

Geschäftsverzeichnissnr. 7136

Entscheid Nr. 102/2021  
vom 8. Juli 2021

ENTSCHEIDSAUSZUG

---

*In Sachen:* Vorabentscheidungsfragen in Bezug auf Artikel 56<sup>ter</sup> § 5 Nr. 1 Buchstabe *b*) und § 11 Nr. 2 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, gestellt vom Staatsrat.

Der Verfassungsgerichtshof,

zusammengesetzt aus den Präsidenten F. Daoût und L. Lavrysen, und den Richtern P. Nihoul, T. Giet, J. Moerman, Y. Kherbache und D. Pieters, unter Assistenz des Kanzlers P.-Y. Dutilleux, unter dem Vorsitz des Präsidenten F. Daoût,

erlässt nach Beratung folgenden Entscheid:

\*

\* \*

### I. *Gegenstand der Vorabentscheidungsfragen und Verfahren*

In seinem Entscheid Nr. 243.856 vom 28. Februar 2019, dessen Ausfertigung am 7. März 2019 in der Kanzlei des Gerichtshofes eingegangen ist, hat der Staatsrat folgende Vorabentscheidungsfragen gestellt:

« 1. Verstößt Artikel 56ter § 11 Nr. 2 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, indem er zur Folge hat, dass die Krankenhäuser derselben rechtlichen Regelung unterliegen, was die Berechnung der im Rahmen des Systems der Referenzbeträge zu erstattenden Beträge betrifft, ohne dabei zu unterscheiden zwischen

- einerseits den Krankenhäusern, deren ambulante Leistungen, die während der Karenzzeit für die Berechnung der zu erstattenden Beträge berücksichtigt werden, unter ihrer Kontrolle mit einem System der zentralen Einforderung der Honorare erbracht werden,

- und andererseits den Krankenhäusern, deren ambulante Leistungen, die während der Karenzzeit für die Berechnung der zu erstattenden Beträge berücksichtigt werden, ohne zentrale Einforderung erbracht werden, worauf sie keine Kontrolle ausüben können, und ohne dass dabei unterschieden wird zwischen einerseits den Krankenhäusern, die sich an der Grenze des Landes befinden, wo Patienten aufgenommen werden, nachdem ambulante Leistungen im Ausland erbracht worden sind, und andererseits den Krankenhäusern, die nicht den Vorteil dieser regelmäßigen ausländischen Patientenschaft genießen?

2. Ist in der Annahme, dass die erste Frage bejahend beantwortet wird, davon auszugehen, dass dies immer noch der Fall wäre unter Berücksichtigung der durch Artikel 56ter § 5 Nr. 1 Buchstabe b) des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erfolgten Einführung eines Korrekturmechanismus, der es ermöglicht, gegebenenfalls den Betrag der einem Krankenhaus auferlegten Erstattung auf den Betrag der ‘ tatsächlichen Ausgaben für die Aufnahmen ’ zu reduzieren? ».

(...)

### III. *Rechtliche Würdigung*

(...)

#### *In Bezug auf die fragliche Bestimmung und deren Kontext*

B.1. Artikel 56ter des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung (nachstehend: Gesetz vom 14. Juli 1994), ersetzt durch Artikel 50 des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 « zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheitspflege », anschließend abgeändert durch

die Artikel 31 und 44 des Gesetzes vom 10. Dezember 2009 « zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit » und durch Artikel 8 Nr. 1 des Gesetzes vom 19. März 2013 « zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich Gesundheit (I) », bestimmte:

« § 1. In Abweichung von den Bestimmungen des vorliegende[n] 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 Pfl egetagpreises 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 95 des am 10. Juli 2008 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser und andere Pflegeeinrichtungen 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 jeden 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 149 Nr. 1 Absatz 2 oder in Artikel 150 Absatz 1 des am 10. Juli 2008 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser und andere Pflegeeinrichtungen erwähnt ist. Solange keine Regelung vorgesehen ist, findet die in Artikel 151 Absatz 3 bis 5 des vorerwähnten Gesetzes erwähnte Regelung Anwendung.

