

Geschäftsverzeichnismrn. 4843 und 4846
Urteil Nr. 90/2011 vom 31. Mai 2011

URTEIL

In Sachen: Klagen auf Nichtigerklärung von Artikel 12 und der Artikel 6, 12, 13 und 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 « zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf Krankenversicherungsverträge und des Gesetzes vom 20. Juli 2007 zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf private Krankenversicherungsverträge », erhoben von der VoG « Association Belge des Consommateurs Test-Achats » und anderen bzw. von der « Union professionnelle des entreprises d'assurances Assuralia ».

Der Verfassungsgerichtshof,

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

verkündet nach Beratung folgendes Urteil:

*

* *

I. Gegenstand der Klagen und Verfahren

a. Mit einer Klageschrift, die dem Hof mit am 7. Januar 2010 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 8. Januar 2010 in der Kanzlei eingegangen ist, erhoben die VoG « Association Belge des Consommateurs Test-Achats », mit Vereinigungssitz in 1060 Brüssel, rue de Hollande 13, Ann Fasseel, wohnhaft in 9310 Meldert, Huizekensstraat 32, und Corinne Chaudron, wohnhaft in 1471 Loupoigne, chaussée de Charleroi 130, Klage auf Nichtigklärung von Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 « zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf Krankenversicherungsverträge und des Gesetzes vom 20. Juli 2007 zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf private Krankenversicherungsverträge » (veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 8. Juli 2009, zweite Ausgabe).

b. Mit einer Klageschrift, die dem Hof mit am 8. Januar 2010 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 11. Januar 2010 in der Kanzlei eingegangen ist, erhob die « Union professionnelle des entreprises d'assurances Assuralia », mit Sitz in 1000 Brüssel, square de Meeûs 29, Klage auf Nichtigklärung der Artikel 6, 12, 13 und 15 des vorerwähnten Gesetzes vom 17. Juni 2009.

Diese unter den Nummern 4843 und 4846 ins Geschäftsverzeichnis des Hofes eingetragenen Rechtssachen wurden verbunden.

Schriftsätze wurden eingereicht von

- der « Union professionnelle des entreprises d'assurances Assuralia », in der Rechtssache Nr. 4843,

- dem Ministerrat, in den beiden Rechtssachen.

Die klagenden Parteien haben jeweils Erwidierungsschriftsätze eingereicht und der Ministerrat hat in jeder Rechtssache einen Gegenerwidierungsschriftsatz eingereicht.

Auf der öffentlichen Sitzung vom 2. Februar 2011

- erschienen

- . RA F. Krenc, in Brüssel zugelassen, für die klagenden Parteien in der Rechtssache Nr. 4843,

- . RA B. Martel ebenfalls *loco* RÄin K. Leus, in Brüssel zugelassen, für die klagende Partei in der Rechtssache Nr. 4846 und für die intervenierende Partei in der Rechtssache Nr. 4843,

- . RA M. Kaiser, RA E. Jacobowitz und RA A. Poppe, *loco* RA X. Leurquin, in Brüssel zugelassen, für den Ministerrat, in beiden Rechtssachen,

- haben die referierenden Richter J. Spreutels und E. De Groot 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. *In rechtlicher Beziehung*

(...)

B.1.1. Kapitel IV von Titel III (« Personenversicherungen ») des Gesetzes vom 25. Juni 1992 « über den Landversicherungsvertrag », eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, bezieht sich auf die « Krankenversicherungsverträge ».

Abschnitt I (« Einleitende Bestimmungen ») dieses Kapitels IV enthält nur Artikel 138*bis*-1. In der durch Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 « zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf Krankenversicherungsverträge und des Gesetzes vom 20. Juli 2007 zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf private Krankenversicherungsverträge » abgeänderten Fassung definiert diese Bestimmung die Begriffe « Krankenversicherungsvertrag », « berufsgebundener Krankenversicherungsvertrag », « Hauptversicherter » und « Mitversicherte ».

Abschnitt II dieses Kapitels IV - dessen Überschrift durch Artikel 3 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 abgeändert wurde - enthält unter anderem die Artikel 138*bis*-2 bis 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992. Er ist anwendbar auf « nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge » (Artikel 138*bis*-2 Absatz 1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992).

Artikel 138*bis*-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 - eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 und abgeändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 - bestimmt:

« *Dauer des Versicherungsvertrags*

§ 1. Unbeschadet der Anwendung der Artikel 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17, 24 und außer bei Betrug werden die in Artikel 138*bis*-1 § 1 Nr. 1, 3 und 4 erwähnten Krankenversicherungsverträge auf Lebenszeit abgeschlossen. Die in Artikel 138*bis*-1 § 1 Nr. 2 erwähnten Krankenversicherungsverträge gelten bis zum Alter von fünfundsechzig Jahren oder bis zu einem früheren Alter, wenn dieses Alter das normale Alter ist, in dem der Versicherte vollständig und definitiv seine Berufstätigkeit einstellt.

§ 2. Unbeschadet der Anwendung von Artikel 30 § 3 können Verträge auf besondere Antragstellung des Hauptversicherten und wenn dies in seinem Interesse liegt für eine begrenzte Laufzeit abgeschlossen werden.

§ 3. Die Bestimmungen des vorliegenden Artikels sind nicht anwendbar auf Krankenversicherungsverträge, die zusätzlich zu einem Hauptrisiko angeboten werden, das nicht auf Lebenszeit besteht ».

B.1.2. Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 ersetzt Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 - der durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 eingefügt wurde - wie folgt:

« § 1. Außer bei gegenseitigem Einvernehmen der Parteien, ausschließlicher Antragstellung des Hauptversicherten und in den Fällen, die in den Paragraphen 2, 3 und 4 erwähnt sind, kann ein Versicherer nach Abschluss des Krankenversicherungsvertrags die technischen Grundlagen der Prämie und die Deckungsbedingungen nicht mehr ändern.

Die Änderung der technischen Grundlagen der Prämie und/oder der Deckungsbedingungen in gegenseitigem Einvernehmen der Parteien wie in Absatz 1 erwähnt kann nur im Interesse der Versicherten erfolgen.

§ 2. Prämie, Franchise und Leistung dürfen am jährlichen Fälligkeitsdatum der Prämie auf der Grundlage des Verbraucherpreisindex angepasst werden.

§ 3. Prämie, Franchise und Leistung dürfen am jährlichen Fälligkeitsdatum der Prämie auf der Grundlage eines oder mehrerer spezifischer Indexe den Kosten der durch private Krankenversicherungsverträge gedeckten Dienste angepasst werden, falls und insofern die Entwicklung dieses beziehungsweise dieser Indexe die Entwicklung des Verbraucherpreisindex übersteigt.

Der König bestimmt auf gemeinsamen Vorschlag der für Versicherungen und soziale Angelegenheiten zuständigen Minister und nach Stellungnahme des Föderalen Fachzentrums für Gesundheitspflege (hiernach ' Fachzentrum ' genannt) die Methode, mit der diese Indexe erstellt werden. Hierzu:

- trifft Er eine Auswahl einer Reihe objektiver und repräsentativer Parameter,
- legt Er den Berechnungsmodus der Werte dieser objektiven Parameter fest,
- legt Er das jeweilige Gewicht dieser Parameter in dem beziehungsweise den Indexen fest.

Auf gemeinsamen Antrag der für Versicherungen und soziale Angelegenheiten zuständigen Minister kann diese Methode vom Fachzentrum beurteilt werden.

Auf der Grundlage der vom König bestimmten Methode berechnet und veröffentlicht der FÖD Wirtschaft jährlich auf der Grundlage der am 30. Juni bekannten Zahlen den Wert des oder der Indexe im *Belgischen Staatsblatt*. Das Ergebnis wird spätestens am 1. September veröffentlicht. Die Modalitäten der Zusammenarbeit zwischen dem Fachzentrum und dem FÖD Wirtschaft werden in einem von beiden Einrichtungen unterzeichneten Protokoll festgelegt.

Der König kann die Häufigkeit der Berechnung und der Veröffentlichung des Wertes des oder der Indexe erhöhen.

Personen und Einrichtungen, die über erforderliche Auskünfte für die Berechnung verfügen, müssen diese dem Fachzentrum und dem FÖD Wirtschaft auf deren Verlangen hin mitteilen.

§ 4. Die Anwendung des vorliegenden Artikels lässt Artikel 21^{octies} des Gesetzes vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen unberührt.

§ 5. Prämie, Karenzzeit und Deckungsbedingungen können auf angemessene und proportionale Weise angepasst werden:

1. an Änderungen im Beruf des Versicherten, was nicht obligatorische Gesundheitspflegeversicherung, Arbeitsunfähigkeitsversicherung, Invalidenversicherung und Pflegeversicherung betrifft, und/oder

2. an das Einkommen des Versicherten, was Arbeitsunfähigkeitsversicherung und Invalidenversicherung betrifft, und/oder

3. an den Wechsel der Rechtsstellung des Versicherten in der Regelung der sozialen Sicherheit, was Gesundheitspflegeversicherung und Arbeitsunfähigkeitsversicherung betrifft,

sofern diese Änderungen einen bedeutenden Einfluss auf Risiko und/oder Kosten oder Umfang der garantierten Leistungen haben ».

B.2. Artikel 12 desselben Gesetzes vom 17. Juni 2009 ersetzt Artikel 21^{octies} § 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 « über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen » wie folgt:

« Die CBFA kann verlangen, dass ein Unternehmen einen Tarif ins Gleichgewicht bringt, wenn es feststellt, dass die Anwendung dieses Tarifs zu Verlusten führt.

Unbeschadet des ersten Absatzes kann die CBFA auf Ersuchen eines Unternehmens und bei der Feststellung, dass die Anwendung dieses Tarifs ungeachtet der Anwendung des Artikels 138^{bis-4} §§ 2 und 3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag, im Falle eines nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrags im Sinne von Artikel 138^{bis-2} des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag verlustbringend ist oder droht, verlustbringend zu sein, dem Unternehmen erlauben, Maßnahmen zu ergreifen, um diese Tarife ins Gleichgewicht zu bringen. Diese Maßnahmen können eine Anpassung der Deckungsbedingungen beinhalten.

Die Tarifierhöhung ist auf Verträge anwendbar, die nach Notifizierung der Entscheidung der CBFA abgeschlossen wurden, und ist unbeschadet des Kündigungsrechts des Versicherungsnehmers auch auf Prämien und Beiträge bestehender Verträge anwendbar, die ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach Notifizierung der Entscheidung der CBFA fällig werden.

Die Tarifierhöhung ist nicht der Verpflichtung der Preiserhöhungsmeldung unterworfen wie erwähnt im Gesetz vom 22. Januar 1945 über die Wirtschaftsregelung und die Preise und in seinen Ausführungserlassen. Die CBFA setzt die Preiskommission über die Entscheidung zur Tarifierhöhung in Kenntnis. Diese Entscheidung wird erst fünfzehn Tage nach dieser Inkennissetzung wirksam und gilt nur für eine von der CBFA bestimmte Frist ».

Diese neue Bestimmung des Gesetzes vom 9. Juli 1975 ist Teil von Kapitel III (« Ausübung der Versicherungstätigkeit ») dieses Gesetzes.

Der Hof braucht die Änderungen, die der königliche Erlass vom 3. März 2011 « über die Entwicklung der Kontrollstrukturen für den Finanzsektor » an dieser Bestimmung vorgenommen hat und die am 1. April 2011 in Kraft getreten sind (Artikel 351 § 1 desselben Erlasses), nicht zu berücksichtigen.

B.3. Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 ersetzt Artikel 3 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 wie folgt:

« § 1. Vorliegendes Gesetz tritt am 1. Juli 2007 in Kraft. Es ist sowohl auf neue als auch auf die vor seinem Inkrafttreten abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge anwendbar.

§ 2. Ab dem 1. Juli 2007 ist für die Anwendung von Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag für bestehende nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge ein zweijähriger Übergangszeitraum anwendbar.

Erfüllen bestehende nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge bei Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes nicht die Anforderungen von Artikel 138*bis*-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag, bietet das Versicherungsunternehmen dem Hauptversicherten spätestens zwei Jahre nach dem 7. Juli 2007 einen neuen, den Anforderungen dieses Artikels entsprechenden Krankenversicherungsvertrag an. Der Hauptversicherte entscheidet innerhalb dreißig Tagen ab Empfang des Vorschlags, auf diesen einzugehen oder die Laufzeit des laufenden Krankenversicherungsvertrags beizubehalten.

Bestehende nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge, die von einem oder mehreren Versicherungsnehmern zugunsten eines oder mehreren Hauptversicherten und/oder eines oder mehreren Mitversicherten abgeschlossen wurden, sind nach Ablauf des in Absatz 1 erwähnten Übergangszeitraums den Bestimmungen von Kapitel IV Abschnitt III des Gesetzes

vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag unterworfen. Diesen Versicherungen dürfen sich keine neuen Hauptversicherten mehr anschließen.

