

Geschäftsverzeichnissnr. 4742
Urteil Nr. 60/2010 vom 27. Mai 2010

URTEIL

In Sachen: Klage auf Nichtigkeitklärung von Artikel 50 (Referenzbeträge) des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheitspflege, erhoben von dem « Groupement des Unions professionnelles belges de Médecins spécialistes » und anderen.

Der Verfassungsgerichtshof,

zusammengesetzt aus den Vorsitzenden M. Melchior und M. Bossuyt, den Richtern R. Henneuse, E. De Groot, L. Lavrysen und E. Derycke, und dem emeritierten Vorsitzenden P. Martens gemäß Artikel 60*bis* des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof, unter Assistenz des Kanzlers P.-Y. Dutilleux, unter dem Vorsitz des emeritierten Vorsitzenden P. Martens,

verkündet nach Beratung folgendes Urteil:

*

* *

I. Gegenstand der Klage und Verfahren

Mit einer Klageschrift, die dem Hof mit am 29. Juni 2009 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 1. Juli 2009 in der Kanzlei eingegangen ist, erhoben Klage auf Nichtigerklärung von Artikel 50 (« Referenzbeträge ») des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheitspflege (veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 31. Dezember 2008, dritte Ausgabe): das « Groupement des Unions professionnelles belges de Médecins spécialistes », mit Sitz in 1050 Brüssel, avenue de la Couronne 20, die VoG « Association Belge des Syndicats Médicaux », mit Sitz in 1050 Brüssel, chaussée de Boondael 6, die VoG « Chambre Syndicale des Médecins de l'Agglomération bruxelloise », mit Sitz in 1050 Brüssel, chaussée de Boondael 6, Constantinus Politis, der in 1180 Brüssel, avenue Hippolyte Boulanger 19, Domizil erwählt, Salim Jarjoura, wohnhaft in 7000 Mons, rue Joseph Hubert 32, und Jacques de Toeuf, der in 1180 Brüssel, avenue Winston Churchill 253, Domizil erwählt.

Schriftsätze würden eingereicht von

- der VoG « Clinique Saint-Pierre », mit Sitz in 1340 Ottignies, avenue Reine Fabiola 9,
- dem Ministerrat.

Die klagenden Parteien haben einen Erwidierungsschriftsatz eingereicht, und die VoG « Clinique Saint-Pierre » und der Ministerrat haben auch Gegenerwidierungsschriftsätze eingereicht.

Auf der öffentlichen Sitzung vom 24. März 2010

- erschienen
- . RA E. Thiry und RA B. Cambier, in Brüssel zugelassen, für die klagenden Parteien,
- . RA E. Gourdin *loco* RA X. Leurquin et RÄin M. Vastmans, in Brüssel zugelassen, für die VoG « Clinique Saint-Pierre »,
- . RA P. Slegers, ebenfalls *loco* RA L. Depré, und RA B. Fonteyn, in Brüssel zugelassen, für den Ministerrat,
- haben die referierenden Richter R. Henneuse und E. Derycke Bericht erstattet,
- wurden die vorgenannten Rechtsanwälte angehört,
- wurde die Rechtssache zur Beratung gestellt.

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

II. In rechtlicher Beziehung

(...)

In Bezug auf die angefochtene Bestimmung

B.1.1. Artikel 11 des Gesetzes vom 22. August 2002 zur Festlegung von Maßnahmen in Bezug auf die Gesundheitspflege hat in das Gesetz vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung (nachstehend: Gesetz vom 14. Juli 1994) einen Artikel 56ter eingefügt, der ein System von « Referenzbeträgen » für gewisse geläufig vorkommende Krankenhausleistungen einführt, « um die Praxisunterschiede in den Standardverfahren, die in den Krankenhäusern angewandt werden, aufzuheben » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2001-2002, DOC 50-1905/001, S. 8).

Die Referenzbeträge werden pro Aufnahme für die Beteiligung der Versicherung, die in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten bewilligt wird, angewandt und nach relativ häufig vorkommenden Gruppen von Erkrankungen mit geringer Schwere (APR-DRG) festgelegt (Artikel 56ter §§ 1, 2 und 9), wobei drei Arten von Leistungen berücksichtigt werden (Artikel 56ter § 8); diese jährlich berechneten Referenzbeträge (Artikel 56ter § 4) entsprechen dem Durchschnitt der jährlichen Ausgaben für jede dieser « Standarderkrankungen », erhöht um 10 Prozent (Artikel 56ter § 3).

B.1.2. In den Vorarbeiten zu dem vorerwähnten Gesetz vom 22. August 2002 wird die Tragweite des Systems der Referenzbeträge in der 2002 eingeführten Form wie folgt dargelegt:

« Jede Abweichung von mehr als 10 % vom Referenzbetrag führt zu Rückforderungen auf die betreffenden ärztlichen Honorare. Neben den Rückforderungen führen Unterschiede zu den Referenzbeträgen in mehr als 50 % der im Krankenhaus behandelten Erkrankungsgruppen ebenfalls zur Veröffentlichung von Daten im Internet. Diese Transparenz soll bedeutsame Unterschiede in der medizinischen Praxis, die nicht durch den medizinischen Kontext begründet sind, verringern » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2001-2002, DOC 50-1905/001, S. 17).

