

Geschäftsverzeichnisnr. 4607
Urteil Nr. 170/2009 vom 29. Oktober 2009

URTEIL

In Sachen: Klage auf teilweise Nichtigerklärung von Artikel 138 § 2 Absatz 2 und § 4 Absatz 2 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser, abgeändert durch den königlichen Erlass vom 19. März 2007 « in Ausführung von Artikel 46 des Gesetzes vom 13. Dezember 2006 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit », bestätigt durch das Gesetz vom 19. Juni 2008, erhoben von Michel Masson und Alain Vandenhove.

Der Verfassungsgerichtshof,

zusammengesetzt aus den Vorsitzenden P. Martens und M. Bossuyt, und den Richtern M. Melchior, R. Henneuse, E. De Groot, L. Lavrysen und E. Derycke, unter Assistenz des Kanzlers P.-Y. Dutilleux, unter dem Vorsitz des Vorsitzenden P. Martens,

verkündet nach Beratung folgendes Urteil:

*

* *

I. *Gegenstand der Klage und Verfahren*

Mit einer Klageschrift, die dem Hof mit am 9. Januar 2009 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 12. Januar 2009 in der Kanzlei eingegangen ist, erhoben Klage auf teilweise Nichtigerklärung von Artikel 138 § 2 Absatz 2 und § 4 Absatz 2 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser, abgeändert durch den königlichen Erlass vom 19. März 2007 «in Ausführung von Artikel 46 des Gesetzes vom 13. Dezember 2006 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit», bestätigt durch das Gesetz vom 19. Juni 2008 (veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 11. Juli 2008, zweite Ausgabe): Michel Masson, wohnhaft in 4000 Lüttich, avenue des Ormes 44, und Alain Vandenhove, wohnhaft in 4800 Verviers, avenue de Spa 14.

Der Ministerrat hat einen Schriftsatz eingereicht, die klagenden Parteien haben einen Erwiderungsschriftsatz eingereicht und der Ministerrat hat auch einen Gegenerwiderungsschriftsatz eingereicht.

Auf der öffentlichen Sitzung vom 22. September 2009

- erschienen
- . RA M. Vanden Dorpe, in Lüttich zugelassen, für die klagenden Parteien,
- . RA A. Daout *loco* RA J. Sohier, in Brüssel zugelassen, für den Ministerrat,
- haben die referierenden Richter R. Henneuse und E. Derycke Bericht erstattet,
- wurden die vorgenannten Rechtsanwälte angehört,
- wurde die Rechtssache zur Beratung gestellt.

Die Vorschriften des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989, die sich auf das Verfahren und den Sprachgebrauch beziehen, wurden eingehalten.

II. *In rechtlicher Beziehung*

(...)

B.1. Die Nichtigkeitsklage ist gegen Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe *a*) und Nr. 3 Buchstabe *a*) des königlichen Erlasses vom 19. März 2007 «in Ausführung von Artikel 46 des Gesetzes vom 13. Dezember 2006 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit» (nachstehend: königlicher Erlass vom 19. März 2007), der durch das Gesetz vom 19. Juni 2008 bestätigt wurde, gerichtet.

Die angefochtene Bestimmung ändert Artikel 138 § 2 Absatz 2 und § 4 Absatz 2 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser ab (nachstehend: koordiniertes Gesetz von 1987 über die Krankenhäuser).

Nach der Annahme der angefochtenen Bestimmung wurde das Gesetz über die Krankenhäuser durch den königlichen Erlass vom 10. Juli 2008 koordiniert; diese Koordinierung hat jedoch keinen Einfluss auf diese Klage.

In Bezug auf den Kontext der angefochtenen Bestimmung

B.2.1. Artikel 90 des koordinierten Gesetzes von 1987 über die Krankenhäuser, ersetzt durch Artikel 84 des Gesetzes vom 14. Januar 2002, bestimmt hinsichtlich der Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser den Zuschlag, der den in einem Krankenhaus aufgenommenen Patienten in Rechnung gestellt werden kann.

In der heutigen Fassung, abgeändert durch das Programmgesetz vom 27. Dezember 2005 und das Gesetz vom 13. Dezember 2006, bestimmt dieser Artikel:

« § 1. Für den Aufenthalt in einem Einzelzimmer oder in einem Zweibettzimmer, einschließlich eines Tageskrankenhausaufenthalts, kann dem Patienten, der ein solches Zimmer verlangt hat, über den Finanzmittelhaushalt hinaus ein Zuschlag in Rechnung gestellt werden, unter der Bedingung, dass mindestens die Hälfte der Anzahl Betten des Krankenhauses für die Unterbringung von Patienten, die ohne Zahlung von Zuschlägen aufgenommen werden möchten, zur Verfügung gestellt werden kann.

