SCHLUSSANTRÄGE DES GENERALANWALTS DÁMASO RUIZ-JARABO COLOMER

vom 24. Oktober 2002 [1]

1. Der niederländische Centrale Raad van Beroep ersucht den Gerichtshof gemäß Artikel 234 EG um Auslegung der Artikel 21, 22 Absatz 1 Buchstabe c, 28 und 31 der Verordnung Nr. 1408/71 [2].

Es geht um die Klärung der Frage, ob sich ein Rentner, der nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats Anspruch auf eine Rente hat, oder einer seiner Familienangehörigen mit Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat, in dem er von der Krankenversicherung gemäß Artikel 28 der Verordnung Nr. 1408/71 Sachleistungen zu denselben Bedingungen wie Rentner dieses Mitgliedstaats erhält, dies jedoch zu Lasten des Trägers der sozialen Sicherheit des Staates, der zur Zahlung der Rente verpflichtet ist, frei in das Gebiet dieses Mitgliedstaats begeben kann, um medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen.

I. Die Sachverhalte der beiden Ausgangsverfahren

A — *Das Verfahren des Herrn Van der Duin*

2. Herr Van der Duin, geboren 1944 in den Niederlanden, zog 1989 nach Frankreich und wurde dort Mitglied der Krankenversicherung (Caisse primaire d'assurance maladie, im Folgenden: CPAM). Seit August 1990 hat er Anspruch auf Leistungen gemäß dem Gesetz über die allgemeine Arbeitsunfähigkeit (Algemene Arbeidsongeschiktheidswet) und dem Gesetz über die Versicherung gegen Arbeitsunfähigkeit (Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering), berechnet nach einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 80 bis 100 %. Ab 1990 wurde die Mitgliedschaft bei der CPAM auf Artikel 28 der Verordnung Nr. 1408/71 und Artikel 29 der Verordnung Nr. 574/72 [3] gestützt, unter Vorlage eines E-121-Vordrucks, der Anspruch auf

1 — Originalsprache: Spanisch.

2 — Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. L 149, S. 2) in der Fassung der Verordnung (EWG) Nr. 2001/83 des Rates vom 2. Juni 1983 zur Änderung und Aktualisierung der Verordnung Nr. 1408/71 und der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 (ABl. L 230, S. 6).

3 — Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (ABl. L 74, S. 1) in der durch die Verordnung (EG) Nr. 3095/95 des Rates vom 22. Dezember 1995 zur Änderung der Verordnung Nr. 1408/71, der Verordnung Nr. 574/72, der Verordnung (EWG) Nr. 1247/92 und der Verordnung (EWG) Nr. 1945/93 (ABl. L 335, S. 1) aktualisierten Fassung.

Leistungen nach dem Recht des Staates gibt, der zur Zahlung der Rente verpflichtet ist [4].

3. 1993 erlitt Herr Van der Duin einen schweren Unfall, dessentwegen er sich in Frankreich ein Jahr lang ärztlich behandeln lassen musste. Ende 1994 kehrte er zur Behandlung einer posttraumatischen Dystrophie der rechten Hand in die Niederlande zurück und lag dort vom 31. Januar 1995 bis zum 29. März 1995 in einem Krankenhaus in Rotterdam. Danach ließ er sich wieder in den Niederlanden nieder und beendete seine Mitgliedschaft bei der CPAM am 18. August 1995.

4. Die Krankenhäuser, in denen Herr Van der Duin behandelt worden war, wandten sich an den Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit Onderlinge Waarborgmaatschappij ANOZ Zorgverzekeringen U.A. [5] (im Folgenden: ANOZ Zorgverzekeringen), damit dieser die Kosten erstatte. Als dieser feststellte, dass Herr Van der Duin zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistungen in Frankreich wohnhaft war, machte er geltend, dass die Voraussetzung des Artikels 22 Absatz 1 Buchstabe a der Verordnung Nr. 1408/71 nicht erfüllt sei. Er verweigerte daher die Kostenerstattung mit der Begründung, dass die CPAM ihnen keine Erstattung auf der Grundlage des E-111-Vordrucks gewähren würde [6].

Später sandte ANOZ Zorgverzekeringen der CPAM einen E-107-Vordruck [7] und bat diese, für Herrn Van der Duin einen rückwirkenden E-112-Vordruck [8] zu übermitteln. Gestützt auf diesen Vordruck hätte man Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c anwenden können, und die niederländische Krankenversicherung hätte einen Erstattungsanspruch gehabt. Die CPAM verweigerte jedoch die Ausstellung des angeforderten Vordrucks.

Demzufolge lehnte ANOZ Zorgverzekeringen mit Bescheid vom 24. November 1995 die Kostenübernahme für den Krankenhausaufenthalt und die Rehabilitation in den Niederlanden ab, so dass sich die Krankenhäuser mit ihren Forderungen unmittelbar an Herrn Van der Duin wandten [9].

4 — Zur Durchführung der Verordnung Nr. 1408/71 und der Verordnung Nr. 574/72 musste die nach Artikel 80 der Verordnung Nr. 1408/71 eingesetzte Verwaltungskommission der Europäischen Gemeinschaften für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer verschiedene, in allen Amtssprachen abgefasste Vordrucke anerkennen, die im Allgemeinen als Bescheinigungen verwendet werden. Die in dieser Rechtssache erwähnten Formblätter wurden mit Beschluss Nr. 130 vom 17. Oktober 1985 anerkannt.

5 — Dies ist gemäß den schriftlichen Erklärungen der niederländischen Regierung die Krankenversicherung, bei der Bezieher einer Rente nach dem niederländischen Recht, die nicht in den Niederlanden wohnen und nach einer Verordnung des Rates Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung haben, pflichtversichert sind.

