

Geschäftsverzeichnismrn. 6321 und 6322
Entscheid Nr. 137/2016 vom 20. Oktober 2016

ENTSCHEID

In Sachen: Klagen auf Nichtigkeitserklärung von Artikel 20 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit, erhoben von der VoG « Belgische Vereniging van Artsensyndicaten » und anderen und von Piet De Baets und anderen.

Der Verfassungsgerichtshof,

zusammengesetzt aus den Präsidenten E. De Groot und J. Spreutels, und den Richtern A. Alen, T. Merckx-Van Goey, P. Nihoul, F. Daoût und T. Giet, unter Assistenz des Kanzlers F. Meersschaut, unter dem Vorsitz des Präsidenten E. De Groot,

erlässt nach Beratung folgenden Entscheid:

*

* *

I. Gegenstand der Klagen und Verfahren

Mit zwei Klageschriften, die dem Gerichtshof mit am 29. Dezember 2015 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen zugesandt wurden und am 30. Dezember 2015 in der Kanzlei eingegangen sind, erhoben jeweils Klage auf Nichtigerklärung von Artikel 20 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit (veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 17. August 2015): die VoG « Belgische Vereniging van Artsensyndicaten », Marcel De Clercq und Hilde D'Hondt, unterstützt und vertreten durch RA J. Bosquet, in Antwerpen zugelassen, und Piet De Baets, Rufij Baeke, die VoG « Huisartsenvereniging Ledeganck Eeklo » und die VoG « Syndicaat van Vlaamse huisartsen », unterstützt und vertreten durch RA J. Bosquet und RÄin L. Lafaut, in Antwerpen zugelassen.

Diese unter den Nummern 6321 und 6322 ins Geschäftsverzeichnis des Gerichtshofes eingetragenen Rechtssachen wurden verbunden.

Der Ministerrat, unterstützt und vertreten durch RA P. Slegers und RÄin C. Vannieuwenhuysen, in Brüssel zugelassen, hat einen Schriftsatz eingereicht, die klagenden Parteien haben Erwidierungsschriftsätze eingereicht und der Ministerrat hat auch einen Gegenerwidierungsschriftsatz eingereicht.

Durch Anordnung vom 29. Juni 2016 hat der Gerichtshof nach Anhörung der referierenden Richter T. Merckx-Van Goey und F. Daoût beschlossen, dass die Rechtssachen verhandlungsreif sind, dass keine Sitzung abgehalten wird, außer wenn eine Partei innerhalb von sieben Tagen nach Erhalt der Notifizierung dieser Anordnung einen Antrag auf Anhörung eingereicht hat, und dass vorbehaltlich eines solchen Antrags die Verhandlung am 13. Juli 2016 geschlossen und die Rechtssachen zur Beratung gestellt werden.

Da keine Sitzung beantragt wurde, wurden die Rechtssachen am 13. Juli 2016 zur Beratung gestellt.

Die Vorschriften des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof, die sich auf das Verfahren und den Sprachengebrauch beziehen, wurden zur Anwendung gebracht.

II. Rechtliche Würdigung

(...)

In Bezug auf die angefochtenen Bestimmungen

B.1.1. Die klagenden Parteien beantragen die Nichtigerklärung von Artikel 20 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich

Gesundheit, der in Artikel 53 § 1 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung (nachstehend: KIV-Gesetz) folgende Änderungen angebracht hat:

« a) Zwischen den Absätzen 1 und 2 werden fünf Absätze mit folgendem Wortlaut eingefügt:

‘ Im Rahmen der Drittzahlerregelung und unbeschadet der aufgrund von Artikel 320 des Einkommensteuergesetzbuches 1992 festgelegten Verpflichtungen werden die in Absatz 1 erwähnten Unterlagen ersetzt durch eine Datenübermittlung des Pflegeerbringers an die Versicherungsträger anhand eines elektronischen Netzwerks gemäß den vom Versicherungsausschuss bestimmten administrativen Modalitäten.

Der König legt das Datum fest, ab dem für eine Kategorie von Pflegeerbringern im Rahmen der Drittzahlerregelung die Übermittlung von Daten an die Versicherungsträger anhand eines elektronischen Netzwerks anwendbar ist.

Ab dem aufgrund von Absatz 3 festgelegten Datum verfügt der Pflegeerbringer über eine Frist von zwei Jahren, um die in Absatz 2 erwähnte Verpflichtung zu erfüllen.

Absatz 1 bleibt im Rahmen der Drittzahlerregelung anwendbar:

1. vor dem aufgrund von Absatz 3 festgelegten Datum,
2. während des in Absatz 4 erwähnten Zeitraums, solange der Pflegeerbringer die in Absatz 2 erwähnte Verpflichtung nicht erfüllt hat.

In Abweichung von den Absätzen 3 und 4 gilt die in Absatz 2 erwähnte Verpflichtung ab dem 1. Juli 2015 für Krankenpflegefachkräfte. ’

b) Absatz 2, der Absatz 7 wird, wird wie folgt ersetzt:

‘ Versicherungsträger dürfen keine Erstattung gewähren, wenn ihnen die Pflege- oder Lieferbescheinigung, die als solche geltende Unterlage beziehungsweise die in Absatz 2 erwähnten Daten nicht übermittelt werden. ’

c) In Absatz 3, der Absatz 8 wird, werden die Wörter ‘ diese Unterlagen sobald wie möglich und spätestens binnen einer vom König festgelegten Frist auszuhändigen ’ durch die Wörter ‘ diese Unterlagen oder Daten sobald wie möglich und spätestens binnen einer vom König festzulegenden Frist auszuhändigen beziehungsweise zu übermitteln ’ ersetzt.

d) Absatz 8, der Absatz 13 wird, wird wie folgt abgeändert:

1. Zwischen dem Satz ‘ Jedes Abkommen, das von den Regelungen abweicht, die vom König in Ausführung der vorliegenden Bestimmung erlassen werden, ist nichtig. ’ und dem Satz ‘ Der König kann unter Vorbehalt der Fälle, in denen die Anwendung der Drittzahlerregelung obligatorisch ist, ebenfalls die Bedingungen und Modalitäten festlegen, gemäß denen einzelnen Pflegeerbringern die Anwendung der Drittzahlerregelung verboten

wird. ' wird der Satz ' Im Rahmen der Drittzahlerregelung legt der Versicherungsausschuss die administrativen Modalitäten mit Bezug auf die Übermittlung der in Absatz 1 vorgesehenen Unterlagen an die Versicherungsträger fest. ' eingefügt.

