

Geschäftsverzeichnismrn. 5672, 5680, 5682, 5684, 5688 und 5689
Entscheid Nr. 107/2014 vom 17. Juli 2014

## ENTSCHEID

---

*In Sachen:* Klagen auf Nichtigerklärung der Artikel 23 bis 29 des Gesetzes vom 27. Dezember 2012 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen über den Zugang zur Gesundheitspflege, erhoben von der VoG « Association belge des Syndicats Médicaux » und anderen, Jean-Olivier Amiel und anderen, der « Foot and Ankle Institute » PGmbH und anderen, der VoG « Collectif médecine hospitalière » und anderen, der VoG « Association des Médecins exerçant aux Cliniques Saint-Joseph » und anderen und Jean-Paul David und anderen.

Der Verfassungsgerichtshof,

zusammengesetzt aus den Präsidenten J. Spreutels und A. Alen, und den Richtern E. De Groot, L. Lavrysen, J.-P. Snappe, J.-P. Moerman, T. Merckx-Van Goey, F. Daoût, T. Giet und R. Leysen, unter Assistenz des Kanzlers P.-Y. Dutilleux, unter dem Vorsitz des Präsidenten J. Spreutels,

erlässt nach Beratung folgenden Entscheid:

\*

\* \*

## I. *Gegenstand der Klagen und Verfahren*

a. Mit einer Klageschrift, die dem Gerichtshof mit am 21. Juni 2013 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 24. Juni 2013 in der Kanzlei eingegangen ist, erhoben Klage auf Nichtigerklärung der Artikel 23 bis 29 des Gesetzes vom 27. Dezember 2012 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen über den Zugang zur Gesundheitspflege (veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 31. Dezember 2012): die VoG « Association Belge des Syndicats Médicaux » (ABSyM), Sabine Prinsen, Paul Jonckheere, Leo Beckers, Jean De Toeuf, Charles Smets, Philippe Gutwirth, Catherine Goossen, Stéphane Soussan, Philippe Devos, Michel Dewever und die VoG « Clinique La Ramée », alle unterstützt und vertreten durch RA B. Cambier, in Brüssel zugelassen.

b. Mit einer Klageschrift, die dem Gerichtshof mit am 25. Juni 2013 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 27. Juni 2013 in der Kanzlei eingegangen ist, erhoben Klage auf Nichtigerklärung derselben Gesetzesbestimmungen: Jean-Olivier Amiel und die « M.A.C. » ZRG PGmbH, Soroya Ayaon, Ernesto Bali und die « Constantly Aware » PGmbH, Marc Boutsen und die « MB Surgery » ZRG PGmbH, Frédéric Collignon und die « Brains-Surg » PGmbH, Christine Crem, Patrick De Moor, Anne Declety und die « Aesthos » PGmbH, Jean-William Denoiseux, Vincent Dierieck und die « VDI Chirurgie » PGmbH, Konstantinos Drossos und die « Ano Akro » PGmbH, Patrick Fransen, Michel Goossens und die « Dr Goossens Michel MPR » PGmbH, Mounir Karam und die « Yvonne » PGmbH, Philippe Koch und die « Koch-Piens Ophtalmologie » PGmbH, Anne Lejeune, Françoise Lemeunier, Michel Libert und die « Brussel's Urological Society » PGmbH, Valéry Macquaire und die « Noa » PGmbH, Elzbieta Politowska und die « Elzbieta Politowska » PGmbH, Alexandre Sarafidis und die « A.S. Gastroenterology » PGmbH, Michel Van Calck und die « CEDP » PGmbH, Corinne Van Damme, Michel Vanneste und die « Ortho MV » PGmbH, Françoise Bierlaire und die « Franexa » PGmbH, alle unterstützt und vertreten durch RÄin D. Bloem und RA P. Levert, in Brüssel zugelassen.

c. Mit einer Klageschrift, die dem Gerichtshof mit am 25. Juni 2013 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 27. Juni 2013 in der Kanzlei eingegangen ist, erhoben Klage auf Nichtigerklärung derselben Gesetzesbestimmungen: die « Foot and Ankle Institute » PGmbH, Thibaut Leemrijse (« Ortholeem » PGmbH), Bernhard Devos Bevernage (« Bernhard Devos Bevernage Orthopedisch Chirurg » PGmbH), Pierre Maldague (« Brussels Orthopaedic & Sport Unit » PGmbH), Vincent Gombault (« Dr. Gombault - Dr. Verougstraete » PGmbH) und Jérémy Viola, alle unterstützt und vertreten durch RA D. Renders, in Brüssel zugelassen.

d. Mit einer Klageschrift, die dem Gerichtshof mit am 28. Juni 2013 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 1. Juli 2013 in der Kanzlei eingegangen ist, erhoben Klage auf Nichtigerklärung derselben Gesetzesbestimmungen: die VoG « Collectif médecine hospitalière », die « Gastrolan » PGmbH, die « SGRIB » PGmbH, die « Genu-Arte » PGmbH, die « Anema » PGmbH, die « Ent-Surgery » PGmbH, die « Hubrez » PGmbH, die « Article Osed » PGmbH und die « Gastro Space » PGmbH, alle unterstützt und vertreten durch RA B. Lombaert, RA F. Tulkens, RÄin S. Adriaenssen und RÄin S. Seys, in Brüssel zugelassen.

e. Mit einer Klageschrift, die dem Gerichtshof mit am 28. Juni 2013 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 1. Juli 2013 in der Kanzlei eingegangen ist, erhoben Klage auf Nichtigerklärung derselben Gesetzesbestimmungen: die

VoG « Association des Médecins exerçant aux Cliniques Saint-Joseph », Constant Jehaes, Philippe Biquet und die « Docteur Ph. Biquet » PGmbH, alle unterstützt und vertreten durch RA J.-L. Flagothier, in Lüttich zugelassen.

f. Mit einer Klageschrift, die dem Gerichtshof mit am 28. Juni 2013 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 1. Juli 2013 in der Kanzlei eingegangen ist, erhoben Klage auf Nichtigerklärung derselben Gesetzesbestimmungen: Jean-Paul David, die « Médianut - Médecine Interne et Médecine Endocrinologique, Diabétologie et Nutrition » PGmbH, Emmanuel Guntz, die « Société Médicale GK » PGmbH und Ramon Vilallonga Puy, alle unterstützt und vertreten durch RA M. Kaiser, in Brüssel zugelassen.

Diese unter den Nummern 5672, 5680, 5682, 5684, 5688 und 5689 ins Geschäftsverzeichnis des Gerichtshofes eingetragenen Rechtssachen wurden verbunden.