6 — In Bezug auf den Anspruch auf Sachleistungen wegen Krankheit während eines Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat.

7 — Zum Beantragen einer Bescheinigung über das Bestehen eines Anspruchs auf Sachleistungen.

8 — Über die Aufrechterhaltung der Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung.

9 — Die Rechnungen beliefen sich auf 60 896,80 NLG (= 27 633,76 Euro).

5. Der Widerspruchsausschuss des Ziekenfondsraad (Commissie voor beroepszaken van de Ziekenfondsraad), an den man sich wenden muss, wenn man einen Rechtsbehelf einlegen will, hielt den Bescheid für zutreffend.

6. Die Arrondissementsrechtbank Herzogenbusch stellte mit Urteil vom 2. Dezember 1998 fest, dass die Klage gegen den ablehnenden Bescheid unbegründet sei, weil kein Fall der „dringlichen Hilfe" im Sinne von Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a der Verordnung Nr. 1408/71 vorgelegen habe und ANOZ Zorgverzekeringen es aus gutem Grund abgelehnt habe, Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c in Verbindung mit Ziffer i anzuwenden, da der französische Krankenversicherungsträger keine Genehmigung erteilt habe. Herr Van der Duin legte gegen dieses Urteil beim Centrale Raad van Beroep Berufung ein.

B — *Das Verfahren von Frau Van Wegberg-van Brederode*

7. Frau Van Wegberg-van Brederode, 1948 geboren, zog im März 1995 zusammen mit ihrem Ehegatten von den Niederlanden nach Spanien um. Ihr Ehegatte bezieht seit Vollendung des 65. Lebensjahrs im Mai 1995 gemäß dem Gesetz über die allgemeine Altersversicherung (Algemene Ouderdomswet) eine niederländische Rente. Beide sind nach der niederländischen Ziekenfondswet (Krankenversicherungsgesetz) krankenversichert.

Gegen Vorlage eines E-121-Vordrucks im Sinne von Artikel 29 der Verordnung Nr. 574/72 wurde der Ehegatte gemäß Artikel 28 der Verordnung Nr. 1408/71 Mitglied bei dem spanischen Krankenversicherungsträger Servei Català de la Salut. Dies ist der im Gebiet ihres Wohnorts für die Gewährung medizinischer Leistungen zuständige Krankenversicherungsträger. Die Ehegattin wurde dort als Familienangehörige aufgenommen.

8. Im März 1996 wandte sich die Ehegattin wegen Schmerzen an einen spanischen Gynäkologen, der ihr riet, sich einer Operation zur Entfernung der Gebärmutter zu unterziehen. In Anbetracht ihrer Krankengeschichte und der sprachlichen Probleme kamen sie überein, dass es das Beste wäre, wenn sie in die Niederlande zurückkehrte, um sich von ihrem früheren behandelnden Gynäkologen in den Niederlanden operieren zu lassen. Sie wurde am 19. April 1996 in den Niederlanden operiert.

9. Das Krankenhaus wandte sich an ANOZ Zorgverzekeringen mit der Bitte um Erstattung der Operationskosten. Dies wurde am 25. April 1997 mit der Begründung abgelehnt, dass die Voraussetzung des Artikels 22 Absatz 1 Buchstabe a der Verordnung Nr. 1408/71 nicht erfüllt sei und der zuständige Träger den für beabsichtigte Behandlungen unerlässlichen

E-112-Vordruck nicht ausgestellt habe. Am 9. September 1997 erklärte ANOZ Zorgverzekeringen den Widerspruch gegen den Bescheid in Anbetracht der einstimmig erlassenen Stellungnahme des Widerspruchsausschusses des Ziekenfondsraad für unbegründet.

10. Zur selben Zeit ersuchte die Ehegattin den spanischen Krankenversicherungsträger, den E-112-Vordruck rückwirkend auszustellen; dies wurde ihr aber verweigert, weil die Operation in Spanien hätte erfolgen können. Im April 1997 übermittelte ANOZ Zorgverzekeringen den E-107-Vordruck und wiederholte das Ersuchen, blieb damit aber erfolglos, denn der ursprüngliche ablehnende Bescheid wurde bestätigt. Da weder der eine noch der andere Krankenversicherungsträger die Operationskosten tragen wollte, wurde die Patientin zur Zahlung aufgefordert [10].

11. Diese Darlegung des Sachverhalts in dem Vorlagebeschluss des vorlegenden Gerichts stimmt nicht mit der überein, die der Vertreter des Königreichs Spanien in der mündlichen Verhandlung vorgetragen hat. Danach erhielt Frau Van Wegberg-van Brederode vom spanischen Krankenversicherungsträger den für die Zeit vom 3. April bis zum 2. Juli 1996 geltenden E-111-Vordruck, bevor sie sich in die Niederlande zur Operation begab. Die Operation habe am 19. April 1996 stattgefunden, aber die niederländische Krankenversicherung habe den spanischen Träger erst am 25. April 1997, d. h. mehr als ein Jahr später, um Übermittlung des E-112-Vordrucks gebeten. Der spanische Träger habe offenbar noch immer keine Antwort auf sein Ersuchen um zusätzliche Auskünfte erhalten, obwohl er zwei Rechnungen für Untersuchungen, die am 15. April und am 14. Juni 1996 vorgenommen worden seien, in der Annahme bezahlt habe, dass sie im Rahmen des E-111-Vordrucks bezahlt werden könnten.