§ 3. Ab dem 1. Juli 2007 gilt für bestehende berufsgebundene Krankenversicherungsverträge ein zweijähriger Übergangszeitraum, um diese Verträge den Anforderungen von Titel III Kapitel IV Abschnitt III des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag anzupassen.

§ 4. Bestehende Krankenversicherungsverträge müssen spätestens am 1. Juli 2009 formell angepasst worden sein ».

B.4. Artikel 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 bestimmt, dass dieses « mit 1. Juli 2007 wirksam » wird.

In Bezug auf den Gegenstand der Klagen

B.5.1. Aus der Darlegung der Klagegründe in der Nichtigkeitsklageschrift in der Rechtssache Nr. 4843 geht hervor, dass die Klagegründe nur gegen Absatz 2 von Artikel 21octies § 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, gerichtet sind.

Der Hof begrenzt seine Prüfung der Klage in der Rechtssache Nr. 4843 auf diese Bestimmung.

B.5.2. Aus der Darlegung der Klagegründe in der Nichtigkeitsklageschrift in der Rechtssache Nr. 4846 geht hervor, dass die Klagegründe nur gegen Absatz 2 von Artikel 21octies § 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, die ersten vier Paragraphen von Artikel 138bis-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, Artikel 3 § 2 Absätze 1 und 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 - eingefügt durch die Artikel 12, 6 beziehungsweise 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 - und gegen Artikel 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 gerichtet sind.

Der Hof begrenzt seine Prüfung der Klage in der Rechtssache Nr. 4846 auf diese Bestimmungen.

Hinsichtlich der Zulässigkeit

In Bezug auf das Interesse der Klägerinnen in der Rechtssache Nr. 4843

B.6.1. Artikel 142 Absatz 3 der Verfassung und Artikel 2 Nr. 2 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof erlegen jeder juristischen Person, die eine Nichtigkeitsklage erhebt, die Verpflichtung auf, ein Interesse nachzuweisen.

Das erforderliche Interesse liegt nur bei jenen Personen vor, deren Situation durch die angefochtene Rechtsnorm unmittelbar und ungünstig beeinflusst werden könnte. Die Popularklage ist nicht zulässig.

Wenn eine Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht, die sich nicht auf ihr persönliches Interesse beruft, vor dem Hof auftritt, ist es erforderlich, dass ihr Vereinigungszweck besonderer Art ist und sich daher vom allgemeinen Interesse unterscheidet, dass sie ein kollektives Interesse vertritt, dass die angefochtene Rechtsnorm den Vereinigungszweck beeinträchtigen kann und dass es sich schließlich nicht zeigt, dass dieser Vereinigungszweck nicht oder nicht mehr tatsächlich erstrebt wird.

B.6.2. Die erste Klägerin leitet ihr Interesse an der Beantragung der Nichtigkeitsklärung der angefochtenen Bestimmung daraus ab, dass sie gemäß Artikel 2 ihrer jetzigen Satzung (die in den Anlagen zum *Belgischen Staatsblatt* vom 20. Dezember 2004 veröffentlicht wurde) « das Ziel verfolgt: 1) die Förderung, die Verteidigung und die Vertretung der Interessen der Verbraucher und der Menschenrechte im Allgemeinen sowie die Bekämpfung jeglicher Diskriminierung » und « alle Initiativen ergreifen und alle Tätigkeiten unternehmen kann in Verbindung mit diesem Ziel, insbesondere [...] vor Gericht klagen ».

B.6.3. Artikel 21^{octies} § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 ermächtigt die Kommission für das Bank-, Finanz- und Versicherungswesen (CBFA), es einem Versicherungsunternehmen zu erlauben, « Maßnahmen zu ergreifen, um [seine] Tarife ins Gleichgewicht zu bringen », wobei diese Maßnahmen « eine Anpassung der Deckungsbedingungen beinhalten [können] » für die in dieser Bestimmung vorgesehenen Versicherungsverträge.

Da diese Maßnahmen sich direkt und nachteilig auf die Situation der Verbraucher, die Versicherungsnehmer sind, die diese Art von Versicherungsvertrag geschlossen haben, auswirken können, weist die erste Klägerin das erforderliche Interesse nach, um die Nichtigerklärung der angefochtenen Bestimmung zu beantragen.

B.6.4. Es braucht nicht geprüft zu werden, ob die beiden anderen klagenden Parteien ebenfalls das erforderliche Interesse an der Anfechtung dieser Bestimmung nachweisen.

In Bezug auf die Zuständigkeit des Hofes

B.7. Aufgrund von Artikel 1 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 in der durch Artikel 2 des Sondergesetzes vom 9. März 2003 abgeänderten Fassung ist der Hof dafür zuständig, über Klagen auf Nichtigerklärung eines Gesetzes wegen Verstoßes gegen die durch die Verfassung oder kraft derselben zur Bestimmung der jeweiligen Zuständigkeit von Staat, Gemeinschaften und Regionen festgelegten Vorschriften und wegen Verstoßes gegen die Artikel von Titel II « Die Belgier und ihre Rechte » sowie die Artikel 170, 172 und 191 der Verfassung zu befinden.

Er ist nicht befugt, Gesetzesnormen direkt anhand von allgemeinen Grundsätzen zu prüfen, kann sie aber berücksichtigen, wenn die Artikel 10 und 11 der Verfassung ebenfalls geltend gemacht werden.

In Bezug auf andere Aspekte der Zulässigkeit gewisser Klagegründe in den Rechtssachen Nrn. 4843 und 4846

B.8.1. Um den Erfordernissen nach Artikel 6 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof zu entsprechen, müssen die in der Klageschrift vorgebrachten Klagegründe angeben, welche Vorschriften, deren Einhaltung der Hof gewährleistet, verletzt wären und welche Bestimmungen gegen diese Vorschriften verstoßen würden, und darlegen, in welcher Hinsicht diese Vorschriften durch die fraglichen Bestimmungen verletzt würden.

Wenn der Klagegrund aus einem Verstoß gegen den Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung, der durch die Artikel 10 und 11 der Verfassung gewährleistet wird, abgeleitet ist, muss darin präzisiert werden, welche die Kategorie von Personen ist, deren Situation mit derjenigen der Kategorie von vorgeblich diskriminierten Personen verglichen werden muss.

Im Klagegrund muss auch präzisiert werden, inwiefern die angefochtene Bestimmung zu einem diskriminierenden Behandlungsunterschied führt.

Wenn der Klagegrund jedoch aus einem Verstoß gegen den Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung in Verbindung mit einem anderen Grundrecht abgeleitet ist, genügt es zu präzisieren, inwiefern dieses Grundrecht verletzt wird, da die Kategorie von Personen, bei denen dieses Grundrecht verletzt würde, mit der Kategorie von Personen, bei denen dieses Grundrecht gewährleistet wird, verglichen werden muss.

B.8.2.1. In der in der Rechtssache Nr. 4843 eingereichten Nichtigkeitsklageschrift ist nicht angegeben, inwiefern die angefochtene Bestimmung nicht mit Artikel 16 der Verfassung vereinbar wäre.

Insofern er aus einem Verstoß gegen diese Bestimmung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention abgeleitet ist, ist der erste Klagegrund in dieser Rechtssache unzulässig.

B.8.2.2. Assuralia führt an, dass der erste Klagegrund in derselben Rechtssache, insofern er aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung abgeleitet sei, ebenfalls unzulässig sei, weil darin nicht ausreichend präzise die Kategorien von Personen definiert würden, um deren Vergleich der Hof gebeten werde.

Es ist anzumerken, dass ein Verstoß gegen diese Verfassungsbestimmungen in Verbindung mit dem durch Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention garantierten Grundrecht geltend gemacht wird. In der Nichtigkeitsklageschrift ist jedoch angeführt, inwiefern dieses Grundrecht verletzt würde. Es braucht also nicht präzisiert zu werden, welches diese Kategorien von Personen sind.

Insofern er aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention abgeleitet ist, ist der erste Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4843 zulässig.

B.8.3. Laut der in der Nichtigkeitsklageschrift enthaltenen Formulierung wird der Hof durch den dritten Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4843 - der aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung abgeleitet ist - gebeten, sich zu dem Behandlungsunterschied zu äußern, der durch die angefochtene Bestimmung zwischen einerseits den Krankenversicherungsverträgen und andererseits den anderen Verträgen (erster Teil) und den anderen Versicherungsverträgen (zweiter Teil) eingeführt werde.

Anhand der Darlegung in der Klageschrift bezüglich dieses Klagegrunds ist es dem Hof nicht möglich, mit Sicherheit die genauen Kategorien von miteinander zu vergleichenden Personen zu bestimmen.

Der dritte Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4843 ist unzulässig.

B.8.4. In der in der Rechtssache Nr. 4843 eingereichten Nichtigkeitsklageschrift ist nicht angegeben, welches die Kategorien von Personen sind, um deren Vergleich der Hof im vierten, aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung abgeleiteten Klagegrund gebeten wird.

Der vierte Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4843 ist unzulässig.

B.8.5. Laut der in der Nichtigkeitsklageschrift enthaltenen Formulierung wird der Hof im ersten Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 gebeten, unter anderem über die Vereinbarkeit der angefochtenen Bestimmungen mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit der Handels- und Gewerbefreiheit, einem « allgemeinen Grundsatz der Vertragsfreiheit » und Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention zu urteilen.

In der Darlegung, die in der Klageschrift enthalten ist, wird nicht erläutert, inwiefern diese Regeln durch die angefochtenen Bestimmungen verletzt würden.

Insofern er aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit der Handels- und Gewerbefreiheit, einem « allgemeinen Grundsatz der Vertragsfreiheit » und Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention abgeleitet ist, ist der erste Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 unzulässig.

B.8.6. In dem ersten Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 wird der Hof auch gebeten, über die Vereinbarkeit der angefochtenen Bestimmungen mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung, getrennt betrachtet, zu urteilen, insofern darin zwischen einerseits den Versicherungsunternehmen, die Krankenversicherungsverträge abschließen, auf die diese Bestimmungen Anwendung fänden, und andererseits den Versicherungsunternehmen, die andere Versicherungsverträge abschließen, ein Behandlungsunterschied eingeführt werde.

Die Darlegung in der Klageschrift bezüglich dieses Klagegrunds ermöglicht es dem Hof nicht, mit Sicherheit die zweite Kategorie von Versicherungsunternehmen präzise zu bestimmen.

Insofern er sich auf den vorerwähnten Behandlungsunterschied bezieht, ist der erste Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 unzulässig.

B.8.7. In dem fünften Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 wird der Hof gebeten, über die Vereinbarkeit der angefochtenen Bestimmungen unter anderem mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention zu urteilen.

In der Darlegung, die in der Klageschrift enthalten ist, wird nicht erläutert, inwiefern diese Regeln durch die angefochtenen Bestimmungen verletzt würden.

Insofern er aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention abgeleitet ist, ist der fünfte Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 unzulässig.

B.8.8. In dem fünften Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 wird der Hof auch gebeten, über die Vereinbarkeit der angefochtenen Bestimmungen unter anderem mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 13 der Europäischen Menschenrechtskonvention zu urteilen.

Artikel 13 der Europäischen Menschenrechtskonvention, mit der Überschrift « Recht auf wirksame Beschwerde », bestimmt:

« Sind die in der vorliegenden Konvention festgelegten Rechte und Freiheiten verletzt worden, so hat der Verletzte das Recht, eine wirksame Beschwerde bei einer nationalen Instanz einzulegen, selbst wenn die Verletzung von Personen begangen worden ist, die in amtlicher Eigenschaft gehandelt haben ».

Damit ein Klagegrund, der aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 13 der Europäischen Menschenrechtskonvention abgeleitet ist, zulässig ist, muss plausibel angegeben werden, gegen welches andere, durch diese Konvention garantierte Recht ein Verstoß droht.

In der Klageschrift ist jedoch nicht auf plausible Weise angegeben, welches das durch diese Konvention geschützte Recht ist, dessen Verletzung durch die wirksame Beschwerde, deren Fehlen in dem Klagegrund angeprangert wird, geltend gemacht werden könnte.

Insofern er aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 13 der Europäischen Menschenrechtskonvention abgeleitet ist, ist der fünfte Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 unzulässig.

Zur Hauptsache in der Rechtssache Nr. 4843

In Bezug auf den ersten Klagegrund

B.9.1. Aus der Darlegung in der Nichtigkeitsklageschrift in der Rechtssache Nr. 4843 geht hervor, dass der Hof gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 21^{octies} § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 - eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 - mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls

zur Europäischen Menschenrechtskonvention zu urteilen, insofern diese Bestimmung die CBFA ermächtigt, es einem Versicherungsunternehmen zu erlauben, künftig die Klauseln eines Versicherungsvertrags im Sinne dieser Bestimmung abzuändern zum Nachteil des Versicherten dieses Vertrags.

B.9.2. Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention bestimmt:

«Jede natürliche oder juristische Person hat ein Recht auf Achtung ihres Eigentums. Niemandem darf sein Eigentum entzogen werden, es sei denn, dass das öffentliche Interesse es verlangt, und nur unter den durch Gesetz und durch die allgemeinen Grundsätze des Völkerrechts vorgesehenen Bedingungen.

