



Übersetzung

STAATSRAT

Gesetzgebungsabteilung

Gutachten 60.978/3

vom 22. März 2017

über

einen Entwurf eines Erlasses der Regierung der
Deutschsprachigen Gemeinschaft ,über die Finanzierung von
Infrastrukturvorhaben von Krankenhäusern‘

Am 13. Februar 2017 wurde der Staatsrat, Gesetzgebungsabteilung, von dem Minister für Familie, Gesundheit und Soziales der Deutschsprachigen Gemeinschaft darum gebeten, innerhalb einer Frist von dreißig Tagen, die bis zum 22. März 2017 verlängert wurde, ein Gutachten über einen Entwurf eines Erlasses der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft ‚über die Finanzierung von Infrastrukturvorhaben von Krankenhäusern‘ abzugeben.

Der Entwurf wurde von der dritten Kammer am 14. März 2017 untersucht. Die Kammer setzte sich zusammen aus Jo BAERT, Kammerpräsident, Jeroen VAN NIEUWENHOVE und Koen MUYLLE, Staatsräte, Bruno PEETERS, Beisitzer, und Astrid TRUYENS, Greffier.

Der Bericht wurde von Tim CORTHAUT, Auditor, vorgelegt.

Das Gutachten, dessen Wortlaut nachstehend wiedergegeben ist, wurde am 22. März 2017 abgegeben.

*

TRAGWEITE UND RECHTSGRUNDLAGE DES ENTWURFS

1. Der zur Begutachtung vorgelegte Entwurf eines Erlasses der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft zielt darauf ab, Abschnitt 5 („Krankenhäuser“) von Kapitel II („Besondere Bestimmungen“) des Dekrets vom 18. März 2002 'zur Infrastruktur'¹ durchzuführen.

2.1. Neben einigen Begriffsbestimmungen (Artikel 1 des Entwurfs) wird der Mindestinhalt der Kooperationsvereinbarung zwischen den Krankenhäusern der Deutschsprachigen Gemeinschaft bestimmt (Artikel 2). Einerseits ist in dieser Vereinbarung die Zusammenarbeit mit einem strategischen Partner in gewissen Punkten zu beschreiben (Artikel 2 Absatz 1 Nr. 1); andererseits sind ein oder mehrere Abkommen zwischen Krankenhäusern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft im Hinblick auf die Entwicklung von geteilten Unterstützungsdiensten abzuschließen (Artikel 2 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2). Die verschiedenen Aspekte der Kooperationsvereinbarung können in getrennten Vereinbarungen aufgenommen werden (Artikel 2 Absatz 3).

Diese entworfenen Bestimmungen finden ihre Rechtsgrundlage in Artikel 44 des Dekrets vom 18. März 2002, der die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft ermächtigt, die Mindestvorgaben dieser Kooperationsvereinbarung festzulegen (siehe jedoch Bemerkung 6).

2.2. Die nähere Umschreibung der Instandsetzungsarbeiten und die Weise, auf die diese Arbeiten in der Buchhaltung der Krankenhäuser einzutragen sind, werden in Absatz 1 bzw. in Absatz 2 von Artikel 3 des Entwurfs behandelt.

Die erste entworfenen Bestimmung findet ihre Rechtsgrundlage in Artikel 44.2 Absatz 3 des Dekrets vom 18. März 2002, aufgrund dessen die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft die Instandsetzungsarbeiten festlegen kann. Bleibt die zweite entworfenen Bestimmung bestehen (siehe Bemerkung 8), so kann sie sich auf die allgemeine Durchführungszuständigkeit dieser Regierung² in Verbindung mit der o.a. Dekretsbestimmung stützen.