Bezüglich dieser Rückforderung hat der Minister präzisiert:

« Konkret wird diese Rückforderung durch Abzug der betreffenden Summe von den Beträgen bei der nächstfolgenden Erstattung von Rechnungen durch die öffentliche Hand erfolgen. Die genauen Modalitäten dieses Mechanismus werden durch königlichen Erlass festgelegt » (*Parl. Dok.*, Senat, 2001-2002, Nr. 2-1245/3, S. 21).

Es wurde ferner präzisiert:

« Die Modalitäten der Verrechnung der Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben und den Referenzausgaben in Bezug auf die einzelnen Ärzte müssen in der Krankenhausordnung geregelt werden » (*Parl. Dok.*, Senat, 2001-2002, Nr. 2-1245/3, S. 6).

Der Minister hatte hervorgehoben, dass « die vorbeugende Beschaffenheit des Systems wesentlich ist » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2001-2002, DOC 50-1905/004, S. 41).

So konnte, wenn die tatsächlichen Ausgaben die Referenzbeträge um mindestens 10 Prozent überstiegen, die Differenz auf spätere Rechnungen angerechnet werden, und zwar nach den vom König festzulegenden Modalitäten (Artikel 56ter §§ 5 und 6); außerdem konnten, wenn diese Überschreitung mehr als die Hälfte der APR-DRG in einem Krankenhaus betraf, diese Daten auf der Internetseite des LIKIV veröffentlicht werden (Artikel 56ter § 7).

B.1.3. Aufgrund von Artikel 60 des vorerwähnten Gesetzes vom 22. August 2002 ist das System der Referenzbeträge seit dem 1. Oktober 2002 in Kraft, wobei die Referenzbeträge zum ersten Mal für das Jahr 2003 berechnet werden mussten auf der Grundlage der Daten in Bezug auf die Aufnahmen, die nach dem 1. Oktober 2002 und vor dem 31. Dezember 2003 endeten (Artikel 56ter § 4 Absatz 2).

B.2.1. Nach einer geringen Korrektur des Systems durch das Programmgesetz vom 24. Dezember 2002 wurde das System der Rückforderung ab dem Jahr 2005 zur Anwendung gebracht auf die Fälle, in denen die tatsächlichen Ausgaben pro Aufnahme höher waren als die Referenzbeträge, ohne jedoch zu verlangen, dass diese Überschreitung mindestens 10 Prozent der Referenzbeträge darstellte.

In den Vorarbeiten zu dieser Abänderung von Artikel 56ter hat der Minister festgestellt, dass kein Krankenhaus wegen einer Überschreitung der 2002 eingeführten Referenzbeträge bestraft worden war, und zwar wegen der « Komplexität des Systems » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2004-2005, DOC 51-1627/005, S. 59) und dass die ins Auge gefasste Änderung « bezweckte, die Toleranz tatsächlich auf 10 % zu begrenzen » (ebenda).

B.2.2. Das in Artikel 56ter vorgesehene System der Referenzbeträge wurde anschließend durch das Gesetz vom 27. Dezember 2005 gründlich abgeändert, indem insbesondere eine Berechnungsweise des zurückzufordernden Betrags in zwei Phasen vorgesehen wurde (eine Auswahl der betroffenen Krankenhäuser und anschließend eine Berechnung des durch diese Krankenhäuser tatsächlich zurückzuzahlenden Betrags), wobei der König jedoch die Fristen und Modalitäten für die Berechnung der betreffenden Beträge sowie die Weise, auf die sie vom Krankenhaus an die Gesundheitspflegeversicherung erstattet werden, festlegen sollte (Artikel 56ter § 5 Absatz 3).

Aufgrund von Artikel 106 des vorerwähnten Gesetzes vom 27. Dezember 2005 fanden diese verschiedenen Abänderungen Anwendung auf die Berechnungen der Referenzbeträge für das Jahr 2003.

Während der Vorarbeiten zu diesem Gesetz wurde festgestellt, dass « die Referenzbeträge noch nicht angewandt worden sind und zum erste Mal 2006 auf der Grundlage der Aufnahmen, die vor dem 1. Januar 2004 enden, angewandt werden » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2005-2006, DOC 51-2098/028, S. 17).

B.2.3. In Ermangelung von Ausführungserlassen ist das 2002 eingeführte System der Referenzbeträge jedoch nie konkret angewandt worden (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1491/006, S. 9), bevor der neue Artikel 56ter durch die angefochtene Bestimmung eingefügt wurde.

