

Geschäftsverzeichnismrn. 1737, 1748, 1752 und 1753

Urteil Nr. 136/2000 vom 21. Dezember 2000
--

URTEIL

In Sachen: Klagen auf Nichtigerklärung der Artikel 121 und 122 Absatz 2 des Gesetzes vom 25. Januar 1999 zur Festlegung sozialer Bestimmungen, erhoben von der VoG Fédération belge des chambres syndicales de médecins und anderen.

Der Schiedshof,

zusammengesetzt aus den Vorsitzenden M. Melchior und G. De Baets, und den Richtern P. Martens, A. Arts, R. Henneuse, M. Bossuyt und E. De Groot, unter Assistenz des Kanzlers L. Potoms, unter dem Vorsitz des Vorsitzenden M. Melchior,

verkündet nach Beratung folgendes Urteil:

*

* *

I. *Gegenstand der Klagen*

Mit Klageschriften, die dem Hof mit am 26., 30. Juli und 4. August 1999 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen zugesandt wurden und am 27. Juli, 2. und 5. August 1999 in der Kanzlei eingegangen sind, erhoben Klage auf Nichtigerklärung der Artikel 121 und 122 Absatz 2 des Gesetzes vom 25 Januar 1999 zur Festlegung sozialer Bestimmungen (veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 6. Februar 1999): die VoG Fédération belge des chambres syndicales de médecins, mit Vereinigungssitz in 1050 Brüssel, chaussée de Boondael 6, Bk. 4 (Rechtssache Nr. 1737), F. Rodesch, wohnhaft in 1180 Brüssel, avenue Groelstveld 23, L. Marcelis, wohnhaft in 1060 Brüssel, avenue Docteur Cordier 23, C. Nemry, wohnhaft in 1190 Brüssel, avenue Minerve 21, Bk. 54, M. Dupont, wohnhaft in 1050 Brüssel, avenue Louise 193, G. Andry, wohnhaft in 1380 Ohain, Chemin Fond Coron 13, A. Rausis, wohnhaft in 1180 Brüssel, avenue Franklin Roosevelt 186, A. Unglik, wohnhaft in 1180 Brüssel, avenue Maxime Van Praag 1, und J. Vanderick, wohnhaft in 1150 Brüssel, avenue des Eglantines 21 (Rechtssache Nr. 1748), die VoG Institut médical Edith Cavell – les cliniques Edith Cavell, de la Basilique et Lambermont, mit Vereinigungssitz in 1180 Brüssel, rue Edith Cavell 32, M. Clemens, wohnhaft in 1170 Brüssel, avenue de la Tenderie 34, und P. Sepulchre, wohnhaft in 3090 Overijse, Dreef 172 (Rechtssache Nr. 1752), und der « Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes », mit Sitz in 1050 Brüssel, avenue de la Couronne 20, P. Rutten, wohnhaft in 6850 Offagne, rue Baron Poncelet 5, und J.-L. De Meere, wohnhaft in 1860 Meise, Sint-Elooiweg 60 (Rechtssache Nr. 1753).

II. *Verfahren*

Durch Anordnungen vom 27. Juli 1999 und 2. und 5. August 1999 hat der amtierende Vorsitzende gemäß den Artikeln 58 und 59 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Schiedshof die Richter der jeweiligen Besetzungen bestimmt.

Die referierenden Richter haben Artikel 71 bzw. 72 des organisierenden Gesetzes in den jeweiligen Rechtssachen nicht für anwendbar erachtet.

Durch Anordnung vom 22. September 1999 hat der Hof die Rechtssachen verbunden.

Die Klagen wurden gemäß Artikel 76 des organisierenden Gesetzes mit am 15. Oktober 1999 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen notifiziert.

Die durch Artikel 74 des organisierenden Gesetzes vorgeschriebene Bekanntmachung erfolgte im *Belgischen Staatsblatt* vom 11. November 1999.

Der Ministerrat, rue de la Loi 16, 1000 Brüssel, hat mit am 2. Dezember 1999 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief einen Schriftsatz eingereicht.

Dieser Schriftsatz wurde gemäß Artikel 89 des organisierenden Gesetzes mit am 10. Dezember 1999 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen notifiziert.

Erwiderungsschriftsätze wurden eingereicht von

- der klagenden Partei in der Rechtssache Nr. 1737, mit am 8. Januar 2000 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief,

- den klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 1748, mit am 12. Januar 2000 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief,

- den klagenden Parteien in den Rechtssachen Nrn. 1752 und 1753, mit am 12. Januar 2000 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief.

Durch Anordnungen vom 23. Dezember 1999 und vom 29. Juni 2000 hat der Hof die für die Urteilsfällung vorgesehene Frist bis zum 26. Juli 2000 bzw. 26. Januar 2001 verlängert.

Durch Anordnung vom 30. Mai 2000 hat der Hof die Rechtssachen für verhandlungsreif erklärt und den Sitzungstermin auf den 21. Juni 2000 anberaumt.

Diese Anordnung wurde den Parteien und deren Rechtsanwälten mit am 30. Mai 2000 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen notifiziert.

Durch Anordnung vom 20. Juni 2000 hat der amtierende Vorsitzende festgestellt, daß der gesetzmäßig verhinderte Richter H. Coremans als Mitglied der Besetzung durch den Richter M. Bossuyt ersetzt wurde.

Auf der öffentlichen Sitzung vom 21. Juni 2000

- erschienen

- . RA M. Vanden Dorpe, in Lüttich zugelassen, *loco* RA E. Thiry, in Brüssel zugelassen, für die klagende Partei in der Rechtssache Nr. 1737,

- . RA P. Thiel, ebenfalls *loco* RA E. Gillet, in Brüssel zugelassen, für die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 1748,

- . RA B. Cambier und RA D. Renders, in Brüssel zugelassen, für die klagenden Parteien in den Rechtssachen Nrn. 1752 und 1753,

- . RA J. Vanden Eynde und RA J.-M. Wolter, in Brüssel zugelassen, für den Ministerrat,

- haben die referierenden Richter P. Martens und E. De Groot Bericht erstattet,

- wurden die vorgenannten Rechtsanwälte angehört,

- wurden die Rechtssachen zur Beratung gestellt.

Durch Anordnung vom 18. Oktober 2000 hat der Hof festgestellt, daß der gesetzmäßig verhinderte Richter E. Cerexhe als Mitglied der Besetzung durch den Richter R. Henneuse ersetzt wurde, die Verhandlung wieder eröffnet und den Sitzungstermin auf den 16. November 2000 anberaumt.

Diese Anordnung wurde den Parteien und deren Rechtsanwälten mit am 20. Oktober 2000 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen notifiziert.

Auf der öffentlichen Sitzung vom 16. November 2000

- erschienen

. RA E. Thiry, in Brüssel zugelassen, für die klagende Partei in der Rechtssache Nr. 1737,

. RA E. Gillet, in Brüssel zugelassen, für die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 1748,

. RA B. Cambier, in Brüssel zugelassen, für die klagenden Parteien in den Rechtssachen Nrn. 1752 und 1753,

. RA J.-M. Wolter, in Brüssel zugelassen, für den Ministerrat,

- haben die referierenden Richter P. Martens und E. De Groot Bericht erstattet,

- wurden die vorgenannten Rechtsanwälte angehört,

- wurden die Rechtssachen zur Beratung gestellt.

Das Verfahren wurde gemäß den Artikeln 62 ff. des organisierenden Gesetzes, die sich auf den Sprachengebrauch vor dem Hof beziehen, geführt.

III. *In rechtlicher Beziehung*

- A -

Rechtssache Nr. 1737

Standpunkt der klagenden Partei

A.1. Die VoG Fédération belge des chambres syndicales de médecins, der Krankenhausärzte und nicht im Krankenhausbereich tätige Ärzte, Fachärzte und Allgemeinmediziner, einer Vereinbarung beigetretene und keiner Vereinbarung beigetretene Ärzte angeschlossen seien, beantragt die Nichtigerklärung der Artikel 121 und 122 des Gesetzes vom 25. Januar 1999 zur Festlegung sozialer Bestimmungen. Artikel 121 habe einen Artikel 50bis in das Gesetz vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung (weiter unten K.I.V.-Gesetz genannt) eingefügt. Dieser Artikel betreffe die maximalen Honorare, die die Ärzte unter gewissen Voraussetzungen fordern dürften. Artikel 122 lege das Datum des Inkrafttretens von Artikel 121 auf den 1. Dezember 1998 fest.

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.2. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, insofern der obengenannte Artikel 50bis in den darin beschriebenen Situationen die Festsetzung gleicher

Honorare für die Ärzte vorsehe, ob sie einer Vereinbarung beigetreten seien oder nicht, und somit den keiner Vereinbarung beigetretenen Ärzten die Freiheit zur Bestimmung ihrer Honorare entziehe, obwohl sie nicht die Vorteile des Sozialstatus, in dessen Genuß die einer Vereinbarung beigetretenen Ärzte gelangten, erhielten.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.3. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung im Zusammenhang mit «dem allgemeinen Grundsatz der Rechtssicherheit», insofern die durch Artikel 50*bis* geschaffene Situation dazu führe, daß vom 1. Dezember 1998 bis zum 31. Dezember 1999 fünf unterschiedliche Honorarregelungen aufeinander gefolgt seien, während eine sechste Regelung ab dem 1. Januar 2000 anwendbar sei.

In bezug auf den dritten Klagegrund

A.4. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 15 Absatz 2 des königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Heilkunst, der Krankenpflege, der Heilhilfsberufe und über die medizinischen Kommissionen. Es wird bemängelt, daß Artikel 50*bis* die Freiheit zur Bestimmung der Ärztehonorare außerhalb der im obengenannten Artikel 15 Absatz 2 vorgesehenen Fälle mißachte, ohne daß das Gesetz vom 14. Juli 1994, das ein Versicherungsgesetz sei, als gesetzliche Grundlage für eine Beschränkung der Honorare der keiner Vereinbarung beigetretenen Ärzte dienen könne.

In bezug auf den vierten Klagegrund

A.5. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Artikeln 138 und 140 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser. Es wird bemängelt, daß Artikel 50*bis* die finanziellen Beziehungen zwischen den Ärzten und den Krankenhäusern, so wie sie durch die obengenannten Bestimmungen organisiert würden, beeinträchtigte. Die Abschaffung der ärztlichen Honorarzusätze habe zur Folge, daß das Haushaltsgleichgewicht der Krankenhäuser beeinträchtigt werde, was unverzüglich dazu führe, daß die Honorare, die letzten Endes den Ärzten zukämen, in ungerechtfertigter Weise verringert würden.

Standpunkt des Ministerrates

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.6. Der Ministerrat erwidert, daß die Möglichkeit, die der Gesetzgeber sich vorbehalten habe, in die Festsetzung der Ärztehonorare einzugreifen, sich nicht aus den angefochtenen Bestimmungen, sondern aus Artikel 15 des königlichen Erlasses Nr. 78 ergebe. Der Gesetzgeber habe dieses Vorrecht in den Artikeln 138 ff. des Krankenhausgesetzes genutzt. Dieses System werde durch die angefochtenen Bestimmungen nicht abgeändert, mit Ausnahme der Fälle, die darin vorgesehen seien, und dies nur bis zum 31. Dezember 1999.

Ein Facharzt, der im wesentlichen oder ausschließlich im Krankenhausbereich tätig sei, behalte seine Freiheit, insbesondere unter Berücksichtigung der besonderen Vorteile des Sozialstatus, die im Falle eines Beitritts durch die Artikel 54 ff. des K.I.V.-Gesetzes geboten würden, diesen Beitritt anzunehmen oder nicht.

Es seien nur die Krankenhausärzte betroffen, die sich für eine Vergütung nach Leistung entschieden hätten, wobei die angefochtenen Bestimmungen keinen Einfluß auf die Vergütung derjenigen hätten, die Pauschalbezüge erhielten, oder kaum Einfluß auf diejenige der Ärzte, die durch eine Kombination der verschiedenen Systeme besoldet würden.

A.7. Der Ministerrat schlußfolgert, daß keine Diskriminierung vorliege, da das System der Honorarobergrenzen sich ausschließlich aus der Entscheidung des Arztes, der Vereinbarung zwischen den Ärzten und den Krankenkassen beizutreten oder nicht, ergebe. Er fügt hinzu, daß die unterschiedliche Behandlung, die sich ohnehin nur teilweise aus den angefochtenen Bestimmungen ergebe, vollkommen gerechtfertigt sei wegen der besonderen Merkmale der Tätigkeit der Krankenhausärzte, und insbesondere weil sie sich in eine Gesundheitspolitik einfügten, die darauf abziele, jeder Person Zugang zur optimalen Pflege unter annehmbaren und deutlich angenommenen finanziellen Bedingungen zu gewähren.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.8. Der Ministerrat zitiert den Bericht der Auditorin und Berichterstatteerin im Rahmen der beim Staatsrat gegen den Anwendungserlaß vom 5. Mai 1999 eingereichten Klage und erinnert daran, daß man unter Berücksichtigung der Veränderlichkeit der Verwaltungshandlungen der Verwaltung nicht vorwerfen könne, ihre Regelung zu ändern, selbst wenn dies mehrfach geschehe. Er vertritt den Standpunkt, daß Artikel 50*bis* dazu diene, die Tarifsicherheit zu gewährleisten, damit der hospitalisierte Patient die Sätze der von ihm verlangten Honorare kennen könne, wobei der Gesetzgeber das Ziel der Transparenz verfolge, die er seit mehreren Jahren anstrebe, zumal die Information der Patienten auf diesem Gebiet oft unzulänglich sei, wie Untersuchungen ergeben hätten.