2.3. Artikel 4 Absätze 1 und 2 des Entwurfs enthält eine Regelung bezüglich der Belege für die Verwendung der Zuschüsse für Instandsetzungsarbeiten. Diese entworfenen Bestimmungen finden ihre Rechtsgrundlage in Artikel 44.2 Absatz 4 des Dekrets vom 18. März 2002, der die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft ermächtigt, die Unterlagen zu bestimmen, die zwecks Kontrolle der Verwendung der Mittel der Subvention einzureichen sind.

Artikel 4 Absatz 3 regelt die Zurückforderung der Zuschüsse, die nicht gemäß dem Zweck verwendet wurden, für den sie gewährt worden sind. Würde diese entworfenen Bestimmung beibehalten (siehe Bemerkung 9), so kann sie sich auf die allgemeine Durchführungszuständigkeit in Verbindung mit Artikel 44.2 Absatz 5 des o.a. Dekrets stützen.

¹ Dieser Abschnitt wurde durch das Programmdekret vom 22. Februar 2016 eingefügt. Der zu diesem Dekret gewordene Vorentwurf wurde dem Staatsrat nicht zur Begutachtung vorgelegt.

² Artikel 20 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 ‚zur Reform der Institutionen‘ in Verbindung mit Artikel 7 des Gesetzes vom 31. Dezember 1983 ‚über institutionelle Reformen für die Deutschsprachige Gemeinschaft‘.

2.4. In Artikel 5 § 1 des Entwurfs werden die Mindestangaben aufgezählt, die der gemeinsame Ausstattungsplan enthalten muss. In Artikel 5 § 2 Absatz 1 wird vorgeschrieben, dass der gemeinsame Ausstattungsplan jährlich vor dem 28. Februar beim Fachbereich eingereicht wird. Erst nach Genehmigung dieses Ausstattungsplans durch den Minister können die Krankenhäuser Ausstattungszuschüsse gemäß Artikel 24 des Dekrets vom 18. März 2002 beantragen (Artikel 5 § 2 Absatz 2).

Diese entworfenen Bestimmungen können sich auf die allgemeine Durchführungszuständigkeit in Verbindung mit Artikel 44.3 Absatz 2 des o.a. Dekrets stützen.

2.5. Der zu verabschiedende Erlass tritt mit Wirkung vom 1. Februar 2017 in Kraft (Artikel 6).

FORMVORSCHRIFTEN

3.1. Mit der entworfenen Regelung wird beabsichtigt, eine Bezuschussungsregelung für Krankenhäuser, die möglicherweise als staatliche Beihilfe betrachtet werden kann, auszuführen. Der ständigen Rechtsprechung des Gerichtshofs zufolge bildet eine Maßnahme eine staatliche Beihilfe im Sinne von Artikel 108 Absatz 3 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (nachstehend: AEUV), wenn folgende Bedingungen erfüllt sind. Erstens muss es sich um eine staatliche Maßnahme oder eine aus staatlichen Mitteln finanzierte Maßnahme handeln. Zweitens muss sie den Handel zwischen Mitgliedstaaten beeinträchtigen. Drittens muss dem Begünstigten durch sie ein Vorteil gewährt werden. Viertens muss sie den Wettbewerb verfälschen oder zu verfälschen drohen³.

In diesem Fall wird Krankenhäusern ein aus staatlichen Mitteln finanzierter Vorteil gewährt. Da diese Krankenhäuser auch ausländische Patienten behandeln können, können die Zuschüsse den Handel zwischen den Mitgliedstaaten beeinträchtigen und den Wettbewerb verfälschen⁴. Es scheint folglich, um staatliche Beihilfen zu gehen, die gemäß Artikel 108 Absatz 3 des AEUV der Europäischen Kommission angemeldet werden müssen.

³ Siehe: EuGH, 10. Juni 2010, C-140/09, *Fallimento Traghetti del Mediterraneo*, Randnr. 31; EuGH, 29. März 2012, C-417/10, *3M Italia*, Randnr. 37; EuGH, 8. Mai 2013, C-197/11 und C-203/11, *Libert u.a.*, Randnr. 74; EuGH, 21. Dezember 2016, C-76/15, *Vervloet u.a.*, Randnr. 89.