Die in Absatz 1 erwähnte Anzahl verfügbarer Betten muss eine ausreichende Anzahl Betten für Kinder umfassen, die während des Krankenhausaufenthalts von einem Elternteil begleitet werden.

Der König legt den Höchstbetrag des in Absatz 1 erwähnten Zuschlags, der für einen Aufenthalt in einem Einzelzimmer und in einem Zweibettzimmer in Rechnung gestellt werden kann, nach paritätischer Beratung der Versicherungsträger in Sachen Gesundheitspflegeversicherung und der die Krankenhausverwalter vertretenden Organe fest.

Der König kann die Kategorien von Patienten bestimmen, für die in Abweichung von Absatz 1 infolge eines Aufenthalts in einem Zweibettzimmer - Tageskrankenhausaufenthalte einbezogen - keinerlei Zuschlag in Rechnung gestellt werden darf.

§ 2. Für einen Aufenthalt in einem Einzelzimmer, einschließlich eines Tageskrankenhausaufenthalts, darf in folgenden Fällen kein in Absatz 1 erwähnter Zuschlag in Rechnung gestellt werden:

a) wenn der Gesundheitszustand des Patienten oder die technischen Bedingungen der Untersuchung, der Behandlung oder der Überwachung den Aufenthalt in einem Einzelzimmer erfordern,

b) wenn die Erfordernisse des Dienstes oder der Mangel an unbelegten Betten in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern den Aufenthalt in einem Einzelzimmer notwendig machen,

c) wenn die Aufnahme unabhängig vom Willen des Patienten in einer Intensivpflege- oder Notfallversorgungseinheit erfolgt, für die Dauer des Aufenthalts in einer solchen Einheit,

d) wenn die Aufnahme ein Kind betrifft, das während des Krankenhausaufenthalts von einem Elternteil begleitet wird.

Ein Aufenthalt in einem Zweibettzimmer darf in den in Absatz 1 Buchstabe c) und d) erwähnten Fällen und wenn dieser Aufenthalt aufgrund eines Mangels an unbelegten Betten in Gemeinschaftszimmern erforderlich ist, nicht zu einem Zuschlag führen.

§ 3. Für die Anwendung der Paragraphen 1 und 2 kann der Tageskrankenhausaufenthalt vom König näher bestimmt werden ».

Aus dieser Bestimmung geht hervor, dass die Krankenhäuser unter Einhaltung der durch den König festgesetzten Höchstbeträge (Artikel 90 § 1 Absatz 3) grundsätzlich einen Zuschlag für einen Krankenhausaufenthalt in einem Einzelzimmer oder einem Zweibettzimmer in Rechnung stellen können.

B.2.2. In Bezug auf die ursprüngliche Fassung von Artikel 90 des koordinierten Gesetzes von 1987 über die Krankenhäuser wurde in den Vorarbeiten zum Gesetz vom 14. Januar 2002 Folgendes dargelegt:

« Das Anrechnen von Zuschlägen für den Aufenthalt in einem Einzelzimmer ist verboten, wenn die Aufnahme unabhängig vom Willen des Patienten in einer Intensivpflege- oder Notfallversorgungseinheit erfolgt; dieses Verbot gilt für die gesamte Dauer des Aufenthalts in einer solchen Einheit; diese Kriterien werden den derzeit vorgesehenen hinzugefügt, nämlich der Gesundheitszustand des Patienten, die technischen Bedingungen der Untersuchung, der Behandlung oder Überwachung, die der Aufenthalt in einem Einzelzimmer erfordert, oder wenn die Erfordernisse des Dienstes oder der Mangel an unbelegten Betten in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern den Aufenthalt in einem Einzelzimmer notwendig machen » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2000-2001, DOC 50-1322/001, S. 61; siehe auch *Parl. Dok.*, Kammer, 2000-2001, DOC 50-1376/001, S. 45).

B.3.1. Die Honorare der Krankenhausärzte schwanken ebenfalls grundsätzlich je nachdem, ob der Patient sich in einem Einzelzimmer, einem Zweibettzimmer oder einem Gemeinschaftszimmer aufhält.

