsprechend, in Bezug auf Arzneimittel, Urteile vom 19. Mai 2009, Kommission/Italien, C-531/06, Slg. 2009, I-4103, Randnr. 57, sowie Apothekerkammer des Saarlandes u. a., C-171/07 und C-172/07, Slg. 2009, I-4171, Randnr. 33).

39 So haben die Französische Republik und das Vereinigte Königreich, ohne dass die Kommission dem widersprochen hätte, am Beispiel des bei der Krebserkennung und -behandlung verwendeten Positronenemissionstomografen dargestellt, dass diese Geräte Kosten in Höhe von Hunderttausenden oder sogar Millionen Euro verursachen, was sowohl ihre Anschaffung als auch ihre Aufstellung und Benutzung betrifft.

40 Wenn aber die Sozialversicherten des französischen Systems auf Rechnung des zuständigen Trägers Behandlungen, die den Einsatz medizinischer Großgeräte wie der im Code de la santé publique abschließend aufgezählten erfordern, frei und unter allen Umständen bei Leistungserbringern in anderen Mitgliedstaaten erhalten könnten, beeinträchtigte dies sowohl die Planungsanstrengungen der nationalen Behörden als auch das finanzielle Gleichgewicht des Angebots an Spitzenbehandlungsleistungen.

41 Eine solche Möglichkeit könnte nämlich zu einer zu geringen Auslastung der im Versicherungsmitgliedstaat aufgestellten und von diesem subventionierten medizinischen Großgeräte und auch zu einer unangemessenen Belastung des Haushalts der sozialen Sicherheit dieses Mitgliedstaats führen.

42 Angesichts dieser Gefahren für die Organisation der öffentlichen Gesundheitspolitik und für das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit stellt das Erfordernis, das darin besteht, die Kostenübernahme durch den zuständigen Träger gemäß der in seinem Mitgliedstaat geltenden Deckungsregelung für eine geplante Behandlung außerhalb eines Krankenhauses in einem anderen Mitgliedstaat, die den Einsatz von in Art. R. 6122-26 des Code de la santé publique aufgeführten medizinischen Großgeräten erfordert, abgesehen von besonderen Situationen, wie sie in Randnr. 27 des vorliegenden Urteils genannt sind, von einer vorherigen Genehmigung durch diesen Träger abhängig zu machen, beim gegenwärtigen Stand des Unionsrechts eine gerechtfertigte Einschränkung dar (vgl. entsprechend Urteil Müller-Fauré und van Riet, Randnr. 81).

43 Nach ständiger Rechtsprechung muss ein System der vorherigen Genehmigung auf objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien beruhen, die im Voraus bekannt sind, damit dem Ermessen der nationalen Behörden Grenzen gesetzt werden, die seine missbräuchliche Ausübung verhindern. Ein derartiges Genehmigungssystem muss außerdem auf einem leicht zugänglichen Verfahren beruhen und geeignet sein, den Betroffenen zu garantieren, dass ihr Antrag innerhalb angemessener Frist sowie objektiv und unparteiisch behandelt wird, wobei eine Versagung der Genehmigung im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens anfechtbar sein muss (vgl. in diesem Sinne Urteile Smits und Peerbooms, Randnr. 90, Müller-Fauré und van Riet, Randnr. 85, sowie Watts, Randnr. 116).

44 Im vorliegenden Fall hat die Kommission in Bezug auf die verfahrens- und materiellrechtlichen Vorschriften des in Rede stehenden Systems der vorherigen Genehmigung, insbesondere die abschließenden Voraussetzungen, unter denen diese Genehmigung gemäß Art. R. 332-4 des Code de la sécurité sociale abgelehnt werden kann, keine spezifischen Rügen vorgebracht.

45 Unter diesen Umständen ist die mit der ersten Rüge behauptete Verletzung von Art. 49 EG nicht dargetan. Folglich ist diese Rüge zurückzuweisen.

Zur zweiten Rüge: Fehlen einer Vorschrift des französischen Rechts, nach der ein Sozialversicherter des französischen Systems Anspruch auf eine ergänzende Erstattung unter den in Randnr. 53 des oben angeführten Urteils Vanbraekel u. a. vorgesehenen Bedingungen hat

Vorbringen der Verfahrensbeteiligten

46 Die Kommission macht geltend, dass ein Sozialversicherter des französischen Systems bei Fehlen einer Vorschrift des französischen Rechts, nach der unter den in

Randnr. 53 des Urteils Vanbraekel u. a. genannten Bedingungen eine ergänzende Erstattung gewährt werden könne, keinen Anspruch auf eine solche Erstattung habe. Somit sei die Folgerung aus diesem Urteil nicht im französischen Recht durchgeführt worden.

