

Europäischer Gerichtshof (Vierte Kammer)

Urteil vom 23.09.2020

In der Rechtssache C-777/18, betreffend ein Vorabentscheidungsersuchen nach Art. 267 AEUV, eingereicht vom Szombathelyi Közigazgatási és Munkaügyi Bíróság (Verwaltungs- und Arbeitsgericht Szombathely, Ungarn) mit Entscheidung vom 28. November 2018, beim Gerichtshof eingegangen am 11. Dezember 2018, in dem Verfahren

WO gegen Vas Megyei Kormányhivatal

erlässt der Gerichtshof (Vierte Kammer) unter Mitwirkung des Kammerpräsidenten M. Vilaras, der Richter S. Rodin und D. Šváby, der Richterin K. Jürimäe und des Richters N. Piçarra (Berichterstatter),

Generalanwältin: E. Sharpston,

Kanzler: A. Calot Escobar,

aufgrund des schriftlichen Verfahrens,
unter Berücksichtigung der Erklärungen

- der Vas Megyei Kormányhivatal, vertreten durch Gy. Szele als Bevollmächtigte,
- der ungarischen Regierung, vertreten durch M. Z. Fehér und M. M. Tátrai als Bevollmächtigte,
- der niederländischen Regierung, vertreten durch M. K. Bulterman und H. S. Gijzen als Bevollmächtigte,
- der polnischen Regierung, vertreten durch B. Majczyna als Bevollmächtigten,
- der Europäischen Kommission, vertreten durch L. Havas, B.-R. Killmann, L. Malferrari und A. Szmytkowska als Bevollmächtigte,

aufgrund des nach Anhörung der Generalanwältin ergangenen Beschlusses, ohne Schlussanträge über die Rechtssache zu entscheiden, folgendes Urteil

1 Das Vorabentscheidungsersuchen betrifft die Auslegung von Art. 56 AEUV, Art. 20 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. 2004, L 166, S. 1), Art. 26 Abs. 1 und 3 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. 2009, L 284, S. 1) sowie Art. 8 Abs. 1 und Art. 9 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. 2011, L 88, S. 45).

2 Dieses Ersuchen ergeht im Rahmen eines Rechtsstreits zwischen WO und der Vas Megyei Kormányhivatal (Verwaltung des Komitats Vas, Ungarn) (im Folgenden: Komitatsverwaltung) wegen der Weigerung der Komitatsverwaltung, WO die Kosten einer in Deutschland erbrachten grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu erstatten.

I. Rechtlicher Rahmen

A. Unionsrecht

1. Verordnung Nr. 883/2004

3 Art. 1 der Verordnung Nr. 883/2004 bestimmt:

"Für die Zwecke dieser Verordnung bezeichnet der Ausdruck:

...

l) 'Rechtsvorschriften' für jeden Mitgliedstaat die Gesetze, Verordnungen, Satzungen und alle anderen Durchführungsvorschriften in Bezug auf die in Artikel 3 Absatz 1 genannten Zweige der sozialen Sicherheit.

Dieser Begriff umfasst keine tarifvertraglichen Vereinbarungen, mit Ausnahme derjenigen, durch die eine Versicherungsverpflichtung, die sich aus den in Unterabsatz 1 genannten Gesetzen oder Verordnungen ergibt, erfüllt wird oder die durch eine behördliche Entscheidung für allgemein verbindlich erklärt oder in ihrem Geltungsbereich erweitert wurden, sofern der betreffende Mitgliedstaat in einer einschlägigen Erklärung den Präsidenten des Europäischen Parlaments und den Präsidenten des Rates der Europäischen Union davon unterrichtet. Diese Erklärung wird im Amtsblatt der Europäischen Union veröffentlicht;

m) 'zuständige Behörde' in jedem Mitgliedstaat den Minister, die Minister oder eine entsprechende andere Behörde, die im gesamten Gebiet des betreffenden Mitgliedstaates oder einem Teil davon für die Systeme der sozialen Sicherheit zuständig sind;

...

p) 'Träger' in jedem Mitgliedstaat die Einrichtung oder Behörde, der die Anwendung aller Rechtsvorschriften oder eines Teils hiervon obliegt;

q) 'zuständiger Träger':

i) den Träger, bei dem die betreffende Person zum Zeitpunkt der Stellung des Antrags auf Leistungen versichert ist, oder

ii) den Träger, gegenüber dem die betreffende Person einen Anspruch auf Leistungen hat oder hätte, wenn sie selbst oder ihr Familienangehöriger bzw. ihre Familienangehörigen in dem Mitgliedstaat wohnen würden, in dem dieser Träger seinen Sitz hat, oder

iii) den von der zuständigen Behörde des betreffenden Mitgliedstaats bezeichneten Träger, ...

...

r) 'Träger des Wohnorts' und 'Träger des Aufenthaltsorts' den Träger, der nach den Rechtsvorschriften, die für diesen Träger gelten, für die Gewährung der Leistungen an dem Ort zuständig ist, an dem die betreffende Person wohnt oder sich aufhält, oder, wenn es einen solchen Träger nicht gibt, den von der zuständigen Behörde des betreffenden Mitgliedstaats bezeichneten Träger; ..."

4 In Art. 3 Abs. 1 dieser Verordnung heißt es:

"Diese Verordnung gilt für alle Rechtsvorschriften, die folgende Zweige der sozialen Sicherheit betreffen:

a) Leistungen bei Krankheit; ..."

5 Art. 19 ("Aufenthalt außerhalb des zuständigen Mitgliedstaats") der Verordnung lautet:

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

(2) Die Verwaltungskommission erstellt eine Liste der Sachleistungen, für die aus praktischen Gründen eine vorherige Vereinbarung zwischen der betreffenden Person und dem die medizinische Leistung erbringenden Träger erforderlich ist, damit sie während eines Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat erbracht werden können."

6 Art. 20 ("Reisen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen") der Verordnung sieht vor:

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

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

2. Verordnung Nr. 987/2009

7 Die Erwägungsgründe 16 und 17 der Verordnung Nr. 987/2009 lauten:

"(16) Im besonderen Rahmen der Verordnung [Nr. 883/2004] müssen die Bedingungen für die Übernahme der Sachleistungskosten bei 'geplanten Behandlungen' – Behandlungen, die eine Person in einem anderen als dem Versicherungs- oder Wohnmitgliedstaat vornehmen lässt – geklärt werden. Die Pflichten des Versicherten bei Beantragung einer vorherigen Genehmigung sollten präzisiert werden, ebenso die Verpflichtungen der Träger gegenüber den Patienten in Bezug auf die Genehmigungsbedingungen. Auch die Auswirkungen auf die Kostenübernahme bei Sachleistungen, die aufgrund einer Genehmigung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommen wurden, sind genau festzulegen.

(17) Diese Verordnung und namentlich die Bestimmungen über den Aufenthalt außerhalb des zuständigen Mitgliedstaats und über geplante Behandlungen sollten der Anwendung günstigerer innerstaatlicher Vorschriften insbesondere hinsichtlich der Rückerstattung von in einem anderen Mitgliedstaat entstandenen Kosten nicht entgegenstehen."

8 Art. 25 ("Aufenthalt in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat") dieser Verordnung bestimmt in den Abs. 4 und 5:

"(4) Hat der Versicherte die Kosten aller oder eines Teils der im Rahmen von Artikel 19 der [Verordnung Nr. 883/2004] erbrachten Sachleistungen selbst getragen und ermöglichen die vom Träger des Aufenthaltsorts angewandten Rechtsvorschriften, dass diese Kosten dem Versicherten erstattet werden, so kann er die Erstattung beim Träger des Aufenthaltsorts beantragen. In diesem Fall erstattet ihm dieser direkt den diesen Leistungen entsprechenden Betrag innerhalb der Grenzen und Bedingungen der nach seinen Rechtsvorschriften geltenden Erstattungssätze.

(5) Wurde die Erstattung dieser Kosten nicht unmittelbar beim Träger des Aufenthaltsorts beantragt, so werden sie der betreffenden Person vom zuständigen Träger nach den für den Träger des Aufenthaltsorts geltenden Erstattungssätzen ... erstattet ...

Der Träger des Aufenthaltsorts erteilt dem zuständigen Träger auf dessen Ersuchen die erforderlichen Auskünfte über diese Erstattungssätze oder Beträge."

9 Art. 26 ("Geplante Behandlungen") der Verordnung sieht vor:

"(1) Bei der Anwendung von Artikel 20 Absatz 1 der [Verordnung Nr. 883/2004] legt der Versicherte dem Träger des Aufenthaltsorts ein vom zuständigen Träger ausgestelltes Dokument vor. Für die Zwecke des vorliegenden Artikels bezeichnet der Ausdruck 'zuständiger Träger' den Träger, der die Kosten der geplanten Behandlung zu tragen hat ...

(2) Wohnt der Versicherte nicht in dem zuständigen Mitgliedstaat, so muss er die Genehmigung beim Träger des Wohnorts beantragen, der den Antrag unverzüglich an den zuständigen Träger weiterleitet.

In diesem Fall bescheinigt der Träger des Wohnorts, ob die Bedingungen des Artikels 20 Absatz 2 Satz 2 der [Verordnung Nr. 883/2004] in dem Wohnmitgliedstaat erfüllt sind.

Der zuständige Träger kann die beantragte Genehmigung nur verweigern, wenn nach Einschätzung des Trägers des Wohnorts die Bedingungen des Artikels 20 Absatz 2 Satz 2 der [Verordnung Nr. 883/2004] in dem Wohnmitgliedstaat des Versicherten nicht erfüllt sind oder wenn die gleiche Behandlung im zuständigen Mitgliedstaat selbst innerhalb eines in Anbetracht des derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit der betroffenen Person medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann.

Der zuständige Träger teilt dem Träger des Wohnortes seine Entscheidung mit.

Geht innerhalb der nach innerstaatlichem Recht des betreffenden Mitgliedstaats geltenden Fristen keine Antwort ein, so gilt die Genehmigung als durch den zuständigen Träger erteilt.

(3) Benötigt eine versicherte Person, die nicht in dem zuständigen Mitgliedstaat wohnt, eine dringende und lebensnotwendige Behandlung und darf die Genehmigung nach Artikel 20 Absatz 2 Satz 2 der [Verordnung Nr. 883/2004] nicht verweigert werden, so erteilt der Träger des Wohnorts die Genehmigung für Rechnung des zuständigen Trägers und unterrichtet den zuständigen Träger unverzüglich hiervon.

Der zuständige Träger akzeptiert die Befunde und therapeutischen Entscheidungen der von dem Träger des Wohnorts, der die Genehmigung erteilt, autorisierten Ärzte in Bezug auf die Erforderlichkeit einer dringenden lebensnotwendigen Behandlung.