B.3.1. Die Nichtigkeitsklage ist gegen Artikel 50 des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheitspflege (nachstehend: Gesetz vom 19. Dezember 2008) gerichtet, der Artikel 56ter, in das Gesetz vom 14. Juli 1994 eingefügt

durch das Gesetz vom 22. August 2002 und abgeändert durch die Gesetze vom 24. Dezember 2002, 27. April 2005 und 27. Dezember 2005, durch folgenden Wortlaut ersetzt:

« § 1. In Abweichung von den Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes und seiner Ausführungserlasse werden jährlich Referenzbeträge pro Aufnahme angewandt für die Beteiligung der Versicherung, die in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten bewilligt wird, was die in § 8 erwähnten Leistungsgruppen betrifft, insofern diese in den in § 9 erwähnten APR-DRG-Gruppen erwähnt sind. Unter APR-DRG-Gruppen ist die Einstufung von Patienten in Diagnosegruppen zu verstehen, so wie im Handbuch 'All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manual, version 15.0' beschrieben. Der König kann die Anwendung der Referenzbeträge auf Leistungen ausdehnen, die während eines Krankenhausaufenthalts, der zur Zahlung einer Tagespauschale führt, so wie in dem in Anwendung von Artikel 46 geltenden Abkommen erwähnt, oder während gleich welchen Aufenthalts, der zur Zahlung eines Pflorgetagespreises führt, erbracht werden.

§ 2. Diese Referenzbeträge werden für die in § 1 erwähnten APR-DRG-Gruppen für die Klassen 1 und 2 der klinischen Schwere, für die in § 8 erwähnten Leistungsgruppen und nach Streichung der 'outliers' vom Typ 2 berechnet, die in den Erlassen in Ausführung von Artikel 87 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser erwähnt sind.

§ 3. Die betreffenden Referenzbeträge entsprechen dem Durchschnitt der jährlichen Ausgaben pro Aufnahme, erhöht um 10 Prozent, und beruhen auf den Daten, die in Artikel 206 § 2 des vorliegenden Gesetzes und in Artikel 156 § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 29. April 1996 zur Festlegung sozialer Bestimmungen erwähnt sind.

§ 4. Die betreffenden Referenzbeträge werden jährlich von dem technischen Büro, das in Artikel 155 des Gesetzes vom 29. April 1996 zur Festlegung sozialer Bestimmungen erwähnt ist, auf der Grundlage der in § 3 erwähnten Daten in Bezug auf die in § 1 erwähnten Leistungen berechnet. Die Referenzbeträge werden im Mai jedes Jahres der in Artikel 153 des Gesetzes vom 29. April 1996 zur Festlegung sozialer Bestimmungen erwähnten Mehrparteienstruktur im Bereich Krankenhauspolitik übermittelt.

Die jährlichen Referenzbeträge pro Aufnahme werden zum ersten Mal für das Jahr 2006 festgelegt. Sie werden jährlich auf der Grundlage der in Absatz 1 erwähnten Daten mit Bezug auf die Aufnahmen, die nach dem 31. Dezember des vorhergehenden Jahres und vor dem 1. Januar des folgenden Jahres enden, berechnet.

§ 5. 1. Die Auswahl der Krankenhäuser, die für die tatsächliche Rückforderung der zu erstattenden Beträge in Frage kommen, und die Berechnung der Beträge, die die ausgewählten Krankenhäuser dem Institut effektiv erstatten müssen zu Lasten der Honorare, die der Versicherung angerechnet wurden, werden durch folgenden Berechnungsmodus, der in zwei Teile aufgeteilt ist, bestimmt:

a) Auswahl der Krankenhäuser, die für die tatsächliche Rückforderung der zu erstattenden Beträge in Frage kommen:

- Berechnung pro Krankenhaus der Differenzen zwischen einerseits den tatsächlichen Ausgaben für die in § 1 erwähnten Aufnahmen unter Berücksichtigung der in § 2 erwähnten

Einschränkungen und andererseits den Referenzausgaben, die gemäß den in den Paragraphen 2, 3 und 4 erwähnten Modalitäten berechnet werden,

- Zusammenrechnung pro Krankenhaus der positiven und negativen Ergebnisse dieser Berechnungen; nur Krankenhäuser, für die das Ergebnis dieser Zusammenrechnung positiv ist, werden für die Erstattung berücksichtigt.

b) Berechnung der effektiv zu erstattenden Beträge für die in Buchstabe a) ausgewählten Krankenhäuser:

- Berechnung pro Krankenhaus der Differenzen zwischen einerseits den tatsächlichen Ausgaben für die in § 1 erwähnten Aufnahmen unter Berücksichtigung der in § 2 erwähnten Einschränkungen und andererseits der entsprechenden nationalen Medianausgabe pro APR-DRG, pro klinischen Schweregrad 1 beziehungsweise 2 und pro Leistungsgruppe,

- alle positiven Differenzbeträge der vorerwähnten Berechnungen pro Krankenhaus bilden die effektiv zu erstattenden Beträge für die in Buchstabe a) ausgewählten Krankenhäuser, insofern die Summe dieser positiven Differenzbeträge 1.000 EUR übersteigt.

2. Die vom Krankenhaus zu erstattenden Beträge werden zwischen dem Krankenhausverwalter und den Krankenhausärzten aufgeteilt gemäß der Regelung, die in Artikel 135 Nr. 1 Absatz 2 oder in Artikel 136 Absatz 1 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser erwähnt ist.