⁴ Nach ständiger Rechtsprechung des Gerichtshofs bedarf es für die Qualifizierung einer nationalen Maßnahme als staatliche Beihilfe nicht des Nachweises einer tatsächlichen Auswirkung der fraglichen Beihilfe auf den Handel zwischen Mitgliedstaaten und einer tatsächlichen Wettbewerbsverzerrung, sondern nur der Prüfung, ob die Beihilfe geeignet ist, diesen Handel zu beeinträchtigen und den Wettbewerb zu verfälschen. Der innergemeinschaftliche Handel wird dann durch eine von einem Mitgliedstaat gewährte Beihilfe beeinflusst, wenn sie die Stellung bestimmter Unternehmen gegenüber anderen, konkurrierenden Unternehmen in diesem Handel stärkt. Außerdem gibt es nach der Rechtsprechung des Gerichtshofs keine Schwelle und keinen Prozentsatz, bis zu der oder dem man davon ausgehen könnte, dass der Handel zwischen Mitgliedstaaten nicht beeinträchtigt ist (EuGH, 14. Januar 2015, C-518/13, *Eventech*, Randnrn. 65-69).

3.2. Die Beihilferegelung an Krankenhäuser liegt nur außerhalb des staatlichen Beihilferechts, wenn die im Urteil *Altmark*⁵ erwähnten vier Bedingungen erfüllt sind:

- erstens muss das begünstigte Unternehmen tatsächlich mit der Erfüllung gemeinwirtschaftlicher Verpflichtungen betraut sein, und diese Verpflichtungen müssen klar begrenzt sein;
- zweitens sind die Parameter, anhand deren der Ausgleich berechnet wird, zuvor objektiv und transparent aufzustellen;
- drittens darf der Ausgleich nicht über das hinausgehen, was erforderlich ist, um die Kosten der Erfüllung der gemeinwirtschaftlichen Verpflichtungen unter Berücksichtigung der dabei erzielten Einnahmen und eines angemessenen Gewinns aus der Erfüllung dieser Verpflichtungen ganz oder teilweise zu decken;
- viertens, wenn die Wahl des Unternehmens, das mit der Erfüllung gemeinwirtschaftlicher Verpflichtungen betraut werden soll, im konkreten Fall nicht im Rahmen eines Verfahrens zur Vergabe öffentlicher Aufträge erfolgt, so ist die Höhe des erforderlichen Ausgleichs mittels einer Analyse der Kosten zu bestimmen, die ein durchschnittliches, gut geführtes Unternehmen, das so angemessen ausgestattet ist, dass es den gestellten gemeinwirtschaftlichen Anforderungen genügen kann, bei der Erfüllung der betreffenden Verpflichtungen hätte, wobei die dabei erzielten Einnahmen sowie ein angemessener Gewinn aus der Erfüllung dieser Verpflichtungen zu berücksichtigen sind.

Da Krankenhäuser im Rahmen ihres Ausstattungsplans selbst einen mit den Kosten der Erfüllung gemeinwirtschaftlicher Verpflichtungen übereinstimmenden „Schätzpreis der Ausstattungsgegenstände“ festlegen müssen (Artikel 5 § 1 Nr. 3 des Entwurfs) - da dieser Preis für sie nicht festgelegt wird - stellt sich die Frage, ob die Bedingung, einen Überausgleich zu vermeiden, tatsächlich erfüllt ist. Die einzige andere Grenze, die in der Beihilferegelung (nämlich in Artikel 44.3 des Dekrets vom 18. März 2002) verwendet wird, ist die allgemeine Obergrenze der „zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel“. Für die Instandsetzungsarbeiten (Artikel 44.2 desselben Dekrets) besteht sogar keine weitere Regelung über die Höhe der Zuschüsse, wird bestimmt, dass alle in indirektem Zusammenhang mit den Instandsetzungsarbeiten stehenden Kosten in Betracht kommen (Artikel 44.2 Absatz 3) und bildet die allgemeine Obergrenze der „zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel“ (Artikel 44.2 Absatz 2) scheinbar die einzige Grenze. Für die in Artikel 2 Absatz 1 Nrn. 1 bis 3, 5 und 7 bis 10 des Entwurfs erwähnten Infrastrukturarbeiten (Artikel 44.1 desselben Dekrets) gilt sogar keine allgemeine Obergrenze, sodass die Krankenhäuser der (entworfenen) Regelung zufolge immer 80 % der Ausgaben – unabhängig vom Umfang dieser Ausgaben - ausgeglichen bekommen werden. Auch wenn davon ausgegangen wird, dass auch Artikel 17 § 1 desselben Dekrets auf diese Arbeiten anwendbar ist, scheint kein ausreichender Schutz gegen Überausgleich zu bestehen.