In bezug auf den dritten Klagegrund

A.9. Der Ministerrat erkennt nicht, welche Formbedingungen der Gesetzgeber sich auferlegt hätte, um den Satz der Ärztehonorare festzulegen, so wie Artikel 15 Absatz 2 des königlichen Erlasses Nr. 78 es ihm erlaube. Wenn das K.I.V.-Gesetz hauptsächlich dazu diene, eine Versicherungsregelung zu schaffen, ergebe sich daraus nicht, daß der Gesetzgeber darin keine Bestimmungen im Zusammenhang mit der Festsetzung der Ärztehonorare einfügen könne.

In bezug auf den vierten Klagegrund

A.10. Der Ministerrat zitiert Artikel 138 des Krankenhausgesetzes, der seit langem vorschreibe, daß den in einem Gemeinschaftszimmer oder in einem Zweibettzimmer aufgenommenen Patienten die ärztlichen Leistungen zum K.I.V.-Tarif zu gewährleisten seien, ungeachtet dessen, ob der Arzt einer Vereinbarung beigetreten sei oder nicht, und erinnert an Artikel 139*bis* desselben Gesetzes sowie an den Inhalt des Urteils Nr. 62/99 des Hofes. Daraus ergebe sich, daß das Honoraraufkommen nicht ausschließlich den Ärzten als Vergütung zugeteilt werden dürfe, sondern ebenfalls die anderen Ausgaben, die mit der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus verbunden seien, decken müsse. Er zitiert Artikel 140, in dem die Abzüge festgesetzt seien, die zur Kostendeckung vorgenommen würden. Er fügt hinzu, daß die Abzüge im gemeinsamen Einvernehmen festgelegt würden, so daß jedenfalls keine automatische Kürzung der Honorare für die Ärzte festzustellen sei.

A.11. Der Ministerrat räumt ein, daß die Bezüge der keiner Vereinbarung beigetretenen Krankenhausärzte, die im wesentlichen oder ausschließlich nach Leistung vergütet würden, tatsächlich unter den in den angefochtenen Bestimmungen erwähnten Voraussetzungen bei gleicher Arbeit verringert würden. Doch er fügt hinzu, daß der Klagegrund sich in diesem Fall mit dem ersten Klagegrund decke und die gleiche Antwort verlange, da der Gesetzgeber in mäßiger Weise seine Befugnis genutzt habe, mit dem rechtmäßigen Ziel der Transparenz und der Tarifsicherheit.

Antwort der klagenden Partei

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.12. Die klagende Partei wiederholt, daß Artikel 138 §1 des Krankenhausgesetzes nur die einer Vereinbarung beigetretenen Ärzte betreffe. Sie fügt hinzu, daß die in Artikel 138 § 3 für den Medizinischen Rat vorgesehene Verpflichtung, zu gewährleisten, daß die in einem Gemeinschaftszimmer oder in einem Zweibettzimmer aufgenommenen Patienten zu den in der Vereinbarung vorgesehenen Tarifen gepflegt würden, nicht eine systematische Verpflichtung für die keiner Vereinbarung beigetretenen Ärzte bedeute, die Tarife der Vereinbarung einzuhalten. Sie vertritt den Standpunkt, daß die angefochtenen Bestimmungen über das hinausgingen, was in Artikel 138 § 3 vorgesehen sei.

A.13. Die klagende Partei erachte die Erwägungen in bezug auf die verschiedenen Arten der Vergütung der Ärzte als nicht sachdienlich, da sie nicht die Berufspflichten des Arztes berücksichtigten, die es untersagten, daß die pauschale Vergütung der Ärzte niedriger sei als das entsprechende Einkommen eines Arztes, der für gleichartige Tätigkeiten nach Leistung vergütet würde (Artikel 82 des Kodex der Berufspflichten des Arztes).

A.14. Sie wiederholt, es sei zu berücksichtigen, daß der Sozialstatus, in dessen Vorteil die einer Vereinbarung beigetretenen Ärzte gelangten, einen bedeutenden Vorteil darstelle und daß die keiner Vereinbarung beigetretenen Ärzte durch die angefochtene Maßnahme diskriminiert würden, da sie, obwohl sie nicht in diesen Vorteil gelangten, ihre Honorare denjenigen der einer Vereinbarung beigetretenen Ärzte anpassen müßten.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.15. Die klagende Partei ist der Meinung, daß ein Aufeinanderfolgen von fünf verschiedenen Honorarregelungen innerhalb von dreizehn Monaten ein nicht zu rechtfertigendes Klima der Unsicherheit schaffe.

In bezug auf den dritten Klagegrund

A.16. Die klagende Partei erwidert, daß man, sobald man das Vereinbarungssystem verlasse, nicht annehmen könne, daß das Einschreiten des Gesetzgebers im Rahmen des Gesetzes vom 14. Juli 1994 im Bereich der in Artikel 1 festgelegten Zielsetzung erfolge, nämlich die Einführung einer Regelung der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung. Die Pflichtversicherung betreffe nicht den vom Patienten geforderten Betrag der Honorare, sondern lediglich den Betrag, den die Versicherung decke.

In bezug auf den vierten Klagegrund

A.17. Die klagende Partei ist der Meinung, daß keine der vom Ministerrat angeführten Bestimmungen die angefochtenen Bestimmungen rechtfertige und daß er, indem er einräume, daß es für die keiner Vereinbarung beigetretenen Ärzte eine Honorarkürzung gebe, zugebe, daß die finanziellen Beziehungen zwischen den Ärzten und den Krankenhäusern beeinträchtigt würden.

Rechtssache Nr. 1748

Standpunkt der Kläger

A.18. Die acht Kläger seien Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig seien; sie forderten die Nichtigerklärung der gleichen Artikel 121 und 122 des Gesetzes vom 25. Januar 1999. Sie forderten ebenfalls, die Verhandlung in der Rechtssache Nr. 1406 wieder zu eröffnen und sie darin innerhalb der unter B.3.3 des Urteils Nr. 71/99 festgelegten Grenzen als intervenierende Parteien anzunehmen. Hilfsweise bäten sie den Hof, dem Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften eine Vorabentscheidungsfrage zu stellen.

Sie bringen zwei Klagegründe vor. Der erste sei abgeleitet aus der Mißachtung der Zuständigkeitsregeln, der zweite, in zehn Teile gegliederte Klagegrund sei abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, an sich oder in Verbindung mit verschiedenen Vertrags-, Verfassungs- oder Gesetzesbestimmungen.

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.19. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen Artikel 128 der Verfassung und gegen Artikel 5 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 zur Reform der Institutionen,

« indem das Gesetz vom 22. Januar 1999 vom föderalen Gesetzgeber aufgrund seiner Zuständigkeit für die Kranken- und Invalidenversicherung angenommen wurde,

während die Festlegung des Betrags der Honorare, die von den Ärzten angewandt werden können, zur Politik der Pflegeerbringung innerhalb und außerhalb von Pflegeeinrichtungen gehört und sie in den Zuständigkeitsbereich der Gemeinschaften und nicht des Föderalstaates fällt ».

Die Kläger führen an, daß aufgrund von Artikel 5 § 1 I Nr. 1 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 die Gemeinschaften zuständig seien

« für die Politik der Pflegeerbringung innerhalb und außerhalb der Pflegeeinrichtungen; daß die angefochtenen Bestimmungen einen der Aspekte der Pflegeerbringung regeln, da sie bezwecken, den schwächsten Bevölkerungskategorien die Pflege besser zugänglich zu machen ».

Sie fechten an, daß der föderale Gesetzgeber sich auf die unter Buchstabe c) des obenerwähnten Artikels 5 in bezug auf die Kranken- und Invalidenversicherung vorgesehene Ausnahme berufen könne, da die Honorare nur für den rückzahlbaren Teil in dessen Anwendungsbereich fielen. Sie machten geltend, daß es sich in diesem Fall gerade um die Honorare handele, für die nicht die Krankenversicherung aufkomme.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.20. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, an sich oder gegebenenfalls in Verbindung mit Artikel 14 der Europäischen Menschenrechtskonvention, Artikel 3 Buchstabe g) in Verbindung mit den Artikeln 4 (ex-Artikel 3 A), 10 (ex-Artikel 5) und 81 (ex-Artikel 85) des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, Artikel 23 Nr. 1 und 5 der Verfassung, Artikel 50 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 sowie Artikel 15 des königlichen Erlasses Nr. 78 über die Ausübung der Heilkunst.

A.21. In einem ersten Teil führen die Kläger an, die vorstehenden Bestimmungen würden verletzt,

« indem die angefochtenen Bestimmungen die Anwendung der Tarife vorsehen, die als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Kranken- und Invalidenversicherung dienen, wenn die Pflege im Rahmen eines organisierten Bereitschaftsdienstes oder im Rahmen der Aufnahme in eine Intensivstation geleistet wird, ungeachtet dessen, ob eine Vereinbarung im Sinne von Artikel 50 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 vorliegt oder nicht,

während dann, wenn diese Bestimmungen so auszulegen sind, daß der Aufenthalt des Patienten in einem dieser beiden Dienste die Anwendung der obenerwähnten Tarife auf alle während seines Krankenhausaufenthaltes vorgenommenen medizinischen Leistungen zur Folge hat, die Maßnahme unvernünftig oder unverhältnismäßig erscheint,

[...]

und während dann, wenn diese Bestimmungen so auszulegen sind, daß nur die Honorare für die in diesen beiden Diensten erbrachten medizinischen Leistungen auf einen Höchstsatz begrenzt sind, im Gegensatz zu den anderen Leistungen während des gleichen Krankenhausaufenthaltes, das Unterscheidungskriterium unverhältnismäßig oder unvernünftig ist ».

A.22. In einem zweiten Teil führen die Kläger an, die im Klagegrund angegebenen Bestimmungen würden verletzt,

« indem die angefochtenen Bestimmungen vorschreiben, daß der Tarif, der als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dient, vom Arzt in gewissen Fällen angewandt wird,

während nur die Ärzte von diesen Tarfkürzungen betroffen sind, im Gegensatz zu den anderen Erbringern von Pflegeleistungen im Krankenhausbereich,

während für die Inhaber von Heilhilfsberufen, die in Krankeneinrichtungen tätig sind, keine Höchstgrenze für die Honorare festgelegt werden,

während dieser Unterschied auf keinerlei vernünftigem oder im Verhältnis zum Ziel stehenden Kriterium beruht ».

A.23. In einem dritten Teil sind die Kläger der Meinung, daß gegen die im Klagegrund angeführten Bestimmungen verstoßen werde,

« indem die angefochtenen Bestimmungen die Anwendung des Tarifs vorsehen, der als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dient, wenn es sich um Kinder handelt, die mit einem begleitenden Elternteil im Krankenhaus aufgenommen werden,

während dieses Kriterium weder vernünftig ist noch im Verhältnis zum Ziel steht; somit für ein Kind, das ohne begleitenden Elternteil im Krankenhaus aufgenommen wird, andere Tarife als die vorstehenden angewandt werden können, selbst wenn die Eltern aus triftigen Gründen verhindert sein können, so daß sie ihr Kind nicht begleiten können, während das gleiche für Eltern gilt, die arbeiten und sich nicht von ihren beruflichen Verpflichtungen freimachen können, während das gleiche auch für Eltern gilt, die alleine für ihre Familie aufkommen und die sich beispielsweise während des Krankenhausaufenthaltes eines ihrer Kinder um die anderen Kinder kümmern müssen ».

A.24. Im vierten Teil wird angeführt, daß die im Klagegrund angeführten Bestimmungen verletzt würden,

« indem die angefochtenen Bestimmungen die Anwendung des Tarifs, der als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dient, in mehreren Fällen vorsehen, die sich immer auf hospitalisierte Patienten beziehen, unter Ausschluß von ambulant behandelten Patienten,

während verschiedene medizinische Handlungen, die im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes geleistet werden, faktisch und rechtlich im Rahmen der ambulanten Medizin vorgenommen werden können, und der Tarif der Honorare nicht so streng begrenzt ist, wenn die Handlungen im Rahmen der ambulanten Medizin vorgenommen werden und sie somit zu Honoraren führen können, die sich vom obenerwähnten Tarif unterscheiden ».

A.25. Im fünften Teil wird angeführt, daß die im Klagegrund angeführten Bestimmungen verletzt würden,

« indem Artikel 50bis § 3 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 in der durch den angefochtenen Artikel abgeänderten Fassung den König ermächtigt, durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die maximalen Honorare und die maximalen Honorarzusätze festzulegen, die von Ärzten, ob sie einer Vereinbarung beigetreten sind oder nicht, verlangt werden können, wenn Leistungen zugunsten von Patienten erbracht werden, die auf ihren ausdrücklichen Wunsch und ohne daß dies für ihre Behandlung erforderlich wäre, in einem Einzelzimmer aufgenommen werden,

während das Recht auf Tarifverhandlungen ausdrücklich durch die im Klagegrund angeführten Bestimmungen anerkannt ist, insbesondere Artikel 23 der Verfassung, der König jedoch die Honorare einseitig festlegt, wenn es sich um die Honorare handelt, die bei einem Krankenhausaufenthalt gefordert werden, der auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten und ohne daß dies für seine Behandlung erforderlich wäre in einem Einzelzimmer stattfindet, während diese Festlegung der Honorare hingegen im Anschluß an ein Verfahren mit Stellungnahmen erfolgt, wenn es sich um einen Krankenhausaufenthalt im Zweibettzimmer oder im Gemeinschaftszimmer oder aus medizinischen Gründen im Einzelzimmer handelt, und dieser Behandlungsunterschied in bezug auf die Weise der Festsetzung der Honorare nicht auf einem vernünftigen oder im Verhältnis zur Zielsetzung stehenden Kriterium beruht; während diese Diskriminierung um so stärker ist, als das Recht auf Tarifverhandlungen ausdrücklich in der Verfassung anerkannt ist ».