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

Auf der öffentlichen Sitzung vom 21. Mai 2014

- erschienen

. RA B. Cambier, für die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 5672,

. RÄin D. Bloem und RA P. Levert, für die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 5680,

. RA D. Renders, und RÄin L. Demez, in Brüssel zugelassen, für die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 5682,

. RA F. Tulkens, ebenfalls *loco* RA B. Lombaert und RÄin S. Adriaenssen, für die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 5684,

. RA J.-L. Flagothier, für die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 5688,

. RA M. Kaiser, für die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 5689,

. RA P. Slegers und RA B. Fonteyn, ebenfalls *loco* RÄin C. Pouppez, für den Ministerrat,

- haben die referierenden Richter J.-P. Snappe und L. Lavrysen Bericht erstattet,

- wurden die vorgenannten Rechtsanwälte angehört,

- wurden die Rechtssachen zur Beratung gestellt.

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

## II. *Rechtliche Würdigung*

(...)

### *In Bezug auf die angefochtenen Bestimmungen*

B.1.1. Die Klagen in den Rechtssachen Nrn. 5680, 5684, 5688 und 5689 bezwecken die Nichtigerklärung der Artikel 23 bis 29 des Gesetzes vom 27. Dezember 2012 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen über den Zugang zur Gesundheitspflege.

Die klagenden Parteien in den Rechtssachen Nrn. 5672 und 5682 beantragen die Nichtigerklärung des Gesetzes vom 27. Dezember 2012, « insbesondere seiner Artikel 23 bis 29 ». Da sie keine Beschwerdegründe gegen die anderen Bestimmungen des Gesetzes vorbringen, sind ihre Klagen nur insofern zulässig, als sie sich auf die vorerwähnten Artikel beziehen.

B.1.2. Artikel 23 des Gesetzes vom 27. Dezember 2012 fügt in das am 10. Juli 2008 koordinierte Gesetz über die Krankenhäuser und andere Pflegeeinrichtungen (nachstehend: Krankenhausgesetz) ein Kapitel VI mit der Überschrift « Finanzieller Zugang zum Krankenhaus » ein.

Artikel 24 des Gesetzes vom 27. Dezember 2012 fügt einen Artikel 30/1 mit folgendem Wortlaut in das Krankenhausgesetz ein:

« Vorliegender Artikel ist anwendbar auf die Patienten im Krankenhaus, einschließlich der Patienten im Tageskrankenhausaufenthalt für die vom König definierten Leistungen.

Was die Anrechnung von Zuschlägen betrifft, kann der König die in Artikel 152 § 2 Absatz 1 und 2 und in Artikel 152 § 4 erwähnten Bestimmungen durch einen im Ministerrat beratenen Erlass auf andere im Königlichen Erlass Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe erwähnte und im Krankenhaus beschäftigte Kategorien von Fachkräften ausdehnen.

Für die Anwendung von Absatz 2 versteht man unter Zuschlägen die Beträge, die zusätzlich zu den obligatorischen Tarifen verlangt werden, wenn die in Titel III Kapitel V Abschnitt I und II des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnten Abkommen oder Vereinbarungen anwendbar sind, oder zusätzlich zu den Tarifen verlangt werden, die als Grundlage für die Berechnung der Versicherungsbeteiligung dienen, wenn solche Abkommen oder Vereinbarungen nicht in Kraft sind ».

Artikel 25 des Gesetzes vom 27. Dezember 2012 passt Artikel 98 des Krankenhausgesetzes dem neuen Wortlaut von Artikel 152 desselben Gesetzes an.

Artikel 26 des Gesetzes vom 27. Dezember 2012 ersetzt Artikel 152 des Krankenhausgesetzes durch folgende Bestimmung:

« § 1. Dieser Artikel ist anwendbar auf die Patienten im Krankenhaus, einschließlich der Patienten im Tageskrankenhausaufenthalt für die vom König definierten Leistungen nach Stellungnahme der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen.

Der Minister kann beantragen, dass die Kommission innerhalb einer Frist von einem Monat eine Stellungnahme ausarbeitet. Wird die Stellungnahme nicht innerhalb dieser Frist ausgearbeitet oder kann der Minister sich dieser Stellungnahme nicht anschließen, kann er der Kommission seinen eigenen Vorschlag unterbreiten. Die Kommission gibt dann innerhalb eines Monats eine Stellungnahme zu diesem Vorschlag ab. Für diese Stellungnahme wird davon ausgegangen, dass sie, auch wenn sie nicht innerhalb dieser Frist erteilt wurde, doch abgegeben worden ist.

§ 2. Wenn eine in Artikel 50 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnte Vereinbarung in Kraft ist, dürfen Krankenhausärzte nur für den Aufenthalt in einem Einzelzimmer Tarife in Rechnung stellen, die von den vereinbarten Tarifen abweichen, oder die - wenn eine solche Vereinbarung nicht in Kraft ist - von den als Grundlage für die Berechnung der Versicherungsbeiträge dienenden Tarifen abweichen. Für die Anwendung des vorliegenden Artikels versteht man unter Zuschlägen Tarife, die von den vereinbarten Tarifen abweichen.

In Abweichung von Absatz 1 dürfen Krankenhausärzte in den in Artikel 97 § 2 vorgesehenen Fällen für den Aufenthalt in einem Einzelzimmer keinen Zuschlag in Rechnung stellen.

In Abweichung von Absatz 2 dürfen Krankenhausärzte für den in Artikel 97 § 2 Buchstabe *d*) erwähnten Aufenthalt in einem Einzelzimmer Zuschläge in Rechnung stellen, unter der Bedingung, dass:

1. der begleitende Elternteil sich ausdrücklich gemäß den in § 6 erwähnten Modalitäten für einen Aufenthalt in einem Einzelzimmer entscheidet,

2. die Anzahl Betten, die das Krankenhaus in Anwendung von Artikel 97 § 1 für die Unterbringung von Patienten, die ohne Zahlung von Zuschlägen aufgenommen werden möchten, zur Verfügung stellt, eine ausreichende Anzahl von Betten für Kinder umfasst, die während des Krankenhausaufenthalts von einem Elternteil begleitet werden.

Krankenhausärzte dürfen in Anwendung von Absatz 1 und 3 nur Zuschläge in Rechnung stellen, sofern in der in Artikel 144 erwähnten allgemeinen Regelung Höchstarife festgelegt sind. Dieser Bestandteil der allgemeinen Regelung wird vor seiner Anwendung der Nationalen paritätischen Kommission Ärzte-Krankenhäuser vom Krankenhausverwalter und den Versicherungsträgern über das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung mitgeteilt.