⁵ EuGH, 24. Juli 2003, C-280/00, *Altmark Trans*, Randnr. 2 des Tenors.

3.3. Der Beauftragte gab folgenden Überblick über die zur Vermeidung eines Überausgleichs vorgesehenen Maßnahmen:

„Ausstattung:

die verfügbaren Haushaltsmittel (Art. 44.3 des Dekrets)

der Zuschuss beträgt 60% des für eine Bezuschussung in Betracht kommenden Gesamtbetrags der Ausgaben (Art. 44.3 des Erlasses), was auf Artikel 24 § 2 des Dekrets verweist (Zusage für einen maximalen Zuschussbetrag, verpflichtete Übermittlung der Angebotsauswertung)

die Vorlage eines gemeinsamen Ausstattungsplans (Art. 5 § 2 des Erlasses)

Instandsetzungsarbeiten:

die verfügbaren Haushaltsmittel (Art. 44.2 des Dekrets)

da es sich um eine Pauschale handelt, können die Krankenhäuser die Gelder nach Gutdünken verwenden, wobei die Zweckbestimmung und die Gesetzgebung über die öffentliche Auftragsvergabe eingehalten werden muss

Allgemeine Infrastrukturausgaben

Diese unterliegen den allgemeinen Bedingungen des Infrastrukturdekrets, d.h. Aufnahme in den Infrastrukturplan, Beantragung, Zusage für einen maximalen Betrag, Zustellung der Angebotsauswertung, ...“

3.4. Damit die Bedingung zwecks Vermeidung von Überausgleich erfüllt werden könnte, ist zunächst zu verdeutlichen, welche gemeinwirtschaftliche Verpflichtung den Krankenhäusern genau auferlegt wird und welche Parameter für deren Finanzierung verwendet werden. Erst dann kann ein Mechanismus vorgesehen werden, mit dem nachher die tatsächlichen Ausgaben mit diesen hypothetischen Beträgen verglichen werden können. Diese Garantien fehlen sowohl im Dekret vom 18. März 2002 als in der entworfenen Regelung.

Aus dem von dem Beauftragten erwähnten Umstand, dass ein Vorhaben nur in Höhe von 60 % finanziert werden kann, wird übrigens nicht ausgeschlossen, dass ein Überausgleich bestehen kann. Der Ausgleich für die aus dem Dekret vom 18. März 2002 und der entworfenen Regelung stammenden Infrastrukturkosten ist tatsächlich nur ein Teilaspekt des totalen Finanzmittelhaushalts der Krankenhäuser. Die anderen Einnahmen des Krankenhauses sind auch zu berücksichtigen. Gemäß Artikel 5 Paragraph 4 des Beschlusses 2012/21/EU der Kommission vom 20. Dezember 2011 ‚über die Anwendung von Artikel 106 Absatz 2 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf staatliche Beihilfen in Form von Ausgleichsleistungen zugunsten bestimmter Unternehmen, die mit der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut sind‘ (nachstehend: DAWI-Freistellungsbeschluss) sind die gesamten Einnahmen, die mit der Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse erzielt wurden, also einschließlich der aus der Föderalbehörde stammenden Mittel, zu berücksichtigen. Fraglich ist, ob es in diesem Punkt nicht besser wäre, eine Kooperationsvereinbarung abzuschließen.