B.3.2. Vor seiner Aufhebung durch Artikel 4 des Gesetzes vom 14. Januar 2002 bestimmte Artikel 50*bis* des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, eingefügt durch Artikel 121 des Gesetzes vom 25. Januar 1999:

« § 1. Ist keine in Artikel 50 erwähnte Vereinbarung in Kraft, sind die Tarife, die als Berechnungsgrundlage für die Beteiligung der Versicherung gelten, die maximalen Honorare, die ein Arzt verlangen kann, wenn die Leistungen erbracht werden:

a) im Rahmen eines organisierten Bereitschaftsdienstes,

b) im Rahmen der Aufnahme auf einer Intensivstation,

c) zugunsten von Patienten, die in einem Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer aufgenommen sind, die beantragt haben, in einem Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer aufgenommen zu werden, oder die aus medizinischen Gründen in einem Einzelzimmer aufgenommen sind,

d) zugunsten von Kindern, die zusammen mit einem begleitenden Elternteil in einem Krankenhaus aufgenommen werden.

§ 2. Ist eine in Artikel 50 erwähnte Vereinbarung in Kraft, sind die Tarife, die als Berechnungsgrundlage für die Beteiligung der Versicherung gelten, die maximalen Honorare, die ein Arzt, ob er der Vereinbarung beigetreten ist oder nicht, verlangen kann, wenn die Leistungen erbracht werden:

a) im Rahmen eines organisierten Bereitschaftsdienstes,

b) im Rahmen der Aufnahme auf einer Intensivstation,

c) zugunsten von Kindern, die zusammen mit einem begleitenden Elternteil in einem Krankenhaus aufgenommen werden.

[...] ».

B.4.1. Artikel 138 des koordinierten Gesetzes vom 1987 über die Krankenhäuser, ersetzt durch Artikel 109 des Gesetzes vom 14. Januar 2002, hat den Inhalt von Artikel 50*bis* des Gesetzes vom 14. Juli 1994 übernommen und dabei angepasst; es ging insbesondere darum, « die

nationale Vereinbarung Ärzte-Krankenkassen vom 18. Dezember 2000 auszuführen » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2000-2001, DOC 50-1376/001, S. 5).

Gemäß dieser Bestimmung werden die entsprechend dem Aufenthalt in einem Einzelzimmer, einem Zweibettzimmer oder einem Gemeinschaftszimmer festgelegten Honorare grundsätzlich unterschiedlich festgesetzt, je nachdem, ob eine Vereinbarung im Sinne von Artikel 50 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung in Kraft ist und ob die Krankenhausärzte dieser Vereinbarung beigetreten sind.

Artikel 138 § 1 sieht vor, dass die Krankenhausärzte, die einer Vereinbarung im Sinne von Artikel 50 des vorerwähnten Gesetzes vom 14. Juli 1994 beigetreten sind, grundsätzlich verpflichtet sind, für in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern aufgenommene Patienten die vereinbarten Tarife anzuwenden, sowie für in einem Einzelzimmer aufgenommene Patienten, die mit in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern aufgenommenen Patienten gleichgestellt werden, weil sie eine der Bedingungen von Artikel 90 § 2 erfüllen.

Artikel 138 § 2 sieht vor, dass die Krankenhausärzte, die der genannten Vereinbarung nicht beigetreten sind, vorbehaltlich der gegebenenfalls durch den König festgelegten Ausnahmen für die in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern aufgenommenen Patienten oder für die aufgrund von Artikel 90 § 2 ihnen gleichgestellten Patienten Tarife anwenden können, die von den vereinbarten Tarifen abweichen, sofern in der allgemeinen Regelung des Krankenhauses Höchsttarife festgelegt worden sind, die von den betreffenden Ärzten eingehalten werden.

Artikel 138 § 4 sieht vor, dass in Ermangelung einer Vereinbarung im Sinne von Artikel 50 des vorerwähnten Gesetzes vom 14. Juli 1994 die Krankenhausärzte vorbehaltlich der gegebenenfalls durch den König festgelegten Ausnahmen für in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern aufgenommene Patienten oder für aufgrund von Artikel 90 § 2 ihnen gleichgestellte Patienten Tarife anwenden können, die von den als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung verwendeten Tarifen abweichen, sofern in der allgemeinen Regelung des Krankenhauses Höchsttarife festgelegt worden sind, die von den betreffenden Ärzte eingehalten werden.