§ 3. Der Verwalter und der Ärzterat gewährleisten, dass Patienten, die in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern aufgenommen sind, sowie Patienten, die in Einzelzimmern aufgenommen sind, in den in Artikel 97 § 2 erwähnten Fällen mit Ausnahme der in § 2 Absatz 3 vorgesehenen

Abweichung behandelt werden, ohne dass die Krankenhausärzte ihnen Zuschläge in Rechnung stellen. Nach Konzertierung mit dem Ärzterat ergreift der Verwalter die zu diesem Zweck notwendigen Maßnahmen und informiert den Ärzterat darüber.

Der König kann die Modalitäten für die Anwendung von Absatz 1 festlegen.

§ 4. Der König kann durch einen im Ministerrat beratenen Erlass zusätzliche Kategorien von Patienten bestimmen, denen Krankenhausärzte aufgrund von § 2 keine Zuschläge bei einem Aufenthalt in einem Einzelzimmer in Rechnung stellen dürfen.

§ 5. Krankenhausärzte dürfen für den Aufenthalt in einem Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer keine Zuschläge auf die Pauschalhonorare anwenden, die pro Aufnahme und/oder pro Pflage tag für Leistungen im Bereich der klinischen Biologie oder im Bereich der bildgebenden Diagnoseverfahren zu zahlen sind, wobei dies für alle Bestandteile dieser Honorare gilt.

Krankenhausärzte dürfen für den Aufenthalt in einem Einzelzimmer keine Zuschläge auf die Pauschalhonorare anwenden, die pro Aufnahme und/oder pro Pflage tag für Leistungen im Bereich der klinischen Biologie oder im Bereich der bildgebenden Diagnoseverfahren zu zahlen sind, wobei dies für den Pauschalteil dieser Honorare gilt.

§ 6. Im Fall einer in Artikel 97 § 2 Buchstabe *d*) erwähnten Aufnahme eines Kindes, das von einem Elternteil begleitet wird, wird diesem Elternteil gleichzeitig mit der Aufnahmeerklärung ein getrenntes Dokument zur Unterzeichnung vorgelegt. In diesem Dokument wird die Möglichkeit vorgesehen, einen Aufenthalt zu wählen, bei dem die Krankenhausärzte keine Zuschläge in Rechnung stellen dürfen, nämlich einen Aufenthalt in einem Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer.

Der begleitende Elternteil kann mit diesem Dokument auf die in Absatz 1 erwähnte Wahlmöglichkeit verzichten und sich ausdrücklich für einen Aufenthalt in einem Einzelzimmer entscheiden.

In Ermangelung dieses unterzeichneten Dokuments, in dem der begleitende Elternteil eine Wahl trifft, dürfen die Krankenhausärzte in keinem Fall Zuschläge in Rechnung stellen ».

Artikel 27 des Gesetzes vom 27. Dezember 2012 ergänzt Artikel 153 des Krankenhausgesetzes um den folgenden Absatz:

« Die Krankenhausärzte teilen dem Verwalter mit, ob sie im Rahmen der in Artikel 50 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erwähnten Vereinbarung gebunden sind oder nicht. Der Verwalter setzt den Ärzterat davon in Kenntnis ».

Artikel 28 des Gesetzes vom 27. Dezember 2012 hebt den königlichen Erlass vom 29. September 2002 zur Ausführung von Artikel 138 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser auf.

Artikel 29 des Gesetzes vom 27. Dezember 2012 setzt das Datum des Inkrafttretens der angefochtenen Artikel 23 bis 28 auf den 1. Januar 2013 fest.

Artikel 33 des Gesetzes vom 7. Februar 2014 hat Paragraph 6 von Artikel 152 des Krankenhausgesetzes mit Wirkung vom 1. Juli 2014 auf.

### *In Bezug auf die Entstehung der angefochtenen Bestimmungen*

B.2.1. Hauptziel des Gesetzes vom 27. Dezember 2012, und insbesondere von Artikel 26 des Gesetzes, ist es, den Zugang der Patienten zur Pflegeleistung in den Krankenhäusern zu gewährleisten. In diesem Rahmen verbietet es Artikel 26 den Krankenhausärzten, den in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern aufgenommenen Patienten Honorarzuschläge in Rechnung zu stellen, die von den Tarifen der Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen abweichen, wenn eine solche Vereinbarung in Kraft ist, oder von den Tarifen, die als Grundlage für die Berechnung der Versicherungsbeiträge dienen, wenn eine solche Vereinbarung nicht in Kraft ist.

B.2.2. Um dem Ziel des Zugangs zur Pflegeleistung zu entsprechen, hatte der Gesetzgeber bereits in Artikel 54 des Programmgesetzes vom 23. Dezember 2009 die Möglichkeit, Zuschläge für den Aufenthalt in Zweibettzimmern zu berechnen, abgeschafft.

B.2.3. Trotz des Verbots von Zuschlägen auf die Zimmerpreise und ebenfalls - in gewissen Fällen - von Honorarzuschlägen für Zweibettzimmer und Gemeinschaftszimmer, hat der Gesetzgeber festgestellt, dass zahlreichen Patienten mit mittleren oder geringen Einkünften Honorarzuschläge in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern auferlegt wurden, obwohl sie um die Aufnahme darin baten, gerade um die Krankenhauskosten zu begrenzen (*Parl. Dok.*, Kammer, 2012-2013, DOC 53-2524/004, SS. 5 bis 8 und 21).

Das nunmehr im Gesetz festgelegte Verbot, Honorarzuschläge in Zweibettzimmern, die in den meisten Krankenhäusern zur Norm geworden sind, oder in Gemeinschaftszimmern in Rechnung zu stellen, wurde in der Begründung wie folgt gerechtfertigt:

« Das Verbot der Honorarzuschläge in diesen Zimmern entspricht also der Logik der Politik, die seit vielen Jahren geführt wird, um den Zugang zur Pflegeleistung zu gewährleisten. Die zwei größten Krankenkassen haben in ihren jeweiligen 'Barometern' (in denen die Krankenhausrechnungen analysiert werden) die Auswirkungen dieser Zuschläge auf die Rechnungen hervorgehoben und ganz einfach deren Abschaffung befürwortet als notwendige Bedingung für die Aufrechterhaltung der Zugänglichkeit der Krankenhauspflege. Ob Patienten in Gemeinschafts- und in Zweibettzimmern Honorarzuschläge in Rechnung gestellt werden oder

nicht, ist somit die Hauptursache für die großen Unterschiede, die zwischen Krankenhäusern fortbestehen.

