

Geschäftsverzeichnissnr. 4406
Urteil Nr. 8/2009 vom 15. Januar 2009

URTEIL

In Sachen: Klage auf Nichtigerklärung des Abschnitts 4 (« Zahlung und Verteilerschlüssel ») von Kapitel VI des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen, und des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Beilegung von Streitfällen im Rahmen des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen, erhoben von der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit « Algemene Mutualiteit voor Medische Assurantie ».

Der Verfassungsgerichtshof,

zusammengesetzt aus den Vorsitzenden M. Bossuyt und M. Melchior, und den Richtern P. Martens, R. Henneuse, E. De Groot, L. Lavrysen, A. Alen, J.-P. Snappe, J.-P. Moerman, E. Derycke, J. Spreutels und T. Merckx-Van Goey, unter Assistenz des Kanzlers P.-Y. Dutilleux, unter dem Vorsitz des Vorsitzenden M. Bossuyt,

verkündet nach Beratung folgendes Urteil:

*

* *

I. *Gegenstand der Klage und Verfahren*

Mit einer Klageschrift, die dem Hof mit am 3. Januar 2008 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 4. Januar 2008 in der Kanzlei eingegangen ist, erhob die « Algemene Mutualiteit voor Medische Assurantie », mit Sitz in 1000 Brüssel, Renaissancelaan 12/1, Klage auf Nichtigklärung des Abschnitts 4 (« Zahlung und Verteilerschlüssel ») von Kapitel VI des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen, und des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Beilegung von Streitfällen im Rahmen des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen (veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 6. Juli 2007).

Der Ministerrat hat einen Schriftsatz eingereicht, die klagende Partei hat einen Erwidierungsschriftsatz eingereicht und der Ministerrat hat auch einen Gegenerwidierungsschriftsatz eingereicht.

Auf der öffentlichen Sitzung vom 19. November 2008

- erschienen

. RA J.-M. De Smet, in Brüssel zugelassen, und RA L. Schuermans, in Turnhout zugelassen, für die klagende Partei,

- haben die referierenden Richter E. Derycke und R. Henneuse Bericht erstattet,
- wurden die vorgenannten Rechtsanwälte angehört,
- wurde die Rechtssache zur Beratung gestellt.

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

II. *In rechtlicher Beziehung*

(...)

B.1.1. Die Nichtigkeitsklage ist einerseits gegen Artikel 26 §§ 1, 2 und 4, Artikel 28 §§ 1 und 3 und Artikel 29 § 3 Absatz 1 des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen (nachstehend: das erste Gesetz vom 15. Mai 2007) und andererseits gegen das Gesetz vom 15. Mai 2007 über die Beilegung von Streitfällen im Rahmen des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen (nachstehend: das zweite Gesetz vom 15. Mai 2007) gerichtet.

B.1.2. Die angefochtenen Artikel des ersten Gesetzes vom 15. Mai 2007, die in Abschnitt 4 (« Zahlung und Verteilerschlüssel ») von Kapitel VI aufgenommen wurden, bestimmen:

« Art. 26. § 1. Die gewährten Entschädigungen müssen durch das Versicherungsunternehmen und den Fonds [für die Entschädigung bei Unfällen im Rahmen von Gesundheitspflegeleistungen], jeweils für ihren Anteil, gemäß dem in § 2 festgelegten Verteilerschlüssel gezahlt werden.

§ 2. Der Betrag der Entschädigungen wird zwischen dem Fonds und dem betreffenden Versicherungsunternehmen aufgeteilt nach den Regeln, die vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass nach einer Stellungnahme des Fonds festgelegt werden.

[...]

§ 4. Wenn der Pflegeleistende keinen Vertrag mit einem Versicherungsunternehmen im Hinblick auf die Anwendung dieses Gesetzes geschlossen hat, zahlt der Gemeinsame Garantiefonds im Sinne von Artikel 28 selbst die vollständige Entschädigung aus, unbeschadet der in Artikel 30 vorgesehenen Rechte ».

« Art. 28. § 1. Der König setzt unter den durch Ihn festgelegten Bedingungen einen Gemeinsamen Garantiefonds ein und erkennt ihn an; dieser hat die Aufgabe, Schäden zu ersetzen, die durch einen Pflegeleistenden verursacht wurden, der keinen Vertrag mit einem Versicherungsunternehmen gemäß den Bestimmungen dieses Gesetzes geschlossen hat.

[...]

§ 3. Die Versicherungsunternehmen, die die Pflichtversicherung in Ausführung dieses Gesetzes handhaben, sind gesamtschuldnerisch verpflichtet, die erforderlichen Einzahlungen in den Gemeinsamen Garantiefonds zu leisten, damit dieser seine Aufgaben erfüllen und seine Funktionskosten decken kann.

Der König legt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass jährlich die Regeln zur Berechnung der Einzahlungen fest, die durch die Versicherungsunternehmen geleistet werden müssen ».

« Art. 29. [...]