§ 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.

[...]

§ 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:

[...]

§ 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.2. Artikel 2 des königlichen Erlasses vom 18. Dezember 2012 « zur Ausführung von Artikel 56ter § 1 und § 11 Nr. 2 Absatz 1 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung hinsichtlich der Referenzbeträge pro Aufnahme » bestimmt:

« Conformément à l'article 56ter, § 11, 2°, pour le groupe de diagnostic défini au paragra[p]he 9, 1°, [sont] pris[es] en compte, dans le cadre du calcul des montants de référence et de la dépense[...] médiane, toutes les prestations appartenant aux groupes de prestations définies au paragraphe 8, réalisées au cours de la période de carence, définie comme étant les 30 jours qui précèdent une admission prise en considération pour le calcul des montants de référence ».

B.3. Durch seinen Entscheid Nr. 6/2018 vom 18. Januar 2018 hat der Gerichtshof Artikel 56ter § 5 Nr. 1 Buchstabe *b*) des vorerwähnten Gesetzes vom 14. Juli 1994 für nichtig erklärt, insofern er vorsieht, dass die tatsächlich zu erstattenden Beträge für die vor dem 1. Januar 2009 endenden Aufnahmen der Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben der ausgewählten Krankenhäuser und der nationalen Medianausgabe entsprechen, wenn diese gleich null ist.

B.4. Artikel 9 des Gesetzes vom 19. Juli 2018 « über die Bündelfinanzierung der Krankenhauspflege mit niedriger Variabilität » (nachstehend: Gesetz vom 19. Juli 2018) hebt Artikel 56ter des Gesetzes vom 14. Juli 1994 auf. Artikel 13 des Gesetzes vom 19. Juli 2018 hebt den königlichen Erlass vom 18. Dezember 2012 auf.

Artikel 16 des Gesetzes vom 19. Juli 2018 bestimmt:

« Les dispositions abrogées par les articles 9, 10, 12, 13 et 14 continuent à produire leurs effets pour les admissions qui prennent fin avant le 1er janvier 2018 ».

B.5.1. Artikel 147 des am 10. Juli 2008 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser und andere Pflegeeinrichtungen (nachstehend: Gesetz vom 10. Juli 2008) bestimmt:

« Ungeachtet des im Krankenhaus angewandten Entlohnungssystems werden alle Beträge, die von Patienten oder Dritten zur Entlohnung der Leistungen der Krankenhausärzte für im Krankenhaus aufgenommene Patienten zu zahlen sind, zentral eingefordert ».

B.5.2. Artikel 149 Nr. 1 des Gesetzes vom 10. Juli 2008 bestimmt:

« Außer wenn der Ärzterat beschließt, selbst einen Dienst für die zentrale Einforderung der Honorare einzurichten, nimmt das Krankenhaus die zentrale Einforderung unter Einhaltung folgender Bedingungen vor:

1. Die Regelung der Arbeitsweise des Einforderungsdienstes muss im gemeinsamen Einvernehmen zwischen Verwalter und Ärzterat aufgestellt werden.

In dieser Regelung werden unter anderem die Frist bestimmt, binnen der die Pflegebescheinigungen vom Krankenhausarzt übermittelt werden müssen, sowie die Maßnahmen, die auf den Krankenhausarzt anwendbar sind, der sie nicht binnen der festgelegten Frist übermittelt. In der Regelung wird auch die Frist festgelegt, binnen der einerseits die Rechnungen den Schuldnern vorgelegt und andererseits die den Krankenhausärzten geschuldeten Beträge ausgezahlt werden. Vorbehaltlich anders lautender Bestimmungen in der Regelung läuft diese Frist ab der Einforderung und ist der gesetzliche Zinssatz für Beträge, die

nicht zeitig bezahlt werden, nach Ablauf der festgelegten Frist zu entrichten, ohne dass eine Mahnung durch den betreffenden Krankenhausarzt erforderlich ist ».