12. Die Arrondissementsrechtbank Utrecht erklärte die Klage gegen den Bescheid vom 9. September 1997 mit Urteil vom 28. Juli 1999 für begründet und hob den Bescheid auf, weil Artikel 31 der Verordnung Nr. 1408/71 nicht ausschlaggebend sein könne, der spanische Träger für die Genehmigung im Sinne von Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 nicht der zuständige Träger sei und Artikel 28 in Verbindung mit Artikel 31 der Verordnung Nr. 1408/71 dazu führe, dass die Kosten der Behandlung zu Lasten des niederländischen Trägers gingen. ANOZ Zorgverzekeringen focht dieses Urteil beim Centrale Raad van Beroep an.

10 — Nach den der Kommission vorliegenden Informationen belauft sich die Rechnung auf 8 359,08 NLG (= 3 793,10 Euro).

II. Die Vorlagefragen

13. Der Centrale Raad van Beroep hat dem Gerichtshof folgende drei Fragen vorgelegt:

1. Bezieht sich Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 auch auf einen Rentner, der gemäß Artikel 28 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 Anspruch auf Leistungen des Trägers des Wohnorts — im vorliegenden Fall des französischen bzw. des spanischen Krankenversicherungsträgers — zu Lasten des gemäß Artikel 28 Absatz 2 Buchstabe a der Verordnung Nr. 1408/71 bestimmten zuständigen Trägers — im vorliegenden Fall des niederländischen Krankenversicherungsträgers — (oder auf einen Familienangehörigen dieses Rentners) hat, falls sich der Rentner (oder sein Familienangehöriger) zu ärztlichen Behandlungen in den zuständigen Mitgliedstaat — die Niederlande — begibt?

2. Welcher Träger muss, falls die erste Frage zu bejahen ist, die Genehmigung im Sinne von Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 erteilen?

3. Ist Artikel 21 oder Artikel 31 der Verordnung Nr. 1408/71, wenn die erste Frage zu verneinen ist, auf den Leistungsanspruch (eines Familienangehörigen) eines Rentners, der gemäß Artikel 28 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 Anspruch auf Leistungen des Trägers des Wohnorts — im vorliegenden Fall des französischen bzw. des spanischen Krankenversicherungsträgers — zu Lasten des gemäß Artikel 28 Absatz 2 Buchstabe a der Verordnung Nr. 1408/71 bestimmten zuständigen Trägers — im vorliegenden Fall des niederländischen Krankenversicherungsträgers — hat, beim Aufenthalt im zuständigen Mitgliedstaat anwendbar?

III. Das Verfahren vor dem Gerichtshof

14. In diesem Verfahren haben innerhalb der in Artikel 20 des Protokolls über die EG-Satzung des Gerichtshofes festgelegten Frist schriftliche Erklärungen eingereicht: Herr Van der Duin, die deutsche, die spanische, die französische und die niederländische Regierung sowie die des Vereinigten Königreichs und die Kommission.

In der mündlichen Verhandlung am 26. September 2002 sind der Vertreter von Herrn Van der Duin und der des ANOZ Zorgverzekeringen sowie die Vertreter Spaniens, der Niederlande, des Vereinigten Königreichs und der Kommission aufgetreten.

IV. Prüfung der Vorlagefragen

A — *Zur ersten Frage*

15. Mit der ersten Vorlagefrage möchte das nationale Gericht wissen, ob sich Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 auch auf einen Rentner oder einen Familienangehörigen dieses Rentners bezieht, der gemäß Artikel 28 der Verordnung Nr. 1408/71 Anspruch auf Krankenversicherungsleistungen des Trägers des Wohnstaats zu Lasten des Trägers des für die Rente zuständigen Staates hat, falls sich der Rentner (oder sein Familienangehöriger) zu einer ärztlichen Behandlung in den letztgenannten Staat begibt.

16. Herr Van der Duin erklärt, dass er, als er in den Niederlanden ärztlich behandelt worden sei, sowohl dort als auch in Frankreich versichert gewesen sei. Er habe sich auf Empfehlung des Ziekenfondsraad in sein Heimatland begeben und geglaubt, dass die Kosten für die Heilbehandlung durch den E-111-Vordruck gedeckt seien. Es sei eine dringliche Behandlung gewesen, die nach Ansicht eines Facharztes erforderlich gewesen sei. Sein Vertreter hat außerdem in der mündlichen Verhandlung erklärt, Herr Van der Duin habe erneut in den Niederlanden gewohnt, als er dort im Krankenhaus behandelt worden sei.

17. ANOZ Zorgverzekeringen und die an diesem Verfahren beteiligten Regierungen einzelner Mitgliedstaaten sind übereinstimmend der Ansicht, dass Rentner, die Mitglied einer Krankenversicherung in einem Mitgliedstaat seien und in einem anderen Mitgliedstaat wohnten, gemäß Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe a der Verordnung Nr. 1408/71 genauso Anspruch auf die entsprechenden Leistungen zu Lasten des letztgenannten Mitgliedstaats hätten, als wären sie nach dem Recht dieses Staates leistungsberechtigt. Dadurch ergebe sich im Gesundheitswesen eine Übertragung der Befugnisse, denn der Rentner unterwerfe sich vollen Umfangs der Regelung seines neuen Wohnstaats, wobei er den inländischen Rentnern gleichgestellt sei. Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c gelte für Rentner dergestalt, dass diese in jedem beliebigen Mitgliedstaat Krankenversicherungsleistungen in Anspruch nehmen könnten, sofern sie die Genehmigung des zuständigen Trägers erhielten. Das sei der Träger des Staates, in dem sie wohnten.