2. Die Wörter ' bestimmt die Modalitäten dieser Überprüfung und ' werden aufgehoben.

e) Absatz 9, der Absatz 14 wird, wird wie folgt ersetzt:

' Ab dem 1. Juli 2015 ist die Anwendung der Drittzahlerregelung für Begünstigte der in Artikel 37 § 19 erwähnten erhöhten Beteiligung der Versicherung für die vom König bestimmten Gesundheitsleistungen, die vom Allgemeinmediziner erbracht werden, obligatorisch, entweder:

1. auf der Grundlage eines Vorschlags der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen, die über seine Weiterleitung an den Versicherungsausschuss entscheidet,

2. auf der Grundlage des von der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen auf Ersuchen des Ministers unterbreiteten Vorschlags; diese Vorschläge werden dem Versicherungsausschuss übermittelt, oder

3. auf der Grundlage des Vorschlags des Ministers. '

f) In Absatz 10, der Absatz 15 wird, wird die Zahl ' 9 ' jedes Mal durch die Zahl ' 14 ' ersetzt.

g) Absatz 11, der Absatz 16 wird, wird durch zwei Absätze mit folgendem Wortlaut ersetzt:

' Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die in Absatz 14 erwähnte Verpflichtung auf andere Kategorien von Begünstigten ausdehnen.

Der Dienst für Gesundheitspflege des Instituts analysiert ein Jahr nach der verpflichtenden Anwendung der in Absatz 14 vorgesehenen Drittzahlerregelung die Elemente, die die Versicherungsträger in Bezug auf diese Anwendung mitteilen. Der Dienst bestimmt die zu übermittelnden Daten sowie die Modalitäten dieser Mitteilung. '

h) In Absatz 14, der Absatz 20 wird, wird die Ziffer ' 13 ' durch die Ziffer ' 19 ' ersetzt ».

B.1.2. Aus der Darlegung der Klagegründe geht hervor, dass die Beschwerdegründe der klagenden Parteien nur gegen den angefochtenen Artikel 20 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit gerichtet sind, insofern damit in Absatz 14 von Artikel 53 § 1 des KIV-Gesetzes die Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung für die Allgemeinmediziner eingeführt werde. Der Gerichtshof begrenzt seine Prüfung auf diesen Teil der angefochtenen Bestimmung.

B.2.1. Unter Drittzahlerregelung ist « die Zahlungsweise, durch die der Pflegeerbringer die Zahlung der im Rahmen der Pflichtversicherung geschuldeten Beteiligung direkt vom Versicherungsträger erhält, bei dem der Begünstigte, zu dessen Gunsten die Gesundheitsleistungen erbracht worden sind, angeschlossen oder eingetragen ist » zu verstehen (Artikel 2 Buchstabe s) des KIV-Gesetzes).

B.2.2. Die Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung wurde bereits durch Artikel 18 des Gesetzes vom 27. Dezember 2012 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen über den Zugang zur Gesundheitspflege in Artikel 53 § 1 Absatz 9 des KIV-Gesetzes eingeführt. In dieser Bestimmung war ab dem 1. Januar 2015 für alle Pflegeerbringer die Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung in Bezug auf zwei Kategorien von Personen vorgesehen, nämlich die Begünstigten der erhöhten Beteiligung der Versicherung und die Begünstigten des Statuts « chronische Krankheit », und dies für die durch den König festgelegten Gesundheitsleistungen, gegebenenfalls auf Vorschlag der zuständigen Abkommens- oder Vereinbarungskommission.

Die Einführung der obligatorischen Drittzahlerregelung für diese Kategorien wurde während der Vorarbeiten zu dem vorerwähnten Gesetz vom 27. Dezember 2012 wie folgt gerechtfertigt:

« Die Drittzahlerregelung, durch die den Versicherten die Möglichkeit geboten wird, die Kosten der Gesundheitspflege, die durch die Pflichtversicherung übernommen werden, nicht vorstrecken zu müssen, trägt zur finanziellen Zugänglichkeit der erstatteten Gesundheitsleistungen bei. Derzeit können die Pflegeerbringer grundsätzlich frei entscheiden, ob sie die Drittzahlerregelung anwenden oder nicht. Nur in einer Reihe ganz bestimmter Fälle besteht eine Verpflichtung dazu. [...] Durch die eingeführte Bestimmung soll die Anwendung der Drittzahlerregelung verpflichtend für zwei Gruppen vorgeschrieben werden, die diesbezüglich schutzbedürftiger sind: die Begünstigten der erhöhten Beteiligung und die Begünstigten des Statuts chronische Krankheit » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2012-2013, DOC 53-2524/001, S. 12).

In den Vorarbeiten wird hinsichtlich des schrittweisen Inkrafttretens der Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung ab dem 1. Januar 2015 Folgendes angeführt:

« Dies kann schrittweise geschehen, um der Umsetzung und der Entfaltung des Systems MyCareNet Rechnung zu tragen. Auf diese Weise wird für die verschiedenen Leistungserbringer ein angepasster Zeitplan vorgesehen werden können.

Gewisse Leistungserbringer, für die derzeit keine Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung besteht, wenden dieses System bereits weitgehend an (u.a. Krankenpfleger, Logopäden). Für andere müssen noch Vereinbarungen getroffen werden. In jedem Fall wird darauf geachtet werden, dass diese Regelung möglichst schnell in der Praxis angewandt werden kann.

Der König wird die Leistungen bestimmen, für die die Verpflichtung gilt. Dies wird unter anderem nicht der Fall sein für die Hausbesuche von Hausärzten.