47 Zudem könne eine bloße Verwaltungspraxis nicht als rechtswirksame Erfüllung der Verpflichtungen aus dem EG-Vertrag angesehen werden. Im Übrigen belegten die Rundschreiben vom 16. Juni 2003, 19. Mai 2005 und 21. Juli 2008, die das Gesundheitsministerium an die französischen Sozialversicherungsträger gerichtet habe, dass in den französischen Rechtsvorschriften Unklarheiten bestünden, die eine Fehleinschätzung hervorrufen und es damit den Sozialversicherten des französischen Systems unmöglich machen könnten, ihr sich aus dem Urteil Vanbraekel u. a. ergebendes Recht tatsächlich auszuüben.

48 Die von der Französischen Republik erwähnten Fälle von Sozialversicherten, die eine ergänzende Erstattung gemäß diesem Urteil erhalten hätten oder kurz davor stünden, eine solche Erstattung zu erhalten, reichten nicht aus, um die tatsächliche Beachtung der Rechte der im französischen System Sozialversicherten insgesamt darzutun.

49 Die Französische Republik, die insoweit in der mündlichen Verhandlung vom Königreich Spanien unterstützt worden ist, macht geltend, dass wegen der unmittelbaren Wirkung des Art. 49 EG sowie der Verpflichtung der nationalen Gerichte, die Rechte zu wahren, die dieser Artikel dem Einzelnen gewähre, für die Gewährung des Anspruchs auf ergänzende Erstattung durch diese Vorschrift gemäß den in Randnr. 53 des Urteils Vanbraekel u. a. genannten Bedingungen keine besondere Umsetzungsvorschrift in einer Regelung des nationalen Rechts erforderlich sei. Art. R. 332-3 des Code de la sécurité sociale erfasse insbesondere die Konstellation, auf die in dieser Randnr. 53 abgestellt werde. Die in diesem Urteil vorgesehene Lösung sei im Übrigen von der Cour de cassation in einem Urteil vom 28. März 2002 tatsächlich angewandt worden.

50 Unter diesen Umständen reiche ein Rundschreiben, mit dem die zuständigen Träger auf diese Lösung hingewiesen werden sollten, aus, um deren Umsetzung zu gewährleisten. Die zu diesem Zweck erlassenen Rundschreiben hätten ferner praktische Auswirkungen nach sich gezogen, wie die Einrichtung eines Centre national des soins à l'étranger (Nationales Zentrum für Auslandsbehandlungen) im Jahr 2006 zeige, dessen Aufgabe es sei, im Einklang u. a. mit dieser Lösung die Anträge auf Erstattung für Behandlungen zu bearbeiten, die Sozialversicherten des französischen Systems in einem anderen Mitgliedstaat oder in einem Drittstaat gewährt worden seien.

Würdigung durch den Gerichtshof

51 In Randnr. 53 des Urteils Vanbraekel u. a. hat der Gerichtshof im Zusammenhang mit in einem anderen Mitgliedstaat erbrachten geplanten Behandlungen, bei denen die für die Kostenübernahme durch den zuständigen Träger erforderliche Genehmigung unberechtigt versagt wurde, Art. 49 EG dahin ausgelegt, dass dann, wenn die Erstattung von Kosten, die durch im Aufenthaltsmitgliedstaat erbrachte Krankenhausdienstleistungen veranlasst worden sind, die sich aus der Anwendung der in diesem Mitgliedstaat geltenden Regelung ergibt, niedriger als diejenige ist, die sich aus der Anwendung der im Mitgliedstaat der Versicherungszugehörigkeit geltenden Rechtsvorschriften im Fall einer Krankenhauspflege in diesem Staat ergeben würde, dem Sozialversicherten vom zuständigen Träger eine ergänzende Erstattung gemäß dem genannten Unterschied zu gewähren ist.

52 Wie der Gerichtshof später klargestellt hat, ist das Recht des Sozialversicherten auf diese ergänzende Erstattung durch die im Aufenthaltsmitgliedstaat tatsächlich angefallenen Kosten begrenzt (vgl. in diesem Sinne Urteil Watts, Randnrn. 131 und 143).