Die vorstehenden Bestimmungen beeinträchtigen jedoch in keiner Weise das Recht des Staates, diejenigen Gesetze anzuwenden, die er für die Regelung der Benutzung des Eigentums im Einklang mit dem Allgemeininteresse oder zur Sicherung der Zahlung der Steuern oder sonstigen Abgaben oder von Geldstrafen für erforderlich hält ».

«Eigentum» im Sinne dieser Bestimmung sind Vermögenswerte, wie Forderungen, aufgrund deren ihre Inhaber geltend machen können, dass sie zumindest eine legitime und vernünftige Hoffnung haben können, die tatsächliche Nutznießung eines Eigentumsrechts zu erhalten (EuGHMR, 27. November 2007, *Hamer* gegen Belgien, § 75; EuGHMR, Große Kammer, 29. März 2010, *Depalle* gegen Frankreich, § 63; EuGHMR, 18. Mai 2010, *Plalam S.P.A.* gegen Italien, § 36), wobei diese Erwartung auf einer «ausreichenden Grundlage im innerstaatlichen Recht» beruhen muss (EuGHMR, Große Kammer, 28. September 2004, *Kopecky* gegen Slowakei, § 52; EuGHMR, Große Kammer, 29. März 2010, *Depalle* gegen Frankreich, § 63).

B.9.3. Anhand der Darlegung des Klagegrunds ist es dem Hof nicht möglich, die Forderung zu bestimmen, die ein Eigentum - im Sinne dieser Bestimmung - des Versicherten sein könnte, dessen Achtung durch die angefochtene Bestimmung in Frage gestellt wurde.

B.9.4. Der erste Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den zweiten Klagegrund

B.10.1. Aus der Darlegung in der Nichtigkeitsklageschrift in der Rechtssache Nr. 4843 geht hervor, dass der Hof gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 21*octies* § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 - eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 - mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention zu urteilen, insofern diese Bestimmung einen Behandlungsunterschied zwischen dem Versicherten und dem Versicherungsunternehmen einführe, da sie es dem Ersteren nicht ermögliche, die CBFA um eine Änderung der Bedingungen des in dieser Bestimmung erwähnten Versicherungsvertrags zu bitten, wenn er finanzielle Schwierigkeiten habe.

B.10.2. Die angefochtene Bestimmung ermächtigt ein Versicherungsunternehmen, die CBFA um eine Genehmigung zu bitten, um « Maßnahmen zu ergreifen, um [seine] Tarife ins Gleichgewicht zu bringen ». Diese Genehmigung wird nur unter bestimmten Bedingungen erteilt. Diese Maßnahmen können in einer « Anpassung der Deckungsbedingungen » bestehen (Artikel 21*octies* § 2 Absatz 2 zweiter Satz des Gesetzes vom 9. Juli 1975).

Vor dem Inkrafttreten der angefochtenen Bestimmung war die CBFA bereits ermächtigt, von einem Versicherungsunternehmen zu verlangen, dass es « einen Tarif ins Gleichgewicht bringt », wenn es feststellte, dass « die Anwendung dieses Tarifs zu Verlusten führt » (Artikel 21*octies* § 2 erster Satz des Gesetzes vom 9. Juli 1975). Diese Regel - die durch Artikel 21*octies* § 2 Absatz 1, eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, bestätigt wird - ist Bestandteil der Kontrolle der Rentabilität der Versicherungsunternehmen (*Parl. Dok.*, Kammer, 1990-1991, Nr. 1587/1, SS. 2, 8-9), die es ermöglicht, einem « Unternehmen in Schwierigkeiten » eine sofortige - selbst zeitweilige - Erhöhung von Tarifen aufzuerlegen, wenn diese Tarife « offensichtlich zu niedrig sind und langfristig die Gesundheit des Unternehmens gefährden » (ebenda, Nr. 1587/4, SS. 24 und 38).

Die angefochtene Bestimmung bezweckt, « es den Versicherungsunternehmen, die außergewöhnliche und schwerwiegende Verluste erleiden, zu ermöglichen, » bei der CBFA die Genehmigung zu beantragen, « ihre Tarife zu erhöhen », um « das finanzielle Gleichgewicht wiederzufinden » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, S. 35). Sie betrifft nur

« spezifische und besondere Situationen » (ebenda, S. 35). Diese Bestimmung « dient auch zum Schutz des Verbrauchers, denn dieser würde am stärksten unter dem etwaigen Konkurs seines Versicherers leiden » (*Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1235/3, S. 17).

Der Antrag, den ein Versicherungsunternehmen auf der Grundlage der angefochtenen Bestimmung an die CBFA richten kann, hat eine Tragweite, die über ein bestimmtes vertragliches Verhältnis zwischen diesem Unternehmen und einem bestimmten Versicherungsnehmer hinausgeht.

B.10.3. Angesichts der Zielsetzung der angefochtenen Bestimmung entbehrt der vorerwähnte Behandlungsunterschied nicht einer vernünftigen Rechtfertigung.

B.10.4. Der zweite Klagegrund ist unbegründet.

Zur Hauptsache in der Rechtssache Nr. 4846

In Bezug auf den ersten Klagegrund

B.11.1. Aus der Darlegung des ersten Klagegrunds geht hervor, dass der Hof gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 138*bis*-4 §§ 1 bis 4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 (ersetzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009) und von Artikel 21*octies* § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 (eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009) mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung zu urteilen, insofern diese Bestimmungen einen Behandlungsunterschied einführen zwischen einerseits dem Versicherer, der einen lebenslangen, nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen habe, und andererseits der Krankenkasse, die einen « Dienst ‘ Krankenhausversicherung ’ » organisiere.

Die Bedingungen für die Erhöhung der finanziellen Gegenleistung für die in Ausführung dieses Vertrags oder im Rahmen dieses Dienstes zu erbringende Leistung sowie die Bedingungen für die Änderung der « Deckungsbedingungen » in Verbindung mit diesem Vertrag oder diesem Dienst seien für die Krankenkasse flexibler als für den Versicherer, insofern die Krankenkasse diese Gegenleistung erhöhen oder diese « Deckungsbedingungen » ändern

könne durch einen einfachen Beschluss ihrer Generalversammlung, ohne die Zustimmung des Nutznießers ihres Dienstes zu erhalten.

B.11.2.1. Eine Krankenkasse ist eine Vereinigung natürlicher Personen, die « die Pflege des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens in einem Geist der Fürsorge, gegenseitigen Unterstützung und Solidarität zum Ziel » hat und ihre Tätigkeiten « ohne Gewinnerzielungsabsicht » ausübt (Artikel 2 § 1 des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände).

B.11.2.2. Der von einer Krankenkasse eingerichtete « Dienst ‘ Krankenhausversicherung ’ » stellt eine « finanzielle Beteiligung » für ihre « Mitglieder » und die « Personen zu deren Lasten » dar, die darin besteht, « bei einem Krankenhausaufenthalt entweder eine Pauschalentschädigung pro Pflage tag oder eine Entschädigung entsprechend den tatsächlich getragenen Kosten in Sachen Krankenhauspflege » zu bewilligen (Artikel 9 § 1ter Nr. 1 in Verbindung mit Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe *b*) des Gesetzes vom 6. August 1990).

B.11.3. Durch das Gesetz vom 26. April 2010 « zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung (I) » werden verschiedene Änderungen an der Regelung über den « Dienst ‘ Krankenhausversicherung ’ » eingeführt. Die meisten Bestimmungen dieses Gesetzes sind am 1. März 2010 in Kraft getreten (Artikel 75 Absatz 1 des Gesetzes vom 26. April 2010).

Es steht jedoch den Krankenkassen, die bei diesem Inkrafttreten bestanden, weiterhin frei, diesen Dienst weiter « unter Einhaltung der Bestimmungen des Gesetzes vom 6. August 1990 und seiner Ausführungsmaßnahmen, die am Tag vor [diesem] Inkrafttreten galten », bis zum 31. Dezember 2011 zu organisieren, ohne die durch das Gesetz vom 26. April 2010 vorgenommenen Abänderungen zu berücksichtigen (Artikel 75 Absätze 2 bis 4 des Gesetzes vom 26. April 2010; Artikel 1 des königlichen Erlasses vom 21. Januar 2011 « zur Ausführung von Artikel 75 Absatz 4 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung (I) »).

Unter Berücksichtigung des Datums des Einreichens der Nichtigkeitsklageschrift (8. Januar 2010) wird der Hof im ersten Klagegrund gebeten, die Regelung bezüglich der Krankenkassen

zu berücksichtigen, die vor dem Inkrafttreten des Gesetzes vom 26. April 2010 galt. Es muss ebenfalls der in B.11.1 erwähnte Behandlungsunterschied im Lichte der durch dieses Gesetz vorgenommenen Abänderungen geprüft werden.

B.11.4.1. Eine Krankenkasse darf den Betrag der Beiträge eines «Dienstes ‘Krankenhausversicherung’» in nur drei Fällen erhöhen, und zwar um ihn dem «Gesundheitsindex» anzupassen, «wenn die reale und bedeutende Erhöhung der Kosten für die garantierten Leistungen oder die Entwicklung der zu deckenden Risiken dies erfordert» oder «bei bedeutenden und außergewöhnlichen Umständen» (Artikel 9 § 1 *quinquies* Absatz 5 des Gesetzes vom 6. August 1990, eingefügt durch Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Mai 2007 «zur Abänderung des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände»). Die «tatsächliche und bedeutende Erhöhung der Kosten für die garantierten Leistungen», die «Entwicklung der zu deckenden Risiken» und die «bedeutenden und außergewöhnlichen Umstände» werden vom Kontrollamt der Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände als solche eingeschätzt (Artikel 9 § 1 *quinquies* Absatz 6 des Gesetzes vom 6. August 1990, eingefügt durch Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Mai 2007).

Zudem dürfen die «Bedingungen in Sachen Deckung» der Mitglieder einer Krankenkasse, die einen «Dienst ‘Krankenhausversicherung’» einrichtet, «nur aufgrund nachhaltiger objektiver Faktoren und im Verhältnis zu diesen Faktoren», die «der Beurteilung durch das Kontrollamt [der Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände] unterliegen, abgeändert werden» (Artikel 9 § 1 *quinquies* Absatz 7 des Gesetzes vom 6. August 1990, eingefügt durch Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Mai 2007).

B.11.4.2. Sowohl eine Erhöhung des Betrags der Beiträge als auch eine Änderung der «Deckungsbedingungen» eines «Dienstes ‘Krankenhausversicherung’» setzt eine Satzungsänderung der Krankenkasse voraus (Artikel 9 § 1 Absatz 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 6. August 1990 vor seiner Abänderung durch Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 26. April 2010), d.h. grundsätzlich einen Beschluss der Generalversammlung der Krankenkasse, der mit Zweidrittelmehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst wird (Artikel 10 des Gesetzes vom 6. August 1990; Artikel 15 § 1 Nr. 1 desselben Gesetzes). Die Generalversammlung kann jedoch für einen (erneuerbaren) Zeitraum von einem Jahr dem Verwaltungsrat der Krankenkasse die

Befugnis übertragen, « Beitragsanpassungen zu beschließen » (Artikel 15 § 3 Absätze 1 und 2 des Gesetzes vom 6. August 1990).

Ungeachtet dessen, ob sie von der Generalversammlung oder vom Verwaltungsrat beschlossen wird, muss eine Satzungsänderung bezüglich einer Erhöhung des Betrags der Beiträge des « Dienstes ‘ Krankenhausversicherung ’ » vom Kontrollamt der Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände gebilligt werden, das prüfen soll, ob « die vorgesehene Erhöhung der Beitragsmasse im Verhältnis steht zur Erhöhung der Ausgaben im betreffenden Dienst » (Artikel 11 § 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 6. August 1990, in der Fassung nach seiner Ersetzung durch Artikel 3 des Gesetzes vom 11. Mai 2007; Artikel 15 § 3 Absatz 3 des Gesetzes vom 6. August 1990, ersetzt durch Artikel 139 Nr. 3 des Gesetzes vom 12. August 2000 zur Festlegung von sozialen, Haushalts- und sonstigen Bestimmungen).

Eine Satzungsänderung bezüglich einer Änderung der « Bedingungen für die Deckung » eines « Dienstes ‘ Krankenhausversicherung ’ » muss ebenfalls vom Kontrollamt der Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände gebilligt werden, das prüfen soll, ob « diese Änderung auf nachhaltigen objektiven Faktoren beruht und im Verhältnis zu diesen Faktoren steht » (Artikel 11 § 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 6. August 1990).