...

(6) Unbeschadet der Bestimmungen von Absatz 7 gilt Artikel 25 Absätze 4 und 5 der [vorliegenden Verordnung] entsprechend.

(7) Hat der Versicherte einen Teil oder die gesamten Kosten der genehmigten ärztlichen Behandlung tatsächlich selbst getragen und sind die vom zuständigen Träger dem Träger des

Aufenthaltsorts oder nach Absatz 6 dem Versicherten zu erstattenden Kosten (tatsächliche Kosten) geringer als die Kosten, die er für die gleiche Behandlung im zuständigen Mitgliedstaat hätte übernehmen müssen (angenommene Kosten), so erstattet der zuständige Träger auf Antrag die dem Versicherten entstandenen Behandlungskosten bis zur Höhe des Betrags, um den die angenommenen Kosten die tatsächlichen Kosten überschreiten. Der Erstattungsbetrag darf jedoch die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten nicht überschreiten; der Betrag, den der Versicherte bei einer Behandlung im zuständigen Mitgliedstaat selbst hätte bezahlen müssen, kann dabei berücksichtigt werden."

3. Richtlinie 2011/24

10 In den Erwägungsgründen 8 und 46 der Richtlinie 2011/24 heißt es:

"(8) Mit einigen Aspekten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, insbesondere mit der Kostenerstattung für eine Gesundheitsdienstleistung, die in einem anderen Mitgliedstaat als demjenigen, in dem der Empfänger der Behandlungsleistung seinen Wohnsitz hat, erbracht wurde, hat sich der Gerichtshof bereits befasst. Mit dieser Richtlinie soll eine allgemeinere und auch wirksame Anwendung der Grundsätze erreicht werden, die der Gerichtshof in Einzelfällen entwickelt hat.

...

(46) Auf jeden Fall sollten, wenn ein Mitgliedstaat beschließt, ein System der Vorabgenehmigung für die Übernahme der Kosten einer Krankenhaus- oder Spezialbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat nach Maßgabe dieser Richtlinie einzuführen, die Kosten für eine solche Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat vom Versicherungsmitgliedstaat bis zu der Höhe erstattet werden, die abgedeckt wäre, wenn die gleichen Gesundheitsdienstleistungen im Versicherungsmitgliedstaat erbracht worden wären, wobei jedoch die tatsächlichen Kosten der erhaltenen Gesundheitsdienstleistungen nicht überschritten werden dürfen. Sofern die Bedingungen ... der Verordnung [Nr. 883/2004] erfüllt sind, sollten die Genehmigung jedoch erteilt und die Leistungen gemäß der Verordnung [Nr. 883/2004] gewährt werden, es sei denn, der Patient hat etwas anderes beantragt. Dies sollte insbesondere in Fällen gelten, in denen die Genehmigung nach einer administrativen oder gerichtlichen Überprüfung des Antrags erteilt wird und die betreffende Person die Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat erhalten hat. In diesem Fall sollten die Artikel 7 und 8 der vorliegenden Richtlinie nicht gelten. Dies entspricht der Rechtsprechung des Gerichtshofs, der festgestellt hat, dass ein Patient, dem eine Vorabgenehmigung aus Gründen abgelehnt wurde, die sich später als unzutreffend erwiesen haben, Anspruch auf die volle Erstattung der Kosten für eine Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen im Behandlungsmitgliedstaat hat."

11 Gemäß ihrem Art. 2 Buchst. m lässt diese Richtlinie die Bestimmungen der Verordnungen Nrn. 883/2004 und 987/2009 unberührt.

12 Art. 7 ("Allgemeine Grundsätze für die [Erstattung von Kosten für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung]") der Richtlinie bestimmt:

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

(3) Der Versicherungsmitgliedstaat legt ... fest, für welche Gesundheitsversorgung und in welcher Höhe ein Versicherter – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung – einen Anspruch auf Kostenübernahme hat.

(4) Der Versicherungsmitgliedstaat erstattet oder bezahlt direkt die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bis zu den Höchstbeträgen, die er übernommen hätte, wenn die betreffende Gesundheitsdienstleistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden wäre, wobei die Erstattung die Höhe der tatsächlich durch die Gesundheitsversorgung entstandenen Kosten nicht überschreiten darf.

Liegen die gesamten Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung über den Kosten, die bei einer Erbringung der Gesundheitsdienstleistung im Hoheitsgebiet des Versicherungsstaats übernommen worden wären, so kann der Versicherungsmitgliedstaat dennoch beschließen, die gesamten Kosten zu erstatten.

Der Versicherungsmitgliedstaat kann beschließen, ... weitere damit verbundene Kosten zu erstatten, wie Übernachtungs- und Reisekosten ..., sofern ausreichende Belege vorliegen, dass diese Kosten tatsächlich angefallen sind.

...

(7) Der Versicherungsmitgliedstaat kann einem Versicherten, der einen Antrag auf Kosten-erstattung im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung stellt, wozu auch eine Gesundheitsversorgung mit Mitteln der Telemedizin gehören kann, dieselben ... Voraussetzungen, Anspruchskriterien sowie Regelungs- und Verwaltungsformalitäten vorschreiben, die er für die gleiche Gesundheitsversorgung im eigenen Hoheitsgebiet heranziehen würde. Hierzu kann auch ein Gutachten eines Angehörigen der Gesundheitsberufe oder einer Verwaltungsstelle im Gesundheitswesen, die Leistungen für die gesetzliche Sozialversicherung oder das nationale Gesundheitssystem des Versicherungsmitgliedstaats erbringt, zählen, beispielsweise des Allgemeinmediziners oder Hausarztes, bei dem der Patient registriert ist, sofern dies für die Feststellung des individuellen Leistungsanspruchs des Patienten erforderlich ist. Die nach diesem Absatz geltend gemachten Voraussetzungen, Anspruchskriterien sowie Regelungs- und Verwaltungsformalitäten dürfen jedoch weder diskriminierend sein noch ein Hindernis für den freien Verkehr von Patienten, Dienstleistungen oder Waren darstellen, es sei denn, es ist aufgrund des Planungsbedarfs in Zusammenhang mit dem Ziel, einen ausreichenden und ständigen Zugang zu einem ausgewogenen Angebot hochwertiger Versorgung im betreffenden Mitgliedstaat sicherzustellen, oder aufgrund des Wunsches, die Kosten zu begrenzen und nach Möglichkeit jede Verschwendung finanzieller, technischer oder personeller Ressourcen zu vermeiden, objektiv gerechtfertigt.

(8) Der Versicherungsmitgliedstaat macht die Erstattung von Kosten für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung mit Ausnahme der in Artikel 8 genannten Fälle nicht von einer Vorabgenehmigung abhängig. ..."

13 Art. 8 ("Gesundheitsversorgung, die einer Vorabgenehmigung unterliegen kann") der Richtlinie sieht in den Abs. 1 bis 3 vor:

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

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

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

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

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

...

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

(3) Bei jedem Antrag auf Vorabgenehmigung, den ein Versicherter stellt, um eine grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistung in Anspruch zu nehmen, stellt der Versicherungsmitgliedstaat fest, ob die Bedingungen der Verordnung [Nr. 883/2004] erfüllt sind. Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, wird die Vorabgenehmigung gemäß der genannten Verordnung erteilt, es sei denn, der Patient wünscht etwas anderes."

14 Art. 9 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24 lautet:

"Die Mitgliedstaaten legen angemessene Fristen fest, innerhalb derer[n] Anträge auf eine Leistung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bearbeitet werden müssen, und veröffentlichen sie vorab. Bei der Prüfung eines Antrags auf eine Leistung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung berücksichtigen die Mitgliedstaaten

a) den jeweiligen Gesundheitszustand,

b) die Dringlichkeit und die Besonderheiten des Einzelfalls."

B. Ungarisches Recht

15 § 27 Abs. 6 des 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (Gesetz Nr. LXXXIII von 1997 über die Leistungen der Pflichtkrankenversicherung, im Folgenden: Krankenversicherungsgesetz) sieht vor:

"Im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung hat der Versicherte – als solcher gelten keine Personen, die aufgrund einer freiwilligen Versicherung Anspruch auf Gesundheitsdienstleistungen haben –, der die in Kapitel II Abschnitte 1 bis 3 definierten Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nimmt, dieselben Rechte, wie wenn er in einem vergleichbaren Fall in Ungarn Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen hätte.

Der Krankenversicherungsträger erstattet die ordnungsgemäß bescheinigten tatsächlichen Kosten der Leistung, wobei der zu erstattende Betrag jedoch nicht die Kosten übersteigen darf, die im Fall einer Behandlung durch einen öffentlich finanzierten Dienstleister in Ungarn zum Behandlungszeitpunkt angefallen wären.

Der Versicherte – als solcher gelten keine Personen, die aufgrund einer freiwilligen Versicherung Anspruch auf Gesundheitsdienstleistungen haben – kann die in der Regierungsverordnung zur Festlegung der Modalitäten bei Heilbehandlungen im Ausland festgelegten Leistungen nur auf der Grundlage einer Vorabgenehmigung in Anspruch nehmen.

Möchte der Versicherte eine Leistung in Anspruch nehmen, für die nach ungarischem Recht eine Verschreibung durch den behandelnden Arzt erforderlich ist, muss er für die Zwecke der

Erstattung außerdem über eine rechtskonform ausgestellte Verschreibung dieser Leistung verfügen."

16 § 2 Abs. 1 des A külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet (Regierungsverordnung Nr. 340/2013 [IX. 25.] zur Festlegung der Modalitäten bei Heilbehandlungen im Ausland, im Folgenden: Regierungsverordnung) bestimmt:

"Wer Anspruch auf Heilbehandlung im Ausland hat, kann diese Behandlung in Anspruch nehmen

- a) im Einklang mit den Bestimmungen der Verordnungen der Europäischen Union zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und zur Festlegung ihrer Durchführungsmodalitäten (im Folgenden: Unionsverordnungen),
- b) im Rahmen der in § 5/B Abschnitt s Unterabschnitt sb des [Krankenversicherungsgesetzes] vorgesehenen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (im Folgenden: grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung) sowie
- c) aus den in § 28 Abs. 1 und § 9 des [Krankenversicherungsgesetzes] vorgesehenen Gründen der Billigkeit."

17 § 3 Abs. 1 der Regierungsverordnung bestimmt:

"Wer Anspruch auf Heilbehandlung im Ausland hat, kann in Bezug auf die in § 2 Abs. 1 Buchst. a und c genannten Behandlungen im Ausland sowie – im Fall der in § 2 Abs. 1 Buchst. b genannten Behandlungen im Ausland – in Bezug auf die in Anhang 1 genannten Leistungen nur dann geplante Behandlungen in Anspruch nehmen, deren Kosten von der Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő [(Nationaler Krankenversicherungsfonds, Ungarn)] (im Folgenden: NEAK) übernommen werden, wenn diese zuvor eine Genehmigung erteilt hat."