§ 6. Das Institut wendet den in § 5 Nr. 1 beschriebenen Berechnungsmodus auf der Grundlage der vom technischen Büro bereitgestellten Daten an und teilt jedem Krankenhaus das individuelle Ergebnis mit. Die Mitteilung der Ergebnisse einschließlich der zu erstattenden Beträge erfolgt im September jeden Jahres.

Sind Beträge zu erstatten, überweist das betreffende Krankenhaus sie dem Institut spätestens zum 15. Dezember des Jahres der Mitteilung. Bei Beanstandungen überweist das betreffende Krankenhaus dem Institut die zu erstattenden Beträge binnen dreißig Tagen nach der Mitteilung des Beschlusses des Versicherungsausschusses, wenn diese Frist über den vorerwähnten 15. Dezember hinausgeht. Jede Zahlung der zu erstattenden Beträge muss in einer einmaligen Pauschalzahlung erfolgen.

Der Versicherungsausschuss ist mit der Regelung der Streitsachen in Bezug auf die Berechnung der zu erstattenden Beträge beauftragt. Ab dem Datum der Mitteilung der Ergebnisse verfügen die Krankenhäuser zur Vermeidung der Unzulässigkeit über dreißig Kalendertage, um die Angaben für die Berechnung der zu erstattenden Beträge beim Versicherungsausschuss zu beanstanden.

Die Beanstandungen können folgende Angaben betreffen:

- die Zusammensetzung des verwendeten Case Mix,
- die tatsächlichen Ausgaben mit Bezug auf den Case Mix,
- eventuelle materielle Fehler bei den vorgenommenen Berechnungen.

Beanstandungen, die durch Beweise begründet und gerechtfertigt sind, müssen per Einschreibebrief eingereicht werden.

Der Versicherungsausschuss fasst binnen neunzig Tagen nach Empfang der Beanstandung einen Beschluss und teilt diesen dem Krankenhaus per Einschreibebrief mit.

§ 7. Die von den Krankenhäusern erstatteten Beträge werden gemäß den Bestimmungen von Artikel 191 des vorliegenden Gesetzes als Einkünfte der Gesundheitspflegeversicherung angesehen.

§ 8. Folgende Leistungsgruppen werden berücksichtigt:

1. in Artikel 3 § 1 A II und C I, Artikel 18 § 2 B Buchstabe *e*) und Artikel 24 § 1 der Anlage zum Königlichen Erlass vom 14. September 1984 zur Festlegung des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung aufgeführte Leistungen, Pauschalerstattungen ausgenommen,

2. in Artikel 17 § 1 Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, *17bis*, *17ter* und *17quater* der Anlage zum vorerwähnten Königlichen Erlass vom 14. September 1984 aufgeführte Leistungen, Pauschalerstattungen ausgenommen,

3. in Artikel 3 der Anlage zum vorerwähnten Königlichen Erlass vom 14. September 1984 aufgeführte Leistungen, Leistungen der klinischen Biologie ausgenommen, und in Artikel 7, Artikel 11, Artikel 20 und Artikel 22 der Anlage zum vorerwähnten Königlichen Erlass vom 14. September 1984 aufgeführte Leistungen.

§ 9. Die Diagnosegruppen werden auf der Grundlage der ‘ All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ’ festgelegt:

1. APR-DRG 73 - Eingriff an der Augenlinse mit oder ohne Vitrektomie; APR-DRG 97 - Adenotomie und Tonsillektomie; APR-DRG 179 - Venenligatur und -stripping; APR-DRG 225 - Appendektomie; APR-DRG 228 - Operative Beseitigung einer Hernia inguinalis und cruralis; APR-DRG 263 - Laparoskopische Cholezystektomie; APR-DRG 302 - Schwere Eingriffe an Gelenken und Wiederanbringen der unteren Extremitäten ohne Trauma, bei Verzeichniskode 289085 - Hüftarthroplastik mit Totalprothese (Acetabulum und Hüftkopf); APR-DRG 302 - Schwere Eingriffe an Gelenken und Wiederanbringen der unteren Extremitäten ohne Trauma, bei Verzeichniskode 290286 - Femorotibiale Arthroplastik mit Bügelprothese; APR-DRG 313 - Eingriffe an den unteren Extremitäten Knie und Unterschenkel, Fuß ausgenommen, bei Verzeichniskode 300344 - Therapeutische Arthroskopien (partielle oder totale Menishektomie); APR-DRG 318 - Entfernen von Material für innere Fixierung; APR-DRG 482 - Transurethrale Prostatektomie; APR-DRG 513 - Eingriffe an Uterus/Adnexen bei Carcinoma in situ und gutartigen Erkrankungen, bei Verzeichniskode 431281 - Totale abdominale Hysterektomie; APR-DRG 513 - Eingriffe an Uterus/Adnexen bei Carcinoma in situ und gutartigen Erkrankungen, bei Verzeichniskode 431325 - Totale vaginale Hysterektomie; APR-DRG 516 - Laparoskopische Tubenligatur; APR-DRG 540 - Entbindung durch Kaiserschnitt; APR-DRG 560 - Vaginale Entbindung; APR-DRG 024 - Eingriffe an extrakranialen Gefäßen; APR-DRG 072 - Extraokulare Eingriffe außer an den Augenhöhlen; APR-DRG 171 - Andere Gründe für das Einsetzen eines permanenten Herzschrittmachers; APR-DRG 176 - Ersetzen eines Herzschrittmachers oder Defibrillators; APR-DRG 445 - Kleinere Eingriffe an der Blase und APR-DRG 517 - Dilatation und Kürettage, Konisation,