Ab dem 1. Januar 2014 wird eine Datenbank mit den Angaben zur Versicherbarkeit der Versicherten bei den Versicherungsträgern verfügbar sein. Zu diesem Zeitpunkt wird jedoch noch keine Integration eines angepassten EDV-Moduls innerhalb der elektronischen medizinischen Akte der Hausärzte vorgesehen sein. Für die Zahnärzte und die Fachärzte sind derzeit keine mit Label versehenen Softwareanwendungen außerhalb der Krankenhäuser verfügbar. Daher wird vorgeschlagen, die Einführung der obligatorischen sozialen Drittzahlerregelung erst ab dem 1. Januar 2015 schrittweise vorzunehmen. Dies erfordert ein möglichst einfaches Verwaltungsverfahren. Überdies müssen auch Maßnahmen ergriffen werden, um etwaige Missbräuche zu vermeiden.

Außerdem wird vorgeschlagen, bei dem Inkrafttreten des betreffenden Systems ein vergleichbares Verfahren einzuhalten wie bei der Anpassung der Nomenklatur. Dies bedeutet, dass die Abkommens- und Vereinbarungskommissionen selbst, gegebenenfalls auf Initiative des Ministers, einen Vorschlag vorlegen können. Kommt es nicht zu einer Einigung, so kann der Minister selbst einen begründeten Vorschlag unterbreiten » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2012-2013, DOC 53-2524/003, SS. 2-3).

B.2.3. Durch Artikel 137 des Programmgesetzes vom 19. Dezember 2014 hat der Gesetzgeber die Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung, so wie sie im damaligen Absatz 9 von Artikel 53 § 1 des KIV-Gesetzes geregelt war, aufgeschoben und begrenzt. Das schrittweise Inkrafttreten der obligatorischen Drittzahlerregelung wurde vom 1. Januar 2015 auf den 1. Juli 2015 verschoben. Außerdem wurde die Verpflichtung auf die durch den König zu bestimmenden Leistungen der Allgemeinmediziner in Bezug auf die Begünstigten der erhöhten Versicherungsbeteiligung begrenzt. Auf die anderen Pflegeerbringer und die Patienten mit dem Statut « chronische Krankheit » ist diese Regelung also nicht mehr anwendbar.

Ferner wird durch dieselbe Bestimmung in Artikel 53 § 1 des KIV-Gesetzes die Verpflichtung für die Pflegeerbringer eingeführt, bei der Anwendung der Drittzahlerregelung elektronisch an die Versicherungsträger zu fakturieren, und zwar durch einen Datentransfer anhand eines elektronischen Netzwerks (MyCareNet). Dem König wird die Befugnis erteilt, das Datum zu bestimmen, ab dem diese elektronische Fakturierung auf eine Kategorie von

Pflegeerbringern anwendbar ist. Ab diesem Datum verfügen die Pflegeerbringer über eine Frist von zwei Jahren, um die Verpflichtung zur elektronischen Fakturierung zu erfüllen.

Schließlich wurde eine Evaluierung der obligatorischen Drittzahlerregelung nach einem Jahr der Anwendung vorgesehen.

Aufgrund von Artikel 139 des Programmgesetzes vom 19. Dezember 2014 sind die vorerwähnten Änderungen am 1. Juli 2015 in Kraft getreten.

B.2.4. In den Vorarbeiten zum Programmgesetz vom 19. Dezember 2014 werden die Änderungen von Artikel 53 § 1 des KIV-Gesetzes wie folgt begründet:

« Mit dem Gesetz vom 27. Dezember 2012 wurde eine Verpflichtung mit Wirkung vom 1. Januar 2015 zur Anwendung der Drittzahlerregelung für Begünstigte der erhöhten Beteiligung und Inhaber des Statuts chronische Krankheit eingeführt für die durch den König bestimmten Leistungen.

Durch Kapitel 10 des Gesetzes vom 10. April 2014 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit wurden andererseits, ebenfalls mit Inkrafttreten am 1. Januar 2015, eine Reihe von Bestimmungen in das Gesetz über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eingefügt, um die Transparenz der Information über die finanziellen Auswirkungen der Pflege zu verstärken.

Ohne den Zielen beider Gesetzesänderungen Abbruch zu leisten, ist festzustellen, dass die Vorbereitung ihrer operationellen Ausführung unzureichend war. Die Regierung möchte die obligatorische Anwendung der Drittzahlerregelung auf die Leistungen der Hausärzte mit Ausnahme der Besuche und auf die Begünstigten der erhöhten Beteiligung begrenzen. Es ist nämlich wichtig, dass die Pflegeerbringer über die notwendigen digitalen Geräte verfügen, um diese Reformen korrekt und ohne Belastung umsetzen zu können. Es müssen gleichzeitig die notwendigen Maßnahmen ergriffen werden, um zu verhindern, dass die Möglichkeiten der digitalen Fakturierung in betrügerischer Absicht missbraucht werden können. Es besteht außerdem ein Zusammenhang zwischen den beiden Reformen, da die Anwendung der Drittzahlerregelung mit einer zwingenden Abgabe eines Belegs an den Patienten einhergeht. Der Gesetzgeber hatte hierfür bereits eine Ausnahme für Konsultationen von Ärzten gemacht, doch dies reicht nicht aus. Für eine korrekte Anwendung der Drittzahlerregelung sind die Nutzung der Dienste von MyCareNet im Hinblick auf die Einsichtnahme des Versicherungsstatus des Begünstigten, um die Beteiligung der Krankenkasse korrekt zu bestimmen, und die elektronische Übermittlung der Pflegebescheinigung unentbehrlich. Die Versicherungsträger stellen innerhalb einer absehbaren Frist den Hausärzten diese elektronischen Dienste zur Verfügung. Es genügt jedoch nicht, dass diese Dienste verfügbar sind, sondern die Hausärzte müssen ihrerseits über eine geeignete Software verfügen, um die Verbindung zu den MyCareNet-Diensten herstellen zu können. Die Bestimmungen bezüglich der finanziellen Transparenz müssen daher ebenfalls bis zum 1. Juli 2015 aufgeschoben werden. Schließlich wird im gleichen Bemühen um die Ausführbarkeit die Anwendung der

obligatorischen sozialen Drittzahlerregelung auf die Begünstigten der erhöhten Beteiligung begrenzt.