18 § 5 Abs. 1 bis 3 der Regierungsverordnung lautet:

"(1) Wird ein Antrag auf Heilbehandlung im Ausland gestellt, prüft die NEAK innerhalb von acht Tagen ab dessen Eingang, ob der Antrag eine Leistung betrifft, die von der Sozialversicherung in Ungarn anerkannt und übernommen wird.

(2) Wird die Leistung von der Sozialversicherung anerkannt und übernommen, prüft die NEAK innerhalb einer weiteren Frist von 15 Tagen, ob der Patient innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums, der im Antrag angegeben ist, von einem öffentlich finanzierten Gesundheitsdienstleister behandelt werden kann. Erforderlichenfalls bedient sich die NEAK eines Sachverständigen, um die im Antrag enthaltenen Angaben zu überprüfen.

(3) Kann ein öffentlich finanzierter Gesundheitsdienstleister die Person, die Anspruch auf Heilbehandlung im Ausland hat, innerhalb des im Antrag angegebenen medizinisch vertretbaren Zeitraums in Ungarn behandeln, lehnt die NEAK den Antrag ab und schlägt einen öffentlich finanzierten Gesundheitsdienstleister vor. Die NEAK erkundigt sich vorab nach der Aufnahmekapazität des öffentlich finanzierten inländischen Gesundheitsdienstleiters."

19 In § 7 Abs. 1 der Regierungsverordnung heißt es:

"Möchte die Person, die Anspruch auf Heilbehandlung im Ausland hat, von einem Gesundheitsdienstleister, der nicht in den Geltungsbereich der Unionsverordnungen fällt, oder aus einem anderen in den Unionsverordnungen nicht vorgesehenen Grund im Ausland behandelt werden, oder beantragt sie eine Genehmigung, die ihr nur das Recht auf Inanspruchnahme einer Behandlung verleiht, ohne dass der Gesundheitsdienstleister genau festgelegt wäre, so muss sie dies in ihrem Antrag klarstellen. Die NEAK befolgt das in § 5 Abs. 1 bis 3 vorgesehene Verfahren unter Berücksichtigung der Dringlichkeit und der besonderen Umstände. ..."

20 Aus Anhang 1 der Regierungsverordnung geht hervor, dass zu der für das Ausgangsverfahren maßgeblichen Zeit Folgendes genehmigungspflichtig war:

- im Fall einer in Anhang 3 des Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet (Verordnung NM 9/1993 [IV. 2.] über bestimmte Fragen der Finanzierung medizinischer Spezialbehandlungen durch die Sozialversicherung, im Folgenden: Sektorverordnung) genannten Krankenhausbehandlung alle Leistungen, die einen stationären Aufenthalt einschließen, oder damit zusammenhängende, nach Einheit erstattete Geräte und Implantate zur einmaligen Verwendung, die in Anhang 1 der Sektorverordnung aufgelistet sind, sowie die nach Einheit erstatteten Wirkstoffe, die in Anhang 1/A dieser Verordnung aufgelistet sind;
- eintägige Behandlungen und Behandlungen in Form einer Kur, die in den Anhängen 9, 10 und 10/A dieser Verordnung aufgeführt sind;
- die in Anhang 8 der Verordnung aufgeführten chirurgischen Verfahren und Eingriffe, die hochwertig und auf nationaler Ebene wenig verbreitet sind, mit Ausnahme von Behandlungen im Zusammenhang mit einer Organtransplantation.

II. Ausgangsrechtsstreit und Vorlagefragen

21 Im Jahr 1987 erlitt WO, ein ungarischer Staatsangehöriger, eine Netzhautablösung im linken Auge und verlor die Sehkraft auf diesem Auge.

22 Im Jahr 2015 wurde am rechten Auge von WO ein Glaukom diagnostiziert. Seine Behandlung in verschiedenen ungarischen Gesundheitseinrichtungen blieb ohne Wirkung; sein Gesichtsfeld verringerte sich immer mehr, und der Augeninnendruck nahm stetig zu.

23 Den dem Gerichtshof vorliegenden Akten zufolge kontaktierte WO am 29. September 2016 einen in Recklinghausen (Deutschland) praktizierenden Arzt und erhielt bei ihm einen Untersuchungstermin für den 17. Oktober 2016. Der Arzt wies ihn darauf hin, dass er seinen Aufenthalt bis zum 18. Oktober 2016 verlängern müsse, da an diesem Tag gegebenenfalls ein augenärztlicher Eingriff erfolgen werde.

24 In der Zwischenzeit wurde am 15. Oktober 2016 bei einer ärztlichen Untersuchung in Ungarn ein Augeninnendruck von 37 mmHg bei WO festgestellt, d. h. ein deutlich höherer Wert als der von 21 mmHg, ab dem der Augeninnendruck als anormal gilt. Nach der Untersuchung, der sich WO am 17. Oktober 2016 in Deutschland unterzog, entschied der dortige Arzt, dass der augenärztliche Eingriff dringend vorzunehmen sei, um die Sehkraft von WO zu retten. Dieser wurde am 18. Oktober 2016 erfolgreich operiert.

25 Der Antrag von WO auf Erstattung der Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wurde von der Komitatsverwaltung sowie, auf seinen Widerspruch hin, vom Budapest Főváros Kormányhivatala (Regierungsbehörde für die Hauptstadt Budapest, Ungarn) abgelehnt. Letztere Behörde führte aus, bei dem augenärztlichen Eingriff handele es sich um eine geplante Behandlung, für die WO keine Vorabgenehmigung erhalten habe, auf deren Grundlage eine Erstattung erfolgen könne. Zur Stützung ihrer

Entscheidung verwies die Behörde auf die Art. 4, 19, 20 und 27 der Verordnung Nr. 883/2004, die Art. 25 und 26 der Verordnung Nr. 987/2009 sowie § 3 Abs. 1 und § 4 Abs. 1 der Regierungsverordnung.

26 WO erhob beim vorlegenden Gericht Klage gegen die Entscheidung, die Kosten der genannten Gesundheitsversorgung nicht zu erstatten.

27 Dieses Gericht weist erstens auf das Urteil vom 5. Oktober 2010, Elchinov (C-173/09, im Folgenden: Urteil Elchinov, EU:C:2010:581, Rn. 51), hin, in dem der Gerichtshof für Recht erkannt hat, dass Art. 49 EG (jetzt Art. 56 AEUV) und Art. 22 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 (ABl. 1971, L 149, S. 2), 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, geändert durch die Verordnung (EG) Nr. 1992/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18. Dezember 2006 (ABl. 2006, L 392, S. 1) (im Folgenden: Verordnung Nr. 1408/71), der Regelung eines Mitgliedstaats entgegenstehen, die dahin ausgelegt wird, dass sie die Übernahme der Kosten einer ohne vorherige Genehmigung in einem anderen Mitgliedstaat erbrachten Krankenhausbehandlung in allen Fällen ausschließt.

28 Nach Auffassung des vorlegenden Gerichts kann das Ergebnis, zu dem der Gerichtshof im Urteil Elchinov gelangt ist, angesichts der Ähnlichkeit der vom Gerichtshof in jenem Urteil ausgelegten Bestimmungen der Verordnung Nr. 1408/71 und der hier maßgeblichen Bestimmungen der Verordnungen Nrn. 883/2004 und 987/2009 auf die vorliegende Rechtssache übertragen werden.

29 Zweitens meint das vorlegende Gericht, es sei zweifelhaft, ob die im Ausgangsverfahren fragliche Regelung mit Art. 8 Abs. 1 und Art. 9 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24 vereinbar sei, da sie die Kostenerstattung für die in einem anderen Mitgliedstaat erfolgte Behandlung des Versicherten ohne Rücksicht auf die konkreten Umstände, die sich aus dem Gesundheitszustand des Patienten ergäben, von einer Vorabgenehmigung abhängig mache und somit den freien Dienstleistungsverkehr ungerechtfertigt behindere.

30 Drittens stelle sich die Frage, ob ein Sachverhalt wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehende, in dem sich der Versicherte in einen anderen Mitgliedstaat begeben habe, um sich einer ärztlichen Untersuchung durch einen dort ansässigen Gesundheitsdienstleister zu unterziehen, und von diesem Dienstleister am Folgetag dieser Untersuchung operiert worden sei, unter den Begriff "geplante Behandlung" im Sinne von Art. 20 Abs. 1 der Verordnung Nr. 883/2004 und Art. 26 der Verordnung Nr. 987/2009 zu subsumieren sei und eine Vorabgenehmigung erfordere.

31 Unter diesen Umständen hat das Szombathelyi Közigazgatási és Munkaügyi Bíróság (Verwaltungs- und Arbeitsgericht Szombathely, Ungarn) beschlossen, das Verfahren auszusetzen und dem Gerichtshof folgende Fragen zur Vorabentscheidung vorzulegen:

1. Stellt eine Regelung eines Mitgliedstaats wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehende, die hinsichtlich der Kostenerstattung für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung die Möglichkeit einer nachträglichen Genehmigung bei einer Gesundheitsdienstleistung, die ohne Vorabgenehmigung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommen wurde, auch in den Fällen ausschließt, in denen bei Zuwarten auf die Vorabgenehmigung die echte Gefahr besteht, dass sich der Gesundheitszustand des Patienten irreversibel verschlechtert, eine gegen Art. 56 AEUV verstoßende Beschränkung dar?
2. Ist ein Vorabgenehmigungssystem eines Mitgliedstaats, das hinsichtlich der Kostenerstattung für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung die Möglichkeit einer nachträglichen Genehmigung auch in den Fällen ausschließt, in denen bei Zuwarten auf die Vorabgenehmigung die echte Gefahr besteht, dass sich der Gesundheitszustand des Patienten irreversibel verschlechtert, mit den Grundsätzen der Notwendigkeit und Angemessenheit im Sinne von Art. 8 Abs. 1 der Richtlinie 2011/24 sowie mit dem Grundsatz der Patientenfreizügigkeit vereinbar?
3. Ist eine Regelung eines Mitgliedstaats, die unabhängig vom Gesundheitszustand des antragstellenden Patienten eine Verfahrensfrist von 31 Tagen für die Erteilung der Vorabgenehmigung und von 23 Tagen für die Ablehnung der Vorabgenehmigung durch die zuständige Behörde vorsieht, mit der in Art. 9 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24 festgelegten Voraussetzung einer angemessenen Verfahrensfrist, die den jeweiligen Gesundheitszustand und die Dringlichkeit und die Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt, vereinbar? Die Behörde kann im Zusammenhang mit dem Antrag prüfen, ob die Leistung von der Sozialversicherung gedeckt ist, und falls ja, ob diese Versorgungsleistung von einem mit öffentlichen Geldern finanzierten Gesundheitsdienstleister innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums erbracht werden kann. Falls nein, prüft sie die Qualität, Sicherheit und Kosteneffizienz der Versorgung durch den vom Patienten angegebenen Gesundheitsdienstleister.
4. Ist Art. 20 Abs. 1 der Verordnung Nr. 883/2004 dahin auszulegen, dass nur dann Kostenerstattung für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung beantragt werden kann, wenn der Patient beim zuständigen Träger einen Antrag auf Vorabgenehmigung gestellt hat? Oder schließt diese Vorschrift in einem solchen Fall die Möglichkeit, im Hinblick auf die Kostenerstattung einen Antrag auf nachträgliche Genehmigung zu stellen, nicht von vornherein aus?
5. Wird der Fall, dass sich ein Patient in einen anderen Mitgliedstaat begibt, nachdem er einen konkreten Termin für eine medizinische Kontrolluntersuchung und einen vorläufigen Termin für die eventuelle Operation bzw. den eventuellen medizinischen Eingriff am Folgetag der Untersuchung erhalten hat, und die Operation bzw. der medizinische Eingriff wegen des Gesundheitszustands des Patienten tatsächlich vorgenommen wird, vom Anwendungsbereich des Art. 20 Abs. 1 der Verordnung Nr. 883/2004 erfasst? Kann in einem solchen Fall ein Antrag auf nachträgliche Genehmigung zwecks Kostenerstattung im Sinne dieser Vorschrift gestellt werden?
6. Wird der Fall, dass sich ein Patient in einen anderen Mitgliedstaat begibt, nachdem er einen konkreten Termin für eine medizinische Kontrolluntersuchung und einen vorläufigen Termin für die eventuelle Operation bzw. den eventuellen medizinischen Eingriff am Folgetag der Untersuchung erhalten hat, und die Operation bzw. der medizinische Eingriff wegen des Gesundheitszustands des Patienten tatsächlich vorgenommen wird, vom Begriff der geplanten Behandlung im Sinne von Art. 26 der Verordnung Nr. 987/2009 erfasst? Kann in einem solchen Fall ein Antrag auf nachträgliche Genehmigung zwecks Kostenerstattung im Sinne dieser Vorschrift gestellt werden? Ist auch im Fall einer dringenden und lebensnotwendigen Behandlung im Sinne von Art. 26 Abs. 3 der Verordnung Nr. 987/2009 eine Vorabgenehmigung im Sinne von Art. 26 Abs. 1 dieser Verordnung erforderlich?

III. Zu den Vorlagefragen

A. Einleitende Erwägungen

32 Die Fragen des vorliegenden Gerichts betreffen die Auslegung sowohl von Art. 56 AEUV, in dem der freie Dienstleistungsverkehr verankert ist, als auch bestimmter Vorschriften des sekundären Unionsrechts, nämlich Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004, Art. 26 der Verordnung Nr. 987/2009 sowie Art. 8 Abs. 1 und

Art. 9 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24.

33 Insoweit ist darauf hinzuweisen, dass die Anwendbarkeit von Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 und Art. 26 der Verordnung Nr. 987/2009 auf einen bestimmten Sachverhalt nicht ausschließt, dass dieser auch in den Anwendungsbereich von Art. 56 AEUV fällt und der Betroffene parallel einen Anspruch aus dieser Bestimmung auf Zugang zur Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat hat, und zwar unter anderen Kostenübernahme- und -erstattungsbedingungen als denen, die in Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 und Art. 26 der Verordnung Nr. 987/2009 vorgesehen sind (vgl. in diesem Sinne Urteile vom 12. Juli 2001, Vanbraekel u. a., C-368/98, EU:C:2001:400, Rn. 36 bis 53, sowie vom 16. Mai 2006, Watts, C-372/04, EU:C:2006:325, Rn. 46 bis 48).

34 Die Vorlagefragen sind vor diesem rechtlichen Hintergrund zu prüfen.

B. Zu den Fragen 4 bis 6

35 Mit seinen Fragen 4 bis 6, die zusammen und an erster Stelle zu prüfen sind, möchte das vorliegende Gericht wissen, ob Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 und/oder Art. 26 der Verordnung Nr. 987/2009, in dem die Durchführungsmodalitäten der erstgenannten Vorschrift geregelt sind, dahin auszulegen sind, dass eine medizinische Versorgung, die der Versicherte allein aufgrund seiner eigenen Entscheidung in einem anderen Mitgliedstaat als dem seines Wohnsitzes in Anspruch genommen hat, nachdem sich alle ihm in mehreren Gesundheitseinrichtungen seines Wohnmitgliedstaats gewährten Versorgungsleistungen als unwirksam erwiesen hatten, unter den Begriff "geplante Behandlung" fällt; falls ja, stellt sich die Frage, ob diese Vorschriften dahin auszulegen sind, dass der Versicherte für die Kosten der geplanten Behandlung, der er sich im anderen Mitgliedstaat während seines Aufenthalts unterzogen hat, die Erstattung durch den zuständigen Träger verlangen kann, auch ohne hierfür eine Vorabgenehmigung bei diesem Träger beantragt zu haben, zumindest wenn besondere Umstände, insbesondere im Zusammenhang mit seinem Gesundheitszustand und der voraussichtlichen Entwicklung seiner Krankheit, das Fehlen einer solchen Genehmigung rechtfertigen und infolgedessen die begehrte Erstattung erlauben können.

36 Insoweit ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Verordnung Nr. 883/2004 gemäß ihrem Art. 1 Buchst. 1 Abs. 1 in Verbindung mit ihrem Art. 3 Abs. 1 für Gesetze, Verordnungen, Satzungen und alle anderen Durchführungsvorschriften des nationalen Rechts in Bezug auf die in letzterer Vorschrift genannten Zweige der sozialen Sicherheit gilt, nicht aber für tarifvertragliche Vereinbarungen, mit Ausnahme der in Art. 1 Buchst. 1 Abs. 2 dieser Verordnung genannten (vgl. entsprechend Urteil vom 15. März 1984, Tiel-Utrecht Schadeverzekering, 313/82, EU:C:1984:107, Rn. 16).

37 Folglich fällt das Ausgangsverfahren nur dann in den Geltungsbereich der Verordnungen Nrn. 883/2004 und 987/2009, wenn WO die fragliche medizinische Versorgung von dem privaten Dienstleister des Mitgliedstaats, in den er sich zur Inanspruchnahme dieser Versorgung begeben hat, in Anwendung der

Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaats über die soziale Sicherheit erhalten hat, was das vorlegende Gericht zu prüfen hat. Sollte dies nicht der Fall sein, wären die vom vorlegenden Gericht gestellten Fragen 4 bis 6 ausschließlich anhand von Art. 56 AEUV und der Richtlinie 2011/24 zu prüfen.

1. Zum Begriff "geplante Behandlung" und zu den Bedingungen der Kostenübernahme für eine solche Behandlung

38 Was die Frage anbelangt, ob eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehende unter den Begriff "geplante Behandlung" im Sinne von Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 in Verbindung mit Art. 26 der Verordnung Nr. 987/2009 fällt, ist darauf hinzuweisen, dass dieser Begriff zwar in der erstgenannten Vorschrift nicht wörtlich vorkommt, aber aus der letztgenannten, explizit mit "Geplante Behandlungen" überschriebenen Vorschrift im Licht des 16. Erwägungsgrundes der Verordnung Nr. 987/2009 hervorgeht, dass er Behandlungen umfasst, die eine Person in einem anderen als dem Versicherungs- oder Wohnmitgliedstaat vornehmen lässt und die aus Sachleistungen im Sinne von Art. 20 Abs. 1 der Verordnung Nr. 883/2004 bestehen, auf den Art. 26 der Verordnung Nr. 987/2009 im Übrigen ausdrücklich verweist.

39 Die "geplanten Behandlungen" im Sinne dieser Vorschriften unterscheiden sich wohlgerne von den Behandlungen im Sinne von Art. 19 der Verordnung Nr. 883/2004 und Art. 25 der Verordnung Nr. 987/2009, bei denen es sich um unerwartete Behandlungen handelt, die an den Versicherten in dem Mitgliedstaat erbracht werden, in den er sich beispielsweise aus touristischen oder bildungsbezogenen Gründen begeben hat, und die sich als medizinisch notwendig erweisen, damit der Versicherte nicht vor dem geplanten Ende seines Aufenthalts in den zuständigen Mitgliedstaat zurückkehren muss, um dort die erforderliche Behandlung zu erhalten (vgl. entsprechend Urteil vom 15. Juni 2010, Kommission/Spanien, C-211/08, EU:C:2010:340, Rn. 59 bis 61).

40 Gemäß Art. 20 Abs. 1 der Verordnung Nr. 883/2004 muss ein Versicherter, der sich in einen anderen Mitgliedstaat begibt, um dort zu den in dieser Verordnung vorgesehenen Bedingungen eine geplante Behandlung in Anspruch zu nehmen, die Genehmigung des zuständigen Trägers einholen.

41 Art. 20 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung Nr. 883/2004 verleiht seinerseits dem Versicherten, der den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats unterliegt und über eine gemäß Art. 20 Abs. 1 dieser Verordnung beantragte Genehmigung verfügt, einen Anspruch auf eine geplante Behandlung, die für Rechnung des zuständigen Trägers vom Träger des Aufenthaltsorts nach den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats der Leistungserbringung so erbracht wird, als ob der Betroffene bei letzterem Träger versichert wäre (vgl. entsprechend, zu Art. 22 Abs. 1 Buchst. c Ziff. i der Verordnung Nr. 1408/71, der durch Art. 20 der Verordnung der Verordnung Nr. 883/2004 ersetzt wurde, Urteil Elchinov, Rn. 39 und die dort angeführte Rechtsprechung).

42 In Art. 20 Abs. 2 Satz 2 der Verordnung Nr. 883/2004 wiederum werden zwei Voraussetzungen genannt, bei deren Vorliegen der zuständige Träger die gemäß Art. 20 Abs. 1 dieser Verordnung beantragte Genehmigung erteilen muss (vgl. entsprechend, zu Art. 22 Abs. 2 Unterabs. 2 der Verordnung Nr. 1408/71, Urteil Elchinov, Rn. 53 und die dort angeführte Rechtsprechung).