A.26. Der sechste Teil bemängelt die fehlende Verhältnismäßigkeit zwischen den angestrebten Zielen und dem berücksichtigten Kriterium,

« indem die angefochtenen Bestimmungen besagen: 'Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die maximalen Honorare und die maximalen Honorarzusätze festlegen, die von Ärzten, ob sie einer Vereinbarung beigetreten sind oder nicht, verlangt werden können, wenn Leistungen zugunsten von Patienten erbracht werden, die auf ihren ausdrücklichen Wunsch und ohne daß dies für ihre Behandlung erforderlich wäre, in einem Einzelzimmer aufgenommen sind ' ,

während dadurch, daß die Arzthonorare auf diese Weise geregelt werden, die schwächsten Bevölkerungskategorien nicht weniger bezahlen als vor den Reformen von 1998 und 1999 und das System der ' Vereinbarung ' ihnen bereits den Zugang zur Pflege im Krankenhausbereich zu festgesetzten Tarifen gewährleistete; während die angefochtenen Bestimmungen zu einem anderen als dem angestrebten Ergebnis führen,

während faktisch die besser bemittelten Bevölkerungskategorien in Zukunft weniger bezahlen werden; während in dem Fall, daß eine gleiche Behandlung vorliegt, diese noch nicht der Verfassung entspricht; während die verglichenen Kategorien - die reichsten und die ärmsten - sich wesentlich unterscheiden in bezug auf den Gegenstand und das Ziel der angefochtenen Bestimmungen, da letztere die Honorare selbst oder deren Obergrenze festlegen; während die betreffenden Bestimmungen eine bessere Zugänglichkeit der Gesundheitspflege bezwecken, *de facto* jedoch dazu führen, daß der Aufenthalt in einem Einzelzimmer zugänglicher wird; während der Zugang zur Gesundheitspflege also dadurch nicht verbessert wird ».

A.27. Der Klagegrund führt in seinem siebten Teil die Verletzung des Rechtes auf eine gerechte Entlohnung an,

« indem die angefochtenen Bestimmungen die systematische Anwendung des Tarifs, der als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dient, in drei Arten von Fällen (Aufnahme in einen Bereitschaftsdienst, in eine Intensivstation oder für begleitete Kinder) und in Ermangelung einer Vereinbarung (oder einer Vereinbarung zur Festlegung der Honorarsätze) im Fall eines Krankenhausaufenthaltes im Gemeinschaftszimmer, im Zweibettzimmer oder aus medizinischen Gründen im Einzelzimmer vorsehen,

während der Tarif, der als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dient, die betreffenden medizinischen Leistungen nicht angemessen vergütet; während für zahlreiche medizinische Leistungen ein weit unter einer gerechten Entlohnung liegender Rückzahlungstarif gilt; während die Einkünfte der Ärzte dann, wenn sie einfach die obenerwähnten Tarife anwenden, erheblich sinken, dies unter Mißachtung der vorstehend angeführten Gesetzesbestimmungen ».

A.28. Der Klagegrund bemängelt in seinem achten Teil eine Diskriminierung zwischen Ärzten, je nachdem, ob sie in einem öffentlichen oder in einem privaten Krankenhaus arbeiten,

« indem die angefochtenen Bestimmungen die Möglichkeit, Honorarzusätze zu dem Tarif, der als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dient, oder zu dem vom König festgelegten Tarif zu fordern, einschränken und/oder untersagen,

während unter anderem aufgrund der Artikel 109 ff. des koordinierten Krankenhausgesetzes das Defizit von öffentlichen Krankenhäusern von der öffentlichen Hand übernommen wird, gemäß den näher im koordinierten Krankenhausgesetz und seinen Anwendungserlassen festgelegten Modalitäten,

während das Defizit in einem Privatkrankenhaus zwingend von den Ärzten getragen werden muß, unter Strafe des Konkurses oder der Einstellung der Tätigkeit, und die in einem Privatkrankenhaus arbeitenden Ärzte das Defizit, das nicht durch den Tagespflegesatz gedeckt wird, durch einen entsprechenden Abzug von ihren Honoraren finanzieren,

während die angefochtenen Bestimmungen somit die in einem Privatkrankenhaus arbeitenden Ärzten erheblich benachteiligen, insofern ein wesentlicher Teil der Einkünfte, mit denen sie die Krankenhaustätigkeit finanzieren, verschwindet ».

A.29. Die im neunten Teil geäußerte Kritik lautet wie folgt:

« indem die angefochtene Handlung die Ärzte, die sich entschieden haben, der Nationalen Vereinbarung Ärzte-Krankenkassen nicht beizutreten, verpflichtet, die darin festgelegten Tarife anzuwenden; indem die am 20. Juni 1988 geschlossene Vereinbarung Ärzte-Krankenkassen, auf die Artikel L 1 der Vereinbarung vom 15. Dezember 1998 verweist, in ihrem Punkt H Bedingungen zur Anwendung der Tarife vorsieht, darunter Bedingungen in bezug auf die Zeit und den Ort, besondere Erfordernisse in bezug auf den Patienten oder das Einkommen,

während in dem Fall, daß die angefochtene Handlung in dem Sinne auszulegen ist, daß die Tarife der Vereinbarung unabhängig von den in Artikel H der Vereinbarung vom 20. Juni 1988 vorgesehenen Bedingungen Anwendung finden, diese Bestimmung absolut unverhältnismäßig zu der Zielsetzung ist, die darin besteht, den Zugang zur Pflege zu gewährleisten; während sie das durch die Vereinbarung erzielte Gleichgewicht vollständig unterbricht, so daß diese Vereinbarung durch Verschwinden eines großen Teils leoninisch wird, da die Ärzte keine Möglichkeit mehr haben, höhere Honorare als diejenigen zu fordern, die als Grundlage für die Erstattung der Kranken- und Invalidenversicherung dienen; daß die Vereinbarung sicherlich von Grund auf anders ausgefallen wäre, wenn solche Bestimmungen nicht eingefügt worden wären,

und während in dem Fall, daß die angefochtene Handlung in dem Sinne auszulegen ist, daß die Bedingungen zur Anwendung der in den Vereinbarungen Ärzte-Krankenkassen vorgesehenen Tarife auch Artikel H der obenerwähnten Vereinbarung vom 20. Juni 1988 umfassen, die Honorare der Ärzte, die der Vereinbarung nicht beigetreten sind, stärker eingeschränkt werden als diejenigen der Ärzte, die der Vereinbarung beigetreten sind; während letztere in der Tat die Möglichkeit haben, der Vereinbarung teilweise beizutreten und ausdrücklich festzuhalten, daß sie außerhalb bestimmter Zeiten oder Orte nicht zur Einhaltung eines bestimmten Tarifs verpflichtet sind; während die Diskriminierung nicht auf einem vernünftigen und im Verhältnis zum Ziel stehenden Kriterium beruht, da sie bewirkt, daß die Honorare der Ärzte, die sich geweigert haben, der Vereinbarung beizutreten, mehr eingeschränkt werden als die Honorare der Ärzte, die ihr nur teilweise beigetreten sind ».

A.30. Schließlich wird in einem zehnten Teil angeführt, daß die im Klagegrund angeführten Bedingungen verletzt würden,

« indem die angefochtene Handlung die Einhaltung von Honorarhöchstsätzen in der medizinischen Krankenhauspraxis auferlegt;

während die belgische Gesetzgebung somit die belgische medizinische Praxis bevorteilt, indem sie den Erbringern von Pflegeleistungen, die in den Krankenhäusern des Landes praktizieren, andere Tarife als die auferlegten verbietet; während dies im Widerspruch zu den Bestimmungen des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft in seinen im Klagegrund erwähnten Bestimmungen steht, da die Höchstpreise den Wettbewerb zwischen belgischen Leistungserbringern und anderen Erbringern von Pflegeleistungen im

Krankenhausbereich, die in anderen Staaten der Gemeinschaft niedergelassen sind und praktizieren, verzerren ».

Es wird ebenfalls beantragt, daß aufgrund von Artikel 234 (ex-Artikel 177) des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft dem Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften folgende Frage gestellt wird:

« Ist Artikel 3 Buchstabe g) in Verbindung mit den Artikeln 4 (ex-Artikel 2 A), 10 (ex-Artikel 5) und 81 (ex-Artikel 85) des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft in dem Sinne auszulegen, daß diese Bestimmungen es verbieten, daß eine nationale Bestimmung, nämlich Artikel 50*bis* des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Kranken- und Invalidenpflichtversicherung in der durch Artikel 121 des Gesetzes vom 25. Januar 1999 zur Festlegung sozialer Bestimmung abgeänderten Fassung, Höchstsätze von Honoraren auferlegt, die für medizinische Leistungen im Krankenhausbereich einzuhalten sind ? »

Standpunkt des Ministerrates

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.31. Der Ministerrat erwidert, daß Artikel 5 § 1 I Nr. 1 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 den Gemeinschaften die Zuständigkeit der Gesundheitspolitik verleihe, vorbehaltlich der darin festgelegten Ausnahmen, und aus den Vorarbeiten hervorgehe, daß die Bestimmungen über die Ausübung der Heilkunst und der medizinischen Berufe nicht zu den Sachbereichen der Gesundheitspolitik gehörten und daß es dem föderalen Gesetzgeber obliege, die Zielsetzungen der sozialen Sicherheit zu bestimmen, wozu diejenige gehöre, die Transparenz und die Tarifsicherheit zu gewährleisten, wobei in den Fällen, wo Fähigkeiten des Patienten zur Analyse und zum Verständnis geschwächt seien, jegliche Honorarzusätze im Verhältnis zum K.I.V.-Tarif ausgeschlossen seien. Er führt auch die Zuständigkeit des Föderalstaates für die Preispolitik (Artikel 6 § 1 VI des Sondergesetzes vom 8. August 1980) sowie für die Politik des Verbraucherschutzes (Artikel 6 § 1 VI Absatz 4 Nr. 2) an.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.32. In bezug auf den ersten Teil erinnert der Ministerrat an die vom Gesetzgeber verfolgte Zielsetzung der Transparenz und Tarifsicherheit und hebt er hervor, daß die Dienste betroffen seien, in denen im allgemeinen die teuersten Leistungen erbracht würden, und daß diese eine Dringlichkeit oder eine mögliche Verringerung der Beurteilungsfähigkeit des Patienten, die im übrigen nicht die Dringlichkeit ausschließe, voraussetzten. Er erwähnt eine Umfrage einer Krankenkassenzeitschrift, die aufgezeigt habe, daß 31 von 178 Krankenhäusern Tarifzusätze bei einer Hospitalisierung im Gemeinschaftszimmer verlangten, 50 im Falle der Hospitalisierung im Zweibettzimmer und 172 im Falle der Hospitalisierung im Einzelzimmer. In diesem letzten Fall verlangten 116 Krankenhäuser Tarifzusätze in Höhe von 100 Prozent des K.I.V.-Tarifs, 21 einen Zusatz von 101 bis 200 Prozent, 18 einen Zusatz von 201 bis 300 Prozent und 6 Zusätze von mehr als 300 Prozent.

Er ist der Auffassung, daß der Gesetzgeber Verschuldungssituationen in Krankenhäusern von schlecht oder nicht informierten Personen habe bekämpfen können, von denen Tarifzusätze verlangt würden, während ihnen unter den eigentlichen Bedingungen der Vereinbarung vom 20. Juni 1988 diese Zusätze nur dann auferlegt würden, wenn sie mehr als 1.040.000 Franken brutto, oder im Falle eines Haushaltes, 1.560.000 Franken brutto, zuzüglich 52.000 Franken brutto pro unterhaltsberechtigte Person, verdienten.

A.33. In bezug auf den zweiten Teil erinnert der Ministerrat daran, daß der Gesetzgeber bei der Verfolgung seiner Zielsetzung der Transparenz und Tarifsicherheit der im wesentlichen medizinischen Tätigkeit im Krankenhausbereich sowie dem Umstand, daß die Tarifzusätze als Ärztehonorare verlangt würden, Rechnung trage. Er hebt hervor, daß Artikel 44 § 5 des K.I.V.-Gesetzes bereits die Möglichkeiten von Tarifzusätzen im Falle der Hospitalisierung auf die Patienten beschränke, die in einem Einzelzimmer untergebracht seien.

A.34. In bezug auf den dritten Teil ist der Ministerrat der Auffassung, daß der Gesetzgeber davon ausgehen könne, daß in allen Fällen - mit oder ohne Vereinbarung -, in denen ein Kind hospitalisiert werde, der rechtmäßige Wunsch eines Elternteils, es zu begleiten, nur in einem Einzelzimmer vollauf erfüllt werden könne.