2. APR-DRG 45 - Schlaganfall mit Hirninfarkt; APR-DRG 46 - Nicht näher bezeichneter Schlaganfall mit präzerebraler Okklusion ohne Hirninfarkt; APR-DRG 47 - Transitorische ischämische Attacke; APR-DRG 134 - Lungenembolie; APR-DRG 136 - Bösartige Neubildung des respiratorischen Systems; APR-DRG 139 - Einfache Pneumonie; APR-DRG 190 - Kreislaufstörungen bei akutem Myokardinfarkt; APR-DRG 202 - Angina pectoris; APR-DRG 204 - Synkope und Kollaps; APR-DRG 244 - Divertikulitis und Divertikulose; APR-DRG 464 - Urolithiasis und Ultraschall-Lithotripsie und APR-DRG 465 - Urolithiasis ohne Ultraschall-Lithotripsie.

§ 10. Um den Entwicklungen in der medizinische Berufsausübung und in den Unterschieden der Berufsausübung Rechnung zu tragen, kann der König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass und nach Stellungnahme der in Artikel 153 des vorerwähnten Gesetzes vom 29. April 1996 erwähnten Mehrparteienstruktur die in § 8 erwähnten Leistungen und die in § 9 erwähnten APR-DRG-Gruppen anpassen.

§ 11. Für die Aufnahmen, die nach dem 31. Dezember 2008 enden, werden die Paragraphen 1 bis 10 gemäß den folgenden Modalitäten angewandt:

1. In der in § 8 Nr. 3 bestimmten Leistungsgruppe werden die Leistungen von Artikel 22 (Physiotherapie) von der Berechnung der Referenzbeträge für die folgenden fünf Diagnosegruppen ausgeschlossen: APR-DRG 45 - Schlaganfall mit Hirninfarkt; APR-DRG 46 - Nicht näher bezeichneter Schlaganfall mit präzerebraler Okklusion ohne Hirninfarkt; APR-DRG 139 - Einfache Pneumonie; APR-DRG 302 - Schwere Eingriffe an Gelenken und Wiederanbringen der unteren Extremitäten ohne Trauma, bei Verzeichniskode 289085 - Hüftarthroplastik mit Totalprothese (Acetabulum und Hüftkopf) und APR-DRG 302 - Schwere Eingriffe an Gelenken und Wiederanbringen der unteren Extremitäten ohne Trauma, bei Verzeichniskode 290286 - Femorotibiale Arthroplastik mit Bügelprothese.

2. Der König kann für die in § 9 Nr. 1 bestimmte Diagnosegruppe die Modalitäten und das Datum des Inkrafttretens festlegen, um bei der Berechnung der Referenzbeträge und der Medianausgabe ebenfalls alle Leistungen aus den in § 8 definierten Leistungsgruppen zu berücksichtigen, die während der Karenzzeit von dreißig Tagen erbracht worden sind, die einer Aufnahme vorausgeht, die für die Berechnung der Referenzbeträge berücksichtigt wird; der König kann bestimmen, wie diese Daten verarbeitet werden.

Wenn während der Karenzzeit eine andere Aufnahme der für die Berechnung der Referenzbeträge berücksichtigten Aufnahme vorausgeht, beginnt diese Karenzzeit am Tag nach dem Ende der vorhergehenden Aufnahme.

3. Unabhängig von der Anwendung von § 4 werden die Referenzbeträge, wie in § 3 bestimmt, im Voraus auf der Grundlage der verfügbaren jährlichen Daten neuesten Datums vor dem in § 4 Absatz 2 erwähnten Anwendungsjahr berechnet. Sie werden den Krankenhäusern vor dem 1. Januar des betreffenden Jahres als Indikator mitgeteilt.

4. Bei der Anwendung von § 4 werden die gemäß § 11 Nr. 3 berechneten Referenzbeträge pro APR-DRG, pro klinischen Schweregrad 1 beziehungsweise 2 und pro Gruppe von Leistungen, die in § 8 erwähnt sind, mit den gemäß § 4 berechneten Referenzbeträgen verglichen.

Von diesem Vergleich werden pro APR-DRG, pro klinischen Schweregrad 1 beziehungsweise 2 und pro Gruppe von Leistungen, die in § 8 erwähnt sind, die gemäß § 4 berechneten Referenzbeträge berücksichtigt, wenn diese Beträge pro APR-DRG, pro klinischen Schweregrad 1 beziehungsweise 2 und pro Gruppe von Leistungen, die in § 8 erwähnt sind, die gemäß § 11 Nr. 3 berechneten Beträge übersteigen.

Der König kann für die Anwendung des vorhergehenden Absatzes die Modalitäten für die Einführung oder Berechnung eines Schwellenwertes bestimmen, den die gemäß § 4 berechneten Referenzbeträge überschreiten müssen, um berücksichtigt zu werden.