Für eine korrekte zeitliche Anwendung der vorerwähnten Bestimmungen wird ihr Inkrafttreten daher vom 1. Januar 2015 auf den 1. Juli 2015 verschoben » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2014-2015, DOC 54-0672/001, SS. 56-57).

B.2.5. In dem angefochtenen Artikel 20 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit wird der Inhalt des vorerwähnten Artikels 137 des Programmgesetzes vom 19. Dezember 2014, der durch die Artikel 2 und 3 desselben Gesetzes vom 17. Juli 2015 rückwirkend aufgehoben wurde, praktisch unverändert übernommen.

Es wird jedoch hinzugefügt, dass ab dem 1. Juli 2015 die Krankenpfleger in Anwendung der Drittzahlerregelung elektronisch an die Versicherungsträger fakturieren müssen. Diese Maßnahme wurde in den Vorarbeiten damit begründet, dass « die elektronische Fakturierung im Rahmen der Drittzahlerregelung in der Praxis bereits für diese Pflegeerbringer verwirklicht wurde » (*Parl. Dok.*, 2014-2015, DOC 54-1161/001, S. 17).

In Artikel 21 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 wird das Inkrafttreten des vorerwähnten Artikels 20 auf den 1. Juli 2015 festgelegt.

B.2.6. Seit seiner Abänderung durch den angefochtenen Artikel 20 bestimmt Artikel 53 § 1 des KIV-Gesetzes:

« Pflegeerbringer, deren Leistungen zu einer Beteiligung der Versicherung führen, sind verpflichtet, den Begünstigten oder - im Rahmen der Drittzahlerregelung - den Versicherungsträgern eine Pflege- oder Lieferbescheinigung oder eine als solche geltende Unterlage auszuhändigen, deren Muster vom Versicherungsausschuss festgelegt wird und auf der die erbrachten Leistungen vermerkt werden; Leistungen, die in dem in Artikel 35 § 1 erwähnten Verzeichnis aufgeführt sind, werden anhand ihrer laufenden Nummer aus dem vorerwähnten Verzeichnis vermerkt oder aber gemäß der Weise, die in einer vom Versicherungsausschuss auf Vorschlag des je nach Art der Leistungen zuständigen Fachrates erlassenen Verordnung festgelegt wird. Ungeachtet ob der Pflegeerbringer die Leistungen für eigene Rechnung oder für Rechnung eines anderen erbringt, wird der Betrag, den der Begünstigte dem Pflegeerbringer für die erbrachten Leistungen zahlt, auf dem Quittungsabschnitt der Pflege- oder Lieferbescheinigung oder der als solche geltenden Unterlage vermerkt. Sobald in einem Abkommen oder einer Vereinbarung die Regeln in Bezug auf die elektronische Rechnungsstellung durch die Pflegeerbringer festgelegt sind, bestimmt der König auf Vorschlag des Versicherungsausschusses und nach Stellungnahme

der zuständigen Abkommens- oder Vereinbarungskommission die zusätzlichen Daten, die die Pflegeerberbringer den Versicherungsträgern übermitteln müssen.

Im Rahmen der Drittzahlerregelung und unbeschadet der aufgrund von Artikel 320 des Einkommensteuergesetzbuches 1992 festgelegten Verpflichtungen werden die in Absatz 1 erwähnten Unterlagen ersetzt durch eine Datenübermittlung des Pflegeerberbringers an die Versicherungsträger anhand eines elektronischen Netzwerks gemäß den vom Versicherungsausschuss bestimmten administrativen Modalitäten.

Der König legt das Datum fest, ab dem für eine Kategorie von Pflegeerberbringern im Rahmen der Drittzahlerregelung die Übermittlung von Daten an die Versicherungsträger anhand eines elektronischen Netzwerks anwendbar ist.

Ab dem aufgrund von Absatz 3 festgelegten Datum verfügt der Pflegeerberbringer über eine Frist von zwei Jahren, um die in Absatz 2 erwähnte Verpflichtung zu erfüllen.

Absatz 1 bleibt im Rahmen der Drittzahlerregelung anwendbar:

1. vor dem aufgrund von Absatz 3 festgelegten Datum,
2. während des in Absatz 4 erwähnten Zeitraums, solange der Pflegeerberbringer die in Absatz 2 erwähnte Verpflichtung nicht erfüllt hat.

In Abweichung von den Absätzen 3 und 4 gilt die in Absatz 2 erwähnte Verpflichtung ab dem 1. Juli 2015 für Krankenpflegefachkräfte.

Versicherungsträger dürfen keine Erstattung gewähren, wenn ihnen die Pflege- oder Lieferbescheinigung, die als solche geltende Unterlage beziehungsweise die in Absatz 2 erwähnten Daten nicht übermittelt werden.

Der Pflegeerberbringer ist verpflichtet, diese Unterlagen oder Daten sobald wie möglich und spätestens binnen einer vom König festgelegten Frist auszuhändigen beziehungsweise zu übermitteln. Eine administrative Geldstrafe von 25 bis 250 EUR wird für jeden vom Pflegeerberbringer begangenen Verstoß auferlegt.

Wenn der Zuwiderhandelnde binnen einer Frist von drei Jahren ab dem Tag, an dem ihm eine administrative Geldstrafe auferlegt worden ist, einen Verstoß gleicher Art begeht wie denjenigen, der Anlass für die administrative Geldstrafe war, wird der Betrag der zuvor auferlegten Geldstrafe jedes Mal verdoppelt.

Der König legt die Höhe der administrativen Geldstrafe und das Verfahren zur Feststellung der Verstöße und zur Verkündung der administrativen Geldstrafen fest.

Der Ertrag dieser Geldstrafen wird dem Zweig Gesundheitspflege des Instituts zugeführt.