A.35. In bezug auf den vierten Teil ist der Ministerrat der Auffassung, daß die Fälle, in denen Leistungen, die im Krankenhaus in einem Bereitschaftsdienst oder in einer Intensivstation erbracht würden, auch außerhalb des Krankenhauses erbracht werden könnten, statistisch und finanziell unbedeutend für die Finanzlage der Haushalte seien, so daß der indirekt entstandene Behandlungsunterschied gerechtfertigt wäre.

A.36. In bezug auf den fünften Teil erklärt der Ministerrat, er erkenne nicht, inwiefern das Recht auf Tarifverhandlungen verletzt werde, und zitiert andere Bestimmungen, mit denen die Mechanismen der Verhandlungen und der Entscheidungen, die den Ärzten vorbehalten seien, ausgeführt würden.

A.37. In bezug auf den sechsten Teil erinnert der Ministerrat an sämtliche Zielsetzungen und hebt er hervor, daß diese nicht nur gegenüber den Minderbemittelten, sondern auch gegenüber den zahlreichen Familien verfolgt würden, die zwar nicht hilfsbedürftig seien, aber nicht über ein ausreichendes Einkommen verfügten, um die geforderten Honorarzusätze bezahlen zu können, während die diesbezügliche Information mangelhaft sei.

A.38. In bezug auf den siebten Teil stellt der Ministerrat fest, daß kein Vergleich bestehe, es sei denn im Verhältnis zur gesamten erwerbstätigen Bevölkerung. Er fügt hinzu, daß Artikel 23 Absatz 3 Nr. 1 der Verfassung sich nicht auf die Situation der Ärzte bezogen habe, denen es weiterhin freistehe, ihre Honorare in den anderen Fällen als denjenigen, die in den angefochtenen Bestimmungen vorgesehen seien, frei zu bestimmen. Er ficht die Behauptung an, wonach zahlreiche medizinische Leistungen zu einer K.I.V.-Erstattung führten, die niedriger sei als eine gerechte Entlohnung.

A.39. In bezug auf den achten Klagegrund macht der Ministerrat geltend, daß der vorgebliche Unterschied sich nicht aus den angefochtenen Bestimmungen, sondern aus den Artikeln 1, 114 und 139*bis* des Krankenhausgesetzes ergebe.

A.40. In bezug auf den neunten Teil erinnert der Ministerrat daran, daß die seit 1988 geschlossenen Vereinbarungen zwischen Ärzten und Krankenkassen Honorarzusätze im Fall der Hospitalisierung im Gemeinschaftszimmer, im Zweibettzimmer oder im Einzelzimmer, wenn der Patient aus medizinischen Gründen dort aufgenommen werde, untersagten. Er ist der Auffassung, daß Artikel 50*bis* § 2 nicht so ausgelegt werden könne, als ob er die Anwendung der Vereinbarung unabhängig von den in Punkt H der Vereinbarung vom 20. Juni 1998 vorgesehenen Bedingungen erlauben würde.

Er fügt hinzu, daß angesichts der ergriffenen Maßnahmen die Fälle eines teilweisen Beitritts vermutlich weniger zahlreich sein würden, da ihr Vorteil nicht mehr so deutlich sei. Somit werde also das Ziel der Transparenz erreicht.

A.41. In bezug auf den zehnten Teil bemerkt der Ministerrat, daß es in der Annahme, daß die Krankenhäuser als Wirtschaftsunternehmen im Sinne von Artikel 81 - ex-Artikel 85 - des EG-Vertrags angesehen werden könnten, angebracht wäre zu prüfen, inwiefern die Festsetzung einer Tarifobergrenze in den vorgesehenen Fällen die Annahme zuließe, sie seien Unternehmensvereinigungen. Indem er sich auf die Rechtsprechung des Gerichtshofes der Europäischen Gemeinschaften stützt, fügt er hinzu, daß dann, wenn Tarife für einen freien Beruf aufgrund eines Gesetzes und unter Berücksichtigung des Gemeinwohls, der Interessen von Unternehmen aus anderen Sektoren und der Interessen der Benutzer festgesetzt würden, diese Tarife nicht im Widerspruch zu Artikel 81 stünden. Artikel 81 beziehe sich im übrigen auf das Verhalten der Unternehmen, und nicht auf gesetzgeberische Maßnahmen, außer wenn ein Staat Absprachen begünstige, die im Widerspruch zu Artikel 81 stünden, oder in anderen Fällen, die hier jedoch nicht vorlägen, da nicht das Bestehen eines gesetzlich eingeführten Tarifs angefochten werde, sondern die Festsetzung einer Tarifobergrenze und nicht eines in gewissen Fällen anwendbaren Minimums.

Er bemerkt, daß die im ehemaligen Artikel 36 des Vertrags vorgesehenen Ausnahmen in Anlehnung an den ehemaligen Artikel 85 anzuwenden sein müßten. Er führt ebenfalls die ehemaligen Artikel 129 und 129 Absatz 1 des Vertrags an.

Er schlußfolgert, daß der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften nicht zu befragen sei.

Antwort der Kläger

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.42. Die Kläger erwidern, daß die angefochtenen Maßnahmen sich auf die Honorare, für die der Patient oder sein Privatversicherer aufkämen, bezögen, und daß der föderale Gesetzgeber sich folglich nicht auf seine Befugnis für den Sachbereich der sozialen Sicherheit stützen könne, um sie zu regeln, zumal diese Befugnis ihm nur als Ausnahme zugestanden werde und streng auszulegen sei.

Sie fechten an, daß die angefochtenen Bestimmungen im Rahmen der föderalen Zuständigkeiten angenommen worden seien, die Gegenstand des königlichen Erlasses Nr. 78 seien, den sie im übrigen weder abgeändert noch ergänzt hätten. Sie fechten ebenfalls an, daß die föderalen Befugnisse im Bereich der Preispolitik und des Verbraucherschutzes geltend gemacht werden könnten, und erinnern an das Urteil Nr. 22/93 des Hofes, in dem dieser anerkannt habe, daß die Vereinbarungen zwischen Ärzten und Krankenkassen zum Zuständigkeitsbereich der Gemeinschaften hinsichtlich der Gesundheitspolitik gehörten.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.43. In bezug auf den ersten Teil fechten die Kläger an, daß die angefochtene Regelung bereits aufgrund von Artikel 138 § 3 des Krankenhausgesetzes bestanden hätte, da dieses eine andere Tragweite habe, weil es das Bestehen einer Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenhäusern voraussetze, während die angefochtene Bestimmung ohne eine Vereinbarung Anwendung finde.

Sie fechten an, daß die Zielsetzung der Transparenz und der Tarifsicherheit alles rechtfertigen könnte, und heben die offensichtliche Unverhältnismäßigkeit zwischen den ergriffenen Maßnahmen und dieser Zielsetzung hervor.

A.44. In bezug auf den zweiten Teil machen die Kläger geltend, daß die Bezugnahme des Ministerrates auf Artikel 44 § 5 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 irrelevant sei, da dieser Artikel nichts mit der Kritik zu tun habe, wonach die Ärzte im Krankenhausbereich anders behandelt würden als die anderen Erbringer von Pflegeleistungen.

A.45. In bezug auf den dritten Teil fechten die Kläger an, daß Kinder aus Sicherheitsgründen nicht in Einzelzimmern hospitalisiert würden. Sie führen Beispiele an, die das Gegenteil beweisen würden.

A.46. In bezug auf den vierten Teil nehmen die Kläger zur Kenntnis, daß der Gesetzgeber die im ambulanten Bereich erteilten Leistungen vergessen habe, und fechten an, daß diese Leistungen statistisch gesehen unbedeutend seien, wobei sie auf Artikel 78*quinquies* des Krankenhausgesetzes Bezug nähmen.

A.47. In bezug auf den fünften Teil vertreten die Kläger den Standpunkt, daß es keinerlei vernünftiges und objektives Kriterium für den Unterschied zwischen den Verfahren zur Festlegung der Honorare gebe, je nachdem, ob sie für eine Hospitalisierung im Einzelzimmer auf Wunsch des Patienten und ohne Notwendigkeit für die Behandlung verlangt würden oder für eine Hospitalisierung im Gemeinschaftszimmer oder im Zweibettzimmer oder aber aus medizinischen Gründen im Einzelzimmer. Der Unterschied könne nicht mit dem Umstand gerechtfertigt werden, daß im ersteren Fall der königliche Erlaß im Ministerrat beraten werden müsse.

A.48. In bezug auf den sechsten Teil halten die Kläger daran fest, daß die angefochtenen Bestimmungen den Zugang zur Gesundheitspflege für Personen mit hohem Einkommen kostengünstiger machten, ohne daß diese Maßnahmen den Personen mit geringem Einkommen einen besseren Zugang zur Gesundheitspflege sicherten. Sie heben eine perverse Wirkung der neuen Maßnahmen hervor, die ihr Argument bestätige.

A.49. In bezug auf den siebten Teil führen die Kläger zahlreiche Beispiele an, aus denen sie schlußfolgern, daß das Verzeichnis der Gesundheitsleistungen keinen Wert festlege, der einer angemessenen Vergütung der erbrachten Leistungen entspreche. Sie schlußfolgern daraus, daß der Gesetzgeber, indem er die Honorare, die für eine medizinische Leistung verlangt werden könnten, der Berechnungsgrundlage für die K.I.V.-Beteiligung gleichstelle, die im Klagegrund angeführten Bestimmungen mißachte.

Sie sind der Auffassung, nichts könne es rechtfertigen, daß die Ärzte aus dem Anwendungsbereich von Artikel 23 der Verfassung ausgeschlossen würden, und führen an, daß sie nicht mit gleich welcher anderen Person, die arbeite und Anspruch auf eine gerechte Entlohnung habe, verglichen werden könnten.

A.50. In bezug auf den achten Teil bestätigen die Kläger, daß nach ihrer Auffassung die von ihnen angeprangerte Diskriminierung sich aus den angefochtenen Bestimmungen ergebe und vorher nicht bestanden habe.

A.51. In bezug auf den neunten Teil bestehen die Kläger darauf, daß die angefochtenen Bestimmungen das durch die Vereinbarung vom 15. Dezember 1998, die selbst auf diejenige vom 20. Juni 1988 verweise, erzielte Gleichgewicht einseitig zerstöre. Sie fügen hinzu, daß die Ärzte, die sich geweigert hätten, der Vereinbarung beizutreten, verpflichtet würden, diese einzuhalten, während diejenigen, die der Vereinbarung nur teilweise beigetreten seien, zum Teil ihre Honorare frei festsetzen könnten, wobei dieser Behandlungsunterschied keineswegs gerechtfertigt sei. Hinsichtlich der Zielsetzung der Transparenz sind sie der Auffassung, daß diese erreicht werde, insofern die von der Kranken- und Invalidenversicherung erstatteten Beträge behördlicherseits festgesetzt würden und allgemein bekannt seien. Sie fügen hinzu, daß Honorarzusätze diese Transparenz nicht trüben könnten, weil sie zwischen dem Arzt und dem Patienten besprochen würden, ohne daß dies sich auf die Tariffestsetzung der K.I.V.-Erstattungen auswirke.

A.52. In bezug auf den zehnten Teil erwidern die Kläger, daß die betreffenden Maßnahmen in den Anwendungsbereich von Artikel 81 des Vertrags fielen, selbst wenn es sich um eine Gesetzes- oder Verordnungsmaßnahme handele, sobald diese Bestandteile von Vereinbarungen zwischen Wirtschaftskräften übernehme und deren Einhaltung allgemein verpflichtend mache, was im vorliegenden Fall zutrefte.

Sie erachten es als bedeutungslos, ob die angefochtenen Bestimmungen maximale und nicht minimale Tarife festlegten, da eine Verletzung der Preisfreiheit grundsätzlich den Wettbewerb einschränke.

Sie bestreiten die Sachdienlichkeit des aus dem Gemeinwohl abgeleiteten Argumentes im Lichte der Rechtsprechung des Gerichtshofes, die sie analysieren.

Schließlich fügen sie hinzu, daß der ehemalige Artikel 36 des Vertrags nur auf die ehemaligen Artikel 30 bis 34 anwendbar sei. Die vom Ministerrat zitierte Rechtsprechung beziehe sich auf die Problematik des freien Verkehrs und nicht auf diejenige des Wettbewerbs, da alleine die in Artikel 81 Absatz 3 oder in Befreiungsbestimmungen nach Kategorien vorgesehene Regelung eine Abweichung beinhalte.

Rechtssachen Nrn. 1752 und 1759

Standpunkt der klagenden Parteien

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.53. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 1, 2, 33 und 129 der Verfassung, 1 und 5 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 zur Reform der Institutionen und den allgemeinen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit in der Ausübung der Befugnisse, insofern die angefochtenen Bestimmungen die Regelung der Ärzthonorare im Krankenhausbereich bezweckten, um die Sicherheit der Tarife, die Qualität der Gesundheitspflege und deren Zugänglichkeit, insbesondere für die schwächsten Bevölkerungskategorien, zu begünstigen, während für eine solche Regelung die Gemeinschaften zuständig seien.