§ 3. Der Gemeinsame Garantiefonds übernimmt das Sekretariat und die tägliche Geschäftsführung des Bewertungsbüros ».

B.1.3. Der Text des zweiten Gesetzes vom 15. Mai 2007, dessen vollständige Nichtigerklärung beantragt wird, ist in B.23 wiedergegeben.

In Bezug auf den Kontext der angefochtenen Gesetze

B.2.1. Während der Vorarbeiten wurden die Leitlinien der angefochtenen Gesetze wie folgt erläutert:

« Die Entschädigung der Opfer wird für jeden Unfall gewährt werden können, der eine Folge von Pflegeleistungen ist. Das Opfer wird also nicht mehr einen Fehler des Pflegeleistenden nachweisen müssen. Es muss lediglich nachweisen, dass es einen Schaden infolge einer Pflegeleistung erlitten hat.

Es ist nämlich notwendig, die Wiedergutmachung des medizinischen Schadens aus dem gemeinrechtlichen Bereich herauszunehmen, um einerseits hinreichend gewährleisten zu können, dass im Hinblick auf eine effiziente Vorbeugung die öffentliche Hand und die Opfer alle relevanten Informationen über medizinische Unfälle in den Einrichtungen und den Praxen erhalten, und andererseits den bestehenden Trend zu einer defensiven Medizin durchbrechen zu können.

Der Umstand, dass die Entschädigung aus dem gemeinrechtlichen Bereich herausgenommen wird, bedeutet nicht, dass der Pflegeleistende vollständig befreit würde » (*Parl. Dok., Kammer, 2006-2007, DOC 51-3012/001, SS. 8-9*).

« Konkret kann das durch das neue System vorgeschlagene Verfahren wie folgt zusammengefasst werden.

Der Schadensersatz für medizinische Fehler wird einem Versicherungsunternehmen anvertraut unter der Kontrolle und Aufsicht eines Fonds, der zu diesem Zweck eingerichtet wird.

Konkret lässt sich das vorgeschlagene System wie folgt schematisch darstellen:

- Ein Patient, der glaubt, Opfer eines aufgrund dieses Gesetzentwurfs auszugleichenden Schadens zu sein, wendet sich an den Fonds.

- Dieser prüft den Antrag und schickt ihn an den Versicherer, den er entsprechend dem (den) betroffenen Pflegeleistenden für zuständig hält. In jedem Fall behandelt der durch den Fonds bestimmte Versicherer die Akte auf der Grundlage der Regeln über das Zusammentreffen, doch es steht ihm frei, den gegebenenfalls gezahlten Schadensersatz später ganz oder teilweise von einem anderen Versicherer zurückzufordern.

- Der Versicherer beschließt, sich zu beteiligen oder die Beteiligung zu verweigern, mit der Begründung, dass kein Schaden vorliegt.

- Er unterbreitet seine Entscheidung in Form eines Vorschlags dem Kläger, der über eine bestimmte Frist verfügt, um dem Versicherer und dem Fonds seine Anmerkungen zu diesem Vorschlag mitzuteilen.

- Der Vorschlag des Versicherers wird zusammen mit den Bemerkungen des Klägers an den Fonds weitergeleitet.

- Der Fonds urteilt über die Akte, und im Falle der Uneinigkeit mit dem Versicherer sind zwischen diesen beiden Einrichtungen sowohl ein Schiedsverfahren als eine Klage gegen die Entscheidung des Schiedskollegiums möglich. In den beiden letztgenannten Fällen erhält der Kläger den Betrag, der unangezweifelt geschuldet wird, in Erwartung der Entscheidung des Schiedskollegiums oder des Gerichts.

- Das Opfer kann Klage gegen die gemeinsame Entscheidung des Versicherers und des Fonds erheben. In diesem Fall urteilt das Gericht über das Bestehen des Schadens und gegebenenfalls über den Betrag der zu zahlenden Entschädigung.

Für die Fälle, in denen der Pflegeleistende nicht versichert ist, muss ein Gemeinsamer Garantiefonds geschaffen werden, ähnlich wie derjenige, der bereits im Automobilssektor besteht » (ebenda, S. 11).

B.2.2. Bezüglich der Zielsetzung des Gesetzgebers bemerkt der Staatsrat:

« Mit dem im Entwurf vorgesehenen System des Ausgleichs des Schadens infolge medizinischer Pflege bezwecken die Autoren des Entwurfs zweifellos, ein gemeinnütziges Ziel zu verwirklichen. In der Begründung werden nämlich als Anlässe zur Rechtfertigung des vorgeschlagenen Systems angeführt: das für alle betroffenen Parteien nicht zufriedenstellende herkömmliche System der Zivilhaftung auf medizinischer Ebene, unter anderem wegen der mit dem Beweis des Fehlers verbundenen Schwierigkeiten, der Schwerfälligkeit des Verfahrens, der ohne Entschädigung bleibenden 75 % der Opfer, des Gefühls der ungerechten und repressiven Behandlung auf Seiten der in der Gesundheitspflege beschäftigten beruflichen Kräfte, der Gefahr der Entstehung einer defensiven Medizin, der Zunahme von Gerichtsverfahren und der Erhöhung der Versicherungsprämien, der mit der Geheimhaltung verbundenen Probleme und der Notwendigkeit, die Höhe des Schadensersatzes im neuen System sowohl glaubwürdig als auch gerecht und gleichzeitig bezahlbar zu machen » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3012/001, S. 50).