Die zwischen den Regionen festgestellten bedeutenden Unterschiede (mit einer besonders besorgniserregenden Situation in der Region Brüssel-Hauptstadt, obwohl 39 % der aufgenommenen Patienten Anspruchsberechtigte der erhöhten Beteiligung sind) sind ebenfalls hauptsächlich auf die Honorarzuschläge zurückzuführen (im vorliegenden Fall für alle Arten von Zimmern). Nur eine geringe Anzahl von Krankenhäusern — 20 von fast 200 (einschließlich der psychiatrischen Kliniken) — wendet noch solche Zuschläge an. Die angewandten Höchstbeträge - bisweilen bis 400 % Zuschlag, das heißt fünf Mal höher als der Tarif — sind übertrieben.

Für die Patienten, die bewusst ein solches Zimmer gewählt haben, gerade, damit ihnen keine Mehrkosten auferlegt werden, ist diese Situation unverständlich. Die anderen Ärzte und Krankenhäuser, die sich an eine normale Praktik oder an eine ausgeprägt soziale Vorgehensweise halten, leiden unter einem unlauteren Wettbewerb durch die schwer haltbare Preistreiberei in Bezug auf die Vergütungen gewisser Spezialisten. Es besteht die reale Gefahr, dass in Belgien eine Medizin in zwei Geschwindigkeiten entsteht, in der die Pflegeleistung von guter Qualität nur den Bessergestellten vorbehalten wäre, oder denjenigen, die sich eine Krankenhausversicherung leisten können, die dann die Zuschläge übernimmt. In einer Zeit der Krise, in der von den Bürgern erhebliche Anstrengungen verlangt werden, sind solche Praktiken nicht mehr annehmbar.

Nach Auffassung der Regierung muss dieses spezifische Problem vorrangig angegangen werden, was eine umfassendere Überlegung über die Krankenhausfinanzierung nicht ausschließt. Dies drückt sich aus durch einen komplexen Mechanismus mit Gleichgewichten und einem System der kommunizierenden Röhren.

Der Gesetzentwurf bezweckt also, Honorarzuschläge nunmehr auf Einzelzimmer zu beschränken. Hierfür ist keine neue Maßnahme vorgesehen. Die im Rahmen des heutigen Gesetzes bestehenden Ausnahmen, in denen insbesondere vorgesehen ist, dass kein Zuschlag verlangt werden kann, wenn die Aufnahme in einem Einzelzimmer aus medizinischen Gründen gerechtfertigt ist, werden aufrechterhalten. Damit jegliche Diskriminierung vermieden wird, kann das Verbot durch den König auf andere Pflegeerbringer ausgedehnt werden. Das Inkrafttreten ist zum 1. Januar 2013 vorgesehen » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2012-2013, DOC 53-2524/004, SS. 6 und 7).

Im Bericht des Senatsausschusses wurde ferner präzisiert:

« Nur eine geringe Anzahl Krankenhäuser, zwanzig von fast zweihundert (einschließlich der psychiatrischen Kliniken), stellen weiterhin solche Zuschläge in Rechnung, obwohl Zweibettzimmer zur Norm geworden sind. Die in Rechnung gestellten Höchstbeträge sind bisweilen schwindelerregend; die Zuschläge können bis zu 400 % des LIKIV-Tarifs erreichen, das heißt das Fünffache des Grundbetrags.

Die Ministerin verweist auf den Bericht der Kammer, in der die Zahlen einer durch die Krankenkassen durchgeführten Studie zitiert werden. Für Entbindungen beispielsweise beträgt der landesweite Durchschnitt 388 Euro in einem Zweibettzimmer. Aber mit den in Rechnung gestellten Honorarzuschlägen kann der Betrag auf bis zu 1 368 Euro steigen.



Es wird davon ausgegangen, dass die Honorarzuschläge in den herkömmlichen Krankenhäusern und den Tageskliniken für Gemeinschafts- und Zweibettzimmer einen Betrag von rund 50 Millionen Euro darstellen, der mehr oder weniger gleich auf die beiden Arten von Krankenhäusern verteilt ist. Die Honorarzuschläge für Einzelzimmer betragen rund 300 Millionen Euro.

Die Zuschläge für Einzelzimmer bleiben unangetastet, weil der Patient selbst sich für solche Zimmer entscheidet. Zuschläge für Gemeinschafts- und Zweibettzimmer sind hingegen verboten.

Für die Tageskliniken wurde mit den Partnern der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen vereinbart, dass die Definition des Begriffs des Tageskrankenhausaufenthaltes im Anschluss an die Diskussionen in dieser Kommission festgelegt wird.

Die Ministerin behauptet nicht, dass der vorliegende Entwurf einstimmig befürwortet würde. Er kann jedoch mit einer breiten Unterstützung rechnen. Außerdem sind die Zuschläge nicht alle gleich. Gewisse Zuschläge sind vernünftig, und ein Krankenhaus könnte durch deren Abschaffung veranlasst werden, Personal entlassen zu müssen. Wenn jedoch ein Zuschlag in Höhe von 400 % des LIKIV-Tarifs für ein Zweibettzimmer nicht mehr in Rechnung gestellt werden kann, könnte die Situation problematisch werden. Andererseits muss die Zugänglichkeit der Pflegeleistung weiterhin gewährleistet werden.

[...]

Die Krankenhausfinanzierung bereitet mehrere Probleme. Der Finanzmittelhaushalt ist der gleiche für alle. Die Zuschläge werden den Krankenhäusern entsprechend den Spezialisierungen nur zu 6 bis 13 % zurückübertragen.

Man kann in einem Krankenhaus arbeiten, das keine Zuschläge anwendet, und dennoch eine fachliche Leistung von hoher Qualität bieten. Die Zuschläge sind keine Garantie für eine Politik der Qualitätspflege.

Für die Honorarzuschläge hat die Ministerin die Einzelzimmer nicht ins Auge gefasst. Im Anschluss an die Konzertierung ist im Übrigen deutlich gesagt worden, dass an diesem Gesetz nichts geändert würde ohne Verhandlungen mit der Kommission der Ärzte und Krankenkassen. Es wird eine breite Konzertierung notwendig sein, wenn man eines Tages weitergehen möchte.

Die Abschaffung der Zuschläge für die Zweibettzimmer war bekannt; sie lag bereits auf dem Tisch bei der früheren Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen, doch die Ministerin war gebeten worden, die Maßnahme zurückzustellen. Nunmehr ist die Ministerin der Auffassung, in der Ausführung des Regierungsabkommens und im Schutz der Patienten gegen Zuschläge weiterkommen zu müssen.

Es stimmt nicht, dass die Versicherungen davon profitieren werden. Bei den meisten Versicherungen gibt es Selbstbeteiligungen und Obergrenzen. Die Patienten werden einen Vorteil daraus entnehmen. Wenn jedoch ein durch die Versicherung gedecktes Risiko nicht mehr besteht, muss man selbstverständlich die Auswirkungen auf die durch die Patienten zu zahlenden Prämien prüfen » (*Parl. Dok.*, Senat, 2012-2013, Nr. 5-1895/3, SS. 5 und 14).