Die Darlegung des Klagegrunds schließt sich derjenigen an, die unter A.19 angeführt ist.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.54. Der zweite Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, in Verbindung mit deren Artikeln 16 und 23, mit Artikel 1 des Ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention, mit den Artikeln 15 bis 18 des königlichen Erlasses Nr. 78, mit Artikel 23 des am 7. August 1987 koordinierten Krankenhausgesetzes, mit Artikel 50 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, mit den allgemeinen Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit und der Rechtssicherheit,

indem der angefochtene Artikel 121 in gewissen Fällen eine Obergrenze der Ärzthonorare vorsehe für den Fall, daß keine Vereinbarung zwischen den Ärzten und Krankenkassen geschlossen würde, insofern er ebenfalls eine Obergrenze für den Fall, daß eine solche Vereinbarung geschlossen würde, vorsehe, insofern er es dem König erlaube, die Obergrenzen der Honorare und die Honorarzusätze festzusetzen, die von Patienten verlangt werden könnten, die auf ausdrücklichen eigenen Wunsch und ohne daß ihre Behandlung es erfordere, in einem Einzelzimmer aufgenommen würden, und insofern Artikel 122 das Datum des Inkrafttretens von Artikel 121 auf den 1. Dezember 1998 festlege, da diese Bestimmungen Diskriminierungen einführten, indem sie sich auf ein Kriterium stützten, das nicht objektiv und vernünftig sei (Absatz 1) oder nicht im Verhältnis zur Zielsetzung stehe (Absatz 2).

A.55. Der erste Teil beschreibt die Diskriminierungen, unter denen die Ärzte litten, die ihre Tätigkeiten in Krankenhäusern ausübten, die Fachärzte im Verhältnis zu den Allgemeinmedizinern, die Krankenhausärzte im Verhältnis zu Inhabern von Heilhilfsberufen, die durch Honorare vergütet würden und in der gleichen Art von Einrichtung arbeiteten, die in Privatkrankenhäusern arbeitenden Ärzte im Verhältnis zu den in öffentlichen Krankenhäusern arbeitenden Ärzten und schließlich die Krankenhausärzte im Verhältnis zu den anderen Freiberuflern.

A.56. Der zweite Teil prangert eine Diskriminierung zum Nachteil der Privatkrankenhäuser im Verhältnis zu den öffentlichen Krankenhäusern an.

A.57. Im dritten Teil wird eine Diskriminierung zum Nachteil der Patienten, die außerhalb von Krankenhauseinrichtungen gepflegt würden, und zugunsten der in einem Bereitschaftsdienst oder in einer Intensivstation aufgenommenen Patienten, zum Nachteil der nicht begleiteten Kinder, die verletzlicher sein könnten als diejenigen, die von einem Elternteil begleitet seien, und schließlich zum Nachteil von anderen begleiteten Patienten als Kindern, wie ältere Menschen oder Ehepartner, angeführt.

A.58. In einem vierten Teil wirft der Klagegrund den angefochtenen Bestimmungen vor, unverhältnismäßig zum angestrebten Ziel zu sein, indem das Ziel seit 1995 sowohl hinsichtlich der Personen mit Vorzugstarif (VIPO) als auch der anderen minderbemittelten Bevölkerungskategorien umfassend erreicht sei, indem diese Bestimmungen bewirkten, daß diese Kategorien von Patienten nicht weniger bezahlten, da das System der Vereinbarung ihnen bereits den Zugang zur Pflege im Krankenhausbereich zu den K.I.V.-Tarifen gewährleiste, indem ihre einzige Wirkung darin bestehen werde, den Hotelaufenthalt und nicht die Gesundheitspflege selbst zugänglicher zu machen, indem der Haushalt der Krankenhäuser und damit die Qualität der Pflege sinken werde, da die reichsten Patienten weniger bezahlen würden, und schließlich indem sie gegen den Grundsatz verstießen, wonach es jedem Arzt freistehe, sich zur Einhaltung der Vereinbarung

zwischen Ärzten und Krankenkassen zu verpflichten oder nicht, wobei auf diese Weise das System seines wesentlichen Inhaltes beraubt werde.

In bezug auf den dritten Klagegrund

A.59. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, in Verbindung mit deren Artikeln 16 und 23, mit Artikel 1 des Ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention, den Artikeln 6 und 8 des Gesetzes vom 10. Dezember 1997 zur Reorganisation der Gesundheitspflege, Artikel 2 des Gesetzes vom 16. April 1998 zur Abänderung des königlichen Erlasses Nr. 78 sowie den allgemeinen Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit und der Rechtssicherheit.

A.60. Die Kläger bemängeln, daß die angefochtenen Bestimmungen ohne vorherige Abstimmung mit dem Ärzten angenommen worden seien, während diese Frage innerhalb der aufgrund von Artikel 8 des Gesetzes vom 10. Dezember 1997 geschaffenen Konzertierungsausschüsse habe verhandelt werden müssen, wobei auf diskriminierende Weise gegen das Recht der Ärzte auf Entlohnung sowie gegen ihr Eigentumsrecht verstoßen werde.

In bezug auf den vierten Klagegrund

A.61. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, in Verbindung mit den Artikeln 3 Buchstabe g) (ex-Artikel 5) und 81 (ex-Artikel 85) des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, indem die angefochtenen Bestimmungen auf diskriminierende Weise gegen die im obenerwähnten Artikel enthaltenen europäischen Wettbewerbsregeln verstießen.

In bezug auf den fünften Klagegrund

A.62. Der Klagegrund ist abgeleitet aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, in Verbindung mit den Artikeln 3, 6, 10, 49, 50, 51, 52, 53, 54 und 55 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, indem die angefochtenen Bestimmungen eine Obergrenze für die Honorare der in Krankenhäusern tätigen Ärzte festlegten und auf diese Weise die Ärzte aus der Europäischen Union, die nicht in Belgien niedergelassen seien, daran hinderten, irgendeinen wirtschaftlichen Gewinn aus der Erbringung von Pflegeleistungen in einem belgischen Krankenhaus zu erzielen, da sie bei Anwendung der Preise der Vereinbarung alle Kosten abschreiben müßten, insbesondere im Zusammenhang mit ihren Reisen.

Standpunkt des Ministerrates

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.63. Der Ministerrat verweist auf die in Erwiderung des ersten Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 1748 dargelegten Argumente (A.31).

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.64. Hinsichtlich des ersten Teils verweist der Ministerrat auf die in der Rechtssache Nr. 1748 in Erwiderung auf verschiedene Teile des zweiten Klagegrunds dargelegten Argumente.

A.65. Das gleiche gelte für den zweiten Teil. Der Ministerrat fügt hinzu, es sei durch keinerlei statistisches oder mathematisches Element erwiesen, daß die Privatkrankenhäuser durch die Verringerung der Honorare der Krankenhausärzte keinerlei Sicherheit haben würden, zu einem ausgewogenen Haushalt zu gelangen. Er merkt an, daß die Krankenhausärzte in den öffentlichen Krankenhäusern und in den

Privatkrankenhäusern auf gleiche Weise betroffen seien, da die Einnahmen dort auf ähnliche Weise verringert würden. Sollte man annehmen, daß eine Diskriminierung vorläge, so ergäbe sie sich aus den Artikeln 109, 110, 139*bis* und 140 des Krankenhausgesetzes. Diese Unterschiede seien im übrigen durch die Art und den Auftrag der von den öffentlichen Sozialhilfezentren gegründeten Krankenhäuser gerechtfertigt.

A.66. In bezug auf den dritten Teil verweist der Ministerrat auf die bei der Prüfung des ersten, zweiten und dritten Teils des zweiten Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 1748 dargelegten Argumente.

Er fügt hinzu, daß die Fälle von älteren oder verheirateten Personen, die bei ihrem Krankenhausaufenthalt von einem Blutsverwandten oder von ihrem Ehepartner begleitet würden, seltene Fälle seien und daß es nicht dem Hof zustehe, an Stelle des Gesetzgebers zu entscheiden, daß diese Fälle ebenfalls in den angefochtenen Bestimmungen vorgesehen sein müßten.

A.67. Hinsichtlich des vierten Teils erinnert der Ministerrat daran, daß die angestrebte Zielsetzung die Transparenz und die tatsächliche Tarifsicherheit seien, wobei die Zugänglichkeit der Pflege lediglich eine Folge davon sei. Er analysiert die Nationale Vereinbarung Ärzte-Krankenkassen vom 20. Juni 1988 und leitet daraus ab, die Behauptung sei falsch, daß im Fall einer Hospitalisierung nur die Aufnahme eines Begünstigten, dessen Einkünfte bestimmte Höchstgrenzen nicht überschritten, in ein Gemeinschaftszimmer es gestatte, in den Vorteil der vereinbarten Tarife zu gelangen. Er vertritt den Standpunkt, daß der Zugang zum K.I.V.-Tarif für die Personen mit Vorzugstarif (VIPO) seit 1995 verwirklicht sei und das angefochtene System den Schutz für alle Begünstigten mit niedrigem Einkommen verstärke, die nicht alle der Kategorie der Personen mit Vorzugstarif (VIPO) angehörten. Er erinnert an die Rechtsprechung des Hofes in bezug auf die soziale Sicherheit und die Grenzen seiner Prüfung der Verhältnismäßigkeit. Er bestreitet, daß die angefochtenen Bestimmungen eine positive Diskriminierung einführen, da man bemüht sei, alle Personen mit niedrigem Einkommen zu schützen. Er wiederholt, daß Artikel 138 des Krankenhausgesetzes in Verbindung mit den Bestimmungen der Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen die Praxis der Honorare zum K.I.V.-Tarif im Fall der Aufnahme in ein Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer bereits gewährleiste. Er weist die Behauptung zurück, wonach die Krankenhausärzte die Heilkunst aufgrund der angefochtenen Bestimmungen weniger gut ausübten, und hebt hervor, daß die Freiheit, der Vereinbarung beizutreten oder nicht, nicht geändert worden sei.

In bezug auf den dritten Klagegrund

A.68. Der Ministerrat verweist auf die in Beantwortung des vierten Teils des zweiten Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 1748 angeführten Argumente und erinnert an den Wortlaut von Artikel 8 des Gesetzes vom 10. Dezember 1997 zur Reorganisation der Gesundheitspflege.

In bezug auf den vierten Klagegrund

A.69. Der Ministerrat verweist auf seine Antwort auf den letzten Teil des zweiten Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 1748 und geht davon aus, es liege eine *petitio principii* vor, wenn behauptet werde, die in Belgien angewandten Arzthonorare seien besonders niedrig im Vergleich zu denen in den anderen Mitgliedstaaten der Gemeinschaft.

In bezug auf den fünften Klagegrund

A.70. Der Ministerrat erwidert, daß die angefochtenen Bestimmungen keinerlei Bedingung für die Ausübung der Heilkunde in Belgien auferlegten, daß sie nicht den freien Personen- und Dienstleistungsverkehr beeinträchtigten und daß weder ein deutlicher Rückgang bei der Niederlassung von Krankenhausärzten aus der Europäischen Union in Belgien noch eine Abwanderung von belgischen Krankenhausärzten ins Ausland festzustellen sei.

Erwiderung der klagenden Parteien

In bezug auf den ersten Klagegrund

A.71. Die klagenden Parteien erwidern, daß die angefochtenen Bestimmungen die Vergütung der Ärzte berührten und die Beziehungen zwischen dem Pflegebringer und seinem Begünstigten betrafen und nicht den Versicherer und das System der Kranken- und Invalidenversicherung. Sie bestreiten, daß die diesbezügliche Gesetzgebung diese Beziehungen geregelt habe, wobei die Verwechslung zwischen den beiden Zuständigkeiten sich daraus ergebe, daß die Ärzte 1963, vor dem Bestehen der Gemeinschaften, sich damit einverstanden erklärt hätten, daß ein Teil von ihnen ihre Tarife auf die Höhe der Erstattungsregeln festgesetzt habe. Sie erinnern daran, daß die föderale Zuständigkeit für die Gesundheitspolitik eine Ausnahme bilde, und zitieren das Urteil Nr. 83/98 des Hofes, wobei die Tariffestsetzung der Handlungen nicht unter diese Zuständigkeit falle, was im Gesetz vom 29. April 1999 bestätigt werde, in dem der Gesetzgeber darauf verzichtet habe, die Tariffestsetzung der Leistungen zu regeln.

Sie fechten an, daß die Transparenz und die Tarifsicherheit Zielsetzungen der sozialen Sicherheit seien, und vertreten den Standpunkt, die Tariffestsetzung der Honorare gehöre weder zum Sachbereich der Preispolitik noch zu demjenigen des Verbraucherschutzes.

In bezug auf den zweiten Klagegrund

A.72. Was die angeführte Diskriminierung zwischen den Ärzten betreffe, heben die klagenden Parteien hervor, der Ministerrat weise nicht nach, daß die Tarifsicherheit und die Transparenz im Bereich der ambulanten Medizin besser gewährleistet seien, obwohl darin keine einzige Regel bestehe, und sie bemängeln die Methode, sich auf Umfragen zu berufen, die durch Interessenvereinigungen oder Versicherungsanstalten durchgeführt worden seien.

Sie werfen dem Ministerrat vor, er weise nicht den jeweiligen Anteil der medizinischen und paramedizinischen Handlungen im Krankenhausbereich nach, und vertreten den Standpunkt, daß es dann, wenn dieser das « Informationsdefizit » hervorrufe, nicht gerechtfertigt sei, mit den angefochtenen Maßnahmen die Ärzte zu treffen, dies unter Ausschluß der Heilhilfsberufe oder der unter Einhaltung der Vereinbarung ausgeführten medizinischen Praktiken.