B.2.3. Das erste Gesetz vom 15. Mai 2007 sieht ein doppeltes Entschädigungssystem vor:

a) Wenn der Pflegeleistende versichert ist, müssen die zuerkannten Entschädigungen durch das Versicherungsunternehmen und den Fonds für die Entschädigung bei Unfällen im Rahmen von Gesundheitspflegeleistungen (nachstehend: der Fonds) gezahlt werden (Artikel 26 § 1).

Zur Ausführung seiner Aufgaben wird der Fonds gemäß Artikel 31 finanziert durch:

« 1. eine jährliche Zulage zu Lasten des Staates;

2. eine jährliche Zulage zu Lasten des Haushaltes des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung;
3. das Ergebnis der Subrogationsklage im Sinne von Artikel 7;
4. die Finanzerträge der Summen, über die der Fonds verfügt » (Artikel 31 § 1 Absatz 1).

« § 2. Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 28 wird die Finanzierung der gemäß diesem Gesetz gewährten Entschädigungen neben dem gemäß den Bestimmungen von § 1 finanzierten Fonds gewährleistet durch die Prämien, die den Versicherungsunternehmen in Anwendung dieses Gesetzes durch die Pflegeleistenden gezahlt werden » (Artikel 31 § 2 Absatz 1).

b) Wenn der Pflegeleistende nicht versichert ist, zahlt der Gemeinsame Garantiefonds die vollständige Entschädigung aus (Artikel 26 § 4).

Die Versicherungsunternehmen, die die Pflichtversicherung in Ausführung dieses Gesetzes handhaben, sind gesamtschuldnerisch verpflichtet, die erforderlichen Einzahlungen in den Gemeinsamen Garantiefonds zu leisten, damit dieser seine Aufgaben erfüllen und seine Funktionskosten decken kann (Artikel 28 § 3 Absatz 1).

B.2.4. Das Inkrafttreten der beiden Gesetze vom 15. Mai 2007 am 1. Januar 2008 wurde durch die Gesetze vom 21. Dezember 2007 (*Belgisches Staatsblatt*, 31. Dezember 2007, vierte Ausgabe) verschoben bis zu « einem durch den König festzulegenden Datum, und spätestens am 1. Januar 2009 ».

In der Begründung des Gesetzesvorschlags, der zum ersten Gesetz vom 21. Dezember 2007 geführt hat, wurde diesbezüglich dargelegt:

« Das Gesetz vom 15. Mai 2007 sieht eine unbedingte Haftung und eine pauschale Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen vor. Dieses Gesetz wurde am 6. Juli 2007 im *Belgischen Staatsblatt* veröffentlicht. Sein Inkrafttreten ist zum 1. Januar 2008 vorgesehen.

Es ist nicht realistisch, dieses Gesetz innerhalb der vorgeschlagenen Frist in Kraft treten zu lassen. Damit es funktioniert, müssen alle vorgesehenen Strukturen (Fonds für die Entschädigung bei Unfällen im Rahmen von Gesundheitspflegeleistungen, Gemeinsamer Garantiefonds, Bewertungsbüro) operationell sein, was noch lange nicht der Fall ist. Ferner müssen noch verschiedene königliche Erlasse angenommen werden. Der durch die öffentliche Hand zu übernehmende Finanzierungsanteil (Volksgesundheit, LIKIV) ist noch nicht im Haushalt eingetragen.

Das Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 2008 wird zu einer zivilrechtlichen Immunität der Ärzte führen. Sie können dann nicht mehr zur Verantwortung gezogen werden und sind haftbar auf der Grundlage des Zivilgesetzbuches. Es besteht also die Gefahr, in eine Rechtslücke zu gelangen, für die der Bürger die Regierung verantwortlich machen könnte.

Außerdem müsste der bestehende Gesetzestext im Idealfall in einer Reihe von Punkten abgeändert werden, um jahrelange Verfahren zu vermeiden und Inkohärenz in der Anwendung, die sich aus einer schlechten Formulierung der verschiedenen Gesetzesartikel ergeben könnte, vorzubeugen. Zahlreiche Beobachter heben bereits hervor, dass der bestehende Gesetzestext 'verworren' sei.

Es ist daher ratsam, dass der König das Datum des Inkrafttretens festlegt, sobald die Strukturen bestehen und die Textverbesserungen vorgenommen wurden » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2007-2008, DOC 52-0407/001, S. 3).