*In Bezug auf das Interesse der klagenden Parteien*

B.3.1. 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.3.2. Der Ministerrat stellt das Interesse sämtlicher klagenden Parteien an der Klageerhebung in Abrede, ungeachtet ihrer Eigenschaft als Krankenhausarzt, Ärztesgesellschaft, VoG zur Vertretung beruflicher Interessen oder als Krankenhaus. Der Ministerrat stützt seine Einrede auf die Zielsetzung des Gesetzgebers und führt an, dass die angefochtenen Bestimmungen sich direkt an die Patienten richteten und nicht an die vorerwähnten klagenden Parteien, die zur Rechtfertigung ihres Interesses im Wesentlichen die finanziellen Auswirkungen anführten, die sich aus dem Verbot ergeben würden, den in Zweibett- oder Gemeinschaftszimmern aufgenommenen Patienten einen Honorarzuschlag in Rechnung zu stellen.

B.3.3. Der vorerwähnte Artikel 152 § 1 des Krankenhausgesetzes, ersetzt durch den angefochtenen Artikel 26 des Gesetzes vom 27. Dezember 2012, ist zwar « anwendbar auf die Patienten im Krankenhaus, einschließlich der Patienten im Tageskrankenhausaufenthalt », doch Artikel 152 § 2 desselben Gesetzes bestimmt, dass es den Krankenhausärzten verboten ist, den Patienten, die in einem Zweibett- oder einem Gemeinschaftszimmer aufgenommen wurden, einen Honorarzuschlag zu berechnen.

In ihrer Eigenschaft als Krankenhausärzte oder als Gesellschaften von Krankenhausärzten, auf die die angefochtene Bestimmung hinsichtlich der Honorarzuschläge, die sie von den im Krankenhaus aufgenommenen Patienten verlangen können, Anwendung finden kann, weisen die klagenden Parteien ihr Interesse an der Klageerhebung nach.

B.3.4. In jeder der Rechtssachen handeln ein oder mehrere Krankenhausärzte oder Gesellschaften von Krankenhausärzten, auf die die angefochtenen Bestimmungen anwendbar sind.

Daher braucht nicht geprüft zu werden, ob die anderen klagenden Parteien ihre Nichtigkeitsklage rechtsgültig eingereicht haben.

Die Einrede wird abgewiesen.

### *Zur Hauptsache*

#### *In Bezug auf die aus einem Verstoß gegen die Regeln der Zuständigkeitsverteilung abgeleiteten Klagegründe*

B.4. Der zweite Klagegrund in der Rechtssache Nr. 5672 und der dritte Klagegrund in der Rechtssache Nr. 5688 sind abgeleitet aus einem Verstoß gegen die Regeln der Zuständigkeitsverteilung. Die klagenden Parteien führen an, da der Zugang zur Pflegeleistung bereits vor der Annahme des angefochtenen Gesetzes gewährleistet gewesen sei, bestehe das einzige Ziel dieses Gesetzes darin, den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern zu begrenzen, die die besten Ärzte anwerben möchten, während dieses Ziel zur Politik der Pflegeleistung innerhalb der Pflegeanstalten gehöre, und hierfür seien ausschließlich die Gemeinschaften zuständig.

B.5. Laut Artikel 5 § 1 I Nr. 1 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 zur Reform der Institutionen in der zum Zeitpunkt der Annahme der angefochtenen Bestimmungen anwendbaren Fassung sind die Gemeinschaften, was die Gesundheitspolitik betrifft, zuständig für « die Politik der Pflegeleistung innerhalb und außerhalb von Pflegeanstalten » mit Ausnahme der in den Buchstaben a) bis g) angeführten Angelegenheiten. Zu diesen Ausnahmen gehören die grundlegenden Rechtsvorschriften (a) und die Kranken- und Invalidenversicherung (c). Für diese Angelegenheiten ist somit alleine die Föderalbehörde zuständig.

B.6. Durch die angefochtenen Artikel 24 bis 27 wird in das Kapitel « Finanzieller Zugang zum Krankenhaus » von Titel I « Allgemeine Bestimmungen » ein neuer Artikel eingefügt (Artikel 30/1) oder werden bestehende Bestimmungen von Kapitel VI « Finanzierung der Betriebskosten » von Titel III « Programmierung, Finanzierung und Zulassung von Krankenhäusern » (Artikel 98) und von Kapitel III « Entlohnungsrechtliche Stellung der Krankenhausärzte » von Titel IV « Spezifische Bestimmungen mit Bezug auf die Verwaltung von Krankenhäusern und die Rechtsstellung von Krankenhausärzten » abgeändert (Artikel 152 und 153). Die anderen angefochtenen Bestimmungen sind direkt damit verbunden.

Die angefochtenen Bestimmungen - und insbesondere Artikel 26 - haben zur Folge, dass der Anwendungsbereich 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, über den Bereich der Kranken- und Invalidenversicherung hinaus ausgedehnt wird, weil sie den Teil der Honorare berühren, für den der Patient selbst aufkommt. Daraus ergibt sich jedoch nicht, dass sie auf die Angelegenheit der Pflegeleistung übergreifen würden, die den Gemeinschaften zugeteilt worden ist. Aus der Aufzählung in Artikel 5 § 1 I Nr. 1 des

vorerwähnten Sondergesetzes und aus den Vorarbeiten dazu geht hervor, dass sich die in Buchstabe a) erwähnten « grundlegenden Rechtsvorschriften » insbesondere auf die Pflegeleistung in den Krankenhäusern bezieht. Gewiss kann nicht jede Bestimmung des Krankenhausgesetzes den « grundlegenden Rechtsvorschriften » zugeordnet werden (siehe u.a. Entscheidung Nr. 108/2000 vom 31. Oktober 2000, B.1.4.1), aber die Bestimmungen, die den Zugang der Patienten zur Pflegeleistung in den Krankenhäusern gewährleisten, gehören zu den Grundregeln der Krankenhauspolitik, so wie sie unter anderem im Krankenhausgesetz enthalten sind.

B.7. Die aus einem Verstoß gegen die Regeln der Zuständigkeitsverteilung abgeleiteten Klagegründe sind unbegründet.