Im übrigen schließt ihre Argumentation sich derjenigen der klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 1748 an.

A.73. In bezug auf die angebliche Diskriminierung zwischen Krankenhäusern wiederholen die klagenden Parteien, daß diese durch die angefochtenen Bestimmungen verursacht werde und nicht durch das Krankenhausgesetz. Sie führen an, daß die Privatkrankenhäuser nicht ihren Konkurs abwarten könnten, um die Folgen der angefochtenen Bestimmungen anzuprangern, und heben hervor, daß die Argumentation nicht erwidert werde, wonach verschiedene Krankenhäuser zur Überwindung ihrer finanziellen Schwierigkeiten die öffentliche Hand in Anspruch nehmen könnten, während andere dies nicht tun könnten. Sie vertreten den Standpunkt, daß die Finanzierung und das Gleichgewicht des Systems beeinträchtigt würden, sobald die Privatkrankenhäuser, die nicht durch die öffentliche Hand bezuschußt würden, keine Honorarzusätze mehr in Rechnung stellen dürften. Sie sind der Auffassung, daß die dem Versicherungsbegünstigten überlassene Möglichkeit, die Einrichtung seiner Wahl in Anspruch zu nehmen, zunichte gemacht werde, da der Fortbestand der Privatkrankenhäuser in Frage gestellt sei.

A.74. Was die Diskriminierung zwischen Patienten betreffe, bezweifeln die klagenden Parteien, daß es ein «Informationsdefizit» gebe, und vor allem, daß dieses dem Krankenhausbereich anzulasten sei, und sie heben hervor, daß es sich bei 70 bis 80 Prozent der Fälle, die als Notfall angemeldet würden, nicht um Notfälle handle, und daß es keine Rolle spiele, ob die Diskriminierung teilweise schon vorher bestanden habe. Sie erinnern daran, daß Kinder in Einzelzimmer aufgenommen würden, auch wenn sie nicht begleitet würden, und wiederholen, daß es nicht selten vorkomme, daß Erwachsene begleitet würden.

A.75. In bezug auf die von ihnen angefochtenen Bestimmungen halten die klagenden Parteien ihre Argumentation aufrecht und erläutern sie, daß die Kürzung der finanziellen Mittel notwendigerweise die Möglichkeit des Einsatzes gewisser medizinischer Techniken beschränken werde, die nicht abgeschrieben oder bezahlt werden könnten. Sie unterstreichen, daß die angefochtenen Maßnahmen nicht auf die Zielsetzung der Transparenz und der Tarifsicherheit abgestimmt seien.

In bezug auf den dritten Klagegrund

A.76. Die klagenden Parteien fügen ihrer Argumentation hinzu, daß das Fehlen einer Abstimmung um so unannehbarer sei, als in den angefochtenen Bestimmungen selbst keinerlei Form der Abstimmung unter Einbeziehung der Ärzte vorgesehen sei.

In bezug auf den vierten Klagegrund

A.77. Die klagenden Parteien beharren auf ihrem Standpunkt, daß die Einführung von Tarifobergrenzen den Wettbewerb einschränke.

In bezug auf den fünften Klagegrund

A.78. Die klagenden Parteien bemerken, daß es nicht ihnen obliege, die Wanderströme von Ärzten innerhalb der Europäischen Union nachzuweisen, da der Belgische Staat über die geeigneten Instrumente verfüge, um dies zu tun.

- B -

In bezug auf die im Zusammenhang mit den angefochtenen Bestimmungen stehenden Bestimmungen

B.1. Aufgrund von Artikel 15 des königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Heilkunst haben die Ärzte unter Einhaltung der Regeln der Standespflichten Anrecht auf Honorare oder Pauschalentgelte für die von ihnen erbrachten Leistungen. Der zweite Absatz dieses Artikels bestätigt den Grundsatz der freien Festsetzung der Ärztehonorare, vorbehaltlich der Zuständigkeit ihrer Kammer oder der Gerichte im Falle einer Anfechtung. Ausgeübt wird diese Freiheit «unbeschadet der Anwendung der Sätze, die eventuell durch das oder aufgrund des Gesetzes festgelegt sind oder in Statuten oder Abkommen, denen die Fachkräfte beigetreten sind, vorgesehen sind ».

Artikel 50 § 6 Absatz 2 *in fine* des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, nachstehend Gesetz über die Gesundheitspflegeversicherung genannt, besagt, daß der Arzt sein Honorar für Leistungen, die nicht im Verzeichnis aufgeführt sind, frei bestimmt.

B.2. Artikel 35 § 1 des Gesetzes über die Gesundheitspflegeversicherung ermächtigt den König zur Festlegung des Verzeichnisses, in dem die Gesundheitsleistungen aufgezählt werden, der relative Wert dieser Leistungen festlegt wird und insbesondere die Regeln für seine Anwendung und die erforderliche Qualifikation der Person, die jeweils ermächtigt ist, diese Leistungen zu erbringen, bestimmt werden. Paragraph 2 legt das Verfahren fest, das der König bei der Änderung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen einhalten muß.

B.3. Artikel 50 desselben Gesetzes besagt, daß die Beziehungen zwischen den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft und den Versicherungsträgern durch Vereinbarungen geregelt werden (§ 1). Diese Vereinbarungen werden innerhalb der durch Gesetz organisierten Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen geschlossen (§§ 2 bis 5). Darin werden insbesondere die Honorare festgelegt, die von den Ärzten, für die davon

ausgegangen wird, daß sie den Vereinbarungen beigetreten sind, gegenüber den Begünstigten der Versicherung einzuhalten sind (§ 6).

B.4. Artikel 35 § 1 Absatz 3 des Gesetzes über die Gesundheitspflegeversicherung verpflichtet die Ärzte, im Rahmen eines organisierten Bereitschaftsdienstes, auch wenn sie den obenerwähnten Vereinbarungen nicht beigetreten sind, die Honorarobergrenzen gegenüber bestimmten Kategorien von Patienten einzuhalten.

Artikel 138 § 3 des am 8. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser in der am Datum der Annahme der angefochtenen Bestimmung geltenden Fassung verpflichtete den Medizinischen Rat des Krankenhauses zu gewährleisten, daß die in einem Gemeinschaftszimmer oder in ein Zweibettzimmer aufgenommenen Patienten zu den in der Vereinbarung vorgesehenen Tarifen gepflegt werden können.

B.5. Schließlich organisiert Artikel 139 des Krankenhausgesetzes die Information der Patienten, indem er den Krankenhausverwalter verpflichtet, ihnen die Möglichkeit zu bieten, die Liste mit den allgemeinverbindlichen Tarifen sowie den Namen der Krankenhausärzte, die sich zur Einhaltung dieser Tarife verpflichtet haben, und derjenigen, die sich nicht dazu verpflichtet haben, einzusehen. Der königliche Anwendungserlaß vom 3. Oktober 1991 legt die Regeln über die Mitteilung der Honorarzusätze fest, die von den Patienten gefordert werden können.

In bezug auf die Entstehungsgeschichte der angefochtenen Bestimmungen

B.6. Durch Artikel 99 des Gesetzes vom 22. Februar 1998 zur Festlegung sozialer Bestimmungen hat der Gesetzgeber zum ersten Mal in das Gesetz über die Gesundheitspflegeversicherung einen Artikel 50bis eingefügt, wonach in den gleichen vier Fällen, wie sie in Paragraph 1 des neuen Artikels 50bis, der durch die angefochtenen Bestimmungen eingefügt wurde, vorgesehen sind, die als Grundlage für die Berechnung der Versicherungsbeteiligung dienenden Tarife die maximalen Honorarsätze darstellen, die

verlangt werden können. Diese Einschränkung war anwendbar, « ob ein Arzt der in Artikel 50 erwähnten Vereinbarung beitrifft oder nicht ».

B.7. Diese Bestimmung hat ihren Ursprung in zwei Gesetzesvorschlägen. Mit dem einen sollte die freie Festsetzung der Zusätze für die in einem Einzelzimmer aufgenommenen Patienten bekämpft werden, und zwar mit der Begründung, daß diese Zusätze von einem Krankenhaus zum anderen sehr unterschiedlich seien, während diese Unterschiede nicht immer durch objektive Kriterien gerechtfertigt seien, und der Patient vor vollendete Tatsachen gestellt werde, da er in den meisten Fällen sein Krankenhaus nicht « frei » auswähle. Mit dem Vorschlag sollte die « Tarifsicherheit » gewährleistet werden (*Parl. Dok.*, Kammer, 1996-1997, Nr. 977/1).

Der zweite unterstrich « die Hauptzielsetzung, die Zugänglichkeit der Gesundheitspflege zu gewährleisten, insbesondere für die sozial schwachen Gruppen » und « die Zielsetzung, die Erschwinglichkeit einer qualitativ hohen Gesundheitspflege zu gewährleisten ». Er ging davon aus, daß « die Zugänglichkeit der Gesundheitspflege weiterhin gefährdet ist, da bei einer Aufnahme ins Krankenhaus neben dem Eigenanteil die verschiedensten Zusätze gefordert werden können ». Er führte eine Studie an, wonach « eine gleiche Behandlung den Patienten 33 mal mehr kosten kann, je nachdem, in welchem Krankenhaus er behandelt wird ». Die gleiche Studie unterstrich, daß « die in Rechnung gestellten Zusätze das Zehnfache des allgemeinverbindlichen Tarifs erreichen können » (*Parl. Dok.*, Kammer, 1996-1997, Nr. 982/1).

B.8. In den Entwurf des Gesetzes zur Festlegung sozialer Bestimmungen wurden Bestimmungen mit der gleichen Zielsetzung aufgenommen. Im Laufe der parlamentarischen Debatten hob die zuständige Ministerin « die Bedeutung der Sicherheit der Pauschaltarife » hervor, wobei sie unterstrich, daß « die erzwungene und willkürliche Kürzung der Leistungen um 2 und 3 Prozent, zu der sich die Regierung 1997 gezwungen sah, um die Ausgaben zu beschränken, der Ärzteschaft die Gelegenheit und den Vorwand bot, einen Vertragsbruch anzuprangern ». Sie fügte hinzu, daß es den Partnern entgegen allen Erwartungen gelungen sei, eine Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen abzuschließen, und daß es « der Regierung unter diesen unerwarteten Bedingungen vor allem darum ging, niemandem einen Vorwand zu bieten, um die wiedergefundene Tarifsicherheit wieder zunichte zu machen, so daß

in einer ersten Phase somit das Verfahren des Beitritts zur Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen in Angriff genommen werden kann» (*Parl. Dok.*, Kammer, 1996-1997, Nr. 1184/14, SS. 35 und 36).

B.9. Artikel 50*bis*, der durch das Gesetz vom 22. Februar 1998 zur Festlegung sozialer Bestimmungen in das Gesetz über die Gesundheitspflegeversicherung eingefügt wurde, wurde durch die angefochtene Bestimmung des Gesetzes vom 25. Januar 1999 zur Festlegung sozialer Bestimmungen ersetzt, wobei er am gleichen Datum wie der ehemalige Artikel 50*bis* in Kraft treten sollte, nämlich am 1. Dezember 1998.

B.10. Die neue Bestimmung von Artikel 50*bis* enthält im wesentlichen drei Arten von Maßnahmen:

1. Ist keine Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen in Kraft, dürfen die Honorare in vier Fällen nicht die Beteiligung der Versicherung überschreiten, nämlich wenn die Leistungen erbracht werden:

- a) in einem organisierten Bereitschaftsdienst,
- b) in einer Intensivstation,
- c) in einem Gemeinschafts- oder Zweibettzimmer oder in einem Einzelzimmer, wenn der Patient dies aus medizinischen Gründen beantragt hat,
- d) zugunsten von Kindern, die mit einem begleitenden Elternteil in ein Krankenhaus aufgenommen werden.

2. Ist eine Vereinbarung in Kraft, so gelten die gleichen Obergrenzen für alle Ärzte, ob sie der Vereinbarung beigetreten sind oder nicht, in den unter den Buchstaben a), b) und d) genannten Fällen. In den unter Buchstabe c) genannten Fällen erklärt der König die aus der Vereinbarung hervorgehenden Honorare bis zum 31. Dezember 1999 für allgemeinverbindlich

oder gegebenenfalls ab dem 1. Januar 2000, nach Stellungnahme der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen.

3. Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die maximalen Honorare und die maximalen Honorarzusätze festlegen, die Ärzte, ob sie einer Vereinbarung beigetreten sind oder nicht, von Patienten verlangen können, die auf ihren ausdrücklichen Wunsch, ohne daß dies für ihre Behandlung erforderlich wäre, in einem Einzelzimmer aufgenommen sind.

Der Text ist einem Abänderungsantrag entnommen, der von den Verfassern der unter B.7 erwähnten Gesetzesvorschläge hinterlegt wurde (*Parl. Dok.*, Kammer, 1997-1998, Nr. 1722/11, S. 5). Er wurde insbesondere durch einen Abänderungsantrag angefochten, der hervorhob, daß das System der Vereinbarungen in Zukunft für die im Krankenhausbereich arbeitenden Ärzte vollkommen sinnlos werde. Es wurde wiederholt, der Text des Entwurfes drohe finanzielle Probleme im Krankenhaussektor zu verursachen, und es wurde daran erinnert, daß die Vereinbarungen die sozialen Tarife immer « den Personen mit kleinem oder mittlerem Einkommen » vorbehalten hätten (*Parl. Dok.*, Kammer, 1997-1998, Nr. 1722/6, S. 4).