Gemäß den Vorarbeiten zum Gesetz vom 11. Mai 2007 - mit dem in das Gesetz vom 6. August 1990 die Bestimmungen zur Regelung der Bedingungen eingefügt wurden, unter denen eine Krankenkasse den Betrag der Beiträge erhöhen und die Deckungsbedingungen des « Dienstes ‘ Krankenhausversicherung ’ » ändern darf - unterscheidet sich das Verhältnis zwischen einer Krankenkasse und einem ihrer Mitglieder von demjenigen, das zwischen den Parteien eines Versicherungsvertrags besteht, insofern es sich nicht um ein « individuelles vertragliches Verhältnis », sondern um ein « statutarisches Verhältnis auf der Grundlage des Solidaritätsgrundsatzes » handelt. Es wurde präzisiert, dass das Mitglied einer Krankenkasse durch die Unterzeichnung des Beitrittsformulars an deren Satzung und ihren Änderungen gebunden ist (*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3057/001, S. 9; ebenda, DOC 51-3057/002, S. 5; *Parl. Dok.*, Senat, 2006-2007, Nr. 2439/2, S. 4).

B.11.4.3. Die Generalversammlung einer Krankenkasse setzt sich zusammen aus « Vertretern, die von den Mitgliedern und Personen zu deren Lasten, die volljährig oder für

mündig erklärt sind und in Belgien wohnen, aus ihrer Mitte für eine Dauer von sechs Jahren gewählt werden » (Artikel 14 § 1 des Gesetzes vom 6. August 1990).

Während der vorerwähnten Vorarbeiten zum Gesetz vom 11. Mai 2007 wurde auch hervorgehoben, dass « davon auszugehen ist, dass der Beschluss der Generalversammlung zur Änderung der Satzung aufgrund einer Ermächtigung durch die Mitglieder gefasst wird » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3057/001, S. 9).

B.11.4.4. Aus dem Vorstehenden geht hervor, dass die Erhöhung des Beitrags für einen « Dienst ‘ Krankenhausversicherung ’ » und die Änderung der « Deckungsbedingungen » eines solchen Dienstes grundsätzlich die indirekte Zustimmung des Nutznießers dieses Dienstes erfordern.

B.11.5. Das Gesetz vom 26. April 2010 hat die vorerwähnten Regeln nicht geändert.

B.11.6. Insofern sich der in B.11.1 beschriebene Behandlungsunterschied aus der Feststellung ergibt, dass die Krankenkasse den Beitrag für den « Dienst ‘ Krankenhausversicherung ’ » erhöhen oder dessen « Deckungsbedingungen » ändern könnte, ohne die Zustimmung des Nutznießers ihres Dienstes zu erhalten, beruht er folglich auf einer falschen Auslegung der auf die Krankenkassen anwendbaren Regeln, sowohl vor als auch nach dem Inkrafttreten des Gesetzes vom 26. April 2010.

B.11.7. Der erste Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den zweiten Klagegrund

B.12.1. Aus der Darlegung des zweiten Klagegrunds geht hervor, dass der Hof gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 138*bis*-4 §§ 1 bis 4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 und von Artikel 21*octies* § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 8 Absatz 3 der Richtlinie 73/239/EWG des Rates vom 24. Juli 1973 « zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeit der Direktversicherung (mit Ausnahme der

Lebensversicherung) » und mit den Artikeln 29 und 39 Absätze 2 und 3 der Richtlinie 92/49/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 « zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 73/239/EWG und 88/357/EWG » zu urteilen, insofern die betreffenden Bestimmungen die Freiheit des Versicherers, der einen lebenslangen, nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen hat, die « technischen Grundlagen der Prämie » und die « Deckungsbedingungen » dieses Vertrags zu ändern, einschränken.

B.12.2.1. Die Artikel 6 bis 12a der Richtlinie 73/239/EWG sind Teil von Abschnitt A (« Bedingungen für die Aufnahme der Versicherungstätigkeit ») von Kapitel II (« Vorschriften für Unternehmen mit Sitz in der Gemeinschaft ») dieser Richtlinie, während die Artikel 13 bis 21 derselben Richtlinie Abschnitt B (« Bedingungen für die Ausübung der Versicherungstätigkeit ») und Artikel 22 Abschnitt C (« Widerruf der Zulassung ») desselben Kapitels bilden.

Artikel 6 der Richtlinie 73/239/EWG - ersetzt durch Artikel 4 der Richtlinie 92/49/EWG - bestimmt, dass die « Aufnahme der Direktversicherungstätigkeit [...] von einer vorherigen behördlichen Zulassung abhängig » ist, die « bei den Behörden des Herkunftsmitgliedstaats beantragt werden [muss] », und zwar entweder von « Unternehmen, die ihren Sitz im Staatsgebiet dieses Mitgliedstaats begründen » oder von « Unternehmen, die die [vorerwähnte] Zulassung [...] erhalten haben und ihre Tätigkeit auf einen ganzen Versicherungszweig oder auf andere Versicherungszweige ausdehnen ».

Artikel 8 Absätze 1 bis 2 derselben Richtlinie - ersetzt durch Artikel 6 der Richtlinie 92/49/EWG und zuletzt abgeändert durch Artikel 1 der Richtlinie 2006/101/EG des Rates vom 20. November 2006 « zur Anpassung der Richtlinien 73/239/EWG, 74/557/EWG und 2002/83/EG im Bereich freier Dienstleistungsverkehr anlässlich des Beitritts Bulgariens und Rumäniens » - erwähnt verschiedene Bedingungen, die von einem Versicherungsunternehmen, das diese Zulassung beantragt, zu erfüllen sind.

Artikel 8 Absatz 3 der Richtlinie 73/239/EWG - ersetzt durch Artikel 6 der Richtlinie 92/49/EWG - bestimmt:

« Diese Richtlinie steht der Möglichkeit nicht entgegen, dass die Mitgliedstaaten Rechts- oder Verwaltungsvorschriften einführen oder beibehalten, die die Genehmigung der Satzung und die Übermittlung aller für die ordnungsgemäße Aufsicht erforderlichen Dokumente vorschreiben.

Jedoch sehen die Mitgliedstaaten keine Vorschriften vor, in denen eine vorherige Genehmigung oder eine systematische Übermittlung der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen, der Tarife sowie der Formblätter und sonstigen Druckstücke, die das Unternehmen im Verkehr mit den Versicherungsnehmern zu verwenden beabsichtigt, verlangt wird.

Die Mitgliedstaaten dürfen die vorherige Mitteilung oder die Genehmigung der vorgeschlagenen Tarifierhebungen nur als Element eines allgemeinen Preiskontrollsystems beibehalten oder einführen.

[...]».

B.12.2.2. Artikel 29 der Richtlinie 92/49/EWG, der zu Kapitel 3 von Titel III (« Harmonisierung der Bedingungen für die Ausübung der Tätigkeit ») gehört, bestimmt:

« Die Mitgliedstaaten sehen keine Vorschriften vor, in denen eine vorherige Genehmigung oder eine systematische Übermittlung der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen, der Tarife sowie der Formblätter und sonstigen Druckstücke, die das Unternehmen im Verkehr mit den Versicherungsnehmern zu verwenden beabsichtigt, verlangt wird. Um die Einhaltung der nationalen Rechtsvorschriften über die Versicherungsverträge zu überwachen, können sie nur die nicht-systematische Übermittlung dieser Bedingungen und sonstigen Dokumente verlangen, ohne dass dies für das Unternehmen eine Voraussetzung für die Ausübung seiner Tätigkeit darstellen darf.

Die Mitgliedstaaten dürfen die vorherige Mitteilung oder die Genehmigung der vorgeschlagenen Tarifierhöhungen nur als Bestandteil eines allgemeinen Preiskontrollsystems beibehalten oder einführen ».

B.12.2.3. Artikel 39 der Richtlinie 92/49/EWG ist Teil von Titel IV (« Bestimmungen über die freie Niederlassung und den freien Dienstleistungsverkehr ») und bestimmt:

« (1) Artikel 18 der Richtlinie 88/357/EWG wird aufgehoben.

(2) Der Mitgliedstaat der Zweigniederlassung oder der Dienstleistung sieht keine Vorschriften vor, in denen eine vorherige Genehmigung oder eine systematische Übermittlung der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen, der Tarife sowie der Formblätter und sonstigen Druckstücke, die das Unternehmen im Verkehr mit den Versicherungsnehmern zu verwenden beabsichtigt, verlangt wird. Um die Einhaltung der nationalen Rechtsvorschriften über die Versicherungsverträge zu überwachen, kann er von jedem Unternehmen, das in seinem Staatsgebiet im Rahmen der Niederlassungs- oder der Dienstleistungsfreiheit tätig werden will, nur die nicht-systematische Übermittlung dieser Bedingungen und sonstigen Dokumente

verlangen, ohne dass dies für das Unternehmen eine Voraussetzung für die Ausübung seiner Tätigkeit darstellen darf.

(3) Der Mitgliedstaat der Zweigniederlassung oder der Dienstleistung darf die vorherige Mitteilung oder die Genehmigung der vorgeschlagenen Tarifierhöhungen nur als Bestandteil eines allgemeinen Preiskontrollsystems beibehalten oder einführen ».

B.12.2.4. Die Richtlinie 92/49/EWG, mit der die vorerwähnten Bestimmungen eingefügt wurden, bezweckt, den « freien Vertrieb » von Versicherungsprodukten zu verwirklichen (EuGH, 11. Mai 2000, C-296/98, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Französische Republik*, Randnr. 29; EuGH, Große Kammer, 25. Februar 2003, C-59/01, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Italienische Republik*, Randnr. 26). Ziel ist es, dass « alle in der [Union] angebotenen Versicherungsprodukte ungehindert auf [dem] Hoheitsgebiet [des Mitgliedstaats] vertrieben werden können », damit der Versicherungsnehmer « Zugang zu einer möglichst weiten Palette von [diesen Produkten] hat » (Erwägungsgrund 19 der Richtlinie 92/49/EWG), wobei den Mitgliedstaaten die « Möglichkeit [belassen wird], die Anwendung ihres eigenen Rechts für Versicherungsverträge vorzuschreiben, die in ihrem Staatsgebiet belegene Risiken decken, [damit] eine hinreichende Sicherung für diejenigen Versicherungsnehmer [geboten wird], die einen besonderen Schutz benötigen » (Erwägungsgrund 18 derselben Richtlinie).

Die vorerwähnten Bestimmungen der Richtlinie 73/239/EWG und der Richtlinie 92/49/EWG bezwecken jedoch nicht, das vertragliche Verhältnis zwischen einem Versicherungsunternehmen und einem Versicherungsnehmer zu regeln. Sie verbieten es einem Staat, die vorherige Übermittlung von Informationen oder Dokumenten zu verlangen, die ein Versicherungsunternehmen in dieser Art von Verhältnis « zu verwenden beabsichtigt ». Indem darauf hingewiesen wird, dass eine der Ausnahmen zu diesem Verbot « für das Unternehmen [keine] Voraussetzung für die Ausübung seiner Tätigkeit darstellen darf », wird in Artikel 29 Absatz 1 und Artikel 39 Absatz 2 der Richtlinie 92/49/EWG daran erinnert, dass dieses Verbot Übermittlungen vor der Entstehung gleich welcher vertraglichen Beziehung zwischen diesem Unternehmen und dem Versicherungsnehmer betrifft. Die in Artikel 8 Absatz 3 der Richtlinie 73/239/EWG enthaltenen Regeln sind ihrerseits Bestandteil einer Bestimmung, in der Zulassungsbedingungen angeführt sind, denen die Aufnahme der Versicherungstätigkeit unterliegt.

Die vorerwähnten Bestimmungen der Richtlinie 73/239/EWG und der Richtlinie 92/49/EWG verbieten ebenfalls nicht jede nationale Maßnahme, die Auswirkungen auf die Tarife haben kann (EuGH, Große Kammer, 7. September 2004, C-346/02, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Großherzogtum Luxemburg*, Randnrn. 24-25; EuGH, Große Kammer, 7. September 2004, C-347/02, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Französische Republik*, Randnrn. 25-26; EuGH, Große Kammer, 28. April 2009, C-518/06, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Italienische Republik*, Randnrn. 105-106).

Aus dem Vorstehenden geht hervor, dass diese Bestimmungen es einem Staat nicht verbieten, die Genehmigung, die Mitteilung oder die Notifizierung von Änderungen an bereits geschlossenen Verträgen vorzuschreiben. Sie betreffen nur Verträge, die noch nicht geschlossen wurden.

B.12.3. Die angefochtenen Bestimmungen verbieten es dem Versicherer, der einen lebenslangen, nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen hat, die « technischen Grundlagen der Prämie » und die « Deckungsbedingungen » dieses Vertrags zu ändern, verbinden diesen Grundsatz jedoch gleichzeitig mit mehreren Ausnahmen.

Sie verpflichten den Versicherer nicht, die « technischen Grundlagen der Prämie » oder die « Deckungsbedingungen » von noch nicht geschlossenen Verträgen mitzuteilen, zu notifizieren oder den Behörden zur vorherigen Genehmigung zu unterbreiten, selbst wenn diese Elemente von zu schließenden Verträgen nicht identisch sind mit denjenigen der bereits geschlossenen Verträge.