43 Um die erste dieser Voraussetzungen zu erfüllen, muss die betreffende Behandlung Teil der Leistungen sein, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats des Versicherten vorgesehen sind. Die zweite Voraussetzung ist nur erfüllt, wenn die geplante Behandlung, die der Versicherte in einem anderen Mitgliedstaat als dem seines Wohnsitzes in Anspruch nehmen möchte, nicht innerhalb eines in Anbetracht seines derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs seiner Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums im Wohnmitgliedstaat gewährt werden kann.

44 Aus alledem folgt, dass eine medizinische Versorgung, die der Versicherte allein nach seinem eigenen Willen in einem anderen Mitgliedstaat als dem seines Wohnsitzes in Anspruch genommen hat, weil seiner Meinung nach diese Versorgung oder eine ebenso wirksame Versorgung im Wohnmitgliedstaat nicht innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums zu erlangen war, unter den Begriff "geplante Behandlung" im Sinne von Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 in Verbindung mit Art. 26 der Verordnung Nr. 987/2009 fällt. Unter diesen Umständen ist die Inanspruchnahme einer solchen Versorgung gemäß Art. 20 Abs. 1 der erstgenannten Verordnung von einer Genehmigung durch den Wohnmitgliedstaat abhängig.

2. Zum Anspruch auf Erstattung der Kosten einer geplanten Behandlung bei Fehlen einer Vorabgenehmigung

45 Was die Frage anbelangt, ob Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 und/oder Art. 26 der Verordnung Nr. 987/2009 dahin auszulegen sind, dass bei Fehlen einer Vorabgenehmigung im Sinne dieser Vorschriften die Kosten, die dem Versicherten für die geplante Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat als dem seines Wohnsitzes entstanden sind, ihm vom zuständigen Träger erstattet werden können, zumindest wenn besondere Umstände, insbesondere im Zusammenhang mit seinem Gesundheitszustand und dem voraussichtlichen Verlauf seiner Krankheit, das Fehlen einer solchen Genehmigung rechtfertigen können, so ist zunächst darauf hinzuweisen, dass in Art. 26 der Verordnung Nr. 987/2009 nicht geregelt ist, unter welchen Voraussetzungen die Genehmigung zu erteilen ist, sondern lediglich Regeln betreffend das Genehmigungsverfahren und die Kostenübernahme für die geplante Behandlung des Versicherten vorgesehen sind. Die Frage ist mithin anhand von Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 im Licht des in Art. 56 AEUV verankerten freien Dienstleistungsverkehrs zu beantworten.

46 Der Gerichtshof hat bereits zwei Fallkonstellationen aufgezeigt, in denen der Versicherte selbst dann, wenn vor Beginn der geplanten Behandlung im Aufenthaltsmitgliedstaat keine ordnungsgemäß erteilte Genehmigung vorlag, einen unmittelbaren Erstattungsanspruch gegen den zuständigen Träger hat, und zwar in

Höhe dessen, was dieser Träger normalerweise übernommen hätte, wenn der Versicherte über eine solche Genehmigung verfügt hätte.

47 Im ersten Fall hat der Versicherte einen solchen Erstattungsanspruch, wenn der zuständige Träger die beantragte Genehmigung versagt hat und die Unbegründetheit dieser Versagung später entweder vom zuständigen Träger selbst oder durch gerichtliche Entscheidung festgestellt wird (vgl. entsprechend, zu Art. 22 Abs. 1 Buchst. c der Verordnung Nr. 1408/71, Urteil vom 12. Juli 2001, Vanbraekel u. a., C-368/98, EU:C:2001:400, Rn. 34).

48 Im zweiten Fall hat der Versicherte einen unmittelbaren Erstattungsanspruch gegen den zuständigen Träger – und zwar in Höhe dessen, was dieser Träger normalerweise übernommen hätte, wenn der Versicherte über eine entsprechende Genehmigung verfügt hätte –, wenn er aus gesundheitlichen Gründen oder wegen der Dringlichkeit einer Krankenhausbehandlung außerstande war, eine solche Genehmigung zu beantragen bzw. die Entscheidung des zuständigen Trägers über den Genehmigungsantrag abzuwarten. Insoweit hat der Gerichtshof entschieden, dass durch eine Regelung, die die Übernahme der Kosten einer ohne Genehmigung in einem anderen Mitgliedstaat erbrachten Krankenhausbehandlung in allen Fällen ausschließt, dem Versicherten die Kostenübernahme selbst für den Fall verwehrt wird, dass die Voraussetzungen hierfür im Übrigen erfüllt sind. Eine solche Regelung, die nicht mit zwingenden Gründen des Allgemeininteresses gerechtfertigt werden kann und jedenfalls nicht dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz genügt, stellt infolgedessen eine ungerechtfertigte Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs dar (vgl. entsprechend, zu Art. 49 EG und der Verordnung Nr. 1408/71, Urteil Elchinov, Rn. 45 bis 47, 51 und 75).

49 Da im vorliegenden Fall feststeht, dass WO für die geplante Behandlung in Deutschland keine Vorabgenehmigung im Sinne von Art. 20 Abs. 1 der Verordnung Nr. 883/2004 beantragt hat und der zuständige Träger die Ablehnung der Kostenerstattung nur mit der unterlassenen Antragstellung vor Behandlungsbeginn begründet hat, ist zu ermitteln, ob WO gemäß der aus dem Urteil Elchinov hervorgegangenen Rechtsprechung dennoch einen Anspruch darauf hat, dass der zuständige Träger die ihm für diese Behandlung entstandenen Kosten erstattet. Insoweit obliegt es dem zuständigen Träger – unter der Kontrolle der nationalen Gerichte –, zu prüfen, ob die beiden in jenem Urteil aufgezeigten Voraussetzungen erfüllt sind.

50 Zum einen ist zu beurteilen, ob der Versicherte aufgrund besonderer Umstände, die mit seinem Gesundheitszustand oder der Dringlichkeit einer Krankenhausbehandlung zusammenhängen, außerstande war, eine Genehmigung für die Übernahme der Kosten einer solchen Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat zu beantragen bzw. – falls er vor Behandlungsbeginn eine solche Genehmigung beantragt hatte – die Entscheidung des zuständigen Trägers über diesen Antrag abzuwarten (vgl. entsprechend Urteil Elchinov, Rn. 45 bis 47 und 75 bis 77, sowie Beschluss vom 11. Juli 2013, Luca, C-430/12, nicht veröffentlicht, EU:C:2013:467, Rn. 28 und 33).

51 Zum anderen ist zu prüfen, ob die in Rn. 43 des vorliegenden Urteils dargelegten Voraussetzungen dafür, dass der zuständige Träger gemäß Art. 20 Abs. 2 Satz 2 der Verordnung Nr. 883/2004 die Kosten der fraglichen geplanten Behandlung übernimmt, im Übrigen erfüllt sind (vgl. entsprechend Urteil Elchinov, Rn. 45, und Beschluss vom 11. Juli 2013, Luca, C-430/12, nicht veröffentlicht, EU:C:2013:467, Rn. 23).

52 Sollte das vorlegende Gericht feststellen, dass diese beiden Voraussetzungen im vorliegenden Fall erfüllt sind, hätte der Kläger des Ausgangsverfahrens einen unmittelbaren Erstattungsanspruch in der in Rn. 46 des vorliegenden Urteils genannten Höhe gegen den zuständigen Träger.

53 Unbeschadet der Prüfung, die das vorlegende Gericht insoweit wird vornehmen müssen, ist unter Berücksichtigung aller Umstände des Ausgangsrechtsstreits hinsichtlich der ersten Voraussetzung darauf hinzuweisen, dass vom 29. September 2016 – dem Tag, an dem WO den in Deutschland praktizierenden Arzt wegen einer Untersuchung und etwaigen Behandlung kontaktierte – bis zum 18. Oktober 2016 – dem Tag des dort erfolgreich durchgeführten augenärztlichen Eingriffs, der aufgrund des Gesundheitszustands von WO gleich am Folgetag seines fest vereinbarten Untersuchungstermins vorgenommen wurde – 20 Tage vergangen sind.

54 Zwar geht aus der Vorlageentscheidung nicht hervor, dass WO in diesem Zeitraum außerstande war, beim zuständigen Träger gemäß Art. 20 Abs. 1 der Verordnung Nr. 883/2004 einen Genehmigungsantrag für die geplante Behandlung in Deutschland zu stellen. Die am 15. Oktober 2016 in Ungarn erfolgte Untersuchung, deren Ergebnis die Dringlichkeit des augenärztlichen Eingriffs bestätigte, dem sich WO dann tatsächlich am 18. Oktober 2016 in Deutschland unterzog, kann jedoch ein Indiz dafür darstellen, dass WO, selbst wenn er nicht an der Beantragung einer Vorabgenehmigung gehindert gewesen sein sollte, die Entscheidung des zuständigen Trägers über diesen Antrag nicht hätte abwarten können.

55 Nach alledem ist auf die Fragen 4 bis 6 zu antworten, dass Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 in Verbindung mit Art. 26 der Verordnung Nr. 987/2009 im Licht von Art. 56 AEUV dahin auszulegen ist, dass

- eine medizinische Versorgung, die der Versicherte allein nach seinem eigenen Willen in einem anderen Mitgliedstaat als dem seines Wohnsitzes in Anspruch genommen hat, weil seiner Meinung nach diese Versorgung oder eine ebenso wirksame Versorgung im Wohnmitgliedstaat nicht innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums zu erlangen war, unter den Begriff "geplante Behandlung" im Sinne dieser Vorschriften fällt, so dass die Inanspruchnahme einer solchen Versorgung zu den in der Verordnung Nr. 883/2004 vorgesehenen Bedingungen grundsätzlich von einer Genehmigung durch den zuständigen Träger des Wohnmitgliedstaats abhängig ist;
- der Versicherte, der in einem anderen Mitgliedstaat als dem seines Wohnsitzes eine geplante Behandlung in Anspruch genommen hat, ohne zuvor gemäß Art. 20 Abs. 1 dieser Verordnung eine Genehmigung durch den zuständigen Träger beantragt zu haben, einen Anspruch auf Erstattung der Kosten dieser Behandlung zu den in dieser Verordnung vorgesehenen Bedingungen hat, wenn
- er zwischen dem Tag der Vereinbarung eines Termins für eine ärztliche Untersuchung und etwaige Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat und dem Tag, an dem er die fragliche Behandlung in

diesem Mitgliedstaat, in den er sich eigens begeben musste, erhalten hat, insbesondere wegen seines Gesundheitszustands oder der Dringlichkeit, dort diese Behandlung zu erhalten, außerstande war, beim zuständigen Träger eine solche Genehmigung zu beantragen bzw. die Entscheidung dieses Trägers über einen solchen Antrag abzuwarten, und

- die weiteren Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten der Sachleistungen gemäß Art. 20 Abs. 2 Satz 2 der Verordnung Nr. 883/2004 im Übrigen erfüllt sind.