B.11. Aus den gesamten parlamentarischen Dokumenten, die zur Annahme der angefochtenen Bestimmungen geführt haben, wird ersichtlich, daß der Gesetzgeber das System der Vereinbarungen zwischen den repräsentativen Berufsorganisationen der Ärzteschaft und der Fachkräfte der Zahnheilkunde einerseits und den Versicherungsträgern andererseits aufrechterhalten wollte, so wie es in Artikel 50 des Gesetzes über die Gesundheitspflegeversicherung vorgesehen ist, und daß er Bestimmungen darin eingefügt hat, die darauf abzielen, die Tarifsicherheit gegenüber allen Begünstigten und allen Ärzten in den vier Fällen, die in Paragraph 1 und Paragraph 2 vorgesehen sind, sowie in dem Fall, der in Paragraph 3 des angefochtenen Artikels 50*bis* vorgesehen ist, aufrechtzuerhalten.

In bezug auf die Klagegründe, die aus dem Verstoß gegen die Regeln der Zuständigkeitsverteilung abgeleitet sind

B.12. Aufgrund von Artikel 5 §1 I Nr. 1 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 zur Reform der Institutionen sind die Gemeinschaften im Bereich der Gesundheitspolitik für die Politik der Pflegeleistungen innerhalb und außerhalb der Pflegeeinrichtungen zuständig, mit Ausnahme der unter den Buchstaben a) bis g) angeführten Sachbereiche. Zu diesen Ausnahmen gehört die Kranken- und Invalidenversicherung (c). Für diesen Sachbereich ist somit alleine die Föderalbehörde zuständig.

B.13. Die angefochtenen Bestimmungen beziehen sich hauptsächlich auf das Anwendungsgebiet der zwischen den Berufsorganisationen und den Versicherungsträgern geschlossenen Vereinbarungen, so wie diese in Artikel 50 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vorgesehen und organisiert sind.

Sie gehören somit zum Sachbereich der Kranken- und Invalidenversicherung.

B.14. In der Tat dehnen die angefochtenen Bestimmungen, insofern sie die Höchstbeträge der Honorare, die gefordert werden können, auf die Tarife begrenzen, die als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung dienen, den Anwendungsbereich der Vereinbarungen über den eigentlichen Bereich der Krankenversicherung hinaus aus, weil sie den Teil der Honorare berühren, für den der Patient selbst aufkommt. Daraus ergibt sich jedoch nicht, daß sie auf den Sachbereich der Pflegeleistungen übergreifen würden, der den Gemeinschaften zugeteilt worden ist. Sie beziehen sich auf einen wesentlichen Aspekt der Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten, indem sie darauf achten, daß letzterem die « Sicherheit » der Tarife und deren Transparenz gewährleistet werden, die für den Zugang zur medizinischen Pflege unerlässlich sind. Es ist annehmbar, daß solche Maßnahmen im vorliegenden Fall mit der Ausübung der Heilkunst zusammenhängen, die eine föderale Zuständigkeit geblieben ist.

B.15. Die aus dem Verstoß gegen die Regeln der Zuständigkeitsverteilung abgeleiteten Klagegründe sind unbegründet.

In bezug auf sämtliche Klagegründe, in denen Diskriminierungen angeprangert werden, die unvereinbar wären mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Rechten, die sich aus Bestimmungen des internen und des internationalen Rechts ergeben, mit Ausnahme von Artikel 23 der Verfassung

B.16. Aus den Vorarbeiten zu den angefochtenen Bestimmungen geht hervor, daß die darin enthaltenen Regeln das Gleichgewicht zwischen zwei Zielsetzungen hinsichtlich des Sachbereichs der Heilkunde in der föderalen Organisation der Gesundheitspflege gefährden: einerseits der gleiche Zugang zu einer Gesundheitspflege von guter Qualität und zu einem erschwinglichen Preis, mit dem die Sicherheit und die Transparenz der Tarife einhergehen, und andererseits das Bemühen um die Gewährleistung einer gerechten Entlohnung für die Erbringer der Pflegeleistungen unter Wahrung des Grundsatzes der Freiheit der Honorarfestsetzung. Der Gesetzgeber hat diese doppelte Zielsetzung verwirklicht, indem er den Abschluß von Vereinbarungen zwischen den Berufsorganisationen und den Versicherungsträgern begünstigt hat. Er hat die Ärzte aufgefordert, den Vereinbarungen beizutreten, und gleichzeitig außerhalb dieser Vereinbarungen die Freiheit der Honorarfestsetzung aufrechterhalten.

B.17. Die angefochtenen Bestimmungen drücken gleichzeitig den Willen aus, den Anwendungsbereich der Vereinbarungen auszudehnen, indem diese in Situationen, die der Gesetzgeber als beachtenswert betrachtet, für die Ärzte, die ihnen nicht beigetreten sind, verbindlich werden, und zu verhindern, daß in Situationen, wo der Patient sich für eine Hospitalisierung im Einzelzimmer entscheidet, der verbleibende Teil der Freiheit nicht die Fakturierung von übertriebenen Honoraren erlaubt.

B.18. Es steht außer Zweifel, daß die angefochtenen Bestimmungen die Freiheit zur Festsetzung der von den Krankenhausärzten verlangten Honorare erheblich einschränken und daß sie dazu führen können, die Investitionen der Krankenhäuser in technische Ausrüstungen zu verringern. Die diesbezügliche Kritik der klagenden Parteien beruht auf einer sachdienlichen Analyse der möglichen Auswirkungen dieser Bestimmungen. Die angefochtenen Maßnahmen drücken die Absicht des Gesetzgebers aus, in bestimmten Fällen den Interessen der Patienten den Vorrang vor denjenigen der Ärzte einzuräumen.

B.19. Solche Interessen miteinander in Einklang zu bringen, gehört zur Ermessensbefugnis des Gesetzgebers, insofern es politische Entscheidungen voraussetzt, die der Hof nicht zu kontrollieren hat.

B.20. Der Hof könnte die Entscheidungen des Gesetzgebers nur dann ahnden, wenn sie einen ungerechtfertigten Behandlungsunterschied oder ein Mißverhältnis zwischen den angewandten Mitteln und der Zielsetzung aufweisen würden.

In bezug auf Artikel 50bis §§ 1 und 2

B.21. Insofern die Bestimmungen zu einem Großteil eine gleiche Behandlung der Ärzte, die den Vereinbarungen beigetreten sind, und derjenigen, die dies verweigert haben, vorsehen, behandeln sie Kategorien von Personen, die sich in wesentlich unterschiedlichen Situationen befinden, auf die gleiche Weise. Solche Maßnahmen sind grundsätzlich nicht mit dem Gleichheitsprinzip vereinbar. Sie sind um so weniger zu rechtfertigen, als die den Vereinbarungen beigetretenen Ärzte soziale Vorteile genießen, die den diesen Vereinbarungen nicht beigetretenen Ärzten verweigert werden.

B.22. Da jedoch die Entscheidung, den Vereinbarungen beizutreten oder nicht, dem Ermessen der Ärzte überlassen bleibt und jeder von ihnen frei erwägen kann, inwiefern es interessant ist, dies zu tun, können die angefochtenen Maßnahmen nicht *a priori* als diskriminierend betrachtet werden. Allerdings muß der Druck, den diese Maßnahmen auf die Entscheidungsfreiheit der Ärzte ausüben und der so weit geht, daß ihr Interesse an einer Verweigerung des Beitritts erheblich geschmälert wird, vernünftig zu rechtfertigen sein.

B.23. Indem der Gesetzgeber die beanstandeten Einschränkungen in den Fällen, auf die sich die Buchstaben a) und b) der Paragraphen 1 und 2 von Artikel 50bis beziehen, für anwendbar erklärt hat, hat er eine Maßnahme ergriffen, die vernünftig gerechtfertigt ist. Es kann angenommen werden, daß die Personen, die in einem Bereitschaftsdienst oder in einer

Intensivstation aufgenommen werden, nicht die Möglichkeit hatten, den Tarif der Pflegeleistungen, der auf sie angewandt werden wird, zu beurteilen und zu erörtern.

Das gleiche gilt für den in Artikel 50*bis* § 1 Buchstabe c) und in Artikel 50*bis* § 2 Absatz 2 vorgesehenen Fall; es ist nicht unvernünftig, davon auszugehen, daß die Patienten, die darum gebeten haben, in ein Gemeinschaftszimmer oder in ein Zweibettzimmer aufgenommen zu werden, nicht über die Mittel verfügen, um Zusätze zu den Tarifen, die als Grundlage für die Beteiligung der Versicherung dienen, oder zu den Honoraren, die sich aus der Vereinbarung ergeben, zu bezahlen. Es ist ebensowenig ungerechtfertigt, diese Annahme auf den Fall auszudehnen, in dem Patienten aus medizinischen Gründen um ein Einzelzimmer gebeten haben.

B.24. Der unter Buchstabe d) von Artikel 50*bis* § 1 und unter Buchstabe c) von Artikel 50*bis* § 2 vorgesehene Fall ist ebenfalls nicht unvernünftig. Der Wunsch eines Elternteils, sein hospitalisiertes Kind zu begleiten, kann als rechtmäßig angesehen werden, und es ist gerechtfertigt, dessen Belastung nicht zu erhöhen. Der Nachteil, den die Maßnahme den nicht der Vereinbarung beigetretenen Ärzten zufügen kann, ist nicht eindeutig unverhältnismäßig.

B.25. Es stimmt ebenfalls, daß die angefochtenen Maßnahmen dazu führen, die Krankenhausärzte anders zu behandeln als die übrigen Ärzte, dieselben Ärzte anders als andere Erbringer von Pflegeleistungen im Krankenhausbereich, und gewisse Fachärzte anders als die übrigen Fachärzte oder die Allgemeinmediziner. Es kann sein, daß diese Maßnahmen für die in Privatkrankenhäusern arbeitenden Ärzte andere Auswirkungen haben als für diejenigen, die ihre Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern ausüben. Es ist klar, daß die Krankenhausärzte anders behandelt werden als Personen, die andere freie Berufe ausüben.

B.26. Die angefochtenen Bestimmungen führen zu einer unterschiedlichen Behandlung der hospitalisierten Patienten und derjenigen, die die ambulante Medizin in Anspruch nehmen, und zu einer anderen Behandlung der in Einzelzimmer aufgenommenen Patienten als derjenigen, die in Gemeinschaftszimmern oder in Zweibettzimmern aufgenommen wurden.

B.27. Es ist wahrscheinlich, daß die öffentlichen Krankenhäuser die finanziellen Auswirkungen der angefochtenen Maßnahmen leichter werden ausgleichen können als die Privatkrankenhäuser.

B.28. Schließlich ist es nicht ausgeschlossen, daß sich im Laufe der Erfahrung herausstellt, daß die angefochtenen Maßnahmen nachteilige Auswirkungen auf die Einkünfte der Ärzte, auf die Mittel der Krankenhäuser, auf die Qualität der Pflege, auf die Ausgewogenheit der Vereinbarungen oder gar auf das eigentliche System der Vereinbarungen haben.

B.29. Dennoch wird weder aus den Behandlungsunterschieden noch aus den von den klagenden Parteien angeführten Nachteilen derzeit ein eindeutiger Beurteilungsfehler ersichtlich.

B.30.1. Insofern der Gesetzgeber bemüht ist, den Zugang zur Gesundheitspflege zu gewährleisten, indem er die Tarifsicherheit und die Transparenz im Krankenhaussektor verbessert, und Mißbräuche, die dort offenbar vorgekommen sind, zu vermeiden, haben die von ihm ergriffenen Maßnahmen unweigerlich Auswirkungen, die nur diesen Sektor betreffen, und es wäre unvernünftig, sie auf Sektoren auszudehnen, in denen die Notwendigkeit solcher Maßnahmen nicht in vergleichbarem Maße spürbar ist.

B.30.2. Hinsichtlich der angeblich unverhältnismäßigen Folgen der angefochtenen Maßnahmen beruhen die Behauptungen der Kläger auf Annahmen, die nicht einer Wahrscheinlichkeit entbehren, doch man kann nicht mit Sicherheit behaupten, daß diese Auswirkungen so umfangreich sein werden, daß die Maßnahmen dadurch diskriminierend würden. Es handelt sich um Elemente, die Gegenstand einer konkreten Bewertung sein müssen und die gegebenenfalls Korrekturen und Vorschläge im Rahmen der Verhandlungen, die innerhalb der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen geführt werden, begründen können. Der Hof würde sich in die Haushaltsbewertungen, die von politischen Entscheidungen abhängig sind, einmischen und die Gleichgewichte bei den Tarifverhandlungen stören, wenn er zu den etwaigen wirtschaftlichen Folgen der angefochtenen Bestimmungen Stellung beziehen würde.

B.30.3. Schließlich üben die Ärzte ihre Tätigkeit im Gesundheitssektor aus, der nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit der Risiken geregelt ist und dessen Defizit letztendlich von der Gemeinschaft getragen wird. Aufgrund solcher Besonderheiten ist es nicht möglich, sie hinsichtlich der Honorarfestsetzung mit allen anderen Personen zu vergleichen, die einen freien Beruf ausüben.