Die angefochtenen Bestimmungen enthalten folglich keine Maßnahmen, die nicht mit Artikel 8 Absatz 3 der Richtlinie 73/239/EWG und mit den Artikeln 29 und 39 Absätze 2 und 3 der Richtlinie 92/49/EWG vereinbar wären.

B.12.4. Der zweite Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den dritten Klagegrund

B.13.1. Aus der Darlegung des dritten Klagegrunds geht hervor, dass der Hof gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 138*bis*-4 §§ 1 bis 4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 und von Artikel 21*octies* § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 (eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009) mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Artikeln 43 und 49 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft zu urteilen, insofern diese Bestimmungen die Niederlassungsfreiheit und die Dienstleistungsfreiheit der in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union niedergelassenen Versicherungsunternehmen, die lebenslange, nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge schließen möchten, einschränken.

B.13.2.1. Die in Artikel 43 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft erwähnten Regeln sind seit dem 1. Dezember 2009 - dem Tag des Inkrafttretens des Vertrags « zur Änderung des Vertrags über die Europäische Union und des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft », unterzeichnet in Lissabon am 13. Dezember 2007 - in Artikel 49 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (weiter unten AEUV) enthalten, der 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.13.2.2. Die in Artikel 49 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft erwähnten Regeln sind seit dem 1. Dezember 2009 in Artikel 56 des AEUV enthalten, der 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.13.2.3. Artikel 54 Absatz 2 des AEUV definiert Gesellschaften als « die Gesellschaften des bürgerlichen Rechts und des Handelsrechts einschließlich der Genossenschaften und die sonstigen juristischen Personen des öffentlichen und privaten Rechts mit Ausnahme derjenigen, die keinen Erwerbszweck verfolgen ». Er findet ebenfalls auf das in Artikel 56 des Vertrags geregelte Sachgebiet Anwendung (Artikel 62 des AEUV).

B.13.3. 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). Dabei handelt es sich unter anderem um Maßnahmen, die, obwohl sie unterschiedslos auf Unternehmen aus diesem Staat und aus Unternehmen aus anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union anwendbar sind, den Marktzugang von letzteren Unternehmen betreffen und somit den innergemeinschaftlichen Handel behindern (EuGH, Große Kammer, 28. April 2009, C-518/06, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Italienische Republik*, Randnr. 64).

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. 64).

B.13.4. Eine Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und des freien Dienstleistungsverkehrs in einem Bereich, der nicht Gegenstand einer Harmonisierung auf Ebene der Europäischen Union ist, kann zugelassen werden, wenn sie zwingenden Gründen des Allgemeininteresses entspricht, geeignet ist, die Erreichung des mit ihr verfolgten Ziels zu gewährleisten, und nicht über das hinausgeht, was zur Erreichung dieses Ziels erforderlich ist

(EuGH, Große Kammer, 1. April 2008, C-212/06, *Regierung der Französischen Gemeinschaft und Wallonische Regierung*, Randnr. 55; EuGH, 13. Dezember 2007, C-250/06, *United Pan-Europe Communications Belgium u.a.*, Randnr. 39; EuGH, Große Kammer, 28. April 2009, C-518/06, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Italienische Republik*, Randnr. 72; EuGH, 7. Oktober 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota u.a.*, Randnr. 45).

Zu diesen zwingenden Gründen des Allgemeininteresses gehört der Verbraucherschutz (EuGH, 4. Dezember 1986, 205/84, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Bundesrepublik Deutschland*, Randnrn. 30-33; EuGH, Große Kammer, 6. März 2007, C-338/04, C-359/04 und C-360/04, *Placanica u.a.*, Randnr. 46; EuGH, 18. November 2010, C-458/08, *Europäische Kommission gegen Portugiesische Republik*, Randnr. 89).

B.13.5. Die angefochtenen Bestimmungen gehören nicht zu einem Bereich, der Gegenstand einer Harmonisierung durch die Europäische Union war.

B.13.6. Ohne dass geprüft werden muss, ob diese Bestimmungen Einschränkungen im Sinne der Artikel 49 und 56 des AEUV darstellen, genügt die Feststellung, dass sie den in B.13.4 erwähnten Kriterien entsprechen.

B.13.7.1. Das Gesetz vom 17. Juni 2009 bezweckt nämlich, praktische Probleme zu lösen, die durch die Anwendung des Gesetzes vom 20. Juli 2007 entstanden waren, das bezweckte, « gewisse bedeutende Garantien » im bedeutenden Sektor der « privaten Krankenversicherung » zu bieten (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1662/001, S. 4; ebenda, DOC 52-1662/004, S. 3; *Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1235/3, S. 2).

Die angefochtenen Bestimmungen sind Bestandteil eines « für den Schutz des Versicherten wesentlichen » Regelwerks (*Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1235/3, S. 6), das dem Schutz des Verbrauchers dient (ebenda, Nr. 4-1235/3, S. 5).

B.13.7.2. Die Bestimmungen sind geeignet, die Verwirklichung dieses Ziels zu gewährleisten.

Durch die Festlegung von Grenzen, in denen der Versicherer gewisse Bestandteile des Vertrags anpassen kann, bezweckt Artikel 138*bis*-4 §§ 1 bis 3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, etwaige Prämien erhöhungen zu verhindern, die über eine Erhöhung der tatsächlichen Kosten der erbrachten Leistungen hinausgehen und sich in « plötzlichen Erhöhungen mit oft katastrophalen Folgen » für die Versicherten ausdrücken (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, S. 3; *Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1235/3, S. 2). Er bezweckt ebenfalls, « ebenso bedeutenden wie unerwarteten Prämien erhöhungen » (ebenda, Nr. 4-1235/3, S. 5) sowie « Verteuerungen der Versicherungspolice n », die in den beiden Jahren vor der Annahme der angefochtenen Bestimmungen festgestellt wurden (ebenda, Nr. 4-1235/3, SS. 13-14), ein Ende zu setzen, sowie die Versicherer daran zu hindern, « langfristig nicht haltbare Einführungspreise » mit anschließenden « Aufholmaßnahmen » zu praktizieren (ebenda, Nr. 4-1235/3, S. 5), um dem Versicherten ungeachtet seines Alters eine « reelle Tarifsicherheit » zu gewährleisten (ebenda).

B.13.7.3. Die angefochtenen Bestimmungen gehen nicht über das hinaus, was zum Erreichen der Zielsetzung notwendig ist.

Der Versicherer behält das Recht, die Vertragselemente - wie den Betrag der Prämie - zum Zeitpunkt des Abschlusses frei zu bestimmen und dabei gegebenenfalls « attraktive Preise » unter « wirtschaftlich realistischen Bedingungen » anzubieten (*Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1235/5, S. 5).

Außerdem ist vorgesehen, dass diese Vertragselemente nach dem Abschluss des Vertrags jedes Jahr den Kosten der durch diesen Vertrag gedeckten Dienste angepasst werden können auf der Grundlage von Indexen, die anhand von objektiven und repräsentativen Parametern (Artikel 138*bis*-4 § 3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992) nach einer soliden Methode bestimmt werden, die deren « wissenschaftliche Gültigkeit » gewährleistet (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, S. 5; *Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1235/3, S. 4).

Wenn die Anpassung dieser Vertragselemente auf der Grundlage dieser spezifischen Indexe oder auf der Grundlage des Verbraucherpreisindex es dem Versicherer nicht ermöglicht, die Gefahr von Verlusten zu vermeiden, kann dieser die CBFA um die Genehmigung bitten, Maßnahmen zu ergreifen, um seine Tarife ins Gleichgewicht zu bringen, wie eine Anpassung

seiner Deckungsbedingungen (Artikel 138*bis*-4 § 4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 in Verbindung mit Artikel 21*octies* § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975). Diese Vorgehensweise fügt sich in das Konzept von « spezifischen und besonderen Situationen » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, S. 35) oder von « außergewöhnlichen Umständen » (*Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1235/3, S. 5) ein und dient « zum Schutz des Verbrauchers, denn dieser würde am stärksten unter dem etwaigen Konkurs seines Versicherers leiden » (ebenda, S. 17).

Schließlich können auch andere Elemente des Vertrags nach dem Abschluss durch den Versicherer - auf angemessene und proportionale Weise sowie unter bestimmten Bedingungen - den Veränderungen in der Situation des Versicherten hinsichtlich des Berufes, des Einkommens oder seines Sozialversicherungsstatuts angepasst werden (Artikel 138*bis*-4 § 5 des Gesetzes vom 25. Juni 1992).

B.13.8. Die angefochtenen Bestimmungen sind folglich mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Artikeln 49 und 56 des AEUV vereinbar.

B.13.9. Der dritte Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den vierten Klagegrund

B.14.1. Aus der Darlegung des vierten Klagegrunds geht hervor, dass der Hof gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 138*bis*-4 §§ 1 bis 4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 und von Artikel 21*octies* § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 15 der Richtlinie 73/239/EWG vom 24. Juli 1973 und mit Artikel 56 der Richtlinie 91/674/EWG des Rates vom 19. Dezember 1991 « über den Jahresabschluss und den konsolidierten Abschluss von Versicherungsunternehmen » zu urteilen, insofern die betreffenden Bestimmungen ein durch lebenslange, nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge gebundenes Versicherungsunternehmen daran hinderten, ausreichende technische Rückstellungen zu bilden.

B.14.2. Ersetzt durch Artikel 17 der Richtlinie vom 18. Juli 1992 und anschließend abgeändert durch Artikel 57 Nummer 3 der Richtlinie 2005/68/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. November 2005 « über die Rückversicherung und zur Änderung der Richtlinien 73/239/EWG, 92/49/EWG des Rates sowie der Richtlinien 98/78/EG und 2002/83/EG », bestimmt Artikel 15 der Richtlinie 73/239/EWG:

« (1) Der Herkunftsmitgliedstaat verpflichtet jedes Versicherungsunternehmen, ausreichende versicherungstechnische Rückstellungen für seine gesamte Geschäftstätigkeit zu bilden.

Die Höhe dieser versicherungstechnischen Rückstellungen wird gemäß den in der Richtlinie 91/674/EWG enthaltenen Vorschriften festgelegt.

(2) Der Herkunftsmitgliedstaat verpflichtet jedes Versicherungsunternehmen, die versicherungstechnischen Rückstellungen und die Schwankungsrückstellung gemäß Artikel 15a dieser Richtlinie durch kongruente Vermögenswerte im Einklang mit Artikel 6 der Richtlinie 88/357/EWG zu bedecken. In Bezug auf Risiken in der Gemeinschaft müssen diese Vermögenswerte im Gebiet der Gemeinschaft belegen sein. Die Mitgliedstaaten verlangen von den Versicherungsunternehmen nicht, dass ihre Vermögenswerte in einem bestimmten Mitgliedstaat belegen sein müssen. Der Herkunftsmitgliedstaat kann jedoch Lockerungen hinsichtlich der Belegenheit der Vermögenswerte zulassen.

(3) Ist der Rückversicherer ein gemäß der Richtlinie 2005/68/EG zugelassenes Rückversicherungsunternehmen oder ein gemäß dieser Richtlinie oder der Richtlinie 2002/83/EG zugelassenes Versicherungsunternehmen, so sehen die Mitgliedstaaten davon ab, ein System von versicherungstechnischen Bruttorekstellungen durch die Besicherung von Vermögenswerten zur Bedeckung noch nicht verdienter Prämien und noch nicht abgewickelter Schadensfälle beizubehalten oder einzuführen.

Gestattet der Herkunftsmitgliedstaat die Bedeckung versicherungstechnischer Rückstellungen durch Forderungen gegen einen Rückversicherer, der weder ein gemäß der Richtlinie 2005/68/EG zugelassenes Rückversicherungsunternehmen noch ein gemäß dieser Richtlinie oder der Richtlinie 2002/83/EG zugelassenes Versicherungsunternehmen ist, so legt er die Bedingungen fest, unter denen dies zulässig ist ».

Diese Bestimmung ist Teil von Abschnitt B (« Bedingungen für die Ausübung der Versicherungstätigkeit ») von Kapitel II (« Vorschriften für Unternehmen mit Sitz in der Gemeinschaft ») dieser Richtlinie.

Artikel 56 der Richtlinie 91/674/EWG des Rates vom 19. Dezember 1991 « über den Jahresabschluss und den konsolidierten Abschluss von Versicherungsunternehmen » bestimmt:

« *Versicherungstechnische Rückstellungen*

Die versicherungstechnischen Rückstellungen müssen jederzeit gewährleisten, dass das Versicherungsunternehmen alle seine aus Versicherungsverträgen resultierenden Verpflichtungen im Rahmen dessen, was bei vernünftiger Betrachtungsweise vorhersehbar ist, erfüllen kann ».

Diese Bestimmung ist Teil von Abschnitt 7 (« Bewertungsregeln ») dieser Richtlinie.