Es ist Sache des vorlegenden Gerichts, die insoweit erforderlichen Feststellungen zu treffen.

C. Zu den ersten beiden Fragen

56 Mit seinen ersten beiden Fragen, die zusammen und an zweiter Stelle zu prüfen sind, möchte das vorlegende Gericht wissen, ob Art. 56 AEUV und Art. 8 Abs. 1 der Richtlinie 2011/24 dahin auszulegen sind, dass sie einer nationalen Regelung entgegenstehen, wonach die Kostenerstattung für die medizinische Versorgung des Versicherten in einem anderen Mitgliedstaat in allen Fällen von einer Vorabgenehmigung abhängt, selbst wenn bei Zuwarten auf die Erteilung dieser Genehmigung die echte Gefahr besteht, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten irreversibel verschlechtert.

57 Die Antwort des Gerichtshofs auf diese beiden Fragen ist für das Ausgangsverfahren nur relevant, falls WO für die Kosten der Behandlung in Deutschland keinen Erstattungsanspruch nach Art. 20 der Verordnung Nr. 883/2004 – ausgelegt im Licht von Art. 56 AEUV – hat, weil die in Rn. 55 des vorliegenden Urteils genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

1. Zur Vorabgenehmigung nach Maßgabe von Art. 56 AEUV

58 Nach der Rechtsprechung des Gerichtshofs stellt eine nationale Regelung, wonach die Übernahme oder die Erstattung der Kosten, die dem Versicherten in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat entstanden sind, von einer Vorabgenehmigung abhängt, während die Übernahme bzw. Erstattung der Kosten, die dem Versicherten im Versicherungsmitgliedstaat entstanden sind, nicht von einer solchen Genehmigung abhängt, eine Beschränkung des in Art. 56 AEUV verankerten freien Dienstleistungsverkehrs dar (vgl. in diesem Sinne Urteile vom 28. April 1998, Kohll, C-158/96, EU:C:1998:171, Rn. 35, und vom 27. Oktober 2011, Kommission/Portugal, C-255/09, EU:C:2011:695, Rn. 60).

59 Der Gerichtshof hat festgestellt, dass zu den Zielen, die eine solche Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs rechtfertigen können, die Ziele zählen, eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit zu vermeiden, eine ausgewogene, allen zugängliche ärztliche und klinische Versorgung aufrechtzuerhalten, einen bestimmten Umfang der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder ein bestimmtes Niveau der Heilkunde im Inland zu bewahren sowie eine

Planung zu ermöglichen, mit der bezweckt wird, zum einen im betreffenden Mitgliedstaat einen ausreichenden, ständigen Zugang zu einem ausgewogenen Angebot hochwertiger Krankenhausversorgung sicherzustellen und zum anderen die Kosten zu begrenzen und nach Möglichkeit jede Verschwendung finanzieller, technischer oder personeller Ressourcen zu vermeiden (vgl. entsprechend Urteil Elchinov, Rn. 42 und 43 sowie die dort angeführte Rechtsprechung).

60 Allerdings hat der Gerichtshof in diesem Zusammenhang einerseits zwischen medizinischen Leistungen, die von niedergelassenen Ärzten in ihren Praxen oder in der Wohnung des Patienten erbracht werden, und andererseits Krankenhausbehandlungen oder medizinischer Versorgung, die den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Ausrüstung erfordert (im Folgenden: aufwändige Behandlungen außerhalb von Krankenhäusern), unterschieden (vgl. in diesem Sinne Urteile vom 28. April 1998, Decker, C-120/95, EU:C:1998:167, Rn. 39 bis 45, vom 28. April 1998, Kohll, C-158/96, EU:C:1998:171, Rn. 41 bis 52, vom 12. Juli 2001, Smits und Peerbooms, C-157/99, EU:C:2001:404, Rn. 76, sowie vom 5. Oktober 2010, Kommission/Frankreich, C-512/08, EU:C:2010:579, Rn. 33 bis 36).

61 Insbesondere hat der Gerichtshof in Bezug auf Krankenhausbehandlungen und aufwändige Behandlungen außerhalb von Krankenhäusern – hierbei handelt es sich um Behandlungen, die unbestreitbare Besonderheiten aufweisen – entschieden, dass es Art. 56 AEUV grundsätzlich nicht zuwiderläuft, wenn das Recht eines Patienten, solche durch das System, dem er angehört, finanzierten Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat zu erhalten, von einer Vorabgenehmigung abhängig gemacht wird (vgl. in diesem Sinne Urteil vom 5. Oktober 2010, Kommission/Frankreich, C-512/08, EU:C:2010:579, Rn. 33 bis 36, sowie Urteil Elchinov, Rn. 40 bis 43 und die dort angeführte Rechtsprechung).

62 Allerdings hat der Gerichtshof darauf hingewiesen, dass die Voraussetzungen für die Erteilung einer derartigen Genehmigung vor dem Hintergrund zwingender Gründe – wie etwa der in Rn. 59 des vorliegenden Urteils genannten – gerechtfertigt sein müssen, dass sie nicht über das hinausgehen dürfen, was zu diesem Zweck objektiv notwendig ist, und dass das gleiche Ergebnis nicht durch Regelungen erreichbar sein darf, die die betreffenden Freiheiten weniger stark beschränken. Ferner muss ein solches System auf objektiven, nicht diskriminierenden und vorher bekannten Kriterien beruhen, so dass dem Ermessen der nationalen Behörden Grenzen gesetzt werden, die seine missbräuchliche Ausübung verhindern (vgl. in diesem Sinne Urteil Elchinov, Rn. 44 und die dort angeführte Rechtsprechung).

63 Außerdem geht aus der Rechtsprechung des Gerichtshofs hervor, dass Versicherte, die sich zu Behandlungszwecken ohne Vorabgenehmigung in einen anderen Mitgliedstaat als den Versicherungsmitgliedstaat begeben, die Kostenübernahme nur im Umfang der vom Krankenversicherungssystem des Versicherungsmitgliedstaats garantierten Deckung verlangen können (vgl. entsprechend Urteil Elchinov, Rn. 80 und die dort angeführte Rechtsprechung). Ebenso können dem Versicherten auch bei einer Versorgung in

einem anderen Mitgliedstaat als dem der Versicherungszugehörigkeit 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 Allgemeinmediziner zu konsultieren (Urteil vom 13. Mai 2003, Müller-Fauré und van Riet, C-385/99, EU:C:2003:270, Rn. 98 und 106).

64 Der Gerichtshof hat überdies klargestellt, dass ein Mitgliedstaat durch nichts daran gehindert ist, die Erstattungsbeträge festzusetzen, auf die die Patienten, die in einem anderen Mitgliedstaat versorgt wurden, Anspruch haben, soweit diese Beträge auf objektiven, nicht diskriminierenden und transparenten Kriterien beruhen (vgl. in diesem Sinne Urteil vom 13. Mai 2003, Müller-Fauré und van Riet, C-385/99, EU:C:2003:270, Rn. 107).

2. Zur Vorabgenehmigung nach Maßgabe der Richtlinie 2011/24

65 Mit der Richtlinie 2011/24 wurde, wie namentlich aus ihrem achten Erwägungsgrund hervorgeht, die Rechtsprechung des Gerichtshofs zu bestimmten Aspekten – insbesondere der Kostenerstattung – von Gesundheitsdienstleistungen, die in einem anderen Mitgliedstaat als dem des Wohnsitzes des Leistungsempfängers erbracht wurden, kodifiziert, um eine allgemeinere und auch wirksamere Anwendung der Grundsätze zu erreichen, die der Gerichtshof in Einzelfällen entwickelt hat.

66 Die Richtlinie 2011/24 lässt gemäß ihrem Art. 2 Buchst. m die Bestimmungen der Verordnungen Nrn. 883/2004 und 987/2009 unberührt. Dementsprechend bestimmt Art. 8 Abs. 3 dieser Richtlinie: "Bei jedem Antrag auf Vorabgenehmigung, den ein Versicherter stellt, um eine grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistung in Anspruch zu nehmen, stellt der Versicherungsmitgliedstaat fest, ob die Bedingungen der Verordnung [Nr. 883/2004] erfüllt sind. Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, wird die Vorabgenehmigung gemäß der genannten Verordnung erteilt, es sei denn, der Patient wünscht etwas anderes." Im 46. Erwägungsgrund der Richtlinie wird ausgeführt, dass, sofern die in der Verordnung Nr. 883/2004 genannten Genehmigungsvoraussetzungen für die Kostenübernahme erfüllt sind, die Genehmigung erteilt werden muss und die Leistungen gemäß dieser Verordnung zu gewähren sind, es sei denn, der Patient hat etwas anderes beantragt. Gleiches gilt, wenn die Genehmigung nach einer administrativen oder gerichtlichen Überprüfung des Antrags erteilt wird und die betreffende Person die Behandlung in der Zwischenzeit in einem anderen Mitgliedstaat erhalten hat.

67 Der zu Kapitel III ("Erstattung von Kosten für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung") der Richtlinie 2011/24 gehörende Art. 7 ("Allgemeine Grundsätze für die Kostenerstattung") stellt in seinem Abs. 1 den Grundsatz auf, dass "[d]er Versicherungsmitgliedstaat ... unbeschadet der Verordnung [Nr. 883/2004] und vorbehaltlich der Artikel 8 und 9 sicher[stellt], dass die Kosten, die einem Versicherten im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung entstanden sind, erstattet werden, sofern die betreffende

Gesundheitsdienstleistung zu den Leistungen gehört, auf die der Versicherte im Versicherungsmitgliedstaat Anspruch hat".

68 Sodann bestimmt Art. 7 Abs. 4 Unterabs. 1 der Richtlinie 2011/24, dass der Versicherungsmitgliedstaat die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bis zu den Höchstbeträgen erstattet oder direkt bezahlt, die er übernommen hätte, wenn die betreffende Gesundheitsdienstleistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden wäre, wobei die Erstattung die Höhe der tatsächlich durch die Gesundheitsversorgung entstandenen Kosten nicht überschreiten darf.

69 Des Weiteren geht aus Art. 7 Abs. 7 dieser Richtlinie hervor, dass der Versicherungsmitgliedstaat einem Versicherten, der einen Antrag auf Kostenerstattung im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung stellt, dieselben – auf lokaler, regionaler oder nationaler Ebene festgelegten – Voraussetzungen, Anspruchskriterien sowie Regelungs- und Verwaltungsformalitäten vorschreiben kann, die er für die gleiche Gesundheitsversorgung im eigenen Hoheitsgebiet heranziehen würde, einschließlich eines Gutachtens durch einen Angehörigen der Gesundheitsberufe, wobei die Voraussetzungen, Anspruchskriterien sowie Regelungs- und Verwaltungsformalitäten weder diskriminierend sein noch ein Hindernis für den freien Verkehr von Patienten, Dienstleistungen oder Waren darstellen dürfen, es sei denn, sie sind aufgrund des Planungsbedarfs objektiv gerechtfertigt.