Der König kann Bedingungen und Modalitäten für die Zahlung der Beteiligung der Versicherung an Begünstigte oder ihre Vertreter festlegen. Er kann ebenfalls festlegen, welche Personen nicht als Vertreter in Frage kommen.

Der König legt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass und nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses die Bedingungen und Regeln fest, gemäß denen die Drittzahlerregelung für Gesundheitsleistungen, die von Ihm bestimmt werden, erlaubt, verboten oder obligatorisch ist. Jedes Abkommen, das von den Regelungen abweicht, die vom König in Ausführung der vorliegenden Bestimmung erlassen werden, ist nichtig. Im Rahmen der Drittzahlerregelung legt der Versicherungsausschuss die administrativen Modalitäten mit Bezug auf die Übermittlung der in Absatz 1 vorgesehenen Unterlagen an die Versicherungsträger fest. Der König kann unter Vorbehalt der Fälle, in denen die Anwendung der Drittzahlerregelung obligatorisch ist, ebenfalls die Bedingungen und Modalitäten festlegen, gemäß denen einzelnen Pflegeerbringern die Anwendung der Drittzahlerregelung verboten wird. Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass und nach Stellungnahme des Versicherungsausschusses für die Gesundheitsleistungen, die Er bestimmt, die Drittzahlerregelung von der Überprüfung der Identität des Begünstigten abhängig machen. Der König kann diesbezüglich Ausnahmen vorsehen.

Ab dem 1. Juli 2015 ist die Anwendung der Drittzahlerregelung für Begünstigte der in Artikel 37 § 19 erwähnten erhöhten Beteiligung der Versicherung für die vom König bestimmten Gesundheitsleistungen, die vom Allgemeinmediziner erbracht werden, obligatorisch, entweder:

1. auf der Grundlage eines Vorschlags der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkasse, die über seine Weiterleitung an den Versicherungsausschuss entscheidet,
2. auf der Grundlage des von der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen auf Ersuchen des Ministers unterbreiteten Vorschlags; diese Vorschläge werden dem Versicherungsausschuss übermittelt, oder
3. auf der Grundlage des Vorschlags des Ministers.

Das in Absatz 14 Nr. 3 erwähnte Verfahren kann angewandt werden, wenn die Vorschläge der zuständigen Abkommens- oder Vereinbarungskommission nicht den Zielen entsprechen, die in dem in Absatz 14 Nr. 2 erwähnten Ersuchen enthalten sind. In diesem Fall muss die Ablehnung des Vorschlags der zuständigen Abkommens- oder Vereinbarungskommission mit Gründen versehen sein.

Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die in Absatz 14 erwähnte Verpflichtung auf andere Kategorien von Begünstigten ausdehnen.

Der Dienst für Gesundheitspflege des Instituts analysiert ein Jahr nach der verpflichtenden Anwendung der in Absatz 14 vorgesehenen Drittzahlerregelung die Elemente, die die Versicherungsträger in Bezug auf diese Anwendung mitteilen. Der Dienst bestimmt die zu übermittelnden Daten sowie die Modalitäten dieser Mitteilung.

Es ist den Krankenkassen, Landesverbänden und Versicherungsträgern verboten, in Pflegeanstalten Schalter einzurichten, an denen in irgendeiner Weise die Zahlung der Beteiligung der Gesundheitspflegeversicherung erhalten werden kann.

Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass festlegen, unter welchen Bedingungen und in welchen Fällen eine Verpflichtung zur Zahlung der Versicherungsbeteiligung für die Versicherungsträger gegenüber bestimmten Kategorien von

Pflegeerbringern gilt, die den Nachweis erbringen, dass sie die von Ihm näher bestimmten Erkennungs- und Versicherbarkeitsdaten der Sozialversicherten konsultiert haben, und die die Drittzahlerregelung gemäß den vorerwähnten Erkennungs- oder Versicherbarkeitsdaten angewandt haben. Diese Zahlungsverpflichtung gilt nur gegenüber Pflegeerbringern, die die Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen eingehalten haben; die vorerwähnte Zahlungsverpflichtung gegenüber den Pflegeerbringern ändert jedoch nichts an der Möglichkeit, gemäß den Bestimmungen von Artikel 164 unrechtmäßig gezahlte Beteiligungen vom Versicherten zurückzufordern.

Der König bestimmt die Modalitäten für die Anwendung der in Absatz 19 erwähnten Zahlungsverpflichtung durch die Hilfs- und Unterstützungskasse für Seeleute und das Amt für überseeische soziale Sicherheit näher ».

Zur Hauptsache

B.3. Die klagenden Parteien führen in ihren Klagegründen verschiedene Verstöße gegen den durch die Artikel 10 und 11 der Verfassung gewährleisteten Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung an, gegebenenfalls in Verbindung mit allgemeinen Rechtsgrundsätzen.

Insbesondere bemängeln sie einen Behandlungsunterschied zwischen den Allgemeinmedizinerinnen und den anderen Ärzten (erster Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322) sowie zwischen den Allgemeinmedizinerinnen und den anderen Freiberuflern (erster Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6321 und zweiter Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322). Die klagenden Parteien bemängeln auch die Gleichbehandlung der vertraglich gebundenen und der nicht vertraglich gebundenen Allgemeinmediziner (zweiter Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6321 und dritter Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322).

Im ersten Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322 wird außerdem ein diskriminierender Verstoß gegen den Grundsatz der Rechtssicherheit angeführt, da die Bedeutung des Begriffs « algemeen geneeskundige » in der niederländischsprachigen Fassung der angefochtenen Bestimmung undeutlich sei. Schließlich führen die klagenden Parteien einen diskriminierenden Verstoß gegen den Grundsatz der Rechtssicherheit an, insofern die angefochtene Bestimmung Rückwirkung habe (dritter Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6321 und vierter Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322).

Da die Bestimmung der Tragweite des Begriffs « algemeen geneeskundige » von wesentlicher Bedeutung für die Prüfung der angeführten Verstöße gegen den Grundsatz der

Gleichheit und Nichtdiskriminierung ist, muss dieser Teil des ersten Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 6322 zuerst geprüft werden.