Artikel 138 § 5 sieht vor, dass der König die Kategorien von Patienten bestimmt, für die die Krankenhausärzte, die dieser Vereinbarung nicht beigetreten sind, in dem Fall, wo eine Vereinbarung im Sinne von Artikel 50 des vorerwähnten Gesetzes vom 14. Juli 1994 in Kraft ist, oder die Krankenhausärzte in dem Fall, wo keine Vereinbarung in Kraft ist, keine Tarife anwenden dürfen, die von den vereinbarten Tarifen beziehungsweise von den als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung verwendeten Tarifen abweichen; Artikel 2 des königlichen Erlasses vom 29. September 2002 « zur Ausführung von Artikel 138 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser » hat diese Kategorien bestimmt.

B.4.2. In Bezug auf die ursprüngliche Fassung von Artikel 138 des koordinierten Gesetzes von 1987 über die Krankenhäuser wurde in den Vorarbeiten zum Gesetz vom 14. Januar 2002 Folgendes dargelegt:

« Dieser Artikel enthält die Regelung für die Festlegung der Honorare durch die Krankenhausärzte. Diese Regelung setzt die diesbezüglich in der nationalen Vereinbarung Ärzte-Krankenkassen vom 18. Dezember 2000 vorgesehenen Bestimmungen in das koordinierte Gesetz über die Krankenhäuser um. Es sei bemerkt, dass Artikel 50*bis* des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung aufgehoben wird.

Diesbezüglich findet eine unterschiedliche Regelung Anwendung, je nachdem, ob eine Vereinbarung in Kraft ist oder nicht. Wenn eine Vereinbarung in Kraft ist, unterscheidet sich selbstverständlich die Regelung, die für die der Vereinbarung beigetretenen Ärzte gilt, von derjenigen, die für die nicht beigetretenen Ärzte vorgesehen ist.

Wenn eine Vereinbarung in Kraft ist, müssen die beigetretenen Ärzte die vereinbarten Tarife für die Patienten einhalten, die in einem Zweibettzimmer aufgenommen wurden, einschließlich der Patienten mit Tageskrankenhausaufenthalt in einem Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer, sowie für die Kategorien, die den Kriterien von Artikel 90 § 2, abgeändert durch diesen Gesetzentwurf (siehe vorstehend), entsprechen. Die Ärzte, die der genannten Vereinbarung nicht beigetreten sind, können bei den vorerwähnten Patienten Tarife anwenden, die von den vereinbarten Tarifen abweichen. [...]

Falls keine Vereinbarung in Kraft ist, können die Ärzte bei den vorerwähnten Kategorien von Patienten Tarife anwenden, die von den als Grundlage für die Beteiligung der Versicherung geltenden Tarifen abweichen, sofern die vorerwähnten Regeln über die Honorare (die von den vereinbarten Tarifen abweichen) und über ihre Bekanntgabe eingehalten werden.

Dem König wird die Befugnis erteilt, die Kategorien von Patienten zu bestimmen, die sich in einem Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer aufhalten und für die nicht von den vereinbarten Tarifen (durch die nicht beigetretenen Ärzte, falls eine Vereinbarung in Kraft ist) oder von den als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung verwendeten Tarifen (falls keine nationale Vereinbarung in Kraft ist) abgewichen werden darf. Die betreffenden Kategorien sind

chronisch Kranke und Patienten, die in Ausführung der Rechtsvorschriften über die Gesundheitspflegeversicherung den sogenannten « sozialen Freibetrag » in Bezug auf die Eigenbeteiligung erreicht haben; diese Kategorien können durch den König erweitert werden.

Die gesamte Regelung gilt ebenfalls für die Patienten mit Tageskrankenhausaufenthalt » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2000-2001, DOC 50-1322/001, SS. 71-72; siehe auch *Parl. Dok.*, Kammer, 2000-2001, DOC 50-1376/001, SS. 54-56).

B.5. Indem das Gesetz vom 14. Januar 2002 sowohl die Regelung über die Zuschläge für den Aufenthalt in einer Pflegeanstalt (Artikel 90 des koordinierten Gesetzes von 1987 über die Krankenhäuser) als auch diejenige über die Zuschläge auf die Honorare der Krankenhausärzte (Artikel 138 des koordinierten Gesetzes von 1987 über die Krankenhäuser) abgeändert hat, sollte es « die nationale Vereinbarung Ärzte-Krankenkassen vom 18. Dezember 2000 ausführen » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2000-2001, DOC 50-1376/001, S. 5; siehe auch ebenda, SS. 19-20 und S. 34).