B.14.3. Die angefochtenen Bestimmungen erlauben es dem Versicherer, der sich durch den Abschluss eines nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrags gebunden hat, gewisse Elemente dieses Vertrags während des Ausführungszeitraums des Vertrags unter gewissen, darin beschriebenen Bedingungen zu ändern. Sie ermöglichen es dem Versicherer unter anderem, jährlich innerhalb bestimmter Grenzen die Beträge der Prämie, Franchise und Leistung, die von den Parteien bei Vertragsabschluss frei vereinbart worden waren, anzupassen, um insbesondere der allgemeinen Entwicklung der Preise und der Kosten der durch diesen Vertrag gedeckten Dienste Rechnung zu tragen (Artikel 138*bis*-4 §§ 2 und 3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992). Sie erlauben es ihm ebenfalls, bei der Kommission für das Bank-, Finanz- und Versicherungswesen die Genehmigung zum Ergreifen von Maßnahmen zu beantragen, « um [seine] Tarife ins Gleichgewicht zu bringen », wenn die Anwendung seiner Tarife « verlustbringend ist oder droht, verlustbringend zu sein » (Artikel 21*octies* § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975).

Diese Bestimmungen verletzen jedoch nicht das Recht des Versicherers, einseitig die Höhe der Beträge zu bestimmen, die er einer Person anbietet, die bei ihm einen Vertrag abschließen möchte. Es steht ihm weiterhin frei, den Wert dieser Beträge festzusetzen, unter anderem unter Berücksichtigung seiner Buchführungsverpflichtungen.

Die angefochtenen Bestimmungen bezwecken also nicht, die Buchführung der Versicherungsunternehmen zu regeln, und verletzen nicht deren Recht, den Betrag der buchhalterischen Rückstellungen unter Einhaltung der in den vorerwähnten europäischen Bestimmungen vorgesehenen Anforderungen festzusetzen.

Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass sie nicht mit der Verpflichtung für die durch lebenslange, nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge gebundene Versicherungsunternehmen zur Bildung ausreichender technischer Rückstellungen, die sich aus den vorerwähnten europäischen Bestimmungen ergibt, vereinbar wären.

B.14.4. Der vierte Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den fünften Klagegrund

B.15.1. Aus der Darlegung des fünften Klagegrunds geht hervor, dass der Hof gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 21^{octies} § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 (eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009) mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit deren Artikel 13, mit den Artikeln 6 und 14 der Europäischen Menschenrechtskonvention und mit dem allgemeinen Rechtsgrundsatz des Rechtes auf wirksame gerichtliche Beschwerde zu urteilen, insofern diese Bestimmung einem Versicherer, der durch einen lebenslangen, nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag gebunden sei, einerseits das Recht auf gerichtliches Gehör entziehe, wenn die CBFA es unterlasse, über den bei ihr in Anwendung dieser Bestimmung eingereichten Antrag zu entscheiden, und andererseits das Recht auf wirksame Beschwerde, wenn die CBFA sich weigere, diesem Antrag stattzugeben.

B.15.2.1. Artikel 13 der Verfassung bestimmt:

« Niemand darf gegen seinen Willen seinem gesetzlichen Richter entzogen werden ».

Diese Bestimmung gewährleistet - so wie Artikel 6 Absatz 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention - ein Recht auf Zugang zum zuständigen Richter, das den Anforderungen eines fairen Verfahrens entspricht.

B.15.2.2. Artikel 14 der Europäischen Menschenrechtskonvention bestimmt:

« *Verbot der Benachteiligung*

Der Genuss der in der vorliegenden Konvention festgelegten Rechte und Freiheiten muss ohne Unterschied des Geschlechts, der Rasse, Hautfarbe, Sprache, Religion, politischen oder sonstigen Anschauungen, nationaler oder sozialer Herkunft, Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt oder des sonstigen Status gewährleistet werden ».

B.15.3.1. Artikel 14 § 1 der am 12. Januar 1973 koordinierten Gesetze über den Staatsrat, ersetzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. Mai 2007 « zur Abänderung von Artikel 14 der am 12. Januar 1973 koordinierten Gesetze über den Staatsrat », bestimmt:

« Die Verwaltungsstreitsachenabteilung [des Staatsrates] befindet im Wege von Entscheiden über Nichtigkeitsklagen wegen Verletzung entweder wesentlicher oder unter Androhung der Nichtigkeit auferlegter Formvorschriften, wegen Befugnisüberschreitung oder wegen Befugnismissbrauch, die eingeleitet werden gegen Akte und Verordnungen:

1. der verschiedenen Verwaltungsbehörden,

[...] ».

Artikel 14 § 3 derselben am 12. Januar 1973 koordinierten Gesetze, ersetzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 25. Mai 1999 « zur Abänderung der am 12. Januar 1973 koordinierten Gesetze über den Staatsrat, des Gesetzes vom 5. April 1955 über die Gehälter der Inhaber eines Amtes beim Staatsrat sowie des Gerichtsgesetzbuches », bestimmt:

« Muss eine Verwaltungsbehörde eine Entscheidung treffen und hat sie nach Ablauf einer viermonatigen Frist, nachdem der Interessent ihr eine entsprechende Aufforderung notifiziert hat, keine Entscheidung getroffen, gilt das Stillschweigen der Behörde als Abweisungsentscheidung, gegen die Beschwerde eingelegt werden kann. Diese Bestimmung beeinträchtigt nicht die Sonderbestimmungen, in denen eine andere Frist vorgesehen ist oder die mit dem Stillschweigen der Verwaltungsbehörde andere Folgen verbinden ».

B.15.3.2. Das in der angefochtenen Bestimmung verwendete Wort « kann » bedeutet, dass die CBFA, wenn sie mit einem Antrag eines Versicherungsunternehmens befasst wird, der zu der in dieser Bestimmung beschriebenen Feststellung Anlass gibt, nicht verpflichtet ist, diesem Unternehmen die Erlaubnis zu erteilen, die Maßnahmen im Hinblick auf den Ausgleich seiner Tarife zu ergreifen. Die CBFA verfügt über einen gewissen Ermessensspielraum.

Wie der Ministerrat anführt, bedeutet das Wort « kann » also nicht, dass die CBFA nicht verpflichtet ist, über jeden Antrag zu befinden, der durch Versicherungsunternehmen auf der Grundlage der angefochtenen Bestimmung an sie gerichtet wird.

B.15.4.1. Artikel 21*octies* §§ 1 und 3 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 19. Juli 1991 « zur Abänderung des Gesetzes vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen und zur Festlegung gewisser Bestimmungen

über die Arbeitsweise des Versicherungskontrollamtes », anschließend abgeändert durch Artikel 26 des königlichen Erlasses vom 23. März 2003 « zur Ausführung von Artikel 45 § 2 des Gesetzes vom 2. August 2002 über die Aufsicht über den Finanzsektor und die Finanzdienstleistungen » - königlicher Erlass bestätigt durch Artikel 23 des Programmgesetzes vom 5. August 2003 -, bestimmte:

« § 1. Unbeschadet der Anwendung von Artikel 19*bis* verlangt die CBFA die Rücknahme oder die Abänderung vertraglicher oder werbemäßiger Dokumente, bei denen sie feststellt, dass sie nicht den im Gesetz oder aufgrund desselben vorgesehenen Bestimmungen entsprechen.

[...]

§ 3. Das Unternehmen kann gegen die in §§ 1 und 2 erwähnten Entscheidungen die Klage im Sinne von Artikel 7 beim Staatsrat einreichen. Diese Klage hat keine aufschiebende Wirkung ».

Vor seiner Aufhebung durch Artikel 10 des königlichen Erlasses vom 3. März 2011 « über die Entwicklung der Kontrollstrukturen für den Finanzsektor » bestimmte Artikel 7 des Gesetzes vom 9. Juli 1975:

« Ein Unternehmen, dessen Zulassung verweigert wird, kann nach einem vereinfachten, durch den König festzulegenden Verfahren eine Klage beim Staatsrat einreichen ».

Die letztgenannte Bestimmung entspricht dem Bemühen, « zu vermeiden, dass ein allzu langsames Verfahren die wirtschaftlichen Interessen der Unternehmen gefährden würde, die im Anschluss an eine Verweigerung rechtmäßig eine Nichtigerklärung der Entscheidung beanspruchen können » (*Parl. Dok.*, Senat, 1970-1971, Nr. 570, S. 22). Artikel 21*octies* § 3 ist seinerseits gerechtfertigt durch den Willen, « zu vermeiden, dass dem Unternehmen auf ungerechtfertigte Weise ein schwerer wirtschaftlicher Schaden entsteht » (*Parl. Dok.*, Kammer, 1990-1991, Nr. 1587/4, S. 38).

Angenommen in Ausführung von Artikel 7 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, bestimmte Artikel 8 des königlichen Erlasses vom 22. Februar 1991 « zur Einführung einer allgemeinen Regelung über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen », abgeändert durch Artikel 4 des königlichen Erlasses vom 22. November 1994 und durch Artikel 26 des königlichen Erlasses vom 25. März 2003:

« § 1. In den Artikeln 7 und 43 des Gesetzes erwähnte Beschwerden müssen zur Vermeidung der Nichtigkeit innerhalb fünfzehn Tagen nach Notifizierung des beanstandeten Beschlusses eingereicht werden.

Der Staatsrat wird anhand eines Antrags, der von den Personen, die satzungsmäßig befugt sind das Versicherungsunternehmen gerichtlich zu vertreten, oder von einem im Verzeichnis der Rechtsanwaltskammer eingetragenen Rechtsanwalt unterzeichnet ist, mit der Beschwerde befasst. Dieser Antrag wird dem Staatsrat zusammen mit vier beglaubigten Kopien und einer Kopie des Beschlusses, gegen den Beschwerde eingelegt wird, per Einschreiben zugesandt. Dem Antrag wird ein Verzeichnis der Begründungsunterlagen mit vier beglaubigten Kopien beigelegt.

§ 2. Innerhalb dreier Tage nach Empfang des Antrags übermittelt der Greffier dem Minister und der CBFA per Einschreiben eine Kopie aller bei ihm gemäß § 1 eingereichten Anträge.

Innerhalb dreier Tage nach Empfang der Kopie übermitteln der Minister und die CBFA der Kanzlei des Staatsrates ihre Akte.

§ 3. Ein Mitglied des Auditorats erstellt innerhalb eines Monats nach seiner Bestimmung seinen Bericht.

§ 4. Wenn die Kammer innerhalb zweier Monate nach Einreichung des Antrags und nach Einsichtnahme des Berichts über den Stand der Sache befindet, dass die Sache verhandlungsreif ist, legt der Präsident das Datum fest, an dem die Sache anberaumt wird. Ist die Kammer der Meinung, dass neue Aufträge angeordnet werden müssen, bestimmt sie zu diesem Zweck einen Staatsrat oder ein Mitglied des Auditorats, der/das innerhalb zwanzig Tagen nach seiner Bestimmung einen zusätzlichen Bericht verfasst. Dieser Bericht wird datiert, unterzeichnet und der Kammer übermittelt.

Die Anordnung zur Anberaumung der Sache oder ihrer Verweisung für weitere Untersuchungen erfolgt innerhalb acht Tagen nach Einreichung des Berichts.

Die Anordnung zur Anberaumung der Sache wird dem Antragsteller, dem Minister und der CBFA zusammen mit den Berichten notifiziert. Sie enthält die Anberaumung der Sache innerhalb acht Tagen.

§ 5. Der Entscheid muss innerhalb fünfzehn Tagen nach Schließung der Verhandlungen ergehen. Diese Frist kann nach Stellungnahme des Generalauditors auf Anordnung der Kammer verlängert werden, ohne dass die Gesamtdauer der Verlängerungen einen Monat überschreiten darf.

§ 6. Der Entscheid wird dem Antragsteller, dem Minister und der CBFA mitgeteilt.

§ 7. Auf das in vorliegendem Artikel geregelte Verfahren sind die Artikel 2 § 1 Nr. 1 und 2, 5, 12, 16, 17, 25 bis 27, 29, 33 bis 35, 37, 40 bis 51, 59, 61 bis 65, 72, 77, 84, 86 Absatz 2, 87, 88 und 91 des Erlasses des Regenten vom 23. August 1948 zur Festlegung des Verfahrens vor der Verwaltungsabteilung des Staatsrates anwendbar ».

B.15.4.2. Artikel 122 Nr. 13 des Gesetzes vom 2. August 2002 « über die Aufsicht über den Finanzsektor und die Finanzdienstleistungen », eingefügt durch Artikel 21 des königlichen Erlasses vom 25. März 2003 und anschließend abgeändert durch Artikel 186 Nr. 1 des Gesetzes vom 27. Oktober 2006 « über die Kontrolle der Einrichtungen der betrieblichen Altersversorgung », bestimmte:

«Eine Klage beim Staatsrat kann nach einem beschleunigten, durch den König festzulegenden Verfahren eingereicht werden:

[...]

13. durch ein Versicherungsunternehmen gegen Tariferhöhungsbeschlüsse, die von der CBFA aufgrund von Artikel 21*octies* des vorerwähnten Gesetzes vom 9. Juli 1975 gefasst wurden; ».

Artikel 30 § 2*bis* der am 12. Januar 1973 koordinierten Gesetze über den Staatsrat, eingefügt durch Artikel 4 § 1 des Gesetzes vom 2. August 2002 « zur Ergänzung des Gesetzes vom 2. August 2002 über die Aufsicht über den Finanzsektor und die Finanzdienstleistungen in Bezug auf die Rechtsmittel gegen Beschlüsse des Ministers, der CBF, des VKA und der Marktunternehmen und in Bezug auf den Beitritt der CBF und des VKA vor Strafgerichten und zur Abänderung verschiedener anderer Gesetzesbestimmungen », bestimmte:

«Der König legt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass, wenn nötig in Abweichung von § 1 und von den Artikeln 14, 17, 18, 21, 21*bis* und 90, die Regeln für das beschleunigte Verfahren fest, das auf die in Artikel 122 des Gesetzes vom 2. August 2002 über die Aufsicht über den Finanzsektor und die Finanzdienstleistungen erwähnten Beschwerden anwendbar ist.

Insbesondere bestimmt Er die Frist, in der der Kläger zur Vermeidung des Verfalls die Beschwerde einreichen muss, die Fristen, in denen jede Partei ihren Schriftsatz übermitteln muss, und die Frist, in der der Staatsrat befinden muss.

Er kann besondere Regeln für die Zusammensetzung der Kammern festlegen. Er kann für die in Artikel 122 des vorerwähnten Gesetzes vom 2. August 2002 erwähnten Beschwerden unterschiedliche Regeln festlegen.

Er kann Kläger verpflichten, vor Einreichung der Beschwerde beim Direktionsausschuss der CBF [zu lesen ist: CBFA] Rücknahme oder Änderung des beanstandeten Beschlusses zu beantragen ».

Das in dieser Bestimmung und im vorerwähnten Artikel 122 Nr. 13 des Gesetzes vom 2. August 2002 vorgesehene beschleunigte Verfahren wird durch den königlichen Erlass vom

15. Mai 2003 « zur Regelung des beschleunigten Verfahrens im Falle der Klage beim Staatsrat gegen gewisse Entscheidungen der Kommission für das Bank-, Finanz- und Versicherungswesen » geregelt, der gemäß seinem Artikel 6 am 1. Juni 2003 in Kraft getreten ist.

Bei dem Inkrafttreten des vorerwähnten Artikels 122 Nr. 13 des Gesetzes vom 2. August 2002 bestimmte Artikel 21*octies* § 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 19. Juli 1991 und abgeändert durch Artikel 26 des königlichen Erlasses vom 25. März 2003:

« Die CBFA kann verlangen, dass ein Unternehmen einen Tarif ins Gleichgewicht bringt, wenn es feststellt, dass die Anwendung dieses Tarifs zu Verlusten führt. Die Tarifierhöhung ist auf Verträge anwendbar, die nach Notifizierung der Entscheidung der CBFA abgeschlossen wurden, und ist unbeschadet des Kündigungsrechts des Versicherungsnehmers auch auf Prämien und Beiträge bestehender Verträge anwendbar, die ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach Notifizierung der Entscheidung der CBFA fällig werden. Die Tarifierhöhung ist nicht der Verpflichtung der Preiserhöhungsmeldung unterworfen wie erwähnt im Gesetz vom 22. Januar 1945 über die Wirtschaftsregelung und die Preise und in seinen Ausführungserlassen. Die CBFA setzt die Preiskommission über die Entscheidung zur Tarifierhöhung in Kenntnis. Diese Entscheidung wird erst fünfzehn Tage nach dieser Inkenntnissetzung wirksam und gilt nur für eine von der CBFA bestimmte Frist ».

Der erste und der zweite Satz der letztgenannten Bestimmung stellen die Absätze 1 beziehungsweise 3 von Artikel 21*octies* § 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, ersetzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, dar, während die letzten zwei Sätze den letzten Absatz dieser neuen Bestimmung bilden.

B.15.4.3. Aus dem Vorstehenden ergibt sich, dass ein « Tarifierhöhungsbeschluss » im Sinne von Artikel 122 Nr. 13 des Gesetzes vom 2. August 2002 nur ein Beschluss sein konnte, der von der CBFA auf der Grundlage von Absatz 1 von Artikel 21*octies* § 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, in der Fassung nach seiner Ersetzung durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, gefasst wurde.

Der von der CBFA auf der Grundlage von Absatz 2 von Artikel 21*octies* § 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 - ersetzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 - gefasste Beschluss stellte also nicht einen solchen « Tarifierhöhungsbeschluss » dar, der Gegenstand einer Klage

beim Staatsrat sein konnte, welche nach den im königlichen Erlass vom 15. Mai 2003 beschriebenen Verfahrensregeln geprüft werden musste.

Dennoch konnte ein Versicherungsunternehmen in Anwendung der vorerwähnten Artikel 7 und 21*octies* § 3 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 beim Staatsrat nach einem vereinfachten Verfahren eine Klage gegen eine Entscheidung der CBFA einreichen, mit der sie sich weigerte, dem Antrag, den es auf der Grundlage von Artikel 21*octies* § 2 Absatz 2 desselben Gesetzes eingereicht hatte, stattzugeben. Dieses Verfahren wurde durch Artikel 8 des königlichen Erlasses vom 22. Februar 1991 geregelt.

B.15.4.4. Aus dem Vorstehenden ergibt sich auch, dass keine der vorerwähnten Bestimmungen ein Versicherungsunternehmen, das feststellte, dass sich die CBFA zu einem Antrag im Sinne von Artikel 21*octies* § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, den es bei dieser Behörde eingereicht hatte, in Stillschweigen hüllte, daran hinderte, dieser eine Aufforderung in Anwendung von Artikel 14 § 3 der am 12. Januar 1973 koordinierten Gesetze zuzusenden, bevor es gegebenenfalls beim Staatsrat eine Klage gegen die Verweigerungsentscheidung der CBFA, die auf ihrem weiteren Stillschweigen beruhte, einreichte.

B.15.5. Die angefochtene Bestimmung bezweckt, der CBFA eine neue Befugnis zu verleihen.

Die Klagen gegen Entscheidungen dieser Behörde auf der Grundlage der betreffenden Bestimmung werden durch andere Gesetzes- oder Verordnungsbestimmungen geregelt, die nicht in der vorliegenden, beim Hof anhängig gemachten Nichtigkeitsklage erwähnt sind.

Die Verfassungsmäßigkeitskritik, auf der der fünfte Klagegrund beruht, insofern er aus der fehlenden Wirksamkeit der besagten Beschwerden abgeleitet ist, bezieht sich jedoch auf die Weise, auf die diese durch Gesetzes- oder Verordnungsbestimmungen, die nicht Gegenstand der vorliegenden Nichtigkeitsklage sind, organisiert werden. Ihre Prüfung würde den Hof dazu führen, über die Verfassungsmäßigkeit von nicht angefochtenen Bestimmungen zu urteilen.

B.15.6. Der fünfte Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den sechsten Klagegrund

B.16. Aus der Darlegung des sechsten Klagegrunds geht hervor, dass der Hof zunächst gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit dem Grundsatz der Rechtssicherheit zu urteilen, insofern er bestimme, dass Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, ersetzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, mit 1. Juli 2007 wirksam werde und somit Versicherern, die nach diesem Datum, jedoch vor der Veröffentlichung dieser neuen Fassung von Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 entweder einen seit dem 1. Juli 2007 den Regeln der vorherigen Fassung dieses Artikels unterliegenden Krankenversicherungsvertrag oder einen diesen Regeln nicht unterliegenden Krankenversicherungsvertrag geschlossen hätten, Verpflichtungen auferlege.

B.17.1. Eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, bestimmte Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992:

« Tarif- und Vertragsänderungen »

§ 1. Außer bei gegenseitigem Einvernehmen der Parteien, ausschließlicher Antragstellung des Versicherungsnehmers und in den Fällen, die in den Paragraphen 2, 3 und 4 erwähnt sind, kann ein Versicherer nach Abschluss des Krankenversicherungsvertrags die technischen Grundlagen der Prämie und die Deckungsbedingungen nicht mehr ändern.

Die Änderung der technischen Grundlagen der Prämie und/oder der Deckungsbedingungen in gegenseitigem Einvernehmen der Parteien wie in Absatz 1 erwähnt kann nur im Interesse des Versicherungsnehmers erfolgen.

§ 2. Prämie, Franchise und Leistung dürfen am jährlichen Fälligkeitsdatum der Prämie auf der Grundlage des Verbraucherpreisindex angepasst werden. Sofern die in Artikel 44 des Gesetzes vom 2. August 2002 über die Aufsicht über den Finanzsektor und die Finanzdienstleistungen erwähnte Kommission für das Bank-, Finanz- und Versicherungswesen, hiernach 'CBFA' genannt, aufgrund der Feststellung einer dauerhaften Preisschwankung seine Zustimmung gibt, dürfen Prämie, Franchise und Leistung ebenfalls auf der Grundlage von repräsentativen und objektiven Parametern angepasst werden, wenn die CBFA einen Unterschied zwischen der Entwicklung des Verbraucherpreisindex und der Entwicklung dieser Parameter feststellt.

Die CBFA legt die objektiven Parameter in Absprache mit dem Föderalen Fachzentrum für Gesundheitspflege fest. Dieses Fachzentrum überprüft die Gültigkeit der Methode für Auswahl

und Berechnung der Werte der objektiven Parameter. Die CBFA berechnet regelmäßig diese Werte. Erachtet der König es als notwendig, legt Er durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die objektiven Parameter fest.

§ 3. Außer bei gegenteiliger Abmachung im Versicherungsvertrag und innerhalb der in Absatz 2 vorgesehenen Grenzen dürfen Prämie und/oder Deckungsbedingungen im Falle einer dauerhaften Änderung der tatsächlichen Kosten garantierter Leistungen, die einen bedeutenden Einfluss auf Kosten oder Umfang der garantierten Leistungen hat, und/oder der Umstände einschließlich gesetzlicher oder verordnungsrechtlicher Änderungen, die ebenfalls einen bedeutenden Einfluss auf Kosten oder Umfang der garantierten Leistungen haben, angepasst werden.

Die erwogene Vertrags- oder Tarifierpassung steht in direktem Verhältnis zum Umfang der Erhöhung der tatsächlichen Kosten der garantierten Leistungen und/oder zu den Umständen einschließlich der gesetzlichen oder verordnungsrechtlichen Änderungen. Darüber hinaus darf diese Anpassung nur Vertragsbestandteile betreffen, auf die diese Ereignisse einen bedeutenden Einfluss ausüben.

Der Einfluss muss von der CBFA in Absprache mit dem Föderalen Fachzentrum für Gesundheitspflege als bedeutend anerkannt werden. Die CBFA achtet ebenfalls auf die Einhaltung der in Absatz 2 festgelegten Grenzen. Der König kann Regeln festlegen, die zu befolgen sind, um einen Beschluss der CBFA zu erhalten.

Hat die CBFA nicht innerhalb einer Frist von dreißig Tagen ab Erhalt des Antrags auf Anerkennung geantwortet, wird davon ausgegangen, dass sie Bedeutsamkeit und Verhältnismäßigkeit anerkannt hat. Diese Frist wird während einer Frist von maximal dreißig Tagen ausgesetzt, innerhalb deren das Föderale Fachzentrum für Gesundheitspflege der CBFA seine Stellungnahme abgeben muss.

§ 4. Prämie, Karenzzeit und Versicherungsbedingungen können auf angemessene und proportionale Weise angepasst werden:

- an Änderungen im Beruf des Versicherten, was Gesundheitspflegeversicherung, Arbeitsunfähigkeitsversicherung, Invalidenversicherung und Pflegeversicherung betrifft, und/oder

- an das Einkommen des Versicherten, was Arbeitsunfähigkeitsversicherung und Invalidenversicherung betrifft, oder

- an den Wechsel der Rechtsstellung des Versicherten in der Regelung der sozialen Sicherheit, was Gesundheitspflegeversicherung und Arbeitsunfähigkeitsversicherung betrifft,

sofern diese Änderungen einen bedeutenden Einfluss auf Risiko und/oder Kosten oder Umfang der garantierten Leistungen haben ».

Eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, bestimmte Artikel 138*bis*-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992:

«Anwendungsbereich

Die Bestimmungen des vorliegenden Abschnitts sind anwendbar auf individuelle Krankenversicherungsverträge.

Diese Bestimmungen sind anwendbar auf Versicherungsnehmer und ihre Familienmitglieder, die ihrer Krankenversicherung angeschlossen sind ».

Als Teil desselben Abschnitts wie die letztgenannte Bestimmung, fand Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 - eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 - also damals nur Anwendung auf individuelle Krankenversicherungsverträge.

B.17.2. Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 ersetzt diese Bestimmung - in der die Bedingungen beschrieben sind, unter denen die Versicherer gewisse Elemente des individuellen Krankenversicherungsvertrags während dessen Ausführungszeitraums ändern können - durch einen neuen Text, der diese Bedingungen erheblich ändert.

Außerdem ersetzt Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 in Absatz 1 des vorerwähnten Artikels 138*bis*-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 das Wort « individuelle » durch die Wörter « nicht berufsgebundene », so dass die in Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 festgelegten Regeln nunmehr sowohl auf individuelle nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge, als auch auf kollektive nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge, die also zugunsten mehrerer Personen geschlossen wurden, Anwendung finden.

B.17.3. Aufgrund von Artikel 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 sind die Artikel 4 Nr. 1 und 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 mit 1. Juli 2007 wirksam.

Weder ein Versicherer, der nach diesem Datum, aber vor der Veröffentlichung des Gesetzes vom 17. Juni 2009 einen individuellen Krankenversicherungsvertrag geschlossen hat, noch derjenige, der während dieses Zeitraums einen kollektiven nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen hat, konnte während dieses Zeitraums vorhersehen, dass gewisse Elemente dieses Vertrags nur unter den Bedingungen, die in Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, ersetzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, beschrieben sind, abgeändert werden durften.

Artikel 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 verleiht also in diesem Maße der Ersetzung von Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 rückwirkende Kraft.

B.18. Die Nichtrückwirkung der Gesetze ist eine Garantie, die dazu dient, Rechtsunsicherheit zu vermeiden.

Diese Garantie erfordert es, dass der Rechtsinhalt vorhersehbar und zugänglich ist, damit der Rechtsunterworfene in einem vernünftigen Maße die Folgen eines bestimmten Handelns zum Zeitpunkt der Ausführung dieser Handlung vorhersehen kann. Die Rückwirkung ist nur dann gerechtfertigt, wenn sie zur Verwirklichung einer Zielsetzung allgemeinen Interesses unerlässlich ist.

B.19. In Bezug auf die Bestimmung des Gesetzesvorentwurfs, der Artikel 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 zugrunde liegt, hat die Gesetzgebungsabteilung des Staatsrates in ihrem Gutachten vom 19. Juni 2008 angemerkt, dass die « Rückwirkung [...] Anlass zu Einwänden gibt, insofern sie Anbietern von Krankenversicherungsverträgen, die zum ersten Mal [durch das Gesetz vom 17. Juni 2009] der Anwendung der Artikel 138*bis*-1 ff. des Gesetzes vom 25. Juni 1992 unterliegen, für die Vergangenheit bestimmte Verpflichtungen auferlegt » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1662/001, S. 20).

In der Begründung zum Gesetzentwurf, aus dem das Gesetz vom 17. Juni 2009 entstanden ist, heißt es diesbezüglich, durch den besagten « Entwurf soll die bisherige mangelhafte Präzision bezüglich des Anwendungsgebiets von Kapitel IV [des Gesetzes vom 25. Juni 1992] behoben werden », und es « ist daher logisch, dass die vorgenommenen Korrekturen an demselben Datum wirksam werden » wie das Gesetz vom 20. Juli 2007, mit dem dieses Kapitel eingefügt wurde, « nämlich am 1. Januar 2007 » (ebenda, S. 11).

Es ist also nicht ersichtlich, welches die Zielsetzung allgemeinen Interesses ist, deren Verwirklichung die vorerwähnte Rückwirkung unerlässlich macht.

B.20. Insofern er auf Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 Anwendung findet, ist Artikel 15 dieses Gesetzes also nicht mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit dem Grundsatz der Rechtssicherheit vereinbar.

B.21. Insofern er sich auf diese Bestimmung bezieht, ist der sechste Klagegrund begründet.

B.22. Aus der Darlegung des sechsten Klagegrunds geht hervor, dass der Hof anschließend gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 3 § 2 Absätze 1 und 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 (ersetzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009) mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung zu urteilen, insofern diese Bestimmung einen Behandlungsunterschied zwischen zwei Kategorien von Versicherungsunternehmen einführe, die vor dem 1. Juli 2007 einen nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag im Sinne von Artikel 138*bis*-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 in der durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 abgeänderten Fassung geschlossen hätten, und zwar einerseits denjenigen, die einen individuellen Vertrag geschlossen hätten, und andererseits denjenigen, die einen kollektiven Vertrag, also zugunsten mehrerer Personen geschlossen hätten.

Die angefochtene Bestimmung gewähre der zweiten Kategorie von Unternehmen nicht die zweijährige Frist, in deren Genuss die erste Kategorie von Unternehmen habe gelangen können, um ihren Vertrag den Regeln der Artikel 138*bis*-3 und 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 anzupassen.

B.23. Die Anwendung der Artikel 138*bis*-3 und 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 ist Gegenstand von Absatz 2 beziehungsweise von Absatz 1 von Artikel 3 § 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, ersetzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009.

B.24.1.1. Eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, bestimmte Artikel 138*bis*-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992:

«*Dauer des Versicherungsvertrags*

§ 1. Unbeschadet der Anwendung der Artikel 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17, 24 und außer bei Betrug werden die in Artikel 138*bis*-1 § 1 Nr. 1, 3 und 4 erwähnten Krankenversicherungsverträge auf Lebenszeit abgeschlossen. Die in Artikel 138*bis*-1 § 1 Nr. 2 erwähnten Krankenversicherungsverträge gelten bis zum Alter von fünfundsechzig Jahren oder bis zu einem früheren Alter, wenn dieses Alter das normale Alter ist, in dem der Versicherte vollständig und definitiv seine Berufstätigkeit einstellt.

§ 2. Unbeschadet der Anwendung von Artikel 30 § 3 können Verträge auf besondere Antragstellung des Versicherungsnehmers und wenn dies in seinem Interesse liegt für eine begrenzte Laufzeit abgeschlossen werden.

§ 3. Die Bestimmungen des vorliegenden Artikels sind nicht anwendbar auf Krankenversicherungsverträge, die zusätzlich zu einem Hauptrisiko angeboten werden, das nicht auf Lebenszeit besteht ».

Als Teil desselben Abschnitts wie der in B.17.1 zitierte Artikel 138*bis*-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 fand Artikel 138*bis*-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 damals nur Anwendung auf individuelle Krankenversicherungsverträge.

B.24.1.2. Vor seiner Ersetzung durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 bestimmte Artikel 3 Absatz 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2007:

«Erfüllen die in Artikel 138*bis*-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag erwähnten bestehenden Krankenversicherungsverträge bei Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes nicht die Anforderungen des Artikels 138*bis*-3, bietet das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes einen neuen, den Anforderungen dieses Artikels entsprechenden Krankenversicherungsvertrag an. Der Versicherungsnehmer entscheidet innerhalb dreißig Tagen ab Empfang des Vorschlags, auf diesen einzugehen oder die Laufzeit der laufenden Krankenversicherung beizubehalten ».

Das « vorliegende Gesetz », auf das sich diese Bestimmung bezieht, war das Gesetz vom 20. Juli 2007, veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 10. August 2007, das in Anwendung seines Artikels 4 am 1. Juli 2007 in Kraft getreten ist.

Folglich konnte ein Versicherungsunternehmen, das vor dem 1. Juli 2007 einen individuellen nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen hatte, über eine am 30. Juni 2009 auslaufende Frist von fast zwei Jahren verfügen, um dem Versicherungsnehmer einen neuen Krankenversicherungsvertrag gemäß den Erfordernissen von Artikel 138*bis*-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 anzubieten.

B.24.2. Durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 wird im vorerwähnten Artikel 138*bis*-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 das in Absatz 1 verwendete Wort « individuelle » durch die Wörter « nicht berufsgebundene » und die in Absatz 2 verwendeten

Wörter «und ihre Familienmitglieder, die ihrer Krankenversicherung angeschlossen sind» durch die Wörter «, Hauptversicherte und Mitversicherte» ersetzt.

Durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 werden in Paragraph 2 von Artikel 138*bis*-3 die Wörter «des Versicherungsnehmers» durch die Wörter «des Hauptversicherten» ersetzt.

Diese beiden Bestimmungen des Gesetzes vom 17. Juni 2009 sind mit 1. Juli 2007 wirksam (Artikel 15 desselben Gesetzes).

Die Abänderung von Artikel 138*bis*-2 Absatz 1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 hat zur Folge, dass die in Artikel 138*bis*-3 desselben Gesetzes festgelegten Regeln nunmehr Verpflichtungen nicht nur für Versicherungsunternehmen, die einen individuellen nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen haben, sondern auch für Versicherungsunternehmen, die einen kollektiven nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen haben, einführen.

Aus Artikel 3 § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, eingefügt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, geht jedoch hervor, dass ein Versicherungsunternehmen, das vor dem 1. Juli 2007 einen kollektiven nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen hat, über eine am 30. Juni 2009 auslaufende Frist von zwei Jahren verfügte, um dem Hauptversicherten einen neuen Krankenversicherungsvertrag gemäß den Erfordernissen von Artikel 138*bis*-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 in der durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 abgeänderten Fassung anzubieten.

Da das Gesetz vom 17. Juni 2009 erst am 8. Juli 2009 im *Belgischen Staatsblatt* veröffentlicht wurde, konnte dieses Versicherungsunternehmen nicht wirklich in den Vorteil der in Artikel 13 vorgesehenen Frist von zwei Jahren gelangen.

B.24.3. Eine Übergangsbestimmung verstößt nur gegen den in den Artikeln 10 und 11 der Verfassung verankerten Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung, wenn sie einen nicht vernünftig gerechtfertigten Behandlungsunterschied einführt oder wenn sie auf übermäßige Weise den Grundsatz des rechtmäßigen Vertrauens verletzt.

B.24.4. Bezüglich des Behandlungsunterschieds, der sich aus Artikel 3 § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 ergibt und in B.24.1 und B.24.2 dargelegt wurde, heißt es in der Begründung zum Gesetzentwurf, der dem Gesetz vom 17. Juni 2009 zugrunde liegt, dass er nicht gerechtfertigt zu werden brauche und dass das Gesetz vom 17. Juni 2009 nicht den Anwendungsbereich von Artikel 138*bis*-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 abändere (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1662/001, S. 10).

Folglich ist nicht ersichtlich, dass dieser Behandlungsunterschied vernünftig gerechtfertigt wäre.

B.24.5. Da die Frist von zwei Jahren, die in Artikel 3 § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 vorgesehen ist, sich als theoretisch erweist, verletzt diese Bestimmung auf übermäßige Weise den Grundsatz des rechtmäßigen Vertrauens, insofern das Versicherungsunternehmen nicht wirklich den Vorteil einer Frist von gleichwertiger Dauer wie die in B.24.1.2 erwähnte Frist nutzen konnte.

B.24.6. Insofern er sich auf diese Bestimmung bezieht, ist der sechste Klagegrund begründet.

B.25.1. Eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, ist der in B.17.1 zitierte Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 ersetzt worden, der zahlreiche Änderungen daran vorgenommen hat.

B.25.2. Als Teil desselben Abschnitts wie der in B.17.1 zitierte Artikel 138*bis*-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 - in der Fassung vor seiner Abänderung durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 -, fand Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 in der Fassung vor seiner Ersetzung durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 nur Anwendung auf individuelle Krankenversicherungsverträge, ebenso wie Artikel 138*bis*-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 in der Fassung vor seiner Abänderung durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Juni 2009.

Das Gesetz vom 20. Juli 2007 enthielt keine Übergangsbestimmung, die einem Versicherungsunternehmen, das vor dem 1. Juli 2007 einen individuellen nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen hatte, eine Frist von zwei Jahren gewährte, um dem Versicherungsnehmer einen neuen Krankenversicherungsvertrag gemäß den Erfordernissen von Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 anzubieten.

Artikel 3 § 2 Absatz 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, eingefügt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, sieht hingegen « ab dem 1. Juli 2007 [...] für die Anwendung von Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 [einen] zweijährigen Übergangszeitraum » vor. Diese Bestimmung betrifft « bestehende nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge », die also vor dem 1. Juli 2007 geschlossen wurden.

In dieser angefochtenen Bestimmung wird nicht zwischen den individuellen und den kollektiven Verträgen unterschieden.

Aus dem Vorstehenden ergibt sich, dass insofern, als er die Anpassung eines Vertrags an die Regeln von Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 betrifft, der in B.22 beschriebene Behandlungsunterschied nicht besteht.

B.25.3. Insofern er sich auf Artikel 3 § 2 Absatz 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, eingefügt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, bezieht, ist der sechste Klagegrund unbegründet.

Aus diesen Gründen:

Der Hof

- erklärt

. in dem in B.24.5 angegebenem Maße Artikel 3 § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 « zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf private Krankenversicherungsverträge », so wie er durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 « zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf Krankenversicherungsverträge und des Gesetzes vom 20. Juli 2007 zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf private Krankenversicherungsverträge » eingefügt wurde, und

. Artikel 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2007 insofern, als er auf Artikel 6 desselben Gesetzes anwendbar ist,

für nichtig;

- weist die Klagen im Übrigen zurück.

Verkündet in französischer, niederländischer und deutscher Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof, in der öffentlichen Sitzung vom 31. Mai 2011.

Der Kanzler,

Der Vorsitzende,

P.-Y. Dutilleux

R. Henneuse