53 Hierzu ist darauf hinzuweisen, dass Art. 49 EG in seiner Auslegung gemäß Randnr. 53 des Urteils Vanbraekel u. a. als unmittelbar anwendbare Bestimmung des Vertrags für alle Behörden der Mitgliedstaaten einschließlich der Verwaltungsbehörden und Gerichte verbindlich ist, die deshalb zu seiner Beachtung verpflichtet sind, ohne dass der Erlass nationaler Durchführungsbestimmungen erforderlich wäre (vgl. in diesem

Sinne Urteile vom 15. Oktober 1986, Kommission/Italien, 168/85, Slg. 1986, 2945, Randnr. 11, und vom 21. Februar 2008, Kommission/Italien, C-412/04, Slg. 2008, I-619, Randnrn. 67 und 68).

54 Die Möglichkeit für die Rechtsbürger, sich vor den innerstaatlichen Behörden auf diese Bestimmung in ihrer Auslegung durch den Gerichtshof zu berufen, stellt jedoch nur eine Mindestgarantie dar und reicht nicht aus, um für sich allein die uneingeschränkte Anwendung dieser Bestimmung zu gewährleisten (vgl. in diesem Sinne Urteile vom 20. März 1986, Kommission/Niederlande, 72/85, Slg. 1986, 1219, Randnr. 20, vom 15. Oktober 1986, Kommission/Italien, Randnr. 11, sowie vom 5. März 1996, Brasserie du pêcheur und Factortame, C-46/93 und C-48/93, Slg. 1996, I-1029, Randnr. 20).

55 Die Rechtsordnung des fraglichen Mitgliedstaats darf nämlich außerdem keine unklare Situation entstehen lassen, die die betroffenen Normadressaten bezüglich der ihnen eröffneten Möglichkeiten, sich auf diese mit unmittelbarer Wirkung versehene Bestimmung des Unionsrechts zu berufen, in einem Zustand der Ungewissheit lassen könnte (vgl. in diesem Sinne Urteil vom 15. Oktober 1986, Kommission/Italien, Randnr. 11, sowie Urteile vom 26. Februar 1991, Kommission/Italien, C-120/88, Slg. 1991, I-621, Randnr. 9, und Kommission/Spanien, C-119/89, Slg. 1991, I-641, Randnr. 8).

56 Hierzu ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es im Rahmen eines Vertragsverletzungsverfahrens nach Art. 226 EG der Kommission obliegt, das Vorliegen der behaupteten Vertragsverletzung nachzuweisen, indem sie dem Gerichtshof die erforderlichen Anhaltspunkte liefert, anhand deren er das Vorliegen der Vertragsverletzung prüfen kann (vgl. u. a. Urteil vom 29. April 2010, Kommission/Deutschland, C-160/08, Slg. 2010, I-3713, Randnr. 116 und die dort angeführte Rechtsprechung).

57 Im vorliegenden Fall ist erstens festzustellen, dass Art. R. 332-3 des Code de la sécurité sociale, wie durch das Rundschreiben vom 19. Mai 2005 bestätigt wird, den allgemeinen Grundsatz aufstellt, wonach der zuständige französische Träger die

Kosten der einem Sozialversicherten des französischen Systems in einem anderen Mitgliedstaat oder in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gewährten Behandlungen „unter den gleichen Bedingungen, wie wenn die Behandlung in Frankreich durchgeführt worden wäre", und in den Grenzen der dem Sozialversicherten tatsächlich entstandenen Kosten übernimmt.

58 Diese Bestimmung umfasst mit ihrem allgemein gehaltenen Wortlaut das Recht auf eine ergänzende Erstattung zulasten des zuständigen französischen Trägers in der Konstellation, auf die in Randnr. 53 des Urteils Vanbraekel u. a. abgestellt wird, was die Kommission im Übrigen während des Verfahrens vor dem Gerichtshof zur Kenntnis genommen hat.