5. Der König kann außer für das erste Jahr der Anwendung von § 11 die Modalitäten für die Einführung oder Berechnung eines Schwellenwertes bestimmen, bei dem die Referenzbeträge, die nach dem in § 11 Nr. 4 bestimmten Vergleich berücksichtigt werden, nicht niedriger sein dürfen als die im vorhergehenden Jahr festgelegten Referenzbeträge.

6. Der König kann die Modalitäten für die Einführung oder Berechnung eines Schwellenwertes bestimmen, bei dem die Referenzbeträge, die nach dem in § 11 Nr. 4 bestimmten Vergleich berücksichtigt werden, nicht niedriger sein dürfen als die während des ersten Jahres der Anwendung von § 11 festgelegten Referenzbeträge.

7. Die bestimmten und nach Anwendung der Paragraphen 4 und 11 Nr. 3 bis 6 schließlich berücksichtigten Referenzbeträge sind die definitiven Referenzbeträge, die gemäß § 4 übermittelt werden und als Grundlage für die Anwendung von § 5 dienen.

8. Wenn die Medianausgabe pro APR-DRG, pro klinischen Schweregrad 1 beziehungsweise 2 und pro Leistungsgruppe für die in § 5 Nr. 1 Buchstabe *b*) bestimmte Berechnung der von den Krankenhäusern zu erstattenden Beträge gleich Null ist, wird sie durch die Durchschnittsausgabe ersetzt.

9. Im Rahmen der Anwendung von § 11 Nr. 2 werden die in § 5 Nr. 1 Buchstabe *b*) bestimmten pro Krankenhaus zu erstattenden Beträge nach Verhältnis des Prozentsatzes der tatsächlichen Ausgaben gekürzt, die im Laufe der für die Anwendung von Artikel 56ter im betreffenden Krankenhaus berücksichtigten Aufnahmen gemacht werden für die APR-DRG und die Leistungsgruppen, die im Rahmen der Referenzbeträge in Frage kommen ».

B.3.2. Diese neue Bestimmung soll der Verpflichtung der Regierung entsprechen, « die Unterschiede in der medizinischen Praxis bei gleichen Erkrankungen zu verringern und, um dieses Ziel besser zu erreichen, das derzeit bestehende System der Referenzbeträge anzupassen » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1491/001 und DOC 52-1492/001, S. 34); « das ursprüngliche Ziel wird wiederholt und beibehalten, doch die Anwendungsmechanismen sind anzupassen, um effizienter zu sein und gewisse Kunstgriffe, die auf die ursprüngliche oder korrigierte Methodik zurückzuführen sind, zu begrenzen oder zu vermeiden » (ebenda).

B.4. Im Anschluss an die Annahme der angefochtenen Bestimmung hat Artikel 31 des Gesetzes vom 10. Dezember 2009 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit Artikel 56^{ter} § 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 um folgenden Satz ergänzt:

« Solange in der Regelung kein System vorgesehen ist, findet das in Artikel 151 Absätze 3 bis 5 des vorerwähnten Gesetzes vorgesehene System Anwendung ».

Diese Änderung hat jedoch keinen Einfluss auf die vorliegende Klage.

In Bezug auf die Zulässigkeit der Klage

B.5. Die klagenden Parteien sind einerseits drei Vereinigungen, deren Vereinigungszweck in der Verteidigung der Interessen der Ärzte besteht, und andererseits drei Ärzte, die einzeln handeln und von denen einer ebenfalls Präsident und ein anderer Direktor eines Krankenhauses ist.

Sie begründen ihr Interesse an der Klage damit, dass das System der Referenzbeträge (1) zur Folge habe, die Ärzte zu bestrafen, (2) die therapeutische Freiheit der Ärzte bei der Wahl der für ihre Patienten am besten geeigneten Behandlung beeinträchtige und (3) zu einer allgemeinen Verschlechterung der Pflegequalität führen könne.

Sie heben hervor, dass die fünfte und die sechste klagende Partei, die Ärzte und gleichzeitig Direktor beziehungsweise Präsident eines Krankenhauses seien, zu einer verstärkten Überwachung der Ärzte im Krankenhaus und zur Verrechnung einer etwaigen Strafe mit den innerhalb ihrer Einrichtungen praktizierenden Pflegeern übergehen müssten.

B.6. Die Verfassung und das Sondergesetz vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof erfordern, dass jede natürliche oder juristische Person, die eine Nichtigkeitsklage erhebt, ein Interesse nachweist. Das erforderliche Interesse liegt nur bei jenen Personen vor, deren Situation durch die angefochtene Rechtsnorm unmittelbar und ungünstig beeinflusst werden könnte.

B.7.1. Das angefochtene System der Referenzbeträge, das im Gesetz vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung festgelegt ist, « bezweckt, ungerechtfertigte Unterschiede in der Praxis für medizinische und chirurgische Standardleistungen im Krankenhaussektor zu beseitigen » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1491/006, SS. 8-9); diese Bestimmung soll die Beteiligten der Gesundheitspflege zur Verantwortung ziehen, um die Kosten der sozialen Sicherheit zu verringern.

