

SCHIEDSHOF  
Geschäftsverzeichnisnrn. 251, 252 und 275  
Urteil Nr. 23/92 vom 2. April 1992

U R T E I L

In Sachen: Klagen auf teilweise Nichtigerklärung des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Landeskrankenkassenverbände, erhoben von der Aktiengesellschaft französischen Rechts "Europ assistance" und Mitklägern, der "Union professionnelle des entreprises d'assurances belges et étrangères opérant en Belgique" (U.P.E.A.) und der "Association pharmaceutique belge"

Der Schiedshof,

zusammengesetzt aus den Vorsitzenden I. Pétry und J. Delva, und den Richtern J. Wathelet, D. André, F. Debaedts, L. De Grève, L.P. Suetens, M. Melchior, H. Boel und L. François, unter Assistenz des Kanzlers H. Van der Zwalmen, unter dem Vorsitz der Vorsitzenden I. Pétry,

verkündet nach Beratung folgendes Urteil:

I.

GEGENSTAND DER KLAGEN

Mit in französischer Sprache abgefaßter Klageschrift vom 20. November 1990, die dem Hof mit am selben Tag bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 21. November 1990 bei der Kanzlei eingegangen ist, beantragen die Nichtigerklärung der Artikel 2 §1, 3, 6, 7 §2, 27 und 76 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Landeskrankenkassenverbände, veröffentlicht im Belgischen Staatsblatt vom 28. September 1990,

- die Aktiengesellschaft französischen Rechts "Europ assistance", mit belgischem Betriebssitz Avenue de la Toison d'Or 78 in 1060 Brüssel,
- die Aktiengesellschaft "Urbaine UAP", mit Gesellschaftssitz Rue Belliard 32 in 1040 Brüssel,
- die Aktiengesellschaft "Société belge d'assistance internationale" (Mondiale Assistance), mit Gesellschaftssitz Avenue de Tervuren 412 in 1150 Brüssel,
- die Aktiengesellschaft "Compagnie européenne d'assurances des marchandises et des bagages", mit Gesellschaftssitz Rue des Deux-Eglises 14 in 1040 Brüssel,
- die Aktiengesellschaft "Groupe européen" (GESA), mit Gesellschaftssitz Rue du Trône 98 in 1050 Brüssel.

Diese Rechtssache wurde unter der Nummer 251 ins Geschäftsverzeichnis eingetragen.

Mit in niederländischer Sprache abgefaßter Klageschrift vom 20. November 1990, die dem Hof mit am 21. November 1990 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 22. November

1990 bei der Kanzlei eingegangen ist, beantragt die "Union professionnelle des entreprises d'assurances belges et étrangères opérant en Belgique", abgekürzt U.P.E.A., mit Gesellschaftssitz Square de Meeûs 29 in 1040 Brüssel, die Nichtigerklärung der Artikel 2 §1, 3, 6, 7 §2, 27, 39 §1 und 76 1° des vorgenannten Gesetzes vom 6. August 1990.

Diese Rechtssache wurde unter der Nummer 252 ins Geschäftsverzeichnis eingetragen.

Mit in französischer Sprache abgefaßter Klageschrift, die dem Hof mit am 25. März 1991 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 26. März 1991 bei der Kanzlei eingegangen ist, beantragt die "Association pharmaceutique belge, fédération d'unions professionnelles" mit Gesellschaftssitz Rue Archimède 11 in 1040 Brüssel die Nichtigerklärung der Artikel 2 §1, 3, 6, 7 §2, 27, 39 und 76 1° des vorgenannten Gesetzes vom 6. August 1990.

Diese Rechtssache wurde unter der Nummer 275 ins Geschäftsverzeichnis eingetragen.

## **II. VERFAHREN**

### **1. Rechtssache mit Geschäftsverzeichnisnummer 251**

Durch Anordnung vom 21. November 1990 hat der amtierende Vorsitzende gemäß den Artikeln 58 und 59 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Schiedshof die Mitglieder der Besetzung bestimmt.

Am 27. November 1990 haben die referierenden

Richter geurteilt, daß er keinen Anlaß zur Anwendung der Artikel 71 ff. des vorgenannten organisierenden Sondergesetzes über den Hof gibt.

Diese Klage wurde gemäß Artikel 76 des organisierenden Gesetzes mit am 12. Dezember 1990 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen, die am 13. und 17. Dezember 1990 den jeweiligen Adressaten zugestellt worden sind, notifiziert.

Die durch Artikel 74 des organisierenden Gesetzes vorgeschriebene Bekanntmachung erfolgte im Belgischen Staatsblatt vom 13. Dezember 1990.

Der Ministerrat hat mit am 25. Januar 1991 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief einen Schriftsatz eingereicht.

Eine Abschrift dieses Schriftsatzes wurde den klagenden Parteien mit am 19. Februar 1991 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen, die den jeweiligen Adressaten am 20., 21. und 22. Februar 1991 zugestellt worden sind, übermittelt.

Die Klägerinnen haben mit am 12. März 1991 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief einen Erwidierungsschriftsatz eingereicht.

Im Rahmen ihres Auftrags haben die referierenden Richter mit am 21. Februar 1991 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen, die am 22. und 25. Februar 1991 den jeweiligen Adressaten zugestellt worden sind, den Klägerinnen mehrere Fragen stellen lassen.

Die Klägerinnen haben mit am 12. März 1991 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief eine

Erwiderungsnote eingereicht.

## 2. Rechtssache mit Geschäftsverzeichnisnummer 252

Durch Anordnung vom 22. November 1990 hat der amtierende Vorsitzende gemäß den Artikeln 58 und 59 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Schiedshof die Mitglieder der Besetzung bestimmt.

Am 29. November 1990 haben die referierenden Richter geurteilt, daß es keinen Anlaß zur Anwendung der Artikel 71 ff. des vorgenannten organisierenden Sondergesetzes über den Hof gibt.

Die Klage wurde gemäß Artikel 76 des organisierenden Gesetzes mit am 12. Dezember 1990 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen, die am 13. und 17. Dezember 1990 den jeweiligen Adressaten zugestellt worden sind, notifiziert.

Die durch Artikel 74 des organisierenden Gesetzes vorgeschriebene Bekanntmachung erfolgte im Belgischen Staatsblatt vom 13. Dezember 1990.

Der Ministerrat hat mit am 25. Januar 1991 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief einen Schriftsatz eingereicht.

Eine Abschrift dieses Schriftsatzes wurde mit am 13. Februar 1991 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief der klagenden Partei übermittelt.

Die Klägerin hat mit am 12. März 1991 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief einen Schriftsatz eingereicht.

### 3. Rechtssache mit Geschäftsverzeichnisnummer 275

Durch Anordnung vom 26. März 1991 hat der amtierende Vorsitzende gemäß den Artikeln 58 und 59 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Schiedshof die Mitglieder der Besetzung bestimmt.

Am 28. März 1991 haben die referierenden Richter geurteilt, daß es keinen Anlaß zur Anwendung der Artikel 71 ff. des vorgenannten organisierenden Sondergesetzes gibt.

Die Klage wurde gemäß Artikel 76 des organisierenden Gesetzes mit am 18. April 1991 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen, die am 19. und 22. April 1991 den Adressaten zugestellt wurden, notifiziert.

Die durch Artikel 74 des organisierenden Gesetzes vorgeschriebene Bekanntmachung erfolgte im Belgischen Staatsblatt vom 19. April 1991.

Der Ministerrat hat mit am 31. Mai 1991 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief einen Schriftsatz eingereicht.

Eine Abschrift des Schriftsatzes wurde der Klägerin mit am 11. Juni 1991 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief, der am 12. Juni 1991 den Adressaten zugestellt wurde, übermittelt.

Die Klägerin hat mit am 8. Juli 1991 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief einen Erwiderverschriftsatz eingereicht.

Durch Anordnung vom 2. Juli 1991 hat der Hof die für die Urteilsfällung festgelegte Frist bis zum 25. März 1992 verlängert.

Rechtssachen mit Geschäftsverzeichnisnummern 251 und 252

Durch Anordnung vom 28. Februar 1991 hat der Hof die unter den Nummern 251 und 252 ins Geschäftsverzeichnis eingetragenen Rechtssachen verbunden. Gemäß Artikel 63 §3 Absatz 2 wird die Behandlung dieser Rechtssachen in französischer Sprache fortgeführt.

Durch Anordnung vom 30. April 1991 hat der Hof die für die Urteilsfällung festgelegte Frist bis zum 20. November 1991 verlängert.

Rechtssachen mit Geschäftsverzeichnisnummern 251, 252 und 275

Durch Anordnung vom 15. Oktober 1991 hat der Hof die unter der Nummer 275 ins Geschäftsverzeichnis eingetragene Rechtssache mit den vorher verbundenen, unter den Nummern 251 und 252 ins Geschäftsverzeichnis eingetragenen Rechtssachen verbunden.

Durch Anordnung vom selben Tag hat die Vorsitzende I. Pétry die verbundenen Rechtssachen dem vollzählig tagenden Hof vorgelegt.

Durch Anordnung vom 24. Oktober 1991 hat der Hof die für die Urteilsfällung festgelegte Frist bis zum 20. Mai 1992 verlängert.

Durch Anordnung vom 27. November 1991 hat der Hof,

infolge der gesetzmäßigen Verhinderung des Richters Blanckaert aus zehn Mitgliedern zusammengesetzt, die Rechtssache für verhandlungsreif erklärt und die Sitzung auf den 18. Dezember 1991 anberaumt.

Die Verbindungsanordnung sowie die Anordnung zur Verhandlungsreiferklärung wurden den Parteien notifiziert, die ebenso wie ihre Rechtsanwälte über die Terminfestsetzung informiert wurden; dies erfolgte mit am 27. November 1991 bei der Post aufgegebenen Einschreibebriefen, die am 28. und 29. November 1991 den jeweiligen Adressaten zugestellt wurden.

In der Sitzung vom 18. Dezember 1991

- erschienen  
RA K. Ronse, in Brüssel zugelassen, für die Klägerinnen "Europ assistance" und Mitkläger und die U.P.E.A.,  
RA Ph. Charpentier, in Huy zugelassen, für die "Association pharmaceutique belge",  
RA E. Balate, in Mons zugelassen, für den Ministerrat, Rue de la Loi 16 in 1000 Brüssel,
- haben die Richter M. Melchior und L.P. Suetens Bericht erstattet,
- wurden die vorgenannten Rechtsanwälte angehört,
- wurde die Rechtssache zur Beratung gestellt.

Das Verfahren wurde gemäß den Artikeln 62 ff. des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Schiedshof geführt.

### III. GEGENSTAND DER ANGEFOCHTENEN RECHTSNORMEN

Das Gesetz vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Landeskrankenkassenverbände schafft für die von ihm geregelten Anstalten einen neuen gesetzlichen Rahmen. Es ersetzt das Gesetz vom 23. Juni 1894 zur Revidierung des Gesetzes vom 3. April 1851 über die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit und das Gesetz vom 30. Juli 1923 zur Genehmigung des Zusammenschlusses der anerkannten Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Das vorgenannte Gesetz vom 23. Juni 1894 gilt allerdings weiterhin für die Vereine, auf die sich Artikel 1 II dieses Gesetzes bezieht.

Artikel 2 §1 enthält eine Definition der Krankenkasse. Er bestimmt folgendes:

"Die Krankenkassen sind Vereinigungen natürlicher Personen, die im Geiste der Fürsorge, der gegenseitige Hilfe und der Solidarität die Förderung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlergehens bezwecken. Sie üben ihre Tätigkeiten ohne Gewinnzweck aus".

Artikel 3 bezieht sich auf die Dienstleistungen und Tätigkeiten, die die Krankenkassen organisieren, sowie auf die Erlangung und Aufrechterhaltung der Rechtspersönlichkeit. Er bestimmt folgendes:

"Die Krankenkassen müssen wenigstens eine Dienststelle gründen, die folgendes bezweckt:

- a) die Beteiligung an der Durchführung der Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität, die durch das Gesetz vom 9. August 1963 zur Schaffung und Organisierung eines Systems der Pflichtversicherung gegen

Krankheit und Invalidität geregelt wird, soweit sie zu diesem Zweck eine Genehmigung des Landeskrankenassenverbandes bekommen haben;

- b) die finanzielle Beteiligung - für ihre Mitglieder und deren Unterhaltsberechtigte - an den sich aus der Prävention und Behandlung von Krankheit und Invalidität ergebenden Kosten oder die Gewährung von Entschädigungen bei Arbeitsunfähigkeit oder wenn sich ein Zustand ereignet, wodurch das körperliche, seelische oder soziale Wohlergehen im Sinne von Artikel 2 gefördert werden kann;
- c) die Hilfeleistung, Aufklärung, Betreuung und Unterstützung im Hinblick auf die Förderung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlergehens, unter anderem bei der Erfüllung der zu a) und b) genannten Aufgaben.

Sie können die Rechtspersönlichkeit nur dann erhalten bzw. beibehalten, wenn sie sich an der Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität, auf die sich a) bezieht, beteiligen und wenigstens eine der Dienststellen, auf die sich b) bezieht, gründen".

Artikel 6 enthält eine Definition der Landeskrankenassenverbände. Er bestimmt folgendes:

"Die Landeskrankenassenverbände, weiter unten 'Landesverbände' genannt, sind Vereinigungen von mindestens fünf Krankenkassen mit demselben Zweck im Sinne von Artikel 2 und mit denselben Aufgaben im Sinne von Artikel 3 dieses Gesetzes; aufgrund des vorgenannten Gesetzes vom 9. August 1963 sind sie berechtigt, als Versicherungsanstalten zur Durchführung der Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität beizutragen".

Artikel 7 betrifft die Dienstleistungen und Tätigkeiten der Landeskrankenassenverbände. Sein Paragraph 2 bestimmt folgendes:

"Die Landesverbände können für die Mitglieder aller oder gewisser ihnen angehörender Krankenkassen eine oder mehrere Dienstleistungen oder Tätigkeiten im Sinne von Artikel 3 b) und c) organisieren. Die Krankenkassen sind gehalten, die von den Landesverbänden getroffenen Entscheidungen

bezüglich besagter Dienstleistungen oder Tätigkeiten zu beachten".

Artikel 27 bezieht sich auf die Subventionen. Er lautet folgendermaßen:