Die spanische Regierung vertritt ferner die Auffassung, dass Artikel 95 der Verordnung Nr. 574/72, der von den Jahresdurchschnittskosten ausgehe, die nur sporadische Ausgaben für ärztliche Behandlungen im Ausland nach Artikel 31 der Verordnung Nr. 1408/71 umfassten, wirkungslos würde, wenn sich Rentner ohne vorherige Genehmigung des Trägers des Wohnstaats in den Staat begeben könnten, der ihnen die Rente zahle, um sich dort in ärztliche Behandlung zu begeben. Die Mittelmeerländer, in denen ständig Tausende von Rentnern aus anderen Mitgliedstaaten wohnten, hätten einen besonderen

Nachteil, wenn diesen Personen das Recht eingeräumt würde, in den Staat zurückzukehren, der ihnen die Rente zahle, um sich dort einer ärztlichen Behandlung zu Lasten des Wohnstaats zu unterziehen [11].

18. Die Kommission meint, sobald ein Rentner und dessen Familienangehörige Mitglied des Trägers der sozialen Sicherheit des neuen Wohnstaats würden, werde dieser nach der Regelung des Artikels 28 der Verordnung Nr. 1408/71 zum zuständigen Mitgliedstaat. Der Fall eines Rentners, auf den diese Regelung Anwendung finde und der Sachleistungen bei Krankheit in einem anderen Mitgliedstaat als dem Wohnstaat in Anspruch nehme, sei in Artikel 31 der Verordnung Nr. 1408/71 geregelt, soweit der Rentner die Leistungen während eines Aufenthalts benötige. Wenn er sich in diesen Staat jedoch in der Absicht begebe, dort bestimmte medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, so gelte Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c. Es komme nicht darauf an, ob der Mitgliedstaat, in dem er ärztlich behandelt werde, derjenige sei, der ihm die Rente zahle.

19. Die Mitgliedstaaten sind sich in dieser Rechtssache darüber einig, dass die erste Frage zu bejahen ist, und auch die Kommission teilt diese Auffassung. Diese gedankliche Übereinstimmung besteht jedoch offenbar nicht unter den niederländischen Gerichten, die bislang in den beiden Ausgangsverfahren entschieden haben. Gemäß den in dem Beschluss des Centrale Raad van Beroep enthaltenen Angaben zu den sehr ähnlichen Sachverhalten hat die Arrondissementsrechtbank Herzogenbusch festgestellt, dass ANOZ Zorgverzekeringen nicht verpflichtet gewesen sei, die Kosten des Krankenhausaufenthalts von Herrn Van der Duin zu bezahlen, weil die französische Krankenversicherung dazu keine Genehmigung erteilt habe, wohingegen die Arrondissementsrechtbank Utrecht erklärt hat, dass die spanische Krankenversicherung nicht der für die Erteilung der Genehmigung zuständige Träger im Sinne von Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 gewesen sei und dass die Operation von Frau Van Wegberg-van Brederode von ANOZ Zorgverzekeringen bezahlt werden müsse. In dem Vorlagebeschluss selbst heißt es, dass Artikel 22 insofern auf die Rechtsstreite keine Anwendung finde, als er die Gewährung ärztlicher Behandlungen außerhalb des zuständigen Staates regele, denn die Niederlande seien nach Artikel 1 Buchstaben o, p und q für diese beiden Versicherten stets der zuständige Staat gewesen, obwohl diese in einem anderen Staat Wohnung genommen hätten. Daher befürwortet das vorlegende Gericht, Artikel 31 der Verordnung Nr. 1408/71 in diesen Fällen anzuwenden [12].

11 — Sollte Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 auf diese Rentner nicht anwendbar sein, so hätten noch mehr Länder einen finanziellen Schaden. Die Regierung des Vereinigten Königreichs weist darauf hin, dass etwa 40 000 Personen, denen sie eine Rente zahle, in Irland lebten. Wenn sich diese Personen zum Zweck einer ärztlichen Behandlung ins Vereinigte Königreich begeben könnten, so würde das Vereinigte Königreich letztlich zweimal zahlen: das erste Mal durch den Irland jährlich für die Pflege gezahlten Gesamtbetrag und das zweite Mal durch das Erbringen der Sachleistungen, die es sich nicht erstatten lassen könnte.

12 — In diesem Artikel sind die Voraussetzungen festgelegt, unter denen der Rentner und dessen Familienangehörige gestützt auf den E-111-Vordruck Anspruch auf ärztliche Behandlung haben, wenn sie sich in einem Mitgliedstaat aufhalten, in dem sie nicht wohnen. Siehe auch meine Schlussanträge vom 15. Oktober 2002 in der Rechtssache C-326/00 (Ioannidis), Urteil vom 25. Februar 2003, Slg. 2003, I-1703, I-1707.

20. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass gemäß Artikel 249 EG sowohl die Verordnung Nr. 1408/71 als auch deren Durchführungsverordnung Nr. 574/72, die zu dem Zweck erlassen wurden, der Regelung des Artikels 42 EG nachzukommen, in den Mitgliedstaaten unmittelbar anwendbar sind. Diese Verordnungen müssen von den nationalen Behörden, darunter den Gerichten, einheitlich angewandt werden.

21. Artikel 22 der Verordnung Nr. 1408/71 steht in deren Titel III Kapitel 1 betreffend Krankheit und Mutterschaft. Abschnitt 2 dieses Kapitels umfasst die Artikel 19 bis 24 und betrifft Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige [13].

Artikel 22 regelt drei Fälle: ärztliche Behandlungen, die während eines Aufenthalts außerhalb des zuständigen Staates erbracht werden, die Rückkehr oder die Verlegung des Wohnorts in ein anderes Land während eines Krankheitsfalls und die Notwendigkeit, sich zwecks angemessener Behandlung in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben.