Wie in B.3.2 angeführt wurde, stellt die angefochtene Bestimmung das ursprüngliche Ziel des 2002 eingeführten System der Referenzbeträge nicht in Frage, sondern korrigiert einige seiner Anwendungsmechanismen, indem insbesondere die Vorschläge der betreffenden Mitwirkenden darin aufgenommen werden, insbesondere die Stellungnahme der Mehrparteienstruktur im Bereich der Krankenhauspolitik (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1491/001 und DOC 52-1492/001, SS. 38 und 40; *Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1491/006, S. 10).

B.7.2. In den Vorarbeiten zum Gesetz vom 19. Dezember 2008 werden die Anwendungsbedingungen des Systems erläutert:

« Der erste Grundsatz besagt, dass das System der Referenzbeträge weiterhin auf dem technisch-methodologischen Ansatz beruht, der in der Reform von 2006 vorgesehen war. Dieser Ansatz ermöglicht es, durch das System der Auswahl der Krankenhäuser und das System der Berechnung der Strafe bzw. Rückforderung die schwere Anwendung (finanziell bestrafend) auf die Krankenhäuser zu konzentrieren, in denen die bedeutendsten Unterschiede in der medizinischen Praxis bei gleicher Erkrankung festgestellt werden. [...]

Der zweite Grundsatz besteht darin, ein proaktives Vorgehen der Krankenhäuser durch die Mitteilung einer Vorberechnung der Referenzbeträge zu ermöglichen. Hierdurch sollen die Krankenhäuser die Referenz kennen und ihr rechtzeitig Rechnung tragen können (mittleres Ziel pro Erkrankung) und somit ihr Verhalten während des Geschäftsjahres anpassen können. [...]

Der dritte Grundsatz besteht darin, die Gefahren für die Qualität der Gesundheitspflege zu begrenzen oder zu vermeiden. Jedes System, das auf der Berechnung eines Durchschnitts der tatsächlichen Ausgaben beruht, beinhaltet einen Druck auf hohe Ausgaben zum Mittelwert hin. Dies ist das eigentliche Ziel des Systems, denn der Mittelwert soll die 'standardisierte' Praxis darstellen. [...]

Um diese Risiken zu begrenzen oder zu vermeiden, wird vorgeschlagen:

. dass die Vorberechnung (zweiter Grundsatz) nicht gewisse mögliche Entwicklungen erstarren lässt, beispielsweise in den Techniken, in den Änderungen des Verzeichnisses, usw. [...]

. die Möglichkeit einzuführen, dass der König eine doppelte nationale Schwelle festlegt, unter die der Referenzbetrag nie sinken darf. [...]

Der vierte Grundsatz besteht darin, eine Verschiebung der Praxis außerhalb des Zeitraums des Krankenhausaufenthalts oder außerhalb des herkömmlichen Krankenhausaufenthalts zu vermeiden, während das Ziel verfolgt wird, die Unterschiede in der Praxis global bei gleicher Erkrankung zu verringern. In diesem Rahmen wird vorgeschlagen:

. die Möglichkeit des Königs aufrechtzuerhalten, das System auf den Tageskrankenhausaufenthalt auszudehnen;

. gesetzliche Grundlagen zur Eingliederung von Leistungen, die ‘ an gleich welchem Ort ’ vor einem ‘ chirurgischen ’ Krankenhausaufenthalt während einer Karenzzeit von 30 Tagen durchgeführt werden, zu schaffen » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1491/001 und DOC 52-1492/001, SS. 40-41).

B.8.1. Das System der Referenzbeträge berücksichtigt « Leistungsgruppen » (Artikel 56ter § 1), wobei es um drei Leistungsarten geht (technische, medizinische Bildgebung und klinische Biologie) (Artikel 56ter § 8), in Bezug auf bestimmte Erkrankungsgruppen (APR-DRG) (Artikel 56ter §§ 1 und 9).

Diese medizinischen Leistungen werden nur insofern berücksichtigt, als sie Bestandteil eines Krankenhausaufenthalts für diese gängigen Erkrankungen sind, ohne sich auf einzelne medizinische Leistungen als solche, die durch Krankenhausärzte erbracht werden, zu beziehen.

Der Referenzbetrag wird nur für die Beteiligung der Versicherung, die in einem Krankenhaus aufgenommenen Begünstigten bewilligt wird, angewandt (Artikel 56ter § 1).

B.8.2. Das System der Referenzbeträge « bestraft finanziell und *a posteriori* die Krankenhäuser mit Praktiken, die im Verhältnis zum Standard als anormal teuer angesehen werden » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1491/006, S. 9).

Bei einer Überschreitung der jährlich berechneten Referenzbeträge (Artikel 56ter § 4) sieht das angefochtene System ein Verfahren in zwei Teilen vor (a) für die Auswahl der Krankenhäuser, die für die Rückforderung in Frage kommen, und anschließend (b) für die Berechnung der tatsächlich durch die betroffenen Krankenhäuser zu erstattenden Beträge (Artikel 56ter § 5 Nr. 1).