B.6.1. Die Artikel 43 ff. des Gesetzes vom 13. Dezember 2006 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit (nachstehend: Gesetz vom 13. Dezember 2006) haben das Gesetz über die Krankenhäuser hinsichtlich der auf die Patienten entfallenden Zuschläge abgeändert.

Artikel 45 des Gesetzes vom 13. Dezember 2006 ändert Artikel 138 des koordinierten Gesetzes von 1987 über die Krankenhäuser ab, indem er insbesondere zwei neue Einschränkungen vorsieht für die Möglichkeit, Honorarzuschläge für die Ärzte, die der Vereinbarung nicht beigetreten sind (Artikel 138 § 2), und die Ärzte in Ermangelung einer Vereinbarung (Artikel 138 § 4) den Patienten im Sinne von Artikel 90 § 2 Absatz 1 Buchstaben *c*) und *d*) in Rechnung zu stellen, nämlich bei der Aufnahme in einer Intensivpflege- oder Notfallversorgungseinheit und wenn ein Kind in Begleitung eines Elternteils ins Krankenhaus aufgenommen wird.

Diese Änderung bezweckte « einerseits eine bessere Transparenz in Bezug auf die Inrechnungstellung der Zuschläge, die von den Patienten gefordert werden können, und andererseits und eine bessere Garantie für den Zugang gewisser Zielgruppen, wie geschützte Patienten und Kinder » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2005-2006, DOC 51-2594/001, S. 23).

In den Vorarbeiten wurde ferner präzisiert:

« Die Änderungen an Artikel 138 ermöglichen es:

- jeden Zuschlag zu verbieten bei der Aufnahme in einer Intensivpflege- oder Notfallversorgungseinheit;
- jeden Zuschlag zu verbieten für Patienten, die zu den durch den König festzulegenden Kategorien gehören und in der Tagesklinik in einem Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer aufgenommen werden für Tagesleistungen;
- zu verbieten, dass die Höchstzuschläge durch die allgemeine Regelung für Patienten, die in einem Einzelzimmer aufgenommen werden, festgelegt werden, ungeachtet dessen, ob die Ärzte der Vereinbarung beigetreten sind oder nicht;
- jeden Zuschlag für Kinder in Begleitung eines Elternteils zu verbieten;
- jeden Zuschlag auf pauschale Aufnahmehonorare zu verbieten » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2005-2006, DOC 51-2594/001, S. 72).

Artikel 47 des Gesetzes vom 13. Dezember 2006 sieht jedoch vor, dass das Verbot von Honorarzuschlägen für die Kinder, die in Begleitung eines Elternteils ins Krankenhaus aufgenommen werden (Artikel 90 § 2 Absatz 1 Buchstabe *d*)), so wie es in Artikel 138 § 2 Absatz 2 des koordinierten Gesetzes von 1987 über die Krankenhäuser in der durch Artikel 45 Nr. 3 des Gesetzes vom 13. Dezember 2006 abgeänderten Fassung vorgesehen ist, am 1. Januar 2007 in Bezug auf die Kinderärzte in Kraft tritt, vorausgesetzt insbesondere, dass ihre Honorare durch den König erhöht wurden; in Bezug auf die anderen Fachärzte tritt diese Änderung zu einem Datum in Kraft, das durch den König in einem im Ministerrat beratenen Erlass festgelegt wird, nachdem die Nationale Kommission Ärzte-Krankenkassen eine Stellungnahme abgegeben hat (Artikel 47 Absatz 1).

B.6.2. Artikel 46 des Gesetzes vom 13. Dezember 2006 bestimmt:

« Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass und nach Stellungnahme der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen die Tragweite von Artikel 138 des Gesetzes über die Krankenhäuser abändern. Die aufgrund des vorliegenden Artikels ergangenen Erlasse hören 18 Monate nach ihrer Veröffentlichung auf wirksam zu sein, falls sie nicht per Gesetz bestätigt worden sind ».