59 Diese Feststellung wird nicht durch die „in den Art. R. 332-4 bis R. 332-6 [des Code de la sécurité sociale] vorgesehenen Anpassungen" in Frage gestellt, auf die Art. R. 332-3 dieses Code verweist und die sich auf das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung für die Kostenübernahme bestimmter Arten von in einem anderen Mitgliedstaat erbrachten Behandlungen, auf die französischen Sozialversicherungsträgern eröffnete Möglichkeit, mit in einem anderen Mitgliedstaat oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum niedergelassenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung Vereinbarungen über die Aufenthaltsbedingungen der Sozialversicherten des französischen Systems in diesen Einrichtungen und die Erstattungsmodalitäten für die diesen dort gewährten Behandlungen abzuschließen, sowie auf die Voraussetzungen der Kostenübernahme für in einem Labor für biomedizinische Analysen in einem anderen Mitgliedstaat oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum durchgeführte Analysen beziehen.

60 Wie die Französische Republik in der mündlichen Verhandlung ausgeführt hat, hat die Kommission im Übrigen keine Vorschrift des französischen Rechts genannt, die der Anwendung der in Randnr. 53 des Urteils Vanbraekel u. a. vorgesehenen Lösung entgegenstünde.

61 Zweitens ist festzustellen, dass die Kommission im vorliegenden Fall keine Entscheidungen innerstaatlicher Gerichte angeführt hat, in denen das Recht geleugnet worden wäre, das sich für die Sozialversicherten des französischen Systems in der Konstellation, auf die in Randnr. 53 des Urteils Vanbraekel u. a. abgestellt wird, aus Art. 49 EG ergibt.

62 Im Gegenteil hat die Klägerin im Verfahren vor dem Gerichtshof das Urteil der Cour de cassation vom 28. März 2002 zur Kenntnis genommen, in dem entschieden wurde, dass „aus den Bestimmungen des Art. 49 [EG] in der Auslegung durch den Gerichtshof [im Urteil Vanbraekel u. a.] hervorgeht, dass die Kasse des Versicherungsorts die ihrem Versicherten in einem anderen Mitgliedstaat entstandenen Kosten nach dem Tarif zu erstatten hat, der für die gleiche Behandlung in Frankreich gilt, so dass, wenn die in Anwendung der im Aufenthaltsstaat geltenden Vorschriften geleistete Erstattung niedriger als diejenige ist, die sich aus der Anwendung der im Versicherungsstaat geltenden Rechtsvorschriften ergeben würde, dem Sozialversicherten vom zuständigen Träger eine ergänzende Erstattung gemäß dem genannten Unterschied zu gewähren ist“.

63 Drittens hat die Kommission im vorliegenden Fall nicht die Existenz einer Verwaltungspraxis dargetan, die darin bestünde, Sozialversicherten des französischen Systems das Recht auf ergänzende Erstattung in der Konstellation, auf die in Randnr. 53 des Urteils Vanbraekel u. a. abgestellt wird, vorzuenthalten.

64 Sie hat im Gegenteil in der mit Gründen versehenen Stellungnahme die in der Antwort der Französischen Republik auf das Mahnschreiben enthaltenen Angaben zur Kenntnis genommen, nach denen die französischen Sozialversicherungsträger die im Urteil Vanbraekel u. a. vorgesehene Lösung in Übereinstimmung mit dem oben in Randnr. 62 angeführten Urteil der Cour de cassation vom 28. März 2002 weit anwenden.

65 Das Ziel der von der zuständigen Ministerialbehörde herausgegebenen Rundschreiben vom 16. Juni 2003, 19. Mai 2005 und 21. Juli 2008 bestand entgegen der von der Kommission vor dem Gerichtshof vertretenen Position nicht darin, eine angeblich unklare Lage zu klären. Sie zielten auch nicht auf die Beendigung angeblich uneinheitlicher Praktiken der französischen Sozialversicherungsträger ab, von denen einige dazu geführt hätten, dass die im Urteil Vanbraekel u. a. vorgesehene Lösung nicht angewandt worden sei.