Die Begründung zu dem Gesetzesvorschlag, der zum zweiten Gesetz vom 21. Dezember 2007 geführt hat, war ebenso formuliert (*Parl. Dok.*, Kammer, 2007-2008, DOC 52-0476/001, S. 3).

B.2.5. Durch Artikel 97 des Gesetzes vom 22. Dezember 2008 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen (I) (*Belgisches Staatsblatt*, 29. Dezember 2008), der am 31. Dezember 2008 in Kraft getreten ist (Artikel 98), wurde in Artikel 35 § 1 des ersten Gesetzes vom 15. Mai 2007 in der durch das erste Gesetz vom 21. Dezember 2007 abgeänderten Fassung die Wortfolge « , und spätestens am 1. Januar 2009 » gestrichen.

Durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2008 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen (II) (*Belgisches Staatsblatt*, 29. Dezember 2008), der am 31. Dezember 2008 in Kraft getreten ist (Artikel 3), wurde in Artikel 5 des zweiten Gesetzes vom 15. Mai 2007 in der durch das zweite Gesetz vom 21. Dezember 2007 abgeänderten Fassung die Wortfolge « , und spätestens am 1. Januar 2009 » gestrichen.

Zur Hauptsache

In Bezug auf das erste Gesetz vom 15. Mai 2007

Erster Klagegrund

B.3. Der erste Klagegrund, der gegen Artikel 26 § 2 des ersten Gesetzes vom 15. Mai 2007 gerichtet ist, ist abgeleitet aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung.

B.4.1. Aufgrund des angefochtenen Artikels 26 § 2 wird der Betrag der Entschädigungen « zwischen dem Fonds und dem betreffenden Versicherungsunternehmen aufgeteilt ».

Diese Bestimmung verstoße gegen den Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung, indem sie einen Behandlungsunterschied einführe zwischen einerseits dem Fonds für die Entschädigung bei Unfällen im Rahmen von Gesundheitspflegeleistungen und andererseits dem betroffenen Versicherungsunternehmen, da der Fonds - im Gegensatz zu dem betroffenen Versicherungsunternehmen - über unbegrenzte Finanzmittel verfügen könne.

B.4.2. Um den Erfordernissen nach Artikel 6 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 zu entsprechen, müssen die in der Klageschrift vorgebrachten Klagegründe angeben, welche Vorschriften, deren Einhaltung der Hof gewährleistet, verletzt wären und welche Bestimmungen gegen diese Vorschriften verstoßen würden, und darlegen, in welcher Hinsicht diese Vorschriften durch die fraglichen Bestimmungen verletzt würden.

Da die klagende Partei sich darauf beschränkt, einen Behandlungsunterschied zwischen dem Fonds und dem betroffenen Versicherungsunternehmen anzuprangern, ohne *in concreto* darzulegen, wie dadurch gegen den Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung verstoßen werden könnte, erfüllt der Klagegrund nicht diese Anforderung.

B.5.1. In ihrem Erwidierungsschriftsatz führt die klagende Partei einen diskriminierenden Behandlungsunterschied an zwischen einerseits der Kategorie der großen finanziellen Versicherungsgruppen und andererseits der Kategorie der auf medizinische Haftung

spezialisierten Versicherungsunternehmen, während beide Kategorien nicht über die gleichen Finanzmittel verfügten.

B.5.2. Eine klagende Partei darf nicht die Tragweite eines Klagegrunds, der in der Klageschrift angeführt wurde, in ihrem Erwidierungsschriftsatz ändern, indem sie in diesem Schriftsatz andere miteinander zu vergleichende Kategorien von Personen anführt als diejenigen, die in der Klageschrift angegeben waren.

B.6.1. Aufgrund des angefochtenen Artikels 26 § 2 wird der Betrag der Entschädigung aufgeteilt « nach den Regeln, die vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass nach einer Stellungnahme des Fonds festgelegt werden ».

Diese Bestimmung verstoße gegen den Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung, in Verbindung mit dem Grundsatz der Rechtssicherheit, da dem König hinsichtlich der Festlegung des Verteilerschlüssels eine allzu große Ermessensbefugnis gewährt werde.

B.6.2. Durch Artikel 26 § 2 ermächtigt der Gesetzgeber den König, den Verteilerschlüssel festzulegen, nach dem der Betrag der Entschädigungen zwischen dem Fonds und dem betroffenen Versicherungsunternehmen aufgeteilt wird. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine Angelegenheit, die durch die Verfassung dem Gesetz vorbehalten wäre, so dass die bemängelte Ermächtigung nicht verfassungswidrig ist.

Im Übrigen darf der Hof nur darüber befinden, ob ein Behandlungsunterschied in Bezug auf die Artikel 10 und 11 der Verfassung gerechtfertigt ist, wenn dieser Unterschied einer gesetzeskräftigen Norm zugeordnet werden kann. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass in dem Fall, wo ein Gesetzgeber eine Ermächtigung erteilt, davon auszugehen ist - sofern keine gegenteiligen Hinweise vorliegen -, dass er dem Ermächtigten nur die Befugnis erteilt, diese Ermächtigung in Übereinstimmung mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung anzuwenden. Es obliegt dem Verwaltungs- und dem ordentlichen Richter zu prüfen, in welchem Maße der Ermächtigte die ihm erteilte Ermächtigung gegebenenfalls überschritten hat.