Die Bedingung, dass mit diesen sämtlichen verschiedenen Einnahmequellen nicht mehr als die Kosten der Erfüllung gemeinwirtschaftlicher Verpflichtungen unter Berücksichtigung eines angemessenen Gewinns aus der Erfüllung dieser Verpflichtung ausgeglichen werden darf, kann anhand der Bestimmungen des Dekrets vom 18. März 2002 und

der entworfenen Regelung unter anderem wegen der pauschalen Art des Ausgleichs und der mangelnden Transparenz bei der Bestimmung des Werts der Parameter nicht kontrolliert werden.

3.5. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass ernsthafte Zweifel bezüglich der Erfüllung der *Altmark*-Bedingungen und der materiellen und formellen Anwendungsbedingungen des DAWI-Freistellungsbeschlusses auftreten. Damit diese Bedingungen noch erfüllt werden können, ist es erforderlich, das Dekret vom 18. März 2002⁶ und die entworfenen Regelung wesentlich anzupassen und zu ergänzen, mit der Maßgabe, dass der Staatsrat damit erneut wird befasst werden müssen (siehe auch Bemerkung 3.6).

Auch die Anwendung der Freistellung für De-minimis-Beihilfen⁷ kann von vornherein bereits verweigert werden, da die Beträge, die die betreffenden Krankenhäuser empfangen, selten oder nie unter der De-minimis-Schwelle von 500 000 Euro während eines Zeitraums von 3 Jahren bleiben werden.

Wollen die Verfasser hingegen den entworfenen Erlass in seiner jetzigen Fassung beibehalten, so sollte die vorgenommene staatliche Beihilfe der Europäischen Kommission angemeldet werden. In diesem Zusammenhang ist an die bei einer zu Unrecht fehlenden Anmeldung drohende drakonische Strafe zu erinnern. Eine nicht-angemeldete staatliche Beihilfe ist selbstverständlich rechtswidrig (auch wenn sie mit dem Recht der Europäischen Union als vereinbar erklärt werden könnte, wäre sie korrekt angemeldet worden)⁸, und diese Rechtswidrigkeit ist nötigenfalls von Amts wegen von jedem Richter aufzuwerfen⁹, ohne dass die Begünstigten der Beihilfe sich auf ein gewecktes Vertrauen berufen können, um die Rückforderung der in diesem Fall erforderlichen Beihilfe (mit Zinsen) zu verhindern¹⁰. Der nationale Richter ist befugt, festzustellen, ob eine Maßnahme als neue staatliche Beihilfe angesehen werden muss und ob, wenn dies der Fall ist, diese Maßnahme der Kommission gemeldet werden musste, bevor sie durchgeführt wurde¹¹.

3.6. Sollte der dem Staatsrat vorgelegte Text infolge dieser Bemerkungen oder der Anmeldung bei der Europäischen Kommission noch abgeändert werden, so sind die abgeänderten oder hinzugefügten Bestimmungen zwecks Einhaltung der Vorschrift von Artikel 3 § 1 Absatz 1 der Gesetze über den Staatsrat der Gesetzgebungsabteilung vorzulegen.

⁶ Wäre der Staatsrat mit dem Dekretvorentwurf, der zu den betreffenden Bestimmungen des Dekrets vom 18. März 2002 geworden ist, befasst worden, dann hätte er bereits früher auf diese Probleme hinweisen können.

⁷ Verordnung (EU) Nr. 360/2012 der Kommission vom 25. April 2012 „über die Anwendung der Artikel 107 und 108 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf De-minimis-Beihilfen an Unternehmen, die Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse erbringen“.