B.5.3. Artikel 150 Absatz 1 desselben Gesetzes bestimmt:

« Wenn die zentrale Einforderung durch einen zu diesem Zweck vom Ärzterat organisierten Dienst durchgeführt wird, wird im gemeinsamen Einvernehmen mit dem Verwalter eine Regelung über die Arbeitsweise des Dienstes aufgestellt, in der insbesondere festgelegt wird, wie und zu welchem Zeitpunkt die dem Krankenhaus von den Krankenhausärzten geschuldeten Beträge übertragen werden müssen; außerdem muss festgelegt werden, dass der Verwalter oder sein Beauftragter über gleiche Kontrollmöglichkeiten verfügt wie die, die in Artikel 149 Nr. 2 für den Ärzterat und in Artikel 149 Nr. 3 für die Krankenhausärzte erwähnt sind. Vorbehaltlich anders lautender Bestimmungen in der Regelung läuft diese Frist ab der Einforderung und ist der gesetzliche Zinssatz für Beträge, die nicht zeitig bezahlt werden, nach Ablauf der festgelegten Frist zu entrichten, ohne dass eine Mahnung durch den Verwalter erforderlich ist ».

B.5.4. Vor seiner Abänderung durch Artikel 10 des Gesetzes vom 19. Juli 2018 bestimmte Artikel 151 des Gesetzes vom 10. Juli 2008:

« Der König kann nähere Regeln für die Ausführung der Artikel 147 bis 150 festlegen, darin einbegriffen einheitliche Buchführungsregeln.

In der in Artikel 149 Nr. 1 Absatz 2 oder in Artikel 150 Absatz 1 erwähnten Regelung wird unter anderem festgelegt, wie der Unterschied zwischen den tatsächlichen Ausgaben und den Referenzausgaben, der von den Beträgen abgezogen wird, die der Krankenpflichtversicherung vom Dienst für die zentrale Einforderung angerechnet worden sind, so wie in Artikel 56ter des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vorgesehen, für die einzelnen Krankenhausärzte verrechnet wird.

Solange die im vorhergehenden Absatz erwähnte Vorschrift nicht in der erwähnten Regelung aufgenommen ist, erfolgt die Verrechnung für die Krankenhausärzte nach Verhältnis des Anteils eines jeden Krankenhausarztes an der Honorarmasse der Gruppe Leistungserbringer, zu der er während der drei Monate vor der Verrechnung gehört; der für die betreffende Gruppe zu verrechnende Betrag wird auf der Grundlage des relativen Anteils dieser Gruppe an der festgestellten Überschreitung festgelegt, wobei die Zweckbestimmung der erwähnten Honorare unter Anwendung von Artikel 155 mit Ausnahme von § 1 Nr. 2 und § 2 in Betracht gezogen wird.

Wenn die Anwendung von Artikel 155 § 1 Nr. 1 für die betreffenden Honorare zu einem ‘ Pool ’ der Entlohnungen pro Leistung führt, wird deren Anteil ebenfalls verhältnismäßig zum ‘ Pool ’ und nach den für die einzelnen Krankenhausärzte geltenden Regeln verrechnet.

Für die Anwendung von Absatz 3 wird der in Artikel 155 § 1 Nr. 3 und § 3 erwähnten Verwendung nicht Rechnung getragen, sofern die Deckung der Kosten auf der Grundlage nachgewiesener und tatsächlicher Kosten im Einvernehmen mit dem Ärzterat ausgedrückt



wird; in jedem anderen Fall erfolgt die erwähnte Verrechnung zu 75 Prozent zu Lasten des Krankenhausarztes und zu 25 Prozent zu Lasten des Krankenhausverwalters ».