B.7.1. Artikel 1 des königlichen Erlasses vom 19. März 2007, ergangen in Anwendung von Artikel 46 des Gesetzes vom 13. Dezember 2006, bestimmt:

« Artikel 138 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser, ersetzt durch das Gesetz vom 14. Januar 2002 und abgeändert durch das Gesetz vom 13. Dezember 2006, wird wie folgt abgeändert:

1. Paragraph 1 Absatz 2 wird wie folgt ergänzt:

‘ Wenn es sich um eine in Artikel 90 § 2 Absatz 1 Buchstabe *d*) erwähnte Aufnahme handelt, können jedoch Tarife angewandt werden, die von den vereinbarten Tarifen abweichen, unter der Bedingung, dass sich das von einem Elternteil begleitete Kind auf ihren besonderen Antrag hin in einem Einzelzimmer aufhält, und sofern die Bestimmungen von Artikel 90 § 1 Absatz 2 eingehalten werden. ’

2. Paragraph 2 wird wie folgt abgeändert:

a) In Absatz 2 werden zwischen den Wörtern ‘ der in Artikel 90 § 2 Buchstabe *c*) und *d*) ’ und dem Wort ‘ erwähnten ’ die Wörter ‘ und in Artikel 90 § 2 Buchstabe *a*) und *b*) ’ eingefügt.

b) Es wird ein vierter Absatz mit folgendem Wortlaut eingefügt:

‘ Wenn es sich um eine in Artikel 90 § 2 Absatz 1 Buchstabe *d*) erwähnte Aufnahme handelt, können jedoch Tarife angewandt werden, die von den vereinbarten Tarifen abweichen, unter der Bedingung, dass sich das von einem Elternteil begleitete Kind auf ihren besonderen Antrag hin in einem Einzelzimmer aufhält, und sofern die Bestimmungen von Artikel 90 § 1 Absatz 2 eingehalten werden. ’

3. Paragraph 4 wird wie folgt abgeändert:

a) In Absatz 2 werden zwischen den Wörtern ‘ der in Artikel 90 § 2 Buchstabe *c*) und *d*) ’ und dem Wort ‘ erwähnten ’ die Wörter ‘ und in Artikel 90 § 2 Buchstabe *a*) und *b*) ’ eingefügt.

b) Es wird ein dritter Absatz mit folgendem Wortlaut eingefügt:

‘ Wenn es sich um eine in Artikel 90 § 2 Absatz 1 Buchstabe *d*) erwähnte Aufnahme handelt, können jedoch Tarife angewandt werden, die von denjenigen abweichen, die als Grundlage dienen für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung, unter der Bedingung, dass sich das von einem Elternteil begleitete Kind auf ihren besonderen Antrag hin in einem Einzelzimmer aufhält, und sofern die Bestimmungen von Artikel 90 § 1 Absatz 2 eingehalten werden. ’

4. In § 6 werden die Wörter ‘ Unbeschadet des Paragraphen 1 Absatz 2 ’ durch die Wörter ‘ Unbeschadet der Paragraphen 1 Absatz 2, 2 Absatz 4 und 4 Absatz 3 ’ ersetzt.

5. Es wird ein § 8 mit folgendem Wortlaut eingefügt:

‘ § 8. Im Fall einer in Artikel 90 § 2 Absatz 1 Buchstabe *d*) erwähnten Aufnahme eines Kindes, das von einem Elternteil begleitet wird, wird dem vorerwähnten Elternteil gleichzeitig mit

der Aufnahmeerklärung ein getrenntes Dokument zur Unterzeichnung vorgelegt. In diesem Dokument wird die Möglichkeit einer Aufnahme zu den vereinbarten Tarifen angeboten oder, wenn keine Vereinbarung in Kraft ist, zu den Tarifen, die als Grundlage dienen für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung.

Der begleitende Elternteil kann mittels desselben Dokuments auf diese Möglichkeit verzichten und sich ausdrücklich für ein Einzelzimmer entscheiden.

In Ermangelung dieses unterzeichneten Dokuments sind die anwendbaren Tarife in Abweichung von den Paragraphen 1 Absatz 2 und 2 Absatz 4 die vereinbarten Tarife und in Abweichung von § 4 Absatz 3 die Tarife, die als Grundlage dienen für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung. ' ».

Der königliche Erlass vom 19. März 2007 wird aufgrund seines Artikels 2 mit 1. Januar 2007 wirksam.

B.7.2. Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Juni 2008 « zur Bestätigung des Königlichen Erlasses vom 19. März 2007 in Ausführung von Artikel 46 des Gesetzes vom 13. Dezember 2006 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit » bestimmt:

« Der Königliche Erlass vom 19. März 2007 in Ausführung von Artikel 46 des Gesetzes vom 13. Dezember 2006 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit wird bestätigt mit Auswirkung zum Datum seines Inkrafttretens ».