B.31. Die Klagegründe, mit denen die vorstehenden Diskriminierungen angeprangert werden, sind unbegründet.

In bezug auf Artikel 50bis § 3

B.32. Paragraph 3 von Artikel 50bis bestimmt:

« Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlaß die maximalen Honorare und die maximalen Honorarzusätze festlegen, die von Ärzten, ob sie einer Vereinbarung beigetreten sind oder nicht, verlangt werden können, wenn Leistungen zugunsten von Patienten erbracht werden, die auf ihren ausdrücklichen Wunsch und ohne daß dies für ihre Behandlung erforderlich wäre, in einem Einzelzimmer aufgenommen sind.

Er bestimmt auf dieselbe Weise, welche Informationen der Arzt oder Krankenhausverwalter den Patienten geben muß und wie diese Informationen erteilt werden können. »

B.33. Es obliegt dem Gesetzgeber, der aufgrund von Artikel 23 Absatz 3 Nr. 2 der Verfassung verpflichtet ist, das Recht auf den Schutz der Gesundheit zu gewährleisten, Honorare und Honorarzusätze festzulegen, wenn dies mit den gesetzlich vorgeschriebenen Verhandlungsverfahren nicht möglich war. Das Recht auf Tarifverhandlungen kann nicht so weit gehen, daß der öffentlichen Hand ihre Entscheidungsbefugnis entzogen wird, wenn die Verhandlungen nicht zu einer Vereinbarung führen.

B.34. Die angefochtene Bestimmung ist ebenfalls nicht unvereinbar mit den in Artikel 15 des königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Heilkunst enthaltenen Regeln. Der zweite Absatz dieses Artikels bestätigt nämlich den Grundsatz der freien

Festsetzung der Honorare, insbesondere unbeschadet der Anwendung der gegebenenfalls « durch das oder aufgrund des Gesetzes » festgelegten Sätze.

B.35. In seiner Formulierung behandelt Artikel 50bis § 3 jedoch Personen, die sich in wesentlich unterschiedlichen Situationen befinden, auf die gleiche Weise. Einerseits verpflichtet er den König, die Ärzte, «ob sie einer Vereinbarung beigetreten sind oder nicht », ohne erkennbare Rechtfertigung ähnlich zu behandeln, trotz der unter B.25 angeführten Unterschiede. Andererseits verleiht er dem König die gleiche Befugnis, ohne zu unterscheiden, ob die Frage der Höchstsätze der Honorare und der Honorarzusätze durch Vereinbarungen geregelt wurde, obwohl im Laufe der Vorarbeiten stets wiederholt wurde, daß das Parlament an der Einhaltung der Vereinbarungen festhält, und auch der Wunsch der Regierung hervorgehoben wurde, daß Bestimmungen über die Honorarzusätze in die Vereinbarungen aufgenommen werden sollten.

B.36. Daraus ist zu schlußfolgern, daß die Bestimmung zwei ähnliche Behandlungen von verschiedenen Personen enthält, ohne daß die erste auf annehmbare Weise gerechtfertigt wäre und wobei die zweite im Gegensatz zu einer der Zielsetzungen des Gesetzgebers steht.

B.37. Artikel 50bis § 3 ist für nichtig zu erklären.

In bezug auf die Klagegründe, die aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 in Verbindung mit Artikel 23 der Verfassung und mit anderen Rechten, die sich aus Bestimmungen des internationalen und des nationalen Rechts ergeben, abgeleitet sind

B.38. Artikel 23 der Verfassung bestimmt:

« Jeder hat das Recht, ein menschenwürdiges Leben zu führen.

Zu diesem Zweck gewährleistet das Gesetz, das Dekret oder die in Artikel 134 erwähnte Regel unter Berücksichtigung der entsprechenden Verpflichtungen die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte und bestimmt die Bedingungen für ihre Ausübung.

Diese Rechte umfassen insbesondere:

1. das Recht auf Arbeit und auf freie Wahl der Berufstätigkeit im Rahmen einer allgemeinen Beschäftigungspolitik, die unter anderem darauf ausgerichtet ist, einen Beschäftigungsstand zu gewährleisten, der so stabil und hoch wie möglich ist, das Recht auf gerechte Arbeitsbedingungen und gerechte Entlohnung sowie das Recht auf Information, Konsultation und kollektive Verhandlungen;

[...]. »

B.39. Der Hof ist nicht befugt zu prüfen, ob eine Gesetzesbestimmung gegen Artikel 23 der Verfassung verstößt, außer wenn dieser Verstoß in Verbindung mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung angeführt wird und sich herausstellt, daß der Gesetzgeber einer Kategorie von Personen ohne vernünftige Rechtfertigung eines der aufgrund dieser Bestimmung zuerkannten Rechte verweigert, während derselbe Gesetzgeber einer anderen, mit ihr vergleichbaren Kategorie von Personen dieses Recht garantiert.

B.40. Die klagenden Parteien in den Rechtssachen Nrn. 1752 und 1753 werfen dem Gesetzgeber vor, die angefochtenen Maßnahmen ohne vorherige Verhandlung innerhalb der Konzertierungsausschüsse, die in Anwendung des Gesetzes vom 10. Dezember 1997 zur Reorganisation der Gesundheitspflege gegründet wurden, angenommen zu haben. Sie fügen hinzu, daß dieses Versäumnis zur Folge habe, «die Rechte auf Entlohnung » auf diskriminierende Weise zu beeinträchtigen.

B.41. Bei der durch den Hof vorgenommenen Prüfung anhand der Artikel 10 und 11 der Verfassung geht es darum, ob der Inhalt einer Gesetzesbestimmung mit diesen Artikeln vereinbar ist und nicht darum, ob Formalitäten, die gegebenenfalls für die Annahme einer solchen Bestimmung vorgeschrieben sind, eingehalten wurden.

Der Klagegrund betrifft nicht den Inhalt des angefochtenen Gesetzes, sondern die Art und Weise seiner Entstehung. Er fällt somit nicht in die Zuständigkeit des Hofes.

B.42. Die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 1748 führen in einem ersten Teil an, daß die angefochtenen Bestimmungen gegen das Recht auf eine gerechte Entlohnung verstießen, da der Tarif, der als Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherung diene, die

betreffenden medizinischen Leistungen nicht angemessen vergüte. Sie vertreten den Standpunkt, daß die Krankenhausärzte mit «jeder Person, die arbeitet und die Anrecht auf eine gerechte Entlohnung hat », verglichen werden müßten. Sie legen Beispiele mit Zahlenangaben vor, die nach ihrem Dafürhalten nachwiesen, daß bestimmte Leistungen nicht ausreichend vergütet würden.

B.43. Der Hof kann nicht beurteilen, ob die Arzthonorare - die in Texten festgelegt sind, für die er nicht zuständig ist - einer gerechten Entlohnung entsprechen, und er kann nicht dazu veranlaßt werden, diese Honorare mit den von der übrigen Bevölkerung empfangenen Vergütungen zu vergleichen.

Der Klagegrund ist in seinem ersten Teil nicht annehmbar.

B.44. Der Klagegrund ist in seinem zweiten Teil gegen Paragraph 3 von Artikel 50*bis* gerichtet. Er ist nicht zu prüfen, da diese Bestimmung für nichtig zu erklären ist, wie unter B.37 festgestellt wurde.

In bezug auf den Klagegrund, der aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit dem allgemeinen Grundsatz der Rechtssicherheit abgeleitet ist

B.45. Die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 1737 führen an, daß der Gesetzgeber durch die Einführung von fünf verschiedenen Honorarsystemen im Zeitraum vom 1. Dezember 1998 bis zum 31. Dezember 1999, unter Vorbehalt des ab dem 1. Januar 2000 anwendbaren Systems, die Zielsetzung der Tarifsicherheit beeinträchtigt und auf diskriminierende Weise den allgemeinen Grundsatz der Rechtssicherheit mißachtet habe.

B.46. Das von den klagenden Parteien bemängelte Tempo der Gesetzesänderungen wird erklärt durch die Notwendigkeit für den Gesetzgeber, die Kündigung der Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen zu bewältigen, durch sein Bemühen, die neu geschlossene Vereinbarung zu berücksichtigen, und durch seinen Willen, dessen Tragweite auszudehnen.

Diese aufeinanderfolgenden Änderungen erschweren zwar die Anwendung der aufeinanderfolgenden Maßnahmen, doch sie rufen nicht die im Klagegrund angeführte Diskriminierung hervor.

In bezug auf die Klagegründe, die aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Regeln des europäischen Wettbewerbsrechts abgeleitet sind

B.47. In der Rechtssache Nr. 1748 führen die klagenden Parteien an, die angefochtenen Bestimmungen würden dadurch, daß sie die Einhaltung von Honorarhöchstsätzen in der medizinischen Krankenhauspraxis auferlegten, auf diskriminierende Weise die belgische medizinische Praxis bevorteilen, indem sie den Pflegeerbringern, die in den Krankenhäusern des Landes praktizierten, die Anwendung anderer Tarife als der vorgeschriebenen verbieten würden, was im Widerspruch zu Artikel 3 Buchstabe g) in Verbindung mit den Artikeln 4 (ex-Artikel 3 A), 10 (ex-Artikel 5) und 81 (ex-Artikel 85) des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft stehe.

So beantragen sie, dem Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften die unter A.30 angeführte Vorabentscheidungsfrage zu stellen.

B.48. In den Rechtssachen Nrn. 1752 und 1753 führen die klagenden Parteien an, die angefochtenen Bestimmungen würden, indem sie die Einhaltung von Honorarhöchstsätzen in der medizinischen Krankenhauspraxis auferlegten, auf diskriminierende Weise gegen die europäischen Wettbewerbsregeln verstoßen (vierter Klagegrund) und die Ärzte aus der Europäischen Union, die nicht in Belgien niedergelassen seien, daran hindern, irgendeinen wirtschaftlichen Gewinn aus der Erbringung von Pflegeleistungen in einem belgischen Krankenhaus zu erzielen, da sie bei Anwendung der Preise der Vereinbarung alle Kosten abschreiben müßten, insbesondere im Zusammenhang mit ihren Reisen (fünfter Klagegrund).

B.49. Die Regeln des Gemeinschaftsrechtes in bezug auf das Wettbewerbsrecht sind dem Gleichheitsgrundsatz nicht fremd, da mehrere dieser Regeln zum Ziel haben, die

Diskriminierungen, die nicht sind mit der Ausübung der wirtschaftlichen Freiheiten vereinbar sind, aufzuheben.

Es reicht jedoch nicht aus, einen Zusammenhang der allgemeinen Grundsätze oder der besonderen Bestimmungen des Gemeinschaftsrechtes mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung geltend zu machen, damit der Hof dazu veranlaßt wird, ihre Einhaltung zu gewährleisten.

B.50. Weder Artikel 142 der Verfassung noch das Sondergesetz vom 6. Januar 1989 haben dem Hof die Befugnis verliehen, Gesetzesnormen wegen eines direkten Verstoßes gegen einen internationalen Vertrag für nichtig zu erklären.

Der Hof würde die ihm vom Gesetzgeber verliehene Befugnis überschreiten, wenn er entscheiden würde, daß jeder Verstoß gegen das Gemeinschaftsrecht einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz beinhalte. Er kann bei der Ausübung seiner Kontrolle dieses Recht nur in bezug auf die Bestimmungen zur Gewährleistung der Rechte und Freiheiten berücksichtigen, wenn deren Mißachtung eine bestimmte Kategorie von Personen betreffen kann und wenn angegeben wird, in welcher Hinsicht und im Vergleich zu welcher anderen Kategorie von Personen sie Opfer einer ungerechtfertigten ungleichen Behandlung ist.

B.51. Bei den klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 1748 sowie dem zweiten und dritten Kläger in der Rechtssache Nr. 1752, ebenso wie bei dem zweiten und dritten Kläger in der Rechtssache Nr. 1753 handelt es sich um in Belgien praktizierende Ärzte, von denen keiner anführt, daß er eine ausländische Staatsangehörigkeit besitze. Die erste klagende Partei in der Rechtssache Nr. 1752 ist ein in Brüssel niedergelassenes medizinisches Institut. Die erste klagende Partei in der Rechtssache Nr. 1753 vereinigt die belgischen Berufsvereinigungen der Fachärzte.

B.52. Keine dieser klagenden Parteien gibt an, in welcher Hinsicht die von ihnen angeführten Verstöße gegen das Wettbewerbsrecht auf diskriminierende Weise die Rechte und Freiheiten der Kategorie von Personen, der sie angehören, beeinträchtigen würden und im Vergleich zu welcher vergleichbaren Kategorie von Personen sie diskriminiert würden.

B.53. Es besteht keine Veranlassung, die Klagegründe, die aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Bestimmungen des europäischen Wettbewerbsrechts abgeleitet sind, zu prüfen oder den Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften zu befragen.

Aus diesen Gründen:

Der Hof

- erklärt Paragraph 3 von Artikel 50*bis*, in das Gesetz vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eingefügt durch Artikel 121 des Gesetzes vom 25. Januar 1999 zur Festlegung sozialer Bestimmungen, für nichtig;

- weist die Klagen im übrigen zurück.

Verkündet in französischer, niederländischer und deutscher Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Schiedshof, in der öffentlichen Sitzung vom 21. Dezember 2000.

Der Kanzler,

Der Vorsitzende,

L. Potoms

M. Melchior