*In Bezug auf die erste Gleichbehandlung*

B.6. Mit der Vorabentscheidungsfrage wird der Gerichtshof zunächst gebeten, über die Vereinbarkeit von Artikel 56ter § 11 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 mit den Artikel 10 und 11 der Verfassung zu befinden, insofern in dieser Bestimmung zwei Kategorien von Krankenhäusern gleich behandelt werden, die zur Erstattung der « ambulanten Leistungen », die während der von dieser Bestimmung definierten « Karenzzeit » erbracht wurden, verpflichtet gewesen seien: einerseits die Krankenhäuser, deren Dienst für die zentrale Einforderung der Honorare der Krankenhausärzte die Honorare für die « ambulanten Leistungen » einfordert, und andererseits die Krankenhäuser, deren Dienst diese Art von Honoraren nicht einfordert.

B.7. Der aus den Artikeln 10 und 11 der Verfassung abgeleitete Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung steht dem entgegen, 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.

B.8. Die in Artikel 56ter § 11 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 enthaltene Regel war Bestandteil eines Bündels von Bestimmungen, die das « System der Referenzbeträge » bildeten.

Dieses System sah vor, dass ein Krankenhaus, dessen Ausgaben für bestimmte Arten von medizinischen Leistungen einen bestimmten Betrag überschritten, « als Sanktion » verpflichtet werden konnte, an das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung den Anteil der Honorare für diese Leistungen zu erstatten, der diesen Betrag überschritt, weil dieser Anteil als eine « ungerechtfertigte », « ungewöhnlich kostspielige » oder « unbegründete Praxis » angesehen wurde. Diese « Sanktion » bezweckte, dieses Krankenhaus dazu zu bewegen, diese Art von « Praktiken » zu korrigieren und das problematische Verhalten der Gesundheitsdienstleister zu ändern (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1491/001 und

52-1492/001, SS. 34-35 und 40-41, und DOC 52-1491/006, SS. 8-9; *Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, 4-1010/2, SS. 8 und 24).

B.9. Der Dienst für die zentrale Einforderung der Honorare eines Krankenhauses wird eingerichtet, um die zur Entlohnung der Krankenhausärzte für die Leistungen, die sie für « im Krankenhaus aufgenommene Patienten » erbracht haben, einzufordern (Artikel 147, 149 und 150 des Gesetzes vom 10. Juli 2008).

Ein solcher Dienst ist grundsätzlich nicht verpflichtet, die Honorare zur Entlohnung dieser Ärzte für die Leistungen, die sie für « ambulante Patienten » erbracht haben, einzufordern (Bericht an den König vor dem königlichen Erlass Nr. 407 vom 18. April 1986 « zur Abänderung und Ergänzung des Gesetzes vom 23. Dezember 1963 über die Krankenhäuser », *Belgisches Staatsblatt* vom 6. Mai 1986, S. 6491).

Dem Verwalter und dem Ärzterat des Krankenhauses steht es jedoch frei, in der « Regelung des Einforderungsdienstes » vorzusehen, dass dieser Dienst auch mit der Einforderung der Honorare für die für « ambulante Patienten » erbrachten Leistungen beauftragt wird.

B.10. Wenn der Dienst für die zentrale Einforderung der Honorare damit beauftragt wurde, ebenfalls diese Honorare einzufordern, mussten die in Anwendung von Artikel 56ter § 5 Nr. 1 Buchstabe *b* des Gesetzes vom 14. Juli 1994 « vom Krankenhaus zu erstattenden Beträge », die sich auf diese Honorarkategorie bezogen, grundsätzlich zwischen dem Krankenhausverwalter und den Krankenhausärzten gemäß den Regeln aufgeteilt werden, die in der « Regelung der Arbeitsweise des Einforderungsdienstes », die im gemeinsamen Einvernehmen zwischen dem Krankenhausverwalter und dem Ärzterat aufgestellt wurde, enthalten waren (Artikel 56ter § 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. Juli 1994; Artikel 149 Nr. 1 und 150 Absatz 1 des Gesetzes vom 10. Juli 2008).

Solange diese Regelung keine Regeln zur Anrechnung dieser « zu erstattenden Beträge » bei den Ärzten enthielt, musste diese Anrechnung den in Artikel 151 Absätze 3 bis 5 des Gesetzes vom 10. Juli 2008 aufgeführten Regeln entsprechen.