⁸ EuGH, 8. Dezember 2011, C-275/10, *Residex Capital IV*, Begründungserwägung 28, unter Hinweis auf Urteile vom 21. November 1991, *Fédération nationale du commerce extérieur des produits alimentaires und Syndicat national des négociants et transformateurs de saumon*, C-354/90, Begründungserwägung 17, und vom 27. Oktober 2005, *Distribution Casino France u.a.*, C-266/04-C-270/04, C-276/04 und C-321/04-C-325/04, Begründungserwägung 30.

⁹ EuGH, 18. Juli 2007, C-119/05, *Lucchini*, Begründungserwägung 61.

¹⁰ EuGH, 20. März 1997, C-24/95, *Alcan*. Siehe ebenfalls N. DE VOS, „De rol van het Europese en het Belgische vertrouwensbeginsel bij de terugvordering van Europese subsidies en staatssteun“, RW 2012-13, S. 130-131, Nrn. 26 und 30; K. LENAERTS und P. VAN NUFFEL, *European Union Law*, London, Sweet & Maxwell, 2011, S. 377, Nr. 11-026.

¹¹ Verfassungsgerichtshof, 6. April 2011, Nr. 50/2011, B.12.3.1 bis B.12.3.4.

UNTERSUCHUNG DES TEXTES

Präambel

4. Angesichts der obigen Bemerkung über die Rechtsgrundlage des entworfenen Erlasses ist im dritten Absatz der Präambel auf Artikel 44.2 des Dekrets vom 18. März 2002, eher nur auf dessen Absatz 4, hinzuweisen. Mehrere Teile dieses Artikels bilden tatsächlich eine Rechtsgrundlage.

5. In den vierten und fünften Absätzen der Präambel müssen die Daten des Gutachtens der Finanzinspektion (20. Januar 2017) und des Einverständnisses des für den Haushalt zuständigen Ministerpräsidenten (23. Januar 2017) noch eingetragen werden.

Artikel 2

6. In Artikel 2 Absatz 1 Nr. 1 des Entwurfs wird bestimmt, dass sich die Kooperationsvereinbarung zwischen den Krankenhäusern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft u.a. auf die Zusammenarbeit mit einem ‚strategischen Partner‘ beziehen muss. Diese Zusammenarbeit muss bestimmte Zielsetzungen betreffen.

Auf die Frage, welchen Platz dieser strategische Partner genau in der Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern einnimmt, antwortete der Beauftragte Folgendes.

„Auszug aus der Begründung zum Programmdekret vom 22.02.2016 zur Abänderung des Infrastrukturdekrets:

„Voraussetzung für eine Bezuschussung ist die Beteiligung an einer strukturellen Zusammenarbeit aller Krankenhäuser im Gebiet deutscher Sprache, die folgende Merkmale aufweist: (...) eine strukturierte Zusammenarbeit mit einem oder mehreren gemeinsamen Partnerkrankenhäusern zur Behandlung der Pathologien, die im Gebiet deutscher Sprache nicht behandelt werden können.“

Ein strategischer Partner ist also jener, der die beiden Krankenhäuser in der Behandlung von Pathologien unterstützt, die nicht in den Krankenhäusern der DG behandelt werden können. Die Unterstützung kann erfolgen beispielsweise durch das Weiterleiten von Patienten in diese spezialisierte Klinik, oder aber durch das Zurverfügungstellung von spezialisierten Ärzten in den Krankenhäusern der Deutschsprachigen Gemeinschaft.“

Was die Auslegung von Artikel 44 des Dekrets vom 18. März 2002 betrifft, fügte der Beauftragte dazu noch Folgendes:

„Man muss unterscheiden zwischen zwei verschiedenen Begriffen: zum einen der strategische Partner, der unter Punkt 2 beschrieben ist und die geteilten Dienste zwischen den beiden Krankenhäusern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft. Hierzu die Begründung aus dem Programmdekret vom 22.02.2016 zur Abänderung der entsprechenden Passagen des Infrastrukturdekretes:

„Voraussetzung für eine Bezuschussung ist die Beteiligung an einer strukturellen Zusammenarbeit aller Krankenhäuser im Gebiet deutscher Sprache, die folgende

Merkmale aufweist: Nutzung gemeinsamer Krankenhausdienste und die dadurch resultierende gemeinsame Governance-Struktur; (...)“.