22. Für die Lösung dieser Rechtssache interessiert nur der dritte Fall, der in Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c in Verbindung mit Ziffer i und in Artikel 22 Absatz 2 Unterabsatz 2 geregelt ist. Danach hat ein Arbeitnehmer, der die Voraussetzungen des Rechts eines Staates für den Leistungsanspruch erfüllt und vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten hat, sich in das Gebiet eines anderen Mitgliedstaats zu begeben, um dort eine angemessene Behandlung zu erhalten, Anspruch auf Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Trägers vom Träger des Aufenthaltsorts, als ob er bei diesem versichert wäre. Die Genehmigung darf nicht verweigert werden, wenn die betreffende Behandlung zu den Leistungen gehört, die in den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats vorgesehen sind, in dessen Gebiet der Betreffende wohnt, und wenn er in Anbetracht seines derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit diese Behandlung nicht in einem Zeitraum erhalten kann, der für diese Behandlungen in dem Staat, in dem er seinen Wohnsitz hat, normalerweise erforderlich ist.

Die Regelung verlangt also, dass der Betreffende vom zuständigen Träger vor dem Ortswechsel die Genehmigung erhält, wenngleich der Gerichtshof festgestellt hat, dass ein Versicherter, der gemäß Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 einen Antrag gestellt hat, der später entweder vom Träger selbst oder durch gerichtliche Entscheidung für unbegründet erklärt wird, gegen den zuständigen Träger einen Anspruch auf eine Erstattung in der Höhe hat, wie sie zu er-

13 — Um den vorubergehenden Aufenthalt und den Zugang zur arztlichen Behandlung mit Genehmigung des zustandigen Tragers im Gebiet der Union zu erleichtern, hat der Rat die Verordnung Nr. 3095/95 erlassen, mit der Artikel 22 Absatz 1 Buchstaben a und c auf alle Angehorigen der Mitgliedstaaten ausgeweitet wurde, die nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats versichert sind, sowie auf die bei ihnen wohnenden Familienangehorigen, selbst wenn diese weder Arbeitnehmer noch Selbstandige sind.

bringen gewesen wäre, wenn die Genehmigung von Anfang an erteilt worden wäre [14].

23. In dem Urteil Pierik II [15] hat der Gerichtshof den persönlichen Anwendungsbereich von Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 eingegrenzt. Es ging um die Frage, ob sich diese Vorschrift, die dem „Arbeitnehmer" einen Anspruch auf Sachleistungen einräumt, auch auf den Rentenberechtigten erstreckt, der „nicht mehr tätig" ist und der beim zuständigen Träger die Genehmigung dafür beantragt, sich in einen Mitgliedstaat, in dem er nicht wohnt, zu begeben, um dort eine seinem Gesundheitszustand angemessene Behandlung zu erhalten.

Der Gerichtshof stellte fest, dass die in der Verordnung verwendete Definition des „Arbeitnehmers" von allgemeiner Tragweite ist und sich auf jede Person erstreckt, die, ob sie nun eine Erwerbstätigkeit ausübt oder nicht, nach den für die soziale Sicherheit geltenden Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten versichert ist. Daraus folgt, dass die Rentner, die nach den Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten zum Bezug von Rente berechtigt sind, auch wenn sie keine Erwerbstätigkeit ausüben, aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einem System der sozialen Sicherheit unter die Bestimmungen der Verordnung über die „Arbeitnehmer" fallen, soweit auf sie keine besonderen, für sie erlassenen Bestimmungen anzuwenden sind [16].

24. In dem Urteil wurde außerdem festgestellt, dass die Artikel 27 bis 33 in Titel III Kapitel 1 Abschnitt 5 — „Rentenberechtigte und deren Familienangehörige" — stehen und ausschließlich für diese Kategorien von Versicherten gelten. Daraus zog der Gerichtshof zwei Schlussfolgerungen: Die erste ist die, dass nach Artikel 31 Rentner einen Anspruch auf Sachleistungen haben, wenn sie diese während eines Aufenthalts in einem Mitgliedstaat benötigen, in dem sie nicht wohnen.

Die zweite ist die, dass Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c, der in Titel III Kapitel 1 Abschnitt 2 steht, den Anspruch eines Versicherten auf Sachleistungen der Krankenversicherung regelt, der in einem Mitgliedstaat wohnt und beim zuständigen Träger die Genehmigung beantragt, sich in das Gebiet eines anderen Mitgliedstaats zu begeben, um dort eine angemessene Behandlung zu erhalten, denn Abschnitt 5 enthält keine besondere Regelung für in einer solchen Situation befindliche Rentner.

25. Welcher Träger für die medizinische Versorgung verantwortlich ist, die Rentner benötigen, die in einem anderen Mitgliedstaat als dem, der die Rentenzahlungen leistet, wohnen, und dort keinen Leistungsanspruch haben, regelt Artikel 28 der Verordnung Nr. 1408/71. Danach hat ein Rentner unter den genannten Umständen für sich und seine Familienangehörigen Anspruch auf medizinische Leistungen, sofern nach den Rechtsvorschriften des Staates, aufgrund deren die Rente geschuldet

14 — Urteil vom 12. Juli 2001 in der Rechtssache C-368/98 (Vanbraekel u. a., Slg. 2001, I-5363, Randnr. 34).

15 — Urteil vom 31. Mai 1979 in der Rechtssache 182/78 (Pierik, Slg. 1979, 1977, Randnr. 3).

16 — Ebenda, Randnr. 4.

wird, Anspruch auf Leistungen bestünde, wenn er im Gebiet des betreffenden Staates wohnte. Die Sachleistungen gewährt der Träger des Wohnorts für Rechnung des Trägers des zur Rentenzahlung verpflichteten Staates, als ob der Rentner nach den Rechtsvorschriften des Staates, in dessen Gebiet er wohnt, zum Bezug einer Rente berechtigt wäre.