In Bezug auf die Zulässigkeit

B.8.1. Die Kläger sind zwei Nicht-Vertragsärzte, die im « Centre hospitalier Saint-Vincent-Sainte-Elisabeth » zugelassen sind; der zweite Kläger begründet sein Interesse an der Klageerhebung ebenfalls mit seiner Eigenschaft als Vorsitzender des Ärzterates des vorerwähnten Krankenhauses.

B.8.2. Der Ministerrat stellt das Interesse des zweiten Klägers in seiner Eigenschaft als Vorsitzender des Ärzterates des « Centre hospitalier Saint-Vincent-Sainte-Elisabeth » an der Klageerhebung in Abrede.

B.8.3. In ihrer Eigenschaft als Nicht-Vertragsärzte, auf die die angefochtene Bestimmung hinsichtlich der Honorarzuschläge, die sie von den im Krankenhaus aufgenommenen Patienten

verlangen können, zur Anwendung gebracht werden kann, weisen die Kläger ein Interesse an der Klageerhebung auf, ohne dass geprüft werden muss, ob sie dieses Interesse in einer anderen Eigenschaft aufweisen.

Die Einrede des Ministerrates wird folglich abgewiesen.

B.9.1. Der Ministerrat stellt außerdem die Zulässigkeit der Klage in Abrede, insofern sie gegen einen bestätigten königlichen Erlass gerichtet sei.

B.9.2. Wenn ein königlicher Erlass durch Gesetz bestätigt wird, wird er selbst ab dem Datum seines Inkrafttretens eine Gesetzesnorm. Der Hof ist befugt zu prüfen, ob das Gesetz, das die Bestimmungen des königlichen Erlasses übernommen hat, nicht gegen eine der Verfassungsbestimmungen verstößt, deren Einhaltung er gewährleisten muss.

Die zweite Einrede wird ebenfalls abgewiesen.

Zur Hauptsache

B.10. Aus der Darlegung der Klageschrift geht hervor, dass diese nur gegen die Wortfolge « Artikel 90 § 2 Absatz 1 Buchstaben *a*), *b*) und » in Artikel 138 § 2 Absatz 2 und § 4 Absatz 2 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser, abgeändert durch den königlichen Erlass vom 19. März 2007 « in Ausführung von Artikel 46 des Gesetzes vom 13. Dezember 2006 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit », bestätigt durch das Gesetz vom 19. Juni 2008, gerichtet ist.

Die Kläger üben Kritik an der Erweiterung der Unmöglichkeit, Honorarzuschläge in den beiden folgenden Fällen in Rechnung zu stellen:

« wenn der Gesundheitszustand des Patienten oder die technischen Bedingungen der Untersuchung, der Behandlung oder Überwachung den Aufenthalt in einem Einzelzimmer erfordern » (Verweis auf Artikel 90 § 2 Absatz 1 Buchstabe *a*)) und

« wenn die Erfordernisse des Dienstes oder der Mangel an unbelegten Betten in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern den Aufenthalt in einem Einzelzimmer notwendig machen » (Verweis auf Artikel 90 § 2 Absatz 1 Buchstabe *b*)).

In ihrem einzigen Klagegrund führen die Kläger einen Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung an, da einerseits die angefochtene Bestimmung hinsichtlich der Möglichkeiten für Honorarzuschläge die der Vereinbarung beigetretenen Ärzte und die nicht beigetretenen Ärzte auf identische Weise behandle (erster Teil) und da sie andererseits einen ungerechtfertigten Behandlungsunterschied zwischen den nicht beigetretenen Ärzten oder den Ärzten in Ermangelung einer Vereinbarung einführe, je nachdem, ob ihr Patient wegen der Nichtverfügbarkeit eines anderen Zimmers oder aus medizinischen Gründen in ein Einzelzimmer aufgenommen werde, sowie einen ungerechtfertigten Behandlungsunterschied zwischen den Patienten (zweiter Teil).

B.11. In der Begründung des Gesetzes vom 19. Juni 2008 heißt es:

« Der königliche Erlass vom 19. März 2007, der in Anwendung von Artikel 46 des Gesetzes vom 13. Dezember 2006 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit ergangen ist, verbietet es den Nicht-Vertragsärzten, Honorarzuschläge zu fordern, wenn der Patient aus Gesundheitsgründen oder aus technischen Gründen ein Einzelzimmer benötigt oder wenn keine anderen Zimmer mehr verfügbar sind.