Die zu erstattenden Beträge werden den einzelnen Krankenhäusern im September eines jeden Jahres mitgeteilt, und diese Beträge müssen bis zum 15. Dezember des Jahres der Mitteilung erstattet werden (Artikel 56ter § 6 Absätze 1 und 2).

Die Krankenhäuser müssen die zu erstattenden Beträge überweisen, wobei die Zahlung der zu erstattenden Beträge in einer einmaligen Pauschalzahlung erfolgen muss (Artikel 56ter § 6 Absatz 2), und die Krankenhäuser können vorkommendenfalls die Erstattung beim Versicherungsausschuss anfechten (Artikel 56ter § 6 Absätze 3 bis 5).

B.8.3. Die durch das Krankenhaus zu erstattenden Beträge können zwar zwischen dem Krankenhausverwalter und den Krankenhausärzten aufgeteilt werden gemäß den Bestimmungen, die in der Regelung des Krankenhauses bezüglich der Arbeitsweise des Einforderungsdienstes festgelegt sind (Regelung im Sinne von Artikel 135 Nr. 1 Absatz 2 oder von Artikel 136 Absatz 1 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser, die danach zu den Artikeln 149 Nr. 2 Absatz 2 und 150 des am 10. Juli 2008 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser geworden sind), oder in Ermangelung gemäß Artikel 151 Absätze 3 bis 5 des am 10. Juli 2008 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser (Artikel 56ter § 5 Nr. 2 in der durch das vorerwähnte Gesetz vom 10. Dezember 2009 abgeänderten Fassung), doch das System der Referenzbeträge richtet sich nur direkt an die Krankenhauseinrichtungen und nicht an die innerhalb der Krankenhäuser tätigen Ärzte.

Auch wenn in der angefochtenen Bestimmung eine Vereinbarung zwischen dem Krankenhausverwalter und den Ärzten über die Modalitäten der Rückforderung oder - in Ermangelung - ersatzweise ein Verteilerschlüssel vorgesehen ist, hat der Minister in Bezug auf die Modalitäten der Rückforderung präzisiert, dass das Krankenhaus « der direkte Gesprächspartner des LIKIV » ist (*Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1010/2, S. 24).

Obwohl die angefochtene Bestimmung sich indirekt finanziell auf die Situation der klagenden Parteien auswirken könnte, sind dennoch die Krankenhäuser selbst direkt von dieser Bestimmung betroffen und lassen sich die etwaigen Auswirkungen auf die einzelnen Ärzte nicht lediglich auf der Grundlage der angefochtenen Bestimmung ermitteln.

B.8.4. Insofern die klagenden Parteien eine Beeinträchtigung der Interessen der Ärzte durch die mit der angefochtenen Maßnahme eingeführte finanzielle Sanktion geltend machen, können sie folglich nicht direkt und nachteilig durch die angefochtene Bestimmung betroffen sein.

B.9.1. Die klagenden Parteien machen ebenfalls eine Beeinträchtigung ihrer therapeutischen Freiheit oder der Qualität der Gesundheitspflege geltend.

B.9.2. Die Referenzbeträge entsprechen dem Durchschnitt der jährlichen Ausgaben pro Aufnahme, erhöht um 10 Prozent (Artikel 56ter § 3).

Indem der Gesetzgeber einen Durchschnittsbetrag der nationalen Ausgaben berücksichtigt hat, hat er es vorgezogen, statt *a priori* ein pauschales theoretisches System einzuführen, *a posteriori* ein Durchschnittssystem vorzusehen, das somit weitestgehend der Praxis nahe kommt, indem es auf den Beträgen beruht, die den Patienten tatsächlich in Rechnung gestellt wurden; der Referenzbetrag wird somit als ein Richtwert der tatsächlich im Laufe eines Jahres notwendigen Ausgaben für die Behandlung geläufiger Erkrankungen angesehen.

Indem die angefochtene Bestimmung bezweckt, einen medizinischen Überverbrauch zu beenden, wobei auf einen nationalen Ausgabendurchschnitt, der außerdem um 10 Prozent erhöht wird, Bezug genommen wird, verletzt sie nicht die moralischen und beruflichen Pflichten der Ärzte oder die Qualität der Gesundheitspflege. Jede andere Schlussfolgerung würde bedeuten, dass man davon ausgehen würde, die therapeutische Freiheit und die Qualität der Gesundheitspflege müssten in keiner Weise den Haushaltsmöglichkeiten Rechnung tragen.

B.9.3. Aus dem Vorstehenden ergibt sich, dass die Situation der klagenden Parteien hinsichtlich ihrer Berufspraxis nicht von der angefochtenen Bestimmung betroffen ist.

B.10. Die klagenden Parteien weisen nicht das erforderliche Interesse nach. Folglich ist die Nichtigkeitsklage unzulässig.

Aus diesen Gründen:

Der Hof

weist die Klage zurück.

Verkündet in französischer, niederländischer und deutscher Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof, in der öffentlichen Sitzung vom 27. Mai 2010.

Der Kanzler,

Der Vorsitzende,

P.-Y. Dutilleux

P. Martens