Mit dieser Norm wird also nicht nur der Gleichbehandlungsgrundsatz angewandt, indem diese Rentner Rentnern aufgrund von inländischen Rechtsvorschriften gleichgestellt werden, sondern auch ein Wechsel des für die Erbringung medizinischer Leistungen verantwortlichen Trägers bewirkt. Dies ist nicht mehr der Träger, bei dem der Betreffende Mitglied ist, d. h. der Träger des zur Rentenzahlung verpflichteten Staates, sondern der Träger der sozialen Sicherheit des Wohnstaats.

Es handelt sich um eine besondere Regelung für Rentner und deren Familienangehörige, mit der der Gesetzgeber ursprünglich offenbar die Wiedereingliederung von Wanderarbeitnehmern in ihr Herkunftsland nach Beendigung ihres Arbeitslebens fördern wollte, die aber in den letzten Jahren dazu beigetragen hat, dass viele europäische Rentner ihren Wohnort in der Sicherheit, dass ihr Krankenversicherungsschutz gewährleistet ist, in warme Länder mit einem ihrer Gesundheit förderlichen Klima verlegt haben.

26. Der Übergang der Verantwortlichkeit für die Versorgung auf den Träger des Wohnstaats erfolgt indes nicht automatisch; er erfolgt nicht aufgrund des bloßen Wohnortwechsels, sondern bedarf, um wirksam zu werden, einer entsprechenden Willenserklärung des Betroffenen.

Artikel 29 der Verordnung Nr. 574/72 bestimmt, dass ein Rentner für den Bezug von Sachleistungen nach Artikel 28 Absatz 1 der Verordnung Nr. 1408/71 im Gebiet des Mitgliedstaats, in dem er wohnt, sich und seine Familienangehörigen beim Träger des Wohnorts eintragen lassen und dabei eine Bescheinigung darüber vorlegen muss, dass er aufgrund der Rechtsvorschriften, nach denen ihm eine Rente geschuldet wird, Anspruch auf Sachleistungen hat. Diese Bescheinigung wird auf Antrag des Rentners von dem zur Zahlung einer Rente verpflichteten Träger ausgestellt. Legt der Rentner diese Bescheinigung nicht vor, so fordert der Träger des Wohnorts sie bei dem zur Zahlung einer Rente verpflichteten Träger an. Bis zum Eingang der Bescheinigung kann der Träger des Wohnorts anhand der von ihm anerkannten Nachweise den Rentner und seine Familienangehörigen vorläufig eintragen. Diese Eintragung ist für den Träger, zu dessen Lasten die Sachleistungen gehen, erst dann verbindlich, wenn er die Bescheinigung ausgestellt hat.

27. Nach der Eintragung ist der Träger des Wohnorts im Krankheitsfalle für die Er-

bringung der Sachleistungen verantwortlich [17]. Da die Rentner anderer Mitgliedstaaten den inländischen Rentnern gleichgestellt sind, werden beide zu denselben Bedingungen ärztlich behandelt, sowohl im Gebiet des Wohnstaats als auch in jedem anderen Mitgliedstaat, sei es weil Artikel 31 der Verordnung Nr. 1408/71 im Rahmen ihres Aufenthalts anwendbar ist oder weil sie ihren Wohnort verlassen haben, um gemäß Artikel 22 Absätze 1 Buchstabe c in Verbindung mit Ziffer i und 2 der Verordnung Nr. 1408/71 medizinische Behandlung zu erhalten.

28. In Artikel 95 der Verordnung Nr. 574/72, der genauestens regelt, wie unter den Krankenversicherungsträgern Sachleistungen zu erstatten sind, die Rentnern und ihren Familienangehörigen erbracht werden, die in einem anderen Staat wohnen als dem, der die Rente zahlt [18], ist ein weiteres Argument zugunsten dieser Auslegung zu sehen.

Nach dieser Vorschrift müssen die zuständigen Träger den Trägern, die Sachleistungen gemäß Artikel 28 Absatz 1 gewährt haben, diese Sachleistungen auf der Grundlage eines Pauschbetrags erstatten, der den tatsächlichen Ausgaben möglichst nahekommt. Dieser Pauschbetrag wird ermittelt, indem die jährlichen Durchschnittskosten je Rentner mit der jährlichen Durchschnittszahl der in Betracht kommenden Rentner multipliziert und das Ergebnis um 20 v. H. gekürzt wird [19]. Artikel 95 Absatz 3 der Verordnung Nr. 574/72 nennt die Normen, nach denen sich die zur Ermittlung dieses Pauschbetrags erforderlichen Berechnungsfaktoren bestimmen, und mit Absatz 4 dieser Vorschrift wurde ein Verzeichnis eingeführt, das der Träger des Wohnorts zu führen hat, um die Zahl der zu berücksichtigenden Rentner zu ermitteln.

Wenn der Träger des Wohnorts gemäß Artikel 28 der Verordnung Nr. 1408/71 zum für die Erbringung der Leistungen verantwortlichen Träger wird, wofür der Träger des Staates, der die Rente zahlt, als der zuständige Träger einen Pauschbetrag bezahlt, so ist Letzterer von der Hauptpflicht, die Leistungen zu erbringen, befreit, solange der Rentner beim Träger des Wohnorts eingetragen ist.

17 — Der Vertreter Spaniens hat in der mündlichen Verhandlung vorgetragen, dass in Spanien derzeit 83 600 Gemeinschaftsbürger, davon 7 000 niederländische Rentner oder deren Familienangehörige, in Anwendung dieser Regelung bei den Trägern der sozialen Sicherheit eingetragen seien.