B.11. Ein Dienst für die zentrale Einforderung der Honorare hat weder zur Aufgabe, die medizinischen Leistungen zu kontrollieren noch die Höhe der Honorare zu kontrollieren, die

die Krankenhausärzte in Anwendung von Artikel 15 Absatz 2 des königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 « über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe » weiterhin frei festlegen können.

Außerdem hatten die Regeln der Aufteilung oder Anrechnung der zu erstattenden Beträge, die in einer « Regelung der Arbeitsweise des Einforderungsdienstes » enthalten oder in Artikel 151 des Gesetzes vom 10. Juli 2008 aufgeführt sind, weder zum Ziel, die medizinischen Leistungen zu kontrollieren noch die Höhe der von den betroffenen Krankenhausärzten verlangten Honorare zu begrenzen.

B.12. Hingegen stand es sowohl dem Krankenhausverwalter, dessen Dienst für die zentrale Einforderung der Honorare der Krankenhausärzte die Honorare für « ambulante Leistungen » einforderte, als auch dem Krankenhausverwalter, dessen Dienst diese Art von Honoraren nicht einforderte, frei, in der in Artikel 144 des Gesetzes vom 10. Juli 2008 vorgesehenen « allgemeinen Regelung » Regeln aufzunehmen, um die Höhe dieser Art von Honoraren gemäß Artikel 15 Absatz 2 des königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 zu begrenzen.

B.13. Aus dem Vorstehenden ergibt sich, dass nicht erwiesen ist, dass sich die beiden in B.6 definierten Krankenhauskategorien angesichts der beanstandeten Maßnahme in wesentlich verschiedenen Situationen befinden.

B.14. Insoweit der Gerichtshof gebeten wird, die Verfassungsmäßigkeit der in Artikel 56ter § 11 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 vorgesehenen Gleichbehandlung dieser Krankenhäuser zu prüfen, ist die Vorabentscheidungsfrage verneinend zu beantworten.

#### *In Bezug auf die zweite Gleichbehandlung*

B.15. Mit der Vorabentscheidungsfrage wird der Gerichtshof auch gebeten, über die Vereinbarkeit von Artikel 56ter § 11 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 mit den Artikel 10 und 11 der Verfassung zu befinden, insofern diese Bestimmung zur Folge hätte, dass « Krankenhäuser, die sich an der Grenze des Landes befinden, wo Patienten aufgenommen werden, nachdem ambulante Leistungen im Ausland erbracht worden sind » derselben

rechtlichen Regelung unterworfen werden wie Krankenhäuser, « die nicht den Vorteil dieser regelmäßigen ausländischen Patientenschaft genießen ».

B.16. Der aus den Artikeln 10 und 11 der Verfassung abgeleitete Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung steht dem entgegen, 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.

Die Prüfung der Vereinbarkeit einer Gesetzesbestimmung mit diesem Grundsatz setzt insbesondere die genaue Identifizierung von zwei Personenkategorien voraus, die gleich behandelt werden.

Die Formulierung der Vorabentscheidungsfrage, mit der der Gerichtshof gebeten wird, eine solche Prüfung vorzunehmen, muss daher die für diese Identifizierung notwendigen Elemente enthalten. Es ist nicht Sache des Gerichtshofes, die Verfassungsmäßigkeit einer Gleichbehandlung von zwei Personenkategorien zu prüfen, deren Umrisse er selbst definieren müsste, weil diese in der Vorabentscheidungsfrage nicht ausreichend definiert werden.

B.17.1. Die Vorabentscheidungsfrage bezieht sich auf die « Krankenhäuser, die sich an der Grenze des Landes befinden ».