66 Wie die Kommission selbst in ihrer mit Gründen versehenen Stellungnahme festgestellt hat, enthielt das Rundschreiben vom 16. Juni 2003 eine bloße Beschreibung der in diesem Urteil entwickelten Lösung für die betroffenen Träger. Das Ziel des Rundschreibens vom 19. Mai 2005 bestand, wie sich aus den Auszügen aus diesem Rundschreiben in der Akte ergibt, darin, die Tragweite der durch das Dekret Nr. 2005-386 eingeführten Art. R. 332-3 bis R. 332-6 des Code de la sécurité sociale zu erläutern. Das Rundschreiben vom 21. Juli 2008 enthält die Feststellung, dass „die Kassen [diese Lösung] bereits anwenden", und fordert sie dazu auf, trotz der konkreten Schwierigkeiten, mit denen sie insbesondere wegen des Fehlens eines Vergleichsmaßstabs für die Kosten ein und derselben Behandlung in Frankreich und in den anderen Mitgliedstaaten sowie wegen der Langsamkeit der Zusammenarbeit zwischen den betroffenen nationalen Trägern bei der Berechnung des Ergänzungsbetrags konfrontiert seien, „weiterhin das Erforderliche zu unternehmen, um die Anordnung der Erstattung des Differenzbetrags … umzusetzen".

67 Zwar trifft es zu, dass gemäß der von der Kommission angeführten ständigen Rechtsprechung des Gerichtshofs eine bloße Verwaltungspraxis, die die Verwaltung naturgemäß beliebig ändern kann und die nur unzureichend bekannt ist, im Kontext mit dem Unionsrecht nicht zu vereinbarender innerstaatlicher Rechtsvorschriften nicht als rechtswirksame Erfüllung der Verpflichtungen aus dem Vertrag angesehen werden kann (vgl. insbesondere Urteile vom 13. März 1997, Kommission/Frankreich, C-197/96, Slg. 1997, I-1489, Randnr. 14, vom 9. März 2000, Kommission/Italien, C-358/98, Slg. 2000, I-1255, Randnr. 17, und vom 10. März 2005, Kommission/Vereinigtes Königreich, C-33/03, Slg. 2005, I-1865, Randnr. 25), jedoch stützt unter diesen Umständen das Fehlen eines Nachweises einer dem Unionsrecht zuwiderlaufenden Verwaltungspraxis die Feststellung, dass die französische Regelung, insbesondere Art. R. 332-3 des Code de la sécurité sociale, keine Situation schafft, die geeignet

wäre, den Sozialversicherten des französischen Systems die Rechte vorzuenthalten, die ihnen nach Art. 49 EG in der Auslegung des Urteils Vanbraekel u. a. zustehen.

68 Viertens hat die Kommission im vorliegenden Fall keine Klage im Zusammenhang mit einer angeblichen Ablehnung eines französischen Sozialversicherungsträgers, einem Sozialversicherten das Recht auf eine ergänzende Erstattung in der Konstellation, auf die in Randnr. 53 des Urteils Vanbraekel u. a. abgestellt wird, zu gewähren, festgestellt. Im Gegenteil hat die Französische Republik im Verfahren vor dem Gerichtshof mehrere Beispiele für Fälle von Sozialversicherten des französischen Systems vorgelegt, die sich in der Situation befanden, auf die in Randnr. 53 des Urteils Vanbraekel u. a. abgestellt wird, und die eine ergänzende Erstattung gemäß diesem Urteil erhalten haben oder unmittelbar davor standen, eine solche Erstattung zu erhalten.

69 Aus den vorstehenden Erwägungen ergibt sich, dass die Kommission nicht nachgewiesen hat, dass die französische Rechtsordnung eine Situation schafft, die geeignet wäre, den Sozialversicherten des französischen Systems das Recht auf eine ergänzende Erstattung in der Konstellation, auf die in Randnr. 53 des Urteils Vanbraekel u. a. abgestellt wird, vorzuenthalten.

70 Damit ist die zweite Rüge zurückzuweisen.

71 Folglich ist die Klage insgesamt abzuweisen.

Kosten

72 Nach Art. 69 § 2 der Verfahrensordnung ist die unterliegende Partei auf Antrag zur Tragung der Kosten zu verurteilen. Da die Französische Republik die Verurteilung der Kommission beantragt hat und diese mit ihrem Vorbringen unterlegen ist, sind ihr die Kosten aufzuerlegen. Nach Art. 69 § 4 Unterabs. 1 der Verfahrensordnung tragen das Königreich Spanien, die Republik Finnland und das Vereinigte Königreich, die dem Rechtsstreit als Streithelfer beigetreten sind, ihre eigenen Kosten.

Aus diesen Gründen hat der Gerichtshof (Große Kammer) für Recht erkannt und entschieden:

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Europäische Kommission trägt die Kosten.

3. Das Königreich Spanien, die Republik Finnland sowie das Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland tragen ihre eigenen Kosten.

Unterschriften