18 — Diese Vorschrift wurde mit der Verordnung (EG) Nr. 3095/95 des Rates vom 22. Dezember 1995 (ABl. L 335, S. 1) geändert, um den pauschalen Erstattungsbetrag und den Betrag der tatsächlichen Aufwendungen der mitgliedstaatlichen Träger einander etwas mehr anzunähern. Für die Beziehungen zur Französischen Republik wurde aufgrund der verwaltungstechnischen Schwierigkeiten, die sich für diesen Staat ergeben könnten, ein Übergangszeitraum vorgesehen.

19 — Diese Kosten schwanken stark von einem Staat zum anderen. Vgl. z. B. die Durchschnittskosten der 1999 pro Kopf und pro Monat erbrachten Sachleistungen. In Spanien betrugen sie 119,11 Euro, in Österreich hingegen beliefen sie sich auf 214,83 Euro (ABl. 2001, C 76, S. 5). Der Vertreter Spaniens hat einige langfristig bemerkenswerte Zahlen vorgetragen: 1998 betrugen diese Durchschnittskosten in Spanien 111 Euro, in Deutschland 243 Euro und in den Niederlanden 322 Euro. 1999 wiesen diese Länder in derselben Reihenfolge folgende Zahlen auf: 119, 253 und 340 und im Jahr 2000 waren es 127, 261 und 358.

29. Zum Abschluss meiner Überlegungen möchte ich darauf hinweisen, dass der E-121-Vordruck, den der Träger der sozialen Sicherheit des Staates, der zur Rentenzahlung verpflichtet ist, jedem Betreffenden zur Weiterreichung an den Träger des Wohnstaats übergibt, keinerlei Hinweis auf die praktischen Folgen enthält, die dieser Vorgang für den Anspruch auf Krankenversicherungsleistungen hat. Es fragt sich, ob es nicht Fälle gibt wie die, die zu den beiden Rechtsstreiten geführt haben, wo der Patient aus reiner Unwissenheit in der Eile nicht darüber nachdenkt, wo er seine Krankheit in seinem Land behandeln lassen könnte.

Um diese Fälle zu vermeiden, hielte ich es für vernünftig, wenn in dem Abschnitt des Vordrucks mit Hinweisen für den Rentner [20] klar darauf hingewiesen würde, dass der Träger der sozialen Sicherheit des Wohnstaats, sobald und solange der Rentner in dessen Register eingetragen ist, der einzige Träger ist, der verpflichtet ist, dem Rentner die benötigte medizinische Versorgung zu gewähren, weshalb der Rentner dessen vorherige Genehmigung einholen muss, wenn er beabsichtigt, sich einer erforderlichen Behandlung im Ausland zu unterziehen [21].

30. Aus diesen Gründen meine ich, dass die erste Frage zu bejahen ist und dass das vorlegende Gericht darauf hinzuweisen ist, dass sich Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 auch auf einen Rentner oder einen Familienangehörigen dieses Rentners bezieht, der gemäß Artikel 28 der Verordnung Nr. 1408/71 Leistungen des Trägers des Wohnorts zu Lasten des für die Rente zuständigen Staates in Anspruch nimmt und sich zu einer ärztlichen Behandlung in das Gebiet dieses Staates begibt.

B — *Zur zweiten Frage*

31. Des Weiteren möchte der Centrale Raad van Beroep wissen, welcher Träger

20 — Der Rentner wird derzeit nur auf zwei Dinge hingewiesen: auf den Namen des Tragers der sozialen Sicherheit im Zielland, dem er bei der Registrierung den Vordruck ubergeben muss, und auf die Pflicht, diesem Trager jegliche Veranderung mitzuteilen, die eine Anderung des Anspruchs auf die Sachleistungen bewirken konnte, wie z. B. die Aussetzung oder die Einstellung der Rentenzahlungen oder eine Anderung des Wohnorts.

21 — Mein Vorschlag ist gar nicht so revolutionar. In dem E-111-Vordruck wird z. B. auf diese Kriterien deutlich hingewiesen, wonach der Anspruch auf diese Sachleistungen entfallt, wenn der Betreffende sich mit der Absicht in ein anderes Land begibt, sich dort einer arztlichen Behandlung zu unterziehen.

gegebenenfalls die Genehmigung im Sinne von Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 erteilen muss.

32. Ich stimme mit ANOZ Zorgverzekeringen, den in dem Verfahren vertretenen Mitgliedstaaten und der Kommission darin überein, dass der Träger des Wohnstaats, bei dem der Betreffende sich hat eintragen lassen, dafür zuständig ist, die Genehmigung dafür zu erteilen oder zu verweigern, dass sich der Betreffende zum Zweck einer ärztlichen Behandlung in das Gebiet eines anderen Staates begibt.

Wenn Artikel 28 der Verordnung Nr. 1408/71 zur Anwendung kommt, wird nämlich der Träger des Wohnstaats zu dem Träger, der dafür verantwortlich ist, dass die für Rentner anderer Mitgliedstaaten und deren Familienangehörige erforderlichen ärztlichen Leistungen so erbracht werden, als ob sie die Rente nach inländischem Recht erhielten. Falls dieser Träger für seine eigenen Rentner die E-112-Vordrucke bearbeitet, wenn diese beabsichtigen, sich zu einer ärztlichen Behandlung in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben, so muss er sie auch für Rentner anderer Mitgliedstaaten bearbeiten, die bei ihm im Hinblick auf medizinische Sachleistungen als leistungsberechtigt eingetragen sind.