B.7.1. Aufgrund des angefochtenen Artikels 26 § 2 ergeht der darin vorgesehene königliche Erlass « nach einer Stellungnahme des Fonds ».

Diese Bestimmung verstoße gegen den Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung, weil nur der Fonds - unter Ausschluss der Versicherungsunternehmen - beim Zustandekommen des betreffenden königlichen Erlasses zu Rate gezogen werde und die Versicherungsunternehmen in diesem Fonds nur drei Vertreter von insgesamt siebzehn Mitgliedern hätten.

B.7.2. Es obliegt dem Gesetzgeber zu beurteilen, wie er, falls er die Schaffung eines Fonds beschließt, die Zusammensetzung seines Verwaltungsausschusses bestimmt, so wie er es in Artikel 13 § 2 getan hat.

Diese Bestimmung wird durch die klagende Partei jedoch nicht angefochten, so dass der Klagegrund unzulässig ist, insofern damit die Zusammensetzung des Fonds bemängelt wird.

Außerdem gehört zu den Rechten und Freiheiten, die den Belgiern zuerkannt werden und die folglich aufgrund der Artikel 10 und 11 der Verfassung ohne Diskriminierung gewährleistet werden müssen, nicht ein Recht, an der Erteilung unverbindlicher Stellungnahmen an die Behörden beteiligt zu werden.

B.8. Der erste Klagegrund ist unbegründet.

Zweiter Klagegrund

B.9. Der zweite Klagegrund, der gegen Artikel 26 § 4, Artikel 28 § 3 und Artikel 29 § 3 Absatz 1 des ersten Gesetzes vom 15. Mai 2007 gerichtet ist, ist abgeleitet aus einem Verstoß gegen die Artikel 10, 11, 16 und 170 der Verfassung. Er umfasst drei Teile.

B.10. Insofern der Klagegrund gegen Artikel 29 § 3 Absatz 1 gerichtet ist, ist er unzulässig, da die klagende Partei nicht darlegt, inwiefern diese Bestimmung, wonach der Gemeinsame Garantiefonds das Sekretariat und die tägliche Geschäftsführung des Bewertungsbüros übernimmt, gegen die im Klagegrund angeführten Bestimmungen verstoßen würde.

Erster Teil

B.11. Artikel 26 § 4 und Artikel 28 § 3 Absatz 1 verstießen gegen den Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung, indem aufgrund dieser Bestimmungen, wenn der Pflegeleistende keine Versicherung abgeschlossen habe, die vollständige Entschädigung durch den Gemeinsamen Garantiefonds gezahlt werde, ohne Beteiligung des Fonds für die Entschädigung bei Unfällen im Rahmen von Gesundheitspflegeleistungen. Die Finanzierung des Gemeinsamen Garantiefonds werde jedoch vollständig den Versicherungsunternehmen auferlegt.

B.12.1. Während der Vorarbeiten wurde bezüglich des Gemeinsamen Garantiefonds bemerkt:

«Dieser Artikel [28] sieht die Schaffung eines Gemeinsamen Garantiefonds vor, ähnlich demjenigen, der für Autoversicherungen besteht.

Dieser Fonds sorgt somit für die Behandlung von Akten von Pflegeleistenden, die in Übertretung der Bestimmungen dieses Gesetzes nicht versichert sind, so wie ein Versicherungsunternehmen es tun würde, wenn der Pflegeleistende versichert wäre.

Er übernimmt auch die vollständige Zahlung der Entschädigungen, die den Antragstellern geschuldet werden.

Er wird ebenso wie der Allgemeine Automobilgarantiefonds durch Beiträge der Versicherungsunternehmen gespeist, die gemäß diesem Gesetz die Pflichtversicherung handhaben.

§ 4 von Artikel [30] erlaubt es diesem Gemeinsamen Garantiefonds, die durch den Pflegeleistenden nicht gezahlten Prämien rückwirkend zurückzufordern sowie ihm eine administrative Geldbuße aufzuerlegen » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3012/001, SS. 21-22).

B.12.2. Mit der Schaffung eines Gemeinsamen Garantiefonds bezweckt der Gesetzgeber, eine Regelung einzuführen, durch die Opfer eines Schadens infolge von Gesundheitspflegeleistungen, die durch einen nicht versicherten Pflegeleistende erbracht worden sind, entschädigt werden.

Diese Regelung entspricht den in B.2.2 in Erinnerung gerufenen Zielen des Gesetzgebers.

B.12.3. Der Unterschied in der Finanzierung einerseits des Fonds und andererseits des Gemeinsamen Garantiefonds beruht auf einem objektiven Kriterium, nämlich dem Aufkommen für den Ausgleich des durch einen gegebenenfalls nicht versicherten Pflegeleistenden verursachten Schadens.