Er erlaubt es ebenfalls den Kinderärzten, Honorarzuschläge zu verlangen, jedoch nur, wenn die Eltern ausdrücklich ein Einzelzimmer verlangen und wenn ihnen gleichzeitig mit der Aufnahmeerklärung ein Dokument vorgelegt wurde.

In der Vereinbarung Ärzte-Krankenkassen vom 20. Dezember 2007 wird auf die Bestätigung des betreffenden KE gedrängt, um jegliche Unsicherheit diesbezüglich so schnell wie möglich zu beseitigen » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2007-2008, DOC 52-1069/001, S. 3).

Es wird ferner präzisiert:

« Der königliche Erlass bestätigt die Regelungen, die derzeit für sämtliche Krankenhäuser gelten » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2007-2008, DOC 52-1069/002, S. 3).

B.12. Da die Entscheidung, den Vereinbarungen beizutreten oder nicht, dem Ermessen der Ärzte überlassen wird, und jeder von ihnen frei das Interesse, dies zu tun, beurteilen kann, kann die bemängelte Maßnahme *a priori* nicht als diskriminierend angesehen werden. Allerdings muss der Druck dieser Maßnahme auf die Entscheidungsfreiheit der Ärzte, der so weit geht, dass ihr

Interesse an der Verweigerung ihres Beitritts erheblich geringer wird, vernünftig gerechtfertigt sein.

B.13. Indem der Gesetzgeber es verhindert, von den vereinbarten Tarifen (Artikel 138 § 2 Absatz 2) oder den als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung verwendeten Tarifen (Artikel 148 § 4 Absatz 2) für die Patienten im Sinne von Artikel 90 § 2 Absatz 1 Buchstaben *a*) und *b*) abzuweichen, hat er eine vernünftig gerechtfertigte Maßnahme ergriffen. Es kann nämlich davon ausgegangen werden, dass die Personen, die aufgrund ihres Gesundheitszustands oder aufgrund der technischen Bedingungen der Untersuchung, der Behandlung oder Überwachung in einem Einzelzimmer verweilen müssen (Artikel 90 § 2 Absatz 1 Buchstabe *a*)), oder aufgrund der Erfordernisse des Dienstes oder des Mangels an unbelegten Betten in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern (Artikel 90 § 2 Absatz 1 Buchstabe *b*)) nicht die Möglichkeit hatten, den auf sie angewandten Pflgetarif zu beurteilen und darüber zu diskutieren, im Gegensatz zu den Patienten, die um die Aufnahme in ein Einzelzimmer bitten, nachdem sie ausreichend über die Folgen ihrer Entscheidung informiert worden sind.

B.14.1. Es trifft zu, dass die angefochtene Maßnahme dazu führt, die Vertragsärzte und die Nicht-Vertragsärzte auf identische Weise zu behandeln in Bezug auf die Patienten, die aus von ihrem Willen unabhängigen Gründen in einem Einzelzimmer aufgenommen werden.

Die angefochtene Bestimmung hat ebenfalls zur Folge, Krankenhausärzte unterschiedlich zu behandeln, je nachdem, ob ihr Patient aus den vorerwähnten Gründen in einem Einzelzimmer verweilen muss oder nicht, sowie gewisse Patienten, die in einem Einzelzimmer aufgenommen werden, hinsichtlich der Kosten ihres Krankenhausaufenthalts anders zu behandeln als diejenigen, die in einem Gemeinschaftszimmer oder in einem Zweibettzimmer aufgenommen werden.

B.14.2. Diese Folgen erweisen sich jedoch nicht als unverhältnismäßig angesichts der Absicht des Gesetzgebers, den Zugang zur Gesundheitspflege zu gewährleisten durch die Verbesserung der Sicherheit und Transparenz im Krankenhaussektor, und dort gegebenenfalls vorkommende Missbräuche zu vermeiden, indem verhindert wird, dass Patienten Honorarzuschläge in Rechnung gestellt werden wegen eines Aufenthalts in einem Einzelzimmer, dessen Folgen sie nicht beurteilen konnten.

B.14.3. Der Klagegrund ist unbegründet.

Aus diesen Gründen:

Der Hof

weist die Klage zurück.

Verkündet in französischer, niederländischer und deutscher Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989, in der öffentlichen Sitzung vom 29. Oktober 2009.

Der Kanzler,

Der Vorsitzende,

P.-Y. Dutilleux

P. Martens