In Bezug auf die Tragweite des Begriffs « algemeen geneeskundige » (erster Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322)

B.4.1. Nach Darlegung der klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 6322 könne im Unterschied zu dem in der französischsprachigen Fassung der angefochtenen Bestimmung verwendeten Begriff « médecin généraliste » der in der niederländischsprachigen Fassung verwendete Begriff « algemeen geneeskundige » nicht mit dem Begriff des Hausarztes gleichgestellt werden, sondern handele es sich um Personen, die im Besitz eines Arztdiploms seien und die keine zusätzliche Berufsausbildung zum Hausarzt oder zum Facharzt absolviert hätten. Diese Undeutlichkeit hinsichtlich des persönlichen Anwendungsbereichs der angefochtenen Bestimmung verletze auf diskriminierende Weise den Grundsatz der Rechtssicherheit.

B.4.2. Aus den Vorarbeiten zu Artikel 137 des Programmgesetzes vom 19. Dezember 2014, dessen Inhalt im angefochtenen Artikel 20 übernommen wurde, geht deutlich hervor, dass der Gesetzgeber die Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung auf die Hausärzte beschränken wollte (*Parl. Dok.*, Kammer, 2014-2015, DOC 54-0672/001, SS. 56-57).

Durch die Verwendung des Begriffs « algemeen geneeskundige » in der niederländischsprachigen Fassung der angefochtenen Bestimmung, der sehr wohl dieselbe Tragweite hat wie der in der französischsprachigen Fassung verwendete Begriff « médecin généraliste », hat der Gesetzgeber den persönlichen Anwendungsbereich der Drittzahlerregelung in diesem Sinn begrenzt. Auch in den anderen Bestimmungen des KIV-Gesetzes und seiner Ausführungserlasse wird der Begriff « algemeen geneeskundige » (Allgemeinmediziner) für den Hausarzt verwendet, einschließlich der sich in der Ausbildung befindenden Hausärzte und der Hausärzte aufgrund erworbener Rechte. Diese Kategorie von Ärzten ist von den Fachärzten sowie von den Inhabern eines Arztdiploms, die weder Hausarzt noch Facharzt sind, zu unterscheiden.

B.4.3. Da keine Undeutlichkeit hinsichtlich der Tragweite des Begriffs « allgemein geneeskundige » und folglich des persönlichen Anwendungsbereichs der angefochtenen Bestimmung besteht, wird der Grundsatz der Rechtssicherheit nicht auf diskriminierende Weise verletzt.

B.4.4. Insofern er aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit dem Grundsatz der Rechtssicherheit abgeleitet ist, ist der erste Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322 unbegründet.

In Bezug auf den Behandlungsunterschied zwischen den Allgemeinmedizinerinnen und den übrigen Ärzten (erster Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322)

B.5. Nach Darlegung der klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 6322 verstoße die angefochtene Bestimmung gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, indem die in Artikel 53 § 1 Absatz 14 des KIV-Gesetzes eingeführte Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung nur den Allgemeinmedizinerinnen auferlegt werde, während auch die anderen Ärzte, insbesondere die Fachärzte, erstattete Leistungen der primären Gesundheitspflege erbringen könnten.

B.6.1. Durch die Einführung der Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung in Bezug auf bestimmte schutzbedürftige Personengruppen wollte der Gesetzgeber die finanzielle Zugänglichkeit der Gesundheitspflege verbessern (*Parl. Dok.*, Kammer, 2012-2013, DOC 53-2524/001, S. 12).

Die Begrenzung des Anwendungsbereichs dieser Verpflichtung auf die Allgemeinmediziner beruhte auf dem Bemühen, die technische Machbarkeit der betreffenden Regelung zu gewährleisten; der Gesetzgeber hatte nämlich festgestellt, dass die Verwendung des elektronischen Netzwerks MyCareNet im Hinblick auf die Einsichtnahme des Versicherungsstatus des Begünstigten und die elektronische Fakturierung unerlässlich waren zur korrekten Anwendung der obligatorischen Drittzahlerregelung. Um zu gewährleisten, dass diese digitalen Instrumente den betreffenden Pflegeerbringern rechtzeitig zur Verfügung stehen würden, wurde die Regelung auf die Allgemeinmediziner begrenzt (*Parl. Dok.*, Kammer, 2014-2015, DOC 54-0672/001, SS. 56-57).

B.6.2. Es obliegt dem Gesetzgeber, darüber zu urteilen, inwiefern es sachdienlich ist, im Rahmen seiner Wirtschafts- und Sozialpolitik Maßnahmen zu ergreifen im Hinblick auf die Erhöhung der Zugänglichkeit der Gesundheitspflege. Er verfügt diesbezüglich über eine breite Ermessensbefugnis.

Wenn der Gesetzgeber eine Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung einführt, gehört es zu seiner Ermessensbefugnis, die Kategorien von Pflegeerbringern zu bestimmen, die dieser Regelung unterliegen. Der Gerichtshof darf eine solche politische Entscheidung und die Gründe, auf denen sie beruht, nur missbilligen, wenn sie nicht vernünftig gerechtfertigt sind.

B.6.3. Der Gesetzgeber konnte, um die technische Machbarkeit der obligatorischen Drittzahlerregelung zu gewährleisten, diese Regelung auf die Allgemeinmediziner begrenzen, die über die notwendigen digitalen Instrumente verfügen, um diese Regelung korrekt und ohne übermäßigen Verwaltungsaufwand anwenden zu können.

Bei dieser Beschränkung wird der zentralen Rolle Rechnung getragen, die der Allgemeinmediziner bei der Gewährleistung der Zugänglichkeit der Gesundheitspflege spielt. Insbesondere sind die Allgemeinmediziner grundsätzlich mit der Erbringung der Leistungen der primären Gesundheitspflege betraut. Dies geht unter anderem aus den Endzielen der Berufsausbildung zum Hausarzt hervor, so wie sie in der Anlage zum ministeriellen Erlass vom 1. März 2010 zur Festlegung der Kriterien für die Zulassung von Hausärzten festgelegt sind; darin wird die Allgemeinmedizin als « eine klinische Spezialität, die auf die Leistungen der primären Gesundheitspflege ausgerichtet ist » definiert. Außerdem wird als Grundfähigkeit der Hausärzte verlangt, dass sie « eine koordinierende und kursgebende Rolle in der Gesundheitspflege spielen », und müssen sie « besonders auf [...] sozial gefährdete Gruppen achten ».