B.12.4. Wenn ein versicherter Pflegeleistender einen Schaden verursacht hat, wird das betroffene Versicherungsunternehmen in seiner Verpflichtung zur Zahlung einer Entschädigung durch den Fonds unterstützt. Dieses Versicherungsunternehmen hat die Versicherungsprämien des von ihm versicherten Pflegeleistenden eingenommen.

Wenn ein nicht versicherter Pflegeleistender einen Schaden verursacht hat, wird das betroffene Versicherungsunternehmen in seiner Verpflichtung zur Zahlung einer Entschädigung durch den im angefochtenen Artikel 28 § 3 Absatz 1 vorgesehenen Solidaritätsmechanismus unterstützt durch die anderen Versicherungsunternehmen, die die Pflichtversicherung handhaben.

Außerdem sieht Artikel 30 § 4 die Möglichkeit vor, dass der Gemeinsame Garantiefonds rückwirkend die geschuldeten und nicht gezahlten Prämien eines jeden nicht versicherten Pflegeleistenden und einer jeden nicht versicherten Pflegeeinrichtung verrechnet und eine administrative Geldbuße auferlegt.

Daraus ergibt sich, dass die angefochtenen Bestimmungen vernünftig gerechtfertigt sind.

B.13. Der erste Teil des zweiten Klagegrunds ist unbegründet.

Zweiter Teil

B.14. Artikel 28 § 3 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 28 § 1 verstoße gegen Artikel 16 der Verfassung, indem die Verpflichtung auf Seiten der betroffenen Versicherungsunternehmen, gesamtschuldnerisch für die Finanzierung des Gemeinsamen Garantiefonds aufzukommen, eine Enteignung ohne gerechte und vorherige Entschädigung darstelle.

B.15. In der Annahme, dass die angefochtene Bestimmung eine Einmischung in das Recht auf Eigentum, das durch Artikel 16 der Verfassung und Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention garantiert wird, beinhalten würde, muss der Gesetzgeber ein faires Gleichgewicht zwischen den Erfordernissen des Gemeinwohls und dem Schutz des Rechtes eines jeden auf Achtung seines Eigentums schaffen. Es muss ein vernünftiger Zusammenhang der Verhältnismäßigkeit zwischen den angewandten Mitteln und dem angestrebten Ziel bestehen.

Die angefochtene Maßnahme entspricht der in B.2.2 in Erinnerung gerufenen Absicht des Gesetzgebers, ein gemeinnütziges Ziel zu verwirklichen, nämlich die Einführung eines Systems zur Wiedergutmachung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen.

Die angefochtene Maßnahme verletzt nicht übermäßig das Eigentumsrecht der klagenden Partei, da die betroffenen Versicherungsunternehmen über Finanzmittel verfügen durch die Versicherungsprämien, die durch die Pflegeleistenden eingezahlt werden.

B.16. Der zweite Teil des zweiten Klagegrunds ist unbegründet.

Dritter Teil

B.17. Artikel 28 § 3 Absatz 2 verstoße gegen das in Artikel 170 der Verfassung verankerte Legalitätsprinzip, indem die in der angefochtenen Maßnahme vorgesehene Beitragspflicht eine Steuer sei, deren wesentliche Elemente durch den Gesetzgeber - und nicht durch den König - festgelegt werden müssten.

B.18. Wie die Gesetzgebungsabteilung des Staatsrates bemerkt hat, sind Pflichtbeiträge der Versicherungsunternehmen zur Finanzierung des Gemeinsamen Garantiefonds Steuern im Sinne von Artikel 170 der Verfassung (*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3012/001, S. 61).

B.19. Aus den Artikeln 170 § 1 und 172 Absatz 2 der Verfassung kann abgeleitet werden, dass keinerlei Steuer erhoben werden kann und dass keinerlei Steuerbefreiung gewährt werden kann ohne die Zustimmung der Steuerpflichtigen, die durch ihre Vertreter ausgedrückt wird.

Daraus ergibt sich, dass die Steuerangelegenheit eine Zuständigkeit darstellt, die durch die Verfassung dem Gesetz vorbehalten wird, und dass jede Ermächtigung, die sich auf die Festlegung eines der wesentlichen Elemente der Steuer bezieht, grundsätzlich verfassungswidrig ist.

B.20. Der angefochtene Artikel 28 § 3 Absatz 2 ermächtigt den König, jährlich die Regeln zur Berechnung der Beiträge, die durch die Versicherungsunternehmen eingezahlt werden müssen, festzulegen. Diese Bestimmung läuft darauf hinaus, dass der König ermächtigt wird, ein wesentliches Element der Steuer, nämlich den Steuersatz, festzulegen. Außerdem sieht das Gesetz keine Bestätigung innerhalb einer relativ kurzen Frist vor.