Auch im Lichte der Erklärung des Beauftragten kann angenommen werden, dass die Krankenhäuser einen strategischen Partner an ihrer durch das Dekret erforderlichen Zusammenarbeit beteiligen können; diese Arbeitsweise ist aber erst mit Artikel 44 des Dekrets vom 18. März 2002 vereinbar, wenn dieser strategische Partner selber keine Partei dieser Zusammenarbeit auf die gleiche Ebene wie die Krankenhäuser ist. Die Rechtsgrundlagebestimmung ermöglicht tatsächlich nicht, dass andere Einrichtungen oder Organisationen als die Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft vollständig Partei der Kooperationsvereinbarung würden, noch abgesehen von den Zuständigkeitsproblemen, die bestehen könnten, wenn somit Verpflichtungen an Einrichtungen oder Organisationen, die zum Kompetenzbereich einer anderen Behörde gehören, auferlegt würden.

Artikel 2 Absatz 1 Nr. 1 des Entwurfs kann deswegen nur mit der Rechtsgrundlagebestimmung in Übereinstimmung sein, wenn die Zusammenarbeit mit dem strategischen Partner eine Zusammenarbeitsform (ggf. die Form eines Abkommens) annimmt, die in keinem Bezug zu der in Artikel 44 des Dekrets vom 18. März 2002 erwähnten Kooperationsvereinbarung steht. Die in der entworfenen Bestimmung aufgezählten Anforderungen im Bereich Zusammenarbeit mit dem strategischen Partner können nicht zur Folge haben, dass der strategische Partner selber¹² als Partei dieser Kooperationsvereinbarung beteiligt wird.

7. In Artikel 2 Absatz 1 Nr. 2 des Entwurfs schreibe man „ein oder mehrere Abkommen zwischen *den* Krankenhäusern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft“, um den Text mit der Formulierung von Artikel 44 Nr. 2 des Dekrets vom 18. März 2002 und mit Absatz 2 von Artikel 2 des Entwurfs besser in Übereinstimmung zu bringen.

Artikel 3

8. In Artikel 3 Absatz 2 wird bestimmt, dass Instandsetzungsarbeiten im Sachkonto 613 (Unterhalt und Reparaturen) des minimalen standardisierten Buchhaltungsplans des Krankenhauses zu verbuchen sind. Noch abgesehen von der Feststellung, dass keine ausdrückliche Rechtsgrundlage für diese entworfene Bestimmung vorhanden ist (siehe Bemerkung 2.2), ist dem Staatsrat nicht ersichtlich, warum der Entwurf eine solche Bestimmung enthält, die sich darauf beschränkt, auf eine kaum genaue Weise dasselbe zu formulieren, was bereits aus der Anwendung der föderalen Regelung hervorgeht¹³. Es wäre folglich besser, darauf zu verzichten.

¹² Dadurch wird die in Artikel 2 Absatz 3 des Entwurfs vorgesehene Möglichkeit, dass diese Kooperationsvereinbarung aus getrennten Vereinbarungen bestehen kann nicht beeinträchtigt.

¹³ Siehe den Königlichen Erlass vom 14. August 1987 zur Festlegung des Inhalts und der Gliederung des Mindestkonteneinheitsplans für Krankenhäuser. Das Sachkonto 613 enthält zwanzig verschiedene Unterteilungen, die je nach der Frage, auf die sich die betreffenden Instandsetzungsarbeiten beziehen, spezifisch zur Anwendung kommen können.