*In Bezug auf alle Klagegründe, die aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Bestimmungen des nationalen und internationalen Rechts abgeleitet sind*

B.8. Die angefochtenen Bestimmungen bezwecken, ein Gleichgewicht zwischen zwei Zielen zu erreichen, die in der Krankenhauspolitik zu beachten sind: einerseits die Garantie des gleichen Zugangs zur Pflegeleistung in den Krankenhäusern durch die Einführung von festen und vorhersehbaren Tarifen, insbesondere, wenn der Patient ein Gemeinschafts- oder ein Zweibettzimmer wählt, und andererseits die Gewährleistung einer gerechten Vergütung für die Pflegeerbringer durch die Aufrechterhaltung des Prinzips der Honorarfreiheit. Der Gesetzgeber hat dieses doppelte Ziel konkretisiert, indem er den Abschluss von Vereinbarungen zwischen den Berufsorganisationen und den Versicherungsträgern begünstigt hat. Er hat den Ärzten Anreize geboten, den Vereinbarungen beizutreten, wobei außerhalb dieser Vereinbarungen die Freiheit zur Festlegung der Honorare erhalten bleibt.

B.9. Die angefochtenen Bestimmungen, und insbesondere Artikel 26, der es durch die Ersetzung von Artikel 152 des vorerwähnten Krankenhausgesetzes nunmehr den Krankenhausärzten verbietet, den in einem Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer aufgenommenen Patienten einen Honorarzuschlag zu berechnen, sind Ausdruck des Willens, sowohl den Anwendungsbereich der Vereinbarungen zu erweitern, indem sie für allgemein verbindlich erklärt werden für die Ärzte, die ihnen nicht beigetreten sind, in Situationen, die nach Auffassung des Gesetzgebers entsprechende Beachtung verdienen, als auch zu verhindern, wenn der Patient ein Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer wählt, dass die verbleibende Tariffreiheit zur Berechnung übertriebener Honorare führt.

B.10. Obwohl durch die angefochtenen Bestimmungen die Tariffreiheit der Krankenhausärzte erheblich eingeschränkt wird und sie in einem gewissen Maße dazu führen können, die Investitionen in die technologische Ausrüstung der Krankenhäuser, in denen Honorarzuschläge angewandt werden, zu bremsen, können sie jedoch in bestimmten Fällen den Interessen der Patienten Vorrang vor denjenigen der Ärzte geben.

B.11. Es gehört zur Ermessensbefugnis des Gesetzgebers, solche Interessen miteinander in Einklang zu bringen.

Der Gerichtshof könnte die Entscheidungen des Gesetzgebers nur missbilligen, wenn sie einen ungerechtfertigten Behandlungsunterschied oder ein Missverhältnis zwischen den eingesetzten Mitteln und dem angestrebten Ziel darstellen würden.

B.12. Der Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung schließt nicht aus, dass ein Behandlungsunterschied zwischen bestimmten Kategorien von Personen eingeführt wird, soweit dieser Unterschied auf einem objektiven Kriterium beruht und in angemessener Weise gerechtfertigt ist. Dieser Grundsatz untersagt übrigens, dass Kategorien von Personen, die sich angesichts der beanstandeten Maßnahme in wesentlich verschiedenen Situationen befinden, in gleicher Weise behandelt werden, ohne dass hierfür eine angemessene Rechtfertigung vorliegt.

Das Vorliegen einer solchen Rechtfertigung ist im Hinblick auf Zweck und Folgen der beanstandeten Maßnahme sowie auf die Art der einschlägigen Grundsätze zu beurteilen; es wird gegen den Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung verstoßen, wenn feststeht, dass die eingesetzten Mittel in keinem angemessenen Verhältnis zum verfolgten Zweck stehen.

B.13. Insofern die Bestimmungen zu einem Großteil eine Gleichbehandlung 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 umso weniger zu rechtfertigen, als die so genannten Vertragsärzte soziale Vorteile genießen, die den Nicht-Vertragsärzten verweigert werden.

B.14. 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 die 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.15. Indem der Gesetzgeber die beanstandeten Einschränkungen in den Fällen, auf die sich Artikel 152 § 2 des Krankenhausgesetzes, ersetzt durch Artikel 26 des angefochtenen Gesetzes, bezieht, für anwendbar erklärt hat, hat er eine Maßnahme ergriffen, die vernünftig gerechtfertigt ist.

Es kann nämlich nicht unvernünftig, davon auszugehen, dass die Patienten, die darum gebeten haben, in einem Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer 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.

B.16. Es stimmt auch, 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 Krankenhausfachärzte anders als die übrigen Fachärzte, die nicht oder nicht hauptsächlich im Krankenhausbereich tätig sind. 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.17. Es ist wahrscheinlich, dass die öffentlichen Krankenhäuser und die Privatkrankenhäuser, die keine Honorarzuschläge für Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer in Rechnung stellen, leichter die finanziellen Auswirkungen der angefochtenen Maßnahmen bewältigen können als die Privatkrankenhäuser, die bis zum Inkrafttreten des angefochtenen Gesetzes diese Honorarzuschläge in Rechnung stellten.

B.18. Insofern der Gesetzgeber bemüht ist, den Zugang zur Pflegeleistung in den Krankenhäusern zu gewährleisten, indem er die Tarifsicherheit und die Tariftransparenz 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.19. Hinsichtlich der angeblich unverhältnismäßigen Folgen der angefochtenen Maßnahmen beruhen die Behauptungen der klagenden Parteien auf Annahmen, die nicht unwahrscheinlich sind, 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 - so wie in den Vorarbeiten (*Parl. Dok.*, Senat, 2012-2013, Nr. 5-1895/3, SS. 14-15) in Erinnerung gerufen wurde - Korrekturen und Vorschläge im Rahmen der

Verhandlungen, die innerhalb der Nationalen Kommission Ärzte-Krankenkassen geführt werden, begründen können.

B.20. Die Klagegründe sind unbegründet.

*In Bezug auf die aus einem Verstoß gegen Artikel 23 der Verfassung abgeleiteten Klagegründe*

B.21. 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;

2. das Recht auf soziale Sicherheit, auf Gesundheitsschutz und auf sozialen, medizinischen und rechtlichen Beistand;

[...] ».

B.22. Nach Auffassung der klagenden Parteien würden die angefochtenen Bestimmungen, die den Betrag der Honorare, die die Krankenhausärzte gewissen Patienten in Rechnung stellen könnten, begrenzen, ihre Arbeitsbedingungen beeinträchtigen und somit gegen den Stillhaltegrundsatz verstoßen, der durch die vorerwähnte Bestimmung gewährleistet werde. Dieselben Bestimmungen verletzen außerdem das Recht der Patienten, eine Pflegeleistung von guter Qualität zu erhalten.

B.23. Artikel 23 der Verfassung beinhaltet eine Stillhalteverpflichtung, die verhindert, dass der zuständige Gesetzgeber das durch die geltenden Rechtsvorschriften gebotene Schutzniveau auf erhebliche Weise verringert, ohne dass hierfür Gründe im Zusammenhang mit dem Allgemeininteresse bestehen.