Diese besondere Rolle des Hausarztes bezüglich der Erbringung der Leistungen der primären Gesundheitspflege geht auch aus der gestaffelten Organisation der Gesundheitspflege hervor, die aufgrund von Artikel 36 des KIV-Gesetzes eingeführt wurde, wobei der König die Modalitäten des Verfahrens zur Überweisung des Patienten von einem Allgemeinmediziner zu einem Facharzt festlegen und die Folgen hinsichtlich der Höhe des

Honorars der Pflegeerbringer und der Beteiligung der Versicherung bestimmen kann. Die Verpflichtung für die Allgemeinmediziner, die Drittzahlerregelung anzuwenden, kann in dieser Hinsicht gerechtfertigt werden durch das Bemühen, die Kohärenz des Funktionierens des Systems der Kranken- und Invalidenversicherung zu gewährleisten.

B.6.4. Unter Berücksichtigung des Ziels des Gesetzgebers, die finanzielle Zugänglichkeit der Gesundheitspflege zu fördern, entbehrt es nicht einer vernünftigen Rechtfertigung, dass die Verpflichtung zur Anwendung der obligatorischen Drittzahlerregelung auf die Allgemeinmediziner begrenzt wurde, die mit der Erbringung der Leistungen der primären Gesundheitspflege betraut sind und die folglich eine besondere Rolle bei der Förderung der Zugänglichkeit der Gesundheitspflege spielen.

B.6.5. Insofern er aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung abgeleitet ist, ist der erste Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322 unbegründet.

In Bezug auf den Behandlungsunterschied zwischen den Allgemeinmedizинern und den anderen Freiberuflern (erster Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6321 und zweiter Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322)

B.7. Die klagenden Parteien führen einen Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit der Unternehmensfreiheit an, da die in Artikel 53 § 1 Absatz 14 des KIV-Gesetzes eingeführte Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung nur den Allgemeinmedizинern auferlegt werde, während den anderen Freiberuflern « nicht das Recht auf Bezahlung ohne Eingreifen einer Behörde durch ihren Vertragspartner entzogen wird ».

B.8.1. Unter Berücksichtigung des vorerwähnten Ziels des Gesetzgebers, die finanzielle Zugänglichkeit der Gesundheitspflege zu fördern, der besonderen Rolle, die die Allgemeinmediziner diesbezüglich spielen, und des erheblichen Anteils der öffentlichen Hand an der Finanzierung des Systems der Kranken- und Invalidenversicherung entbehrt es nicht einer vernünftigen Rechtfertigung, dass die Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung nur den Allgemeinmedizинern, und nicht den anderen Freiberuflern

auferlegt wird, die keine oder eine wesentlich geringere Rolle bei der Förderung der Zugänglichkeit der Gesundheitspflege spielen.

B.8.2. Außerdem kann die Unternehmensfreiheit, so wie sie durch die Artikel II.3 und II.4 des Wirtschaftsgesetzbuches gewährleistet wird, nicht als eine absolute Freiheit verstanden werden. Der Gesetzgeber würde nur unvernünftig auftreten, wenn er die Unternehmensfreiheit einschränken würde, ohne dass dies in irgendeiner Weise notwendig wäre oder wenn diese Einschränkung dem angestrebten Ziel gegenüber unverhältnismäßig wäre.

Die Einführung einer Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung entspricht der Notwendigkeit, die Zugänglichkeit der Gesundheitspflege zu fördern. Diese Regelung hat zur Folge, dass die betreffenden Pflegeerbringer die Zahlung der Beteiligung der Versicherung für bestimmte Gesundheitsleistungen nicht vom Patienten verlangen können, sondern diesen Betrag direkt vom Versicherungsträger erhalten. Eine solche Maßnahme beeinträchtigt an sich nicht auf unverhältnismäßige Weise die Unternehmensfreiheit.

Dem König wird die Befugnis erteilt, die Bedingungen festzulegen, unter denen die Zahlungsverpflichtung für die Versicherungsträger gegenüber den Pflegeerbringern gilt (Artikel 53 § 1 Absatz 19 des KIV-Gesetzes). In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass in dem Fall, dass ein Gesetzgeber eine Ermächtigung erteilt, davon auszugehen ist - sofern es keine gegenteiligen Anzeichen gibt -, dass er dem Ermächtigten nur die Befugnis erteilt, diese Ermächtigung gemäß der Verfassung anzuwenden. Es obliegt gegebenenfalls dem Verwaltungsrichter und dem ordentlichen Richter zu prüfen, in welchem Maße der Ermächtigte die ihm erteilte Ermächtigung gegebenenfalls überschritten hat.

B.8.3. Die angefochtene Bestimmung beeinträchtigt nicht auf diskriminierende Weise die Unternehmensfreiheit.

B.8.4. Der erste Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6321 und der zweite Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322 sind unbegründet.

In Bezug auf die Gleichbehandlung der vertraglich gebundenen und der nicht vertraglich gebundenen Allgemeinmediziner (zweiter Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6321 und dritter Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322)

B.9. Die klagenden Parteien führen einen Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung an, da die angefochtene Bestimmung sowohl den vertraglich gebundenen als auch den vertraglich nicht gebundenen Allgemeinmedizinern die obligatorische Drittzahlerregelung auferlege und beide Kategorien somit auf identische Weise behandle, obwohl sie sich in einer grundsätzlich unterschiedlichen Situation hinsichtlich der Rückzahlbarkeit des Honorars in der Krankenpflichtversicherung befänden.