Folglich verstößt die durch die angefochtene Bestimmung eingeführte Steuer gegen Artikel 170 § 1 der Verfassung.

B.21. Der dritte Teil des zweiten Klagegrunds ist begründet.

In Bezug auf das zweite Gesetz vom 15. Mai 2007

B.22. Das zweite Gesetz vom 15. Mai 2007 verstoße laut dem einzigen Klagegrund gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit deren Artikel 144, indem aufgrund der darin vorgesehenen Sonderregelung über die Beilegung von Streitsachen eine bestimmte Kategorie von Bürgern, nämlich die Opfer eines Schadens infolge von Gesundheitspflegeleistungen und die Versicherer der Pflegeleistenden, vom Recht ausgeschlossen werde, Streitfälle über bürgerliche Rechte der ausschließlichen Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte zu unterbreiten, und dies ab der ersten Instanz.

B.23. Das zweite Gesetz vom 15. Mai 2007 bestimmt:

« KAPITEL I. - Allgemeine Bestimmung

Artikel 1. Dieses Gesetz regelt eine Angelegenheit im Sinne von Artikel 77 der Verfassung.

KAPITEL II. - Schiedsverfahren

Art. 2. § 1. Kommt keine Einigung zwischen dem Fonds im Sinne von Artikel 12 des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen und dem Versicherungsunternehmen zustande, so bestimmen der Fonds und das Versicherungsunternehmen jeweils einen Schiedsrichter, die in gemeinsamem Einvernehmen einen dritten benennen. Sie bilden gemeinsam ein Kollegium.

§ 2. Dieses Kollegium hat die Aufgabe, die Standpunkte des Fonds und des Versicherungsunternehmens auszusöhnen sowie gegebenenfalls eine Entscheidung zu treffen, die als die gemeinsame Entscheidung des Fonds und des Versicherungsunternehmens angesehen wird.

Hierzu verfügt es über eine Frist von 80 Tagen nach Ablauf der in Artikel 25 des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen vorgesehenen Frist, unter Berücksichtigung der Zeiträume der Aussetzung. Es kann eine Gegenexpertise durchführen lassen, deren Kosten je zur Hälfte durch das betroffene Versicherungsunternehmen und durch den Fonds gedeckt werden.

Das Kollegium hört den Antragsteller oder seinen Vertreter an, bevor es entscheidet.

Das Kollegium teilt seine Entscheidung innerhalb einer Frist von 80 Tagen dem Fonds und dem Versicherungsunternehmen durch einen bei der Post aufgegebenen Einschreibebrief mit.

§ 3. Die Entscheidung des Kollegiums gilt als der gemeinsame Wille des Fonds und des Versicherungsunternehmens, die sich danach richten.

Das Versicherungsunternehmen teilt dem Antragsteller die Entscheidung innerhalb der in Artikel 25 des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen festgelegten Frist mit.

KAPITEL III.

Art. 3. § 1. Das Arbeitsgericht ist befugt, über Klagen von Antragstellern gegen die Entscheidungen im Sinne von Artikel 25 § 1 des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen und gegen die Entscheidungen des Gemeinsamen Garantiefonds im Sinne von Artikel 28 desselben Gesetzes zu urteilen.

Zur Vermeidung des Verfalls wird die Klage durch eine Klageschrift eingeleitet, die innerhalb von neunzig Tagen nach dem Datum des Empfangs dieser Entscheidung bei der Kanzlei des Arbeitsgerichts des Wohnortes des Antragstellers eingereicht wird.

Die gleiche Klage kann durch Antragsteller eingeleitet werden, deren Klage nicht zu einer Entscheidung innerhalb der in Artikel 25 vorgesehenen Frist geführt hat.

Das Gericht urteilt in erster Instanz über die Entscheidungen des Fonds und des Versicherungsunternehmens. Es verfügt über volle Rechtsprechungsbefugnis und wendet die Kriterien und Bedingungen an, die im Gesetz vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen vorgesehen sind.

§ 2. Das Versicherungsunternehmen oder der Fonds, von dem die Entscheidung des Schiedskollegiums im Sinne von Artikel 2 angefochten wird, reicht zur Vermeidung des Verfalls eine Klage gegen diese Entscheidung innerhalb eines Monats nach ihrer Notifizierung ein.

In Erwartung des Urteils des Arbeitsgerichts bleibt die vorläufige Entscheidung im Sinne von Artikel 24 § 4 des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen gültig und wird der Kläger über die Klage informiert.

Der etwaige Saldo, der dem Kläger in Anwendung des Gerichtsurteils zu zahlen ist, wird ihm zusammen mit den Zinsen zum gesetzlichen Satz gezahlt, ausschließlich der Kosten der Partei, die Klage gegen die Entscheidung des Schiedskollegiums erhoben hat.