33. Für diese Auslegung spricht Artikel 93 der Verordnung Nr. 574/72, wonach Sachleistungen, die nach Artikel 22 der Verordnung Nr. 1408/71 gewährt wurden, vom zuständigen Träger dem Träger, der sie gewährt hat, in Höhe des tatsächlichen Betrages erstattet werden, der sich aus der Rechnungsführung dieses Trägers ergibt. Artikel 93 Absatz 2 der Verordnung Nr. 574/72 bestimmt, dass der Träger des Wohnorts des Familienmitglieds oder des Rentners als zuständiger Träger im Sinne dieser Vorschrift gilt.

34. Liest man Artikel 95 zusammen mit Artikel 93 der Verordnung Nr. 574/72, so gewinnt man eine klare und umfassende Vorstellung vom Willen des Gesetzgebers in Bezug auf die Finanzierung ärztlicher Behandlungen, die Rentner benötigen, die in einem anderen Staat wohnen als dem, der ihnen ihre Rente zahlt. Sobald ein Rentner sich im Wohnstaat im Hinblick auf medizinische Sachleistungen als leistungsberechtigt hat eintragen lassen, ist der Träger dieses Staates verpflichtet, dafür zu sorgen, dass er die erforderliche medizinische Versorgung zu denselben Bedingungen erhält wie inländische Rentner. Der Träger des zur Rentenzahlung verpflichteten Staates zahlt demgegenüber dem Träger des Wohnstaats den in Artikel 95 festgelegten Betrag. Wenn der Träger des Wohnorts in Anwendung von Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 dem Rentner die Genehmigung erteilt, sich zu einer ärztlichen Behandlung in irgendeinen anderen Mitgliedstaat zu begeben, muss er dem Träger, der die Leistungen erbringt, gemäß Artikel 93 der Verordnung Nr. 574/72 den

tatsächlichen Betrag erstatten, der sich aus der Rechnungsführung dieses Trägers ergibt. In Anbetracht der je nach dem Land der Leistung unterschiedlichen Durchschnittskosten für die medizinische Versorgung von Rentnern kann man sich leicht vorstellen, dass der Träger der sozialen Sicherheit des Mitgliedstaats des Wohnorts immer dann die Genehmigung erteilen muss, wenn ein Patient sie bei ihm beantragt, insbesondere dann, wenn dem Patienten die gewünschte Behandlung in angemessener Zeit auf dem von ihm bereits vereinbarten Wege geboten werden kann.

35. Es gibt noch ein letztes Argument, das ich ebenfalls für schlüssig halte. Wenn der zuständige Träger für die Erteilung der Genehmigung der Träger des Staates wäre, der die Rente zahlt, so wäre die Anwendung von Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 auf nach Artikel 28 geschützte Rentner praktisch unmöglich, denn bei der Beurteilung, ob er die Genehmigung nach Artikel 22 Absatz 2 Unterabsatz 2 verweigern kann, wäre es für diesen Träger schwierig, zu wissen, a) ob die vom Versicherten benötigte Behandlung zu den Leistungen gehört, die in den Rechtsvorschriften des Wohnstaats vorgesehen sind, und b) ob der Versicherte diese Behandlung in Anbetracht seines Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs seiner Krankheit nicht in einem Zeitraum erhalten kann, der für die Erlangung dieser Behandlung in dem Staat, in dem er seinen Wohnort hat, normalerweise erforderlich ist. Abgesehen davon müsste der Rentner sich wahrscheinlich zur Untersuchung in den zur Rentenzahlung verpflichteten Mitgliedstaat begeben, oder Letzterer wäre zumindest gezwungen, ihn zu einem Facharzt zu schicken, um eine Anerkennung in dem Mitgliedstaat zu erwirken, in dem der Rentner wohnt.

36. Aus diesen Gründen bin ich der Auffassung, dass der Träger des Mitgliedstaats, in dem der Rentner oder einer seiner Familienangehörigen wohnt, gegenüber dem Träger, bei dem der Rentner als im Hinblick auf medizinische Sachleistungen nach Artikel 28 der Verordnung Nr. 1408/71 und Artikel 29 der Verordnung Nr. 574/72 Leistungsberechtigter eingetragen ist, der Träger ist, der den Ortswechsel im Sinne von Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 in irgendeinen anderen Mitgliedstaat einschließlich des Mitgliedstaats, der zur Rentenzahlung verpflichtet ist, genehmigen muss.

C — *Zur dritten Frage*

37. Die dritte Vorlagefrage wurde nur für den Fall vorgelegt, dass die erste Frage verneint werden sollte. Da ich dem Gerichtshof vorschlage, diese zu bejahen, braucht die letzte Frage nicht geprüft zu werden.

V. Ergebnis

38. Aus all diesen Gründen schlage ich vor, dem Centrale Raad van Beroep folgendermaßen zu antworten:

1. Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, in der durch die Verordnung (EWG) Nr. 2001/83 des Rates vom 2. Juni 1983 aktualisierten Fassung bezieht sich auch auf einen Rentner oder einen seiner Familienangehörigen, der gemäß Artikel 28 der Verordnung Nr. 1408/71 Anspruch auf Leistungen des Trägers des Wohnorts zu Lasten des für Rentenzahlungen zuständigen Trägers erhält, wenn er sich zu ärztlichen Behandlungen in den letztgenannten Staat begibt.

2. Der Träger des Mitgliedstaats, in dem der Rentner oder einer seiner Familienangehörigen wohnt, ist gegenüber dem Träger, bei dem der Rentner als im Hinblick auf medizinische Sachleistungen nach Artikel 28 der Verordnung Nr. 1408/71 und Artikel 29 der Verordnung Nr. 574/72 Leistungsberechtigter eingetragen ist, der Träger, der den Ortswechsel im Sinne von Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 in irgendeinen anderen Mitgliedstaat einschließlich des Mitgliedstaats, der zur Rentenzahlung verpflichtet ist, genehmigen muss.