70 Schließlich folgt aus Art. 7 Abs. 8 der Richtlinie 2011/24, dass der Mitgliedstaat die Erstattung von Kosten für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung mit Ausnahme der in Art. 8 dieser Richtlinie genannten Fälle nicht von einer Vorabgenehmigung abhängig macht.

71 Art. 8 ("Gesundheitsversorgung, die einer Vorabgenehmigung unterliegen kann") der Richtlinie 2011/24 sieht seinerseits zwar in seinem Abs. 1 vor, dass der Versicherungsmitgliedstaat ein System der Vorabgenehmigung für die Kostenerstattung für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung gemäß diesem Artikel und Art. 9 dieser Richtlinie vorsehen kann; jedoch heißt es diesem Absatz weiter, dass dieses System, einschließlich der Kriterien und der Anwendung dieser Kriterien, und Einzelentscheidungen, mit denen eine Vorabgenehmigung verweigert wird, auf das im Hinblick auf das zu erreichende Ziel notwendige und angemessene Maß begrenzt bleiben müssen und kein Mittel willkürlicher Diskriminierung und keine ungerechtfertigte Behinderung der Freizügigkeit der Patienten darstellen dürfen.

72 Art. 8 Abs. 2 Unterabs. 1 der Richtlinie 2011/24, in dem abschließend festgelegt wird, welche Gesundheitsversorgung von einer Vorabgenehmigung abhängig gemacht werden kann, nennt in Buchst. a Fälle von Gesundheitsversorgung, die "vom Planungsbedarf in Zusammenhang mit dem Ziel, einen ausreichenden, ständigen Zugang zu einem ausgewogenen Angebot hochwertiger Versorgung im betreffenden Mitgliedstaat sicherzustellen, oder in Zusammenhang mit dem Wunsch, die Kosten zu begrenzen und nach Möglichkeit jede

Verschwendung finanzieller, technischer oder personeller Ressourcen zu vermeiden, abhängig gemacht werden" und die "eine Übernachtung des Patienten im Krankenhaus für mindestens eine Nacht erfordern" (Ziff. i) oder "den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordern" (Ziff. ii).

3. Zur Übertragung der zu Art. 56 AEUV und zur Richtlinie 2011/24 ergangenen Rechtsprechung auf den vorliegenden Fall

a) Zum Vorliegen einer Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs

73 Aus den dem Gerichtshof vorliegenden Angaben geht zum einen hervor, dass im Zeitraum des Sachverhalts des Ausgangsverfahrens nach nationalem Recht, insbesondere nach § 27 Abs. 6 des Krankenversicherungsgesetzes in Verbindung mit den maßgeblichen Bestimmungen der Regierungs- und der Sektorverordnung, die Übernahme und die Erstattung – seitens des zuständigen Trägers – der Kosten von Krankenhausbehandlungen und von ambulanten, innerhalb eines Tages vorgenommenen Eingriffen, wenn sie in einem anderen Mitgliedstaat erfolgten, von einer Vorabgenehmigung abhingen. Hingegen war die Inanspruchnahme der im Rahmen der ungarischen Sozialversicherung, der WO angehörte, verfügbaren Sachleistungen von keiner derartigen Genehmigung abhängig.

74 Zum anderen wurde der Antrag von WO auf Kostenerstattung für die in Deutschland erbrachte medizinische Versorgung vom zuständigen Träger in vollem Umfang abgelehnt, weil eine Vorabgenehmigung fehlte. Diese Ablehnung betraf – vorbehaltlich der vom vorlegenden Gericht vorzunehmenden Überprüfungen – sowohl die Kosten des augenärztlichen Eingriffs vom 18. Oktober 2016 als auch die Kosten der ärztlichen Beratung vom 17. Oktober 2016. Aus der Vorlageentscheidung geht jedoch nicht hervor, dass die Kostenerstattung für eine ärztliche Beratung in Ungarn zugunsten eines Pflichtmitglieds des ungarischen Krankenversicherungssystems von einer solchen Genehmigung abhängig gewesen wäre.

75 Indessen folgt aus der in Rn. 58 des vorliegenden Urteils angeführten Rechtsprechung, dass ein Vorabgenehmigungssystem, wie es durch die im Ausgangsverfahren fragliche nationale Regelung geschaffen wurde, eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs darstellt.

b) Zur Rechtfertigung des Vorabgenehmigungssystems

76 Das vorlegende Gericht hält die Verhältnismäßigkeit der Beschränkung, die mit dem durch die nationale Regelung geschaffenen Vorabgenehmigungssystem einhergeht, für zweifelhaft, soweit die Kostenerstattung für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in allen Fällen von einer Vorabgenehmigung abhängt, selbst wenn der Versicherte aufgrund seines Gesundheitszustands, der eine lebensnotwendige Notfall-

behandlung erfordere, und der Schwerfälligkeit des anwendbaren Verfahrens vor Behandlungsbeginn keine Genehmigung beim zuständigen Träger beantragt habe. Da eine nachträgliche Antragstellung nicht vorgesehen sei, sei es zudem unmöglich, im Rahmen der Prüfung eines Antrags auf Kostenerstattung für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu ermitteln, ob die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt seien.

77 Die ungarische Regierung erklärt ihrerseits, das mit der ungarischen Regelung geschaffene System, wonach die Kostenübernahme und die vollständige Kostenerstattung für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung von einer Vorabgenehmigung abhingen, solle es dem nationalen Sozialversicherungssystem ermöglichen, den außergewöhnlichen planerischen Herausforderungen zu begegnen, die sich in einer alternden Gesellschaft ergäben. Bestünde die Möglichkeit einer nachträglichen Antragstellung, entfielen die Motivation für die Patienten, eine Vorabgenehmigung zu beantragen, und es würden diejenigen begünstigt, die über bessere Informationen und über die Mittel verfügten, um sich im Ausland behandeln zu lassen, was die Erschöpfung der finanziellen Mittel des nationalen Sozialversicherungssystems zur Folge hätte. Damit würde dieses System, dem mehrere Millionen Personen angehörten, sowohl in finanzieller Hinsicht als auch in Bezug auf seinen Personalbestand langfristig geschwächt.

1) Zur Tragfähigkeit der geltend gemachten Rechtfertigung

78 Die von der ungarischen Regierung geltend gemachte Rechtfertigung geht im Wesentlichen dahin, dass eine Planung ermöglicht werden müsse, die darauf abziele, sowohl einen ausreichenden, ständigen Zugang zu einem ausgewogenen Angebot hochwertiger Krankenhausversorgung im betreffenden Mitgliedstaat sicherzustellen als auch die Kosten zu begrenzen und nach Möglichkeit jede Verschwendung finanzieller, technischer oder personeller Ressourcen zu vermeiden. Wie sich aus den Rn. 59 und 72 des vorliegenden Urteils ergibt, sind solche Ziele sowohl nach der Rechtsprechung des Gerichtshofs zu Art. 56 AEUV als auch nach Art. 8 Abs. 2 Unterabs. 1 Buchst. a der Richtlinie 2011/24 grundsätzlich geeignet, die Schaffung eines Vorabgenehmigungssystems für die Erstattung der Kosten der Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat zu rechtfertigen.

79 Wie sich aus den Rn. 60, 61 und 72 des vorliegenden Urteils ergibt, kann ein solches Bedürfnis jedoch sowohl nach der Rechtsprechung des Gerichtshofs zu Art. 56 AEUV als auch nach Art. 8 Abs. 2 Unterabs. 1 Buchst. a der Richtlinie 2011/24 nur in bestimmten Fällen geltend gemacht werden, die in dieser Rechtsprechung und in den Ziff. i und ii der letztgenannten Vorschrift abschließend aufgezählt werden. Die ärztliche Beratung zählt nicht zu diesen Fällen. Daraus folgt, dass die Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs, die damit einhergeht, dass im Wohnmitgliedstaat eine Vorabgenehmigung für eine solche Beratung in einem anderen Mitgliedstaat eingeholt werden muss, nicht mit Verweis auf die in der vorstehenden Randnummer genannten Ziele gerechtfertigt werden kann und nicht den in Art. 8 Abs. 2 Unterabs. 1 Buchst. a Ziff. i und ii der Richtlinie 2011/24 vorgesehenen Voraussetzungen entspricht.

80 Was den augenärztlichen Eingriff anbelangt, dem sich WO während seines Aufenthalts in Deutschland unterzog, ist es Sache des vorlegenden Gerichts, sich zu vergewissern, dass es sich dabei um eine Krankenhausbehandlung oder eine aufwändige Behandlung außerhalb eines Krankenhauses im Sinne der in Rn. 60 des vorliegenden Urteils dargelegten Rechtsprechung des Gerichtshofs und von Art. 8 Abs. 2 Unterabs. 1 Buchst. a Ziff. i und ii der Richtlinie 2011/24 handelte. Nur in einem derartigen Fall wäre das von der ungarischen Regierung geltend gemachte Bedürfnis grundsätzlich tragfähig.

2) Zur Verhältnismäßigkeit des Vorabgenehmigungssystems

81 Sollte es sich bei der fraglichen Behandlung um eine Krankenhausbehandlung oder eine aufwändige Behandlung außerhalb eines Krankenhauses handeln, wäre außerdem zu prüfen, ob das Vorabgenehmigungssystem, das durch die im Ausgangsverfahren in Rede stehende nationale Regelung hinsichtlich der Erstattung der Kosten einer solchen Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat geschaffen wurde, gemäß der in Rn. 62 des vorliegenden Urteils angeführten Rechtsprechung und Art. 8 Abs. 1 der Richtlinie 2011/24 mit den Grundsätzen der Notwendigkeit und der Verhältnismäßigkeit im Einklang steht.

82 Wie der Gerichtshof bereits entschieden hat, wird durch eine nationale Regelung, die die Übernahme der Kosten einer ohne vorherige Genehmigung erbrachten Krankenhausbehandlung in allen Fällen ausschließt, dem Versicherten, der aus gesundheitlichen Gründen oder wegen der Dringlichkeit der Krankenhausbehandlung außerstande war, eine solche Genehmigung zu beantragen bzw. die Antwort des zuständigen Trägers abzuwarten, die Übernahme der Behandlungskosten durch den Träger versagt, selbst wenn die Voraussetzungen für eine solche Kostenübernahme im Übrigen erfüllt sind (Urteil Elchinov, Rn. 45).