B.24.1. Das für die Krankenhausärzte geltende Verbot, unter den in B.2.1 bis B.2.3 in Erinnerung gerufenen Bedingungen den in einem Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer aufgenommenen Patienten einen Honorarzuschlag zu berechnen, stellt weder das Recht auf Arbeit, noch das Recht auf gerechte Entlohnung der betreffenden Ärzte in Frage. Diese erhalten nämlich weiterhin Honorare, so wie sie aufgrund der Vereinbarungen zwischen Ärzten und Krankenkassen für sämtliche konventionierten Krankenhausärzte und für die nichtkonventionierten Krankenhausärzte, die keine Honorarzuschläge in Rechnung stellen, gelten.

B.24.2. Außerdem haben die angefochtenen Maßnahmen, die bezwecken, allen Patienten einen gleichen Zugang zur Pflegeleistung in den Krankenhäusern zu gewährleisten, zur Folge, die in Artikel 23 Absatz 3 Nr. 2 der Verfassung festgelegte Garantie zu verstärken, und nicht, sie zu verringern.

B.24.3. Schließlich untermauern die klagenden Parteien nicht die Wechselwirkung zwischen der Qualität der Pflegeleistung und dem Betrag der den Patienten berechneten Honorare. Sie legen keine Angaben vor, aus denen zu schlussfolgern wäre, dass die Qualität der Pflegeleistung in Belgien besser gewährleistet würde durch jene Krankenhäuser - die Übrigens in der Minderheit sind -, die den in einem Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer aufgenommenen Patienten einen Honorarzuschlag berechnen.

B.25. Die Klagegründe sind unbegründet.

*In Bezug auf die Klagegründe, die aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Regeln des europäischen Rechts in Bezug auf den freien Dienstleistungsverkehr und die Niederlassungsfreiheit abgeleitet sind*

B.26. In den Rechtssachen Nrn. 5672 und 5689 führen die klagenden Parteien an, dass die angefochtenen Bestimmungen insbesondere die Artikel 49 und 56 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) verletzen, die einerseits Beschränkungen der freien Niederlassung von Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedstaates und andererseits Beschränkungen des freien Dienstleistungsverkehrs innerhalb der Europäischen Union verbieten würden.

Die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 5689 sind Krankenhausärzte, die Bürger eines anderen Mitgliedstaates sind und ihren Wohnsitz in Belgien haben oder ihre Krankenhausaktivitäten während eines Teils der Woche in Belgien ausüben; sie bitten den Verfassungsgerichtshof, dem Gerichtshof der Europäischen Union in Anwendung von Artikel 267 des AEUV eine Vorabentscheidungsfrage zu stellen.



B.27. Wird eine Frage über die Auslegung des Unionsrechts in einem schwebenden Verfahren bei einem einzelstaatlichen Gericht gestellt, dessen Entscheidungen selbst nicht mehr mit Rechtsmitteln des innerstaatlichen Rechts angefochten werden können, ist dieses Gericht gemäß Artikel 267 Absatz 3 des AEUV zur Anrufung des Gerichtshofes der Europäischen Union verpflichtet. Diese Anrufung ist jedoch nicht erforderlich, wenn das betreffende Gericht festgestellt hat, « dass die gestellte Frage nicht entscheidungserheblich ist, dass die betreffende gemeinschaftsrechtliche Bestimmung bereits Gegenstand einer Auslegung durch den Gerichtshof war oder dass die richtige Anwendung des Gemeinschaftsrechts derart offenkundig ist, dass für einen vernünftigen Zweifel keinerlei Raum bleibt » (EuGH, 6. Oktober 1982, C-283/81, *CILFIT*, Randnr. 21).

B.28.1. Artikel 49 des AEUV bestimmt:

« Die Beschränkungen der freien Niederlassung von Staatsangehörigen eines Mitgliedstaats im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedstaats sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen verboten. Das Gleiche gilt für Beschränkungen der Gründung von Agenturen, Zweigniederlassungen oder Tochtergesellschaften durch Angehörige eines Mitgliedstaats, die im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats ansässig sind.

Vorbehaltlich des Kapitels über den Kapitalverkehr umfasst die Niederlassungsfreiheit die Aufnahme und Ausübung selbstständiger Erwerbstätigkeiten sowie die Gründung und Leitung von Unternehmen, insbesondere von Gesellschaften im Sinne des Artikels 54 Absatz 2, nach den Bestimmungen des Aufnahmestaats für seine eigenen Angehörigen ».

B.28.2. Artikel 56 des AEUV bestimmt:

« Die Beschränkungen des freien Dienstleistungsverkehrs innerhalb der Union für Angehörige der Mitgliedstaaten, die in einem anderen Mitgliedstaat als demjenigen des Leistungsempfängers ansässig sind, sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen verboten.

Das Europäische Parlament und der Rat können gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren beschließen, dass dieses Kapitel auch auf Erbringer von Dienstleistungen Anwendung findet, welche die Staatsangehörigkeit eines dritten Landes besitzen und innerhalb der Union ansässig sind ».

B.28.3. Die Beschränkungen im Sinne der Artikel 49 und 56 des AEUV sind von einem Mitgliedstaat der Europäischen Union ergriffene Maßnahmen, die die Ausübung der Niederlassungsfreiheit oder des freien Dienstleistungsverkehrs verbieten, behindern oder weniger attraktiv machen (EuGH, Große Kammer, 28. April 2009, C-518/06, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Italienische Republik*, Randnr. 62; EuGH, Große Kammer, 1. Juni 2010, C-570/07 und C-571/07, *Blanco Pérez und Chao Gómez*, Randnr. 53; EuGH, 7. Oktober 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota u.a.*, Randnr. 29).

Eine Regelung eines Mitgliedstaats stellt nicht allein deshalb eine Beschränkung dar, weil andere Mitgliedstaaten in ihrem Gebiet ansässige Erbringer gleichartiger Dienstleistungen weniger strengen oder wirtschaftlich interessanteren Vorschriften unterwerfen (EuGH, Große Kammer, 28. April 2009, C-518/06, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Italienische Republik*, Randnr. 63; 12. September 2013, C-475/11, *Kostas Konstantinides*, Randnr. 47).

B.28.4. In seinem vorerwähnten Urteil vom 12. September 2013 hat der Gerichtshof der Europäischen Union Folgendes präzisiert:

« 47. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass eine Regelung eines Mitgliedstaats nicht allein deshalb eine Beschränkung im Sinne des AEU-Vertrags darstellt, weil andere Mitgliedstaaten die in ihrem Hoheitsgebiet ansässigen Erbringer gleichartiger Dienstleistungen weniger strengen oder wirtschaftlich interessanteren Vorschriften unterwerfen (vgl. Urteil *Kommission/Italien*, Randnr. 49 und die dort angeführte Rechtsprechung).