Art. 4. Es kann Klage gegen die Entscheidungen im Sinne von Artikel 30 § 4 Absatz 2 des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen erhoben werden; bei dem Arbeitsgericht des Bezirks, in dem der Gemeinsame Garantiefonds seinen Sitz hat, kann Berufung eingelegt werden gegen die Entscheidungen im Sinne von Artikel 30 § 4 Absatz 3 desselben Gesetzes, auf die Weise und innerhalb der Fristen, die der König festlegt.

KAPITEL IV. - Inkrafttreten

Art. 5. Dieses Gesetz tritt an einem durch den König festzulegenden Datum, und spätestens am 1. Januar 2009 in Kraft ».

B.24.1. Aus dem ursprünglichen Entwurf ging nach Auffassung des Staatsrates nicht hervor, ob gegen die Entscheidung des Schiedsrichters bzw. der Schiedsrichter eine Nichtigkeitsklage eingereicht werden kann:

« Im Entwurf wird nicht verdeutlicht, ob die Bestimmungen der Artikel 1676 ff. des Gerichtsgesetzbuches anwendbar sind. Es stellt sich insbesondere die Frage, ob gegen die in Artikel 25 § 3 des Entwurfs vorgesehene Entscheidung des Schiedsrichters (oder der Schiedsrichter - siehe Anmerkung 80) eine Nichtigkeitsklage eingereicht werden kann. Selbst wenn dies möglich wäre, würde die verbindliche Beschaffenheit des Rückgriffs auf das Schiedsverfahren auf einen Ausschluss der Klage bei dem ordentlichen Richter hinauslaufen und somit im Widerspruch sowohl zu den Artikeln 144 und 146 zweiter Satz der Verfassung als auch zu Artikel 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention stehen.

Die verbindliche Beschaffenheit des Rückgriffs auf das Schiedsverfahren wäre an sich nicht als problematisch anzusehen, wenn eine Gerichtsklage zur Sache selbst gegen die Entscheidung möglich wäre. Es ist jedoch notwendig, dass das Recht auf gerichtliches Gehör nicht durch das verpflichtende vorherige Schiedsverfahren derart behindert wird, dass es nicht mehr wirksam ausgeübt werden kann » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3012/001, S. 64).

B.24.2. Aus dem vorerwähnten Artikel 3 des zweiten Gesetzes vom 15. Mai 2007 geht hervor, dass der Gesetzgeber eine Klage beim Arbeitsgericht gegen die Entscheidungen unter anderem des Schiedskollegiums vorgesehen hat.

In den Vorarbeiten heißt es hierzu:

« - Der Fonds urteilt über die Akte, und im Falle der Uneinigkeit mit dem Versicherer sind zwischen diesen beiden Einrichtungen sowohl ein Schiedsverfahren als eine Klage gegen die Entscheidung des Schiedskollegiums möglich. In den beiden letztgenannten Fällen erhält der Kläger den Betrag, der unangezweifelt geschuldet wird, in Erwartung der Entscheidung des Schiedskollegiums oder des Gerichts.

- Das Opfer kann Klage gegen die gemeinsame Entscheidung des Versicherers und des Fonds erheben. In diesem Fall urteilt das Gericht über das Bestehen des Schadens und gegebenenfalls über den Betrag der zu zahlenden Entschädigung » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3012/001, S. 11).

B.25.1. Indem Artikel 144 der Verfassung für Streitfälle über bürgerliche Rechte ausschließlich die Gerichte für zuständig erklärt, verleiht er einem jeden eine Garantie, die nicht einigen entzogen werden kann. Sollte es sich zeigen, dass einer Kategorie von Personen das Recht zur Anhängigmachung eines Streitfalls über ein bürgerliches Recht bei den Gerichten entzogen wird, dann könnte dieser Behandlungsunterschied nicht gerechtfertigt werden, da er gegen den vorerwähnten Artikel 144 verstieße. Er verstieße dann auch gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung.

B.25.2. Artikel 144 der Verfassung verbietet es jedoch nicht, dass Streitsachen zunächst einem Schiedskollegium unterbreitet werden müssen, bevor die Gerichtshöfe und Gerichte damit befasst werden, jedoch unter der Bedingung, dass das Recht auf gerichtliches Gehör noch wirksam ausgeübt werden kann.

Das angefochtene Gesetz sieht ausdrücklich die Möglichkeit vor, Klage gegen die Entscheidungen dieses Kollegiums bei dem Arbeitsgericht, das « über volle Rechtsprechungsbefugnis » verfügt, einzureichen (Artikel 3 § 1 Absatz 4 zweiter Satz).

B.26. Der Klagegrund ist unbegründet.

Aus diesen Gründen:

Der Hof

- erklärt Artikel 28 § 3 Absatz 2 des Gesetzes vom 15. Mai 2007 über die Vergütung von Schäden infolge von Gesundheitspflegeleistungen für nichtig;
- weist die Klage im Übrigen zurück.

Verkündet in niederländischer, französischer und deutscher Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989, in der öffentlichen Sitzung vom 15. Januar 2009.

Der Kanzler,

Der Vorsitzende,

P.-Y. Dutilleux

M. Bossuyt