83 Der Gerichtshof hat festgestellt, dass die Übernahme der Behandlungskosten unter Umständen, wie sie in der vorstehenden Randnummer beschrieben werden, weder die Verwirklichung der Ziele der Krankenhausplanung behindern noch das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit schwerwiegend beschädigen kann, da sie weder die Erhaltung einer ausgewogenen und für alle zugänglichen Krankenhausversorgung noch die Aufrechterhaltung eines bestimmten Umfangs der medizinischen und pflegerischen Versorgung und eines bestimmten Niveaus der Heilkunde im Inland berührt (Urteil Elchinov, Rn. 46).

84 Die Erwägungen des Gerichtshofs zu der Frage, inwieweit im Rahmen von Art. 49 EG und Art. 22 der Verordnung Nr. 1408/71 ein Anspruch darauf besteht, dass die Kosten der in einem anderen Mitgliedstaat erfolgten Krankenhausbehandlung ohne Vorabgenehmigung übernommen werden, lassen sich auf den Kontext von Art. 56 AEUV und der Richtlinie 2011/24 übertragen, was den Anspruch darauf anbelangt, dass die Kosten einer in einem anderen Mitgliedstaat erfolgten Krankenhausbehandlung bzw. aufwändigen Behandlung außerhalb eines Krankenhauses ohne Vorabgenehmigung erstattet werden.

85 Daraus folgt, dass eine nationale Regelung, die bei fehlender Vorabgenehmigung – selbst wenn die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme im Übrigen erfüllt wären – ausschließt, dass der zuständige Träger die Kosten einer in einem anderen Mitgliedstaat erfolgten Krankenhausbehandlung oder aufwändigen Behandlung außerhalb eines Krankenhauses erstattet, einschließlich in den besonderen Fällen, in denen der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen oder wegen der Dringlichkeit einer solchen Behandlung außerstande war, eine solche Genehmigung zu beantragen bzw. die Entscheidung des zuständigen Trägers über den Genehmigungsantrag abzuwarten, nicht dem in den Rn. 62 und 71 des vorliegenden Urteils genannten Erfordernis der Verhältnismäßigkeit genügt. Somit bewirkt diese Regelung eine unverhältnismäßige Beschränkung des in Art. 56 AEUV verankerten freien Dienstleistungsverkehrs und verstößt gegen Art. 8 Abs. 1 der Richtlinie 2011/24.

86 Nach alledem sind die ersten beiden Fragen wie folgt zu beantworten:

- Art. 56 AEUV und Art. 8 Abs. 2 Unterabs. 1 Buchst. a der Richtlinie 2011/24 sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung entgegenstehen, die bei fehlender Vorabgenehmigung ausschließt, dass die in einem anderen Mitgliedstaat entstandenen Kosten einer ärztlichen Beratung innerhalb der Grenzen der durch das Krankenversicherungssystem des Versicherungsmitgliedstaats garantieren Deckung erstattet werden;
- Art. 56 AEUV und Art. 8 Abs. 1 der Richtlinie 2011/24 sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung entgegenstehen, die bei fehlender Vorabgenehmigung – selbst wenn die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme im Übrigen erfüllt wären – ausschließt, dass die Kosten einer in einem anderen Mitgliedstaat erfolgten Krankenhausbehandlung oder aufwändigen Behandlung außerhalb eines Krankenhauses innerhalb der Grenzen der durch das Krankenversicherungssystem des Versicherungsmitgliedstaats garantieren Deckung erstattet werden, wenn der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen oder wegen der Dringlichkeit einer solchen Behandlung außerstande war, eine Genehmigung zu beantragen bzw. die Entscheidung des zuständigen Trägers über den Antrag abzuwarten.

D. Zur dritten Frage

87 Mit seiner dritten Frage, die an dritter Stelle zu prüfen ist, möchte das vorlegende Gericht wissen, ob Art. 9 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24, wonach die Mitgliedstaaten für die Bearbeitung von Anträgen auf eine Leistung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung angemessene Fristen festlegen müssen, dahin auszulegen ist, dass er einer nationalen Regelung entgegensteht, die unabhängig vom Gesundheitszustand des Patienten, der im Hinblick auf die Übernahme der Kosten einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung eine Vorabgenehmigung beantragt hat, eine Frist von 31 Tagen für die Erteilung einer solchen Genehmigung und von 23 Tagen für ihre Versagung vorsieht.

88 Hierzu ist festzustellen, dass die Mitgliedstaaten nach Art. 9 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24 verpflichtet sind, angemessene Fristen festzulegen, innerhalb deren Anträge auf eine Leistung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bearbeitet werden müssen, und bei der Prüfung dieser Anträge gemäß den Buchst. a und b dieser Vorschrift den "jeweiligen Gesundheitszustand" sowie die "Dringlichkeit und die Besonderheiten des Einzelfalls" zu berücksichtigen.

89 Während das vorliegende Gericht angibt, dass im ungarischen Recht die Bearbeitungsfrist für Anträge auf Vorabgenehmigung der Kostenübernahme für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung unabhängig vom Gesundheitszustand des antragstellenden Patienten festgelegt sei, geht aus den schriftlichen Erklärungen sowohl der ungarischen Regierung als auch der Kommission hervor, dass § 7 Abs. 1 der Regierungsverordnung, mit dem Art. 9 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24 in ungarisches Recht umgesetzt wird, dem zuständigen Träger die Möglichkeit gibt, die Besonderheiten und die Dringlichkeit des Einzelfalls im Rahmen des in § 5 dieser Verordnung vorgesehenen Genehmigungsverfahrens zu berücksichtigen.

90 Im Übrigen enthalten die dem Gerichtshof vorliegenden Akten keinen Anhaltspunkt dafür, dass die zuständigen Träger bei der Bearbeitung von Anträgen auf Vorabgenehmigung einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung die Besonderheiten und die Dringlichkeit des Einzelfalls nicht berücksichtigen.

91 Daher ist auf die dritte Frage zu antworten, dass Art. 9 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24 dahin auszulegen ist, dass er einer nationalen Regelung, die eine Frist von 31 Tagen für die Erteilung einer Vorabgenehmigung hinsichtlich der Übernahme der Kosten einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und eine Frist von 23 Tagen für die Versagung einer solchen Genehmigung vorsieht, zugleich aber dem zuständigen Träger die Berücksichtigung der Besonderheiten und der Dringlichkeit des Einzelfalls erlaubt, nicht entgegensteht.

Kosten

92 Für die Parteien des Ausgangsverfahrens ist das Verfahren ein Zwischenstreit in dem beim vorliegenden Gericht anhängigen Rechtsstreit; die Kostenentscheidung ist daher Sache dieses Gerichts. Die Auslagen anderer Beteiligter für die Abgabe von Erklärungen vor dem Gerichtshof sind nicht erstattungsfähig.

Aus diesen Gründen hat der Gerichtshof (Vierte Kammer) für Recht erkannt:

1. Art. 20 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit ist in Verbindung mit Art. 26 ("Geplante Behandlungen") der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung Nr. 883/2004 im Licht von Art. 56 AEUV dahin auszulegen, dass

- eine medizinische Versorgung, die der Versicherte allein nach seinem eigenen Willen in einem anderen Mitgliedstaat als dem seines Wohnsitzes in Anspruch genommen hat, weil seiner Meinung nach diese Versorgung oder eine ebenso wirksame Versorgung im Wohnmitgliedstaat nicht innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums zu erlangen war, unter den Begriff "geplante Behandlung" im Sinne dieser Vorschriften fällt, so dass die Inanspruchnahme einer solchen Versorgung zu den in der Verordnung Nr. 883/2004 vorgesehenen Bedingungen grundsätzlich von einer Genehmigung durch den zuständigen Träger des Wohnmitgliedstaats abhängig ist;

- der Versicherte, der in einem anderen Mitgliedstaat als dem seines Wohnsitzes eine geplante Behandlung in Anspruch genommen hat, ohne zuvor gemäß Art. 20 Abs. 1 dieser Verordnung eine Genehmigung durch den zuständigen Träger beantragt zu haben, einen Anspruch auf Erstattung der Kosten dieser Behandlung zu den in dieser Verordnung vorgesehenen Bedingungen hat, wenn
- er zwischen dem Tag der Vereinbarung eines Termins für eine ärztliche Untersuchung und etwaige Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat und dem Tag, an dem er die fragliche Behandlung in diesem Mitgliedstaat, in den er sich eigens begeben musste, erhalten hat, insbesondere wegen seines Gesundheitszustands oder der Dringlichkeit, dort diese Behandlung zu erhalten, außerstande war, beim zuständigen Träger eine solche Genehmigung zu beantragen bzw. die Entscheidung dieses Trägers über einen solchen Antrag abzuwarten, und
- die weiteren Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten der Sachleistungen gemäß Art. 20 Abs. 2 Satz 2 der Verordnung Nr. 883/2004 im Übrigen erfüllt sind.

Es ist Sache des vorlegenden Gerichts, die insoweit erforderlichen Feststellungen zu treffen.

2. Art. 56 AEUV und Art. 8 Abs. 2 Unterabs. 1 Buchst. a der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung entgegenstehen, die bei fehlender Vorabgenehmigung ausschließt, dass die in einem anderen Mitgliedstaat entstandenen Kosten einer ärztlichen Beratung innerhalb der Grenzen der durch das Krankenversicherungssystem des Versicherungsmitgliedstaats garantieren Deckung erstattet werden.

Art. 56 AEUV und Art. 8 Abs. 1 der Richtlinie 2011/24 sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung entgegenstehen, die bei fehlender Vorabgenehmigung – selbst wenn die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme im Übrigen erfüllt wären – ausschließt, dass die Kosten einer in einem anderen Mitgliedstaat erfolgten Krankenhausbehandlung oder medizinischen Versorgung, die den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Ausrüstung erfordert, innerhalb der Grenzen der durch das Krankenversicherungssystem des Versicherungsmitgliedstaats garantieren Deckung erstattet werden, wenn der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen oder wegen der Dringlichkeit einer solchen Behandlung außerstande war, eine Genehmigung zu beantragen bzw. die Entscheidung des zuständigen Trägers über den Antrag abzuwarten.

3. Art. 9 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24 ist dahin auszulegen, dass er einer nationalen Regelung, die eine Frist von 31 Tagen für die Erteilung einer Vorabgenehmigung hinsichtlich der Übernahme der Kosten einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und eine Frist von 23 Tagen für die Versagung einer solchen Genehmigung vorsieht, zugleich aber dem zuständigen Träger die Berücksichtigung der Besonderheiten und der Dringlichkeit des Einzelfalls erlaubt, nicht entgegensteht.