B.10.1. Die angefochtene Bestimmung beeinträchtigt nicht die Freiheit der nicht vertraglich gebundenen Ärzte, das heißt der Ärzte, die sich nicht den Vereinbarungen zwischen den Ärzten und den Versicherungsträgern gemäß Artikel 50 des KIV-Gesetzes angeschlossen hätten, ihre Honorare frei bestimmen zu können. Sie regelt nur die Weise der Zahlung des Honoraranteils, der dem durch die Versicherungsträger geschuldeten Anteil entspricht. Ebenso wie ein vertraglich gebundener Allgemeinmediziner kann ein nicht vertraglich gebundener Allgemeinmediziner diesen Teil seines Honorars für die Leistungen, die der obligatorischen Drittzahlerregelung unterliegen, direkt vom Versicherungsträger erhalten.

Es trifft zu, dass die angefochtene Bestimmung somit zu einer identischen Behandlung der vertraglich gebundenen und der nicht vertraglich gebundenen Ärzte hinsichtlich der Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung führt. Der Gerichtshof muss beurteilen, ob diese identische Behandlung gerechtfertigt werden kann, unter Berücksichtigung des Ziels und der Folgen der angefochtenen Maßnahme sowie der Beschaffenheit der diesbezüglich geltenden Grundsätze.

B.10.2. Die angefochtene Bestimmung bezweckt, ein Gleichgewicht zwischen zwei interessewürdigen Zielen in der Gesundheitspolitik zu schaffen: einerseits die Förderung der finanziellen Zugänglichkeit der Gesundheitspflege durch die Einführung der Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung für die Allgemeinmediziner hinsichtlich bestimmter schutzbedürftiger Personengruppen, und andererseits die Gewährleistung einer angemessenen Vergütung für die Pflegeerbringer durch die grundsätzliche Beibehaltung der freien Honorare.

Indem sowohl den vertraglich gebundenen als auch den nicht vertraglich gebundenen Allgemeinmediziner die Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung auferlegt wird, hat der Gesetzgeber eine Maßnahme ergriffen, die im Lichte dieser Ziele vernünftig gerechtfertigt ist. Auch für die nicht vertraglich gebundenen Allgemeinmediziner hat die obligatorische Anwendung der Drittzahlerregelung zur Folge, dass die Zugänglichkeit der Gesundheitspflege gefördert wird, indem die Patienten, die in den Genuss dieser Regelung gelangen, von der Verpflichtung zur Vorfinanzierung der Beteiligung der Versicherung befreit werden. Die angefochtene Bestimmung hat außerdem keine unverhältnismäßigen Folgen, da sie nur dazu führt, dass die nicht vertraglich gebundenen Allgemeinmediziner die Zahlung des Teils des Honorars, der der Beteiligung der Versicherung entspricht, nicht mehr vom Patienten verlangen können, sondern sich dafür direkt an die Versicherungsträger wenden müssen. Die angefochtene Bestimmung beeinträchtigt in keiner Weise die Freiheit der nicht vertraglich gebundenen Allgemeinmediziner, ihre Honorare frei zu bestimmen.

B.10.3. Der zweite Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6321 und der dritte Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322 sind unbegründet.

In Bezug auf die Rückwirkung (dritter Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6321 und vierter Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322)

B.11. Die klagenden Parteien führen einen Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit dem Grundsatz der Rechtssicherheit an, indem die angefochtene Bestimmung eine Rückwirkung habe, die nicht durch ein Ziel des Allgemeininteresses gerechtfertigt werde.

B.12.1. Aufgrund des angefochtenen Artikels 20 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 wird ab dem 1. Juli 2015 die Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung für die Allgemeinmediziner hinsichtlich der Begünstigten der erhöhten Beteiligung der Versicherung eingeführt, und dies für die durch den König bestimmten Gesundheitsleistungen. In Artikel 21 desselben Gesetzes ist das Inkrafttreten der vorerwähnten Bestimmung für den 1. Juli 2015 vorgesehen.

Obwohl der Gesetzgeber ab diesem Datum eine Verpflichtung zur Anwendung der Drittzahlerregelung einführen wollte, ist für die Verwirklichung dieser Verpflichtung ein Handeln des Königs erforderlich, wobei festgelegt wird, für welche Leistungen die obligatorische Drittzahlerregelung gilt.

Durch Artikel 7 des königlichen Erlasses vom 18. September 2015 hat der König diese Leistungen bestimmt. Aufgrund von Artikel 14 desselben Erlasses ist diese Bestimmung am 1. Oktober 2015 in Kraft getreten, sodass erst ab diesem Datum den Allgemeinmediziner die Verpflichtung obliegt, die Drittzahlerregelung für die im vorerwähnten Erlass festgelegten Leistungen anzuwenden. Da die Anwendung der angefochtenen Bestimmung ein Handeln des Königs erfordert und da der vorerwähnte königliche Erlass in Kraft getreten ist, nachdem die angefochtene Bestimmung in Kraft getreten war, konnte diese keine Rückwirkung haben.

B.12.2. Außerdem wurde die obligatorische Drittzahlerregelung für die Allgemeinmediziner in Bezug auf die Begünstigten der erhöhten Beteiligung der Versicherung bereits durch Artikel 18 des Gesetzes vom 27. Dezember 2012 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen über den Zugang zur Gesundheitspflege und durch Artikel 137 des Programmgesetzes vom 19. Dezember 2014, dessen Inhalt in der angefochtenen Bestimmung praktisch unverändert übernommen wurde, in Artikel 53 § 1 des KIV-Gesetzes eingeführt. Daher kann vernünftigerweise nicht behauptet werden, dass die angefochtene Bestimmung auf diskriminierende Weise gegen den Grundsatz der Rechtssicherheit verstoße.

B.12.3. Der dritte Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6321 und der vierte Klagegrund in der Rechtssache Nr. 6322 sind unbegründet.

Aus diesen Gründen:

Der Gerichtshof

weist die Klagen zurück.

Erlassen in niederländischer, französischer und deutscher Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof, am 20. Oktober 2016.

Der Kanzler,

Der Präsident,

F. Meersschaut

E. De Groot