Artikel 4

9. In Artikel 4 Absatz 3 des Entwurfs wird vorgesehen, dass Zuschüsse, die binnen drei Jahren nach ihrer Auszahlung nicht zweckgemäß verwendet werden, gemäß Artikel 44.2 Absatz 5 des Dekrets vom 18. März 2002 von der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft zurückgefordert werden und dass Zinsen auf diese Beträge zum legalen Satz berechnet werden. Diese entworfenen Bestimmung überschneidet sich völlig mit der in dieser Dekretbestimmung vorgeschriebenen Regel.

In einer Ausführungsregelung sind Bestimmungen auszulassen, die nur an eine Bestimmung mit einer höheren Verbindlichkeit erinnern, indem sie diese übernehmen oder paraphrasieren, insbesondere weil dadurch über die juristische Art der übernommenen Bestimmungen Unklarheit entstehen kann und der Eindruck zu Unrecht erweckt werden kann, dass die übernommenen Regeln von der Behörde, die die Regeln übernimmt, geändert werden können.

Da die Übernahme dieser Dekretbestimmung anscheinend für ein gutes Verständnis der hier entworfenen Regelung nicht unentbehrlich ist, wäre es besser, Absatz 3 von Artikel 4 des Entwurfs auszulassen.

Artikel 5

10. In Artikel 5 § 2 Absatz 1 des Entwurfs wird bestimmt, dass die Krankenhäuser den gemeinsamen Ausstattungsplan jährlich vor dem 28. Februar beim für Gesundheit zuständigen Fachbereich des Ministeriums der Deutschsprachigen Gemeinschaft einreichen. Für das Jahr 2017 kann dieses äußerste Datum nicht mehr auferlegt werden. Der Beauftragte erklärte diesbezüglich Folgendes:

„Wir haben die Krankenhäuser bereits angeschrieben und ihnen mitgeteilt, dass der Erlass ja noch nicht in Kraft getreten ist und sie deshalb bis zum 31.03.2017 Zeit haben besagte Liste einzureichen. Die Maßnahmen wurden wie in Punkt 6 erwähnt ohnehin ausführlich mit den Krankenhäusern im Vorfeld besprochen.“

Eine solche Übergangsmaßnahme für 2017 ist relevant, sie kann aber nicht bloß aufgrund Mitteilungen an die Krankenhäuser eingeführt werden, sondern muss im Entwurf selber aufgenommen werden. Diesbezüglich ist auf jeden Fall dafür zu sorgen, dass die Krankenhäuser Zeit genug haben, um die Bedingungen dieses Erlasses zu erfüllen.

Artikel 6

11. Gemäß Artikel 6 des Entwurfs wird dem zu verabschiedenden Erlass rückwirkende Kraft bis zum 1. Februar 2017 verliehen. Diese Rückwirkung wird von dem Beauftragten wie folgt gerechtfertigt:

„Der Erlass sollte im Interesse der Krankenhäuser wie geplant am 1. Februar 2017 in Kraft treten. Die Verabschiedung des Erlasses hat sich aus Gründen höherer Gewalt verschoben, die Regelung ist den Krankenhäusern indessen bekannt.“

Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass die zu erteilenden Zuschüsse nur im Vorteil der betreffenden Krankenhäuser sind, können sie nur gewährt werden, soweit sie in Übereinstimmung mit den formellen Bedingungen im entworfenen Erlass beantragt worden sind, was erst nach der Veröffentlichung des zu verabschiedenden Erlasses möglich ist. Am besten kann also auf die entworfene Bestimmung verzichtet werden.

DER GREFFIER

DER PRÄSIDENT

Astrid TRUYENS

Jo BAERT

Das Gutachten wurde unter der Aufsicht von Herrn Ronny VERCRUYSEN, Erster Auditor, übersetzt.

DER CHEFGREFFIER,

Gregory DELANNAY