48. Daher kann allein daraus, dass sich Ärzte, die in anderen Mitgliedstaaten als der Bundesrepublik Deutschland niedergelassen sind, bei der Berechnung ihrer Honorare für in Hessen erbrachte Leistungen den dort geltenden Regeln unterwerfen müssen, nicht auf das Vorliegen einer Beschränkung im Sinne des Vertrags geschlossen werden.

49. Sollte jedoch - was der Beurteilung durch das nationale Gericht unterliegt - der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden Regelung jegliche Flexibilität fehlen, würde ihre Anwendung, die auf Ärzte aus anderen Mitgliedstaaten abschreckend wirken könnte, eine Beschränkung im Sinne des Vertrags darstellen.

50. Was die Rechtfertigung einer solchen Beschränkung anbelangt, können nach gefestigter Rechtsprechung nationale Maßnahmen, die geeignet sind, die Ausübung der durch den Vertrag garantierten Grundfreiheiten zu behindern oder weniger attraktiv zu machen, nur dann zugelassen werden, wenn mit ihnen ein im Allgemeininteresse liegendes Ziel verfolgt wird, wenn sie geeignet sind, dessen Erreichung zu gewährleisten, und wenn sie nicht über das hinausgehen, was zur Erreichung des verfolgten Ziels erforderlich ist (vgl. u.a. Urteil vom 16. April 2013, *Las*, C-202/11, noch nicht in der amtlichen Sammlung veröffentlicht, Randnr. 23 und die dort angeführte Rechtsprechung).

51. Insoweit obliegt dem vorlegenden Gericht die Prüfung, ob sich die im Ausgangsverfahren in Rede stehende Regelung - unterstellt, dass ihre Anwendung unter Bedingungen wie den in der Vorlageentscheidung beschriebenen eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs darstellt - auf ein im Allgemeininteresse liegendes Ziel stützt. Allgemein ist darauf hinzuweisen, dass der Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen, wie ihn Art. 36 AEUV vorsieht, sowie der Verbraucherschutz Ziele sind, die als zwingende Gründe des Allgemeininteresses angesehen werden können und mit denen sich eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs rechtfertigen lässt (vgl. in diesem Sinne u.a. Urteile vom 5. Dezember 2006, *Cipolla u.a.*, C-94/04 und C-202/04, *Slg.* 2006, I-11421, Randnr. 64 und die dort angeführte Rechtsprechung, sowie vom 8. November 2007, *Ludwigs-Apotheke*, C-143/06, *Slg.* 2007, I-9623, Randnr. 27 und die dort angeführte Rechtsprechung).

52. Hinsichtlich der Frage, ob eine solche, auf ein im Allgemeininteresse liegendes Ziel gestützte Regelung geeignet ist, die Erreichung des verfolgten Ziels zu gewährleisten, und ob sie nicht über das hinausgeht, was zu seiner Erreichung erforderlich ist, ist es Sache des vorlegenden Gerichts, zu prüfen, ob diese Regelung tatsächlich dem Anliegen gerecht wird, das verfolgte Ziel in kohärenter und systematischer Weise zu erreichen. Bei der Prüfung der Verhältnismäßigkeit ist insbesondere die Schwere der beabsichtigten Sanktion zu berücksichtigen.

53. Demnach ist es Sache des vorlegenden Gerichts, zu prüfen, ob die im Ausgangsverfahren in Rede stehende Regelung eine Beschränkung im Sinne von Art. 56 AEUV darstellt und - wenn ja - ob mit ihr ein im Allgemeininteresse liegendes Ziel verfolgt wird, ob sie geeignet ist, dessen Erreichung zu gewährleisten, und ob sie nicht über das hinausgeht, was zur Erreichung des verfolgten Ziels erforderlich ist ».

B.29.1. Ohne dass geprüft werden muss, ob die angefochtenen Bestimmungen Beschränkungen im Sinne der Artikel 49 und 56 des AEUV darstellen, genügt die Feststellung, dass sie die in B.28.4 angeführten Kriterien erfüllen.

B.29.2. Wie in B.2.1 in Erinnerung gerufen wurde, besteht das Hauptziel der angefochtenen Bestimmungen nämlich im Zugang zu einer Pflegeleistung von guter Qualität für alle Krankenhauspatienten, ungeachtet ihrer vollständig freien Wahl des Zimmers. Das Gesetz bezweckt also, die Gesundheit der Personen zu schützen, und dieses Ziel entspricht Artikel 36 des AEUV; es kann, wie in B.28.4 in Erinnerung gerufen wurde, einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses darstellen, der eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs rechtfertigen kann.

B.29.3. Aus der Prüfung der aus dem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung abgeleiteten Klagegründe geht hervor, dass die angefochtenen Bestimmungen die Verwirklichung dieses Ziels gewährleisten und - wie in B.8 in Erinnerung gerufen wurde - dies im Gleichgewicht mit dem Bemühen halten können, den Pflegeern eine gerechte Entlohnung unter Wahrung der Honorarfreiheit zu sichern, und dass diese Bestimmungen nicht über das hinausgehen, was zur Verwirklichung dieses Ziels notwendig ist. Die angefochtenen Bestimmungen verpflichten die Krankenhausärzte nämlich nicht, den Vereinbarungen zwischen Ärzten und Krankenkassen vertraglich beizutreten, und sie verbieten es ebenfalls nicht, Honorarzuschläge zu berechnen für die Patienten, die sich für ein Einzelzimmer entscheiden. Im Übrigen ist daran zu erinnern, dass der Betrag der Vergütung eines Krankenhausarztes sich nicht unmittelbar aus den von ihm in Rechnung gestellten Honoraren ergibt, sondern aus dem Vertrag, durch den er mit dem Krankenhaus oder der Ärztesgesellschaft, die das Krankenhaus verwaltet, gebunden ist.

B.29.4. Die angefochtenen Bestimmungen sind folglich vereinbar mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Artikeln 49 und 56 des AEUV.

B.30. Angesichts des Vorstehenden besteht kein Anlass, dem Gerichtshof der Europäischen Union eine Vorabentscheidungsfrage zu stellen.

Aus diesen Gründen:

Der Gerichtshof

weist die Klagen zurück.

Erlassen in französischer, niederländischer und deutscher Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof, am 17. Juli 2014.

Der Kanzler,

Der Präsident,

P.-Y. Dutilleux

J. Spreutels