Kein Krankenhaus im Sinne des Gesetzes vom 14. Juli 1994 befindet sich an der Staatsgrenze im eigentlichen Sinne oder entlang der Grenze. Der Gerichtshof kann folglich nur vermuten, dass der in der Vorabentscheidungsfrage verwendete Ausdruck « Krankenhäuser, die sich an der Grenze des Landes befinden » so zu verstehen ist, dass damit ein Krankenhaus in der Nähe einer Staatsgrenze gemeint ist.

Die Nähe ist aber ein Begriff, der sich als solcher auf eine subjektive Einschätzung bezieht, sodass er nicht ausreichend präzise ist, um die zwei Personenkategorien zu identifizieren, deren Situationen im Rahmen der Prüfung der Verfassungsmäßigkeit einer Gleichbehandlung solcher Kategorien zu berücksichtigen sind.

B.17.2. Mit der in der Vorabentscheidungsfrage verwendeten Formulierung wird der Gerichtshof außerdem gebeten, die « Krankenhäuser, die nicht den Vorteil [einer] regelmäßigen

ausländischen Patientenschaft genießen » von den Krankenhäusern zu unterscheiden, die den Vorteil einer solchen Patientenschaft genießen. Aus dieser Frage geht auch hervor, dass diese « regelmäßige ausländische Patientenschaft » aus – belgischen oder ausländischen – Patienten besteht, die im Krankenhaus aufgenommen worden sind, nachdem sie « ambulante Leistungen im Ausland » erhalten haben.

Der Begriff der « regelmäßigen » Patientenschaft ist für sich genommen nicht ausreichend präzise, damit eine ausreichende Identifizierung von zwei Personenkategorien im Rahmen der Prüfung der Verfassungsmäßigkeit einer Gleichbehandlung von solchen Kategorien möglich ist.

B.17.3. Darüber hinaus wird in der Formulierung der Vorabentscheidungsfrage angedeutet, dass alle « Krankenhäuser, die sich an der Grenze des Landes befinden », regelmäßig Patienten aufnehmen, die zuvor in einer Einrichtung auf dem Gebiet eines anderen Staates versorgt worden sind, und dass die Krankenhäuser, die sich anderswo auf belgischem Staatsgebiet befinden, solche Patienten nicht regelmäßig aufnehmen.

Allerdings ist es weder so, dass alle Krankenhäuser, die sich in der Nähe einer Grenze befinden, regelmäßig solche Patienten aufnehmen, noch so, dass diese Patienten nicht auch regelmäßig in Krankenhäusern aufgenommen werden, die sich weiter entfernt von den Staatsgrenzen befinden.

B.17.4. Aus dem Vorstehenden geht hervor, dass die Vorabentscheidungsfrage, so wie sie formuliert ist, nicht die notwendigen Elemente enthält, damit der Gerichtshof die zwei Personenkategorien, die gleich behandelt würden, ausreichend präzise identifizieren kann.

B.18. Insoweit sie sich auf die « Krankenhäuser, die sich an der Grenze des Landes befinden » und die den Vorteil einer « regelmäßigen ausländischen Patientenschaft » genießen, bezieht, ist die Vorabentscheidungsfrage unzulässig.

Aus diesen Gründen:

Der Gerichtshof

erkennt für Recht:

- Insofern er die Krankenhäuser, deren Dienst für die zentrale Einforderung der Honorare der Krankenhausärzte die Honorare für die « ambulanten Leistungen » einfordert, und die Krankenhäuser, deren Dienst diese Art von Honoraren nicht einfordert, gleich behandelt, verstößt Artikel 56ter § 11 Nr. 2 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung nicht gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung.

- Insofern sie sich auf eine behauptete Gleichbehandlung der Krankenhäuser, « die sich an der Grenze des Landes befinden » und die den Vorteil einer « regelmäßigen ausländischen Patientenschaft » genießen, und der Krankenhäuser, die sich anderswo befinden, bezieht, ist die Vorabentscheidungsfrage unzulässig.

Erlassen in französischer und niederländischer Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof, am 8. Juli 2021.

Der Kanzler,

Der Präsident,

(gez.) P.-Y. Dutilleux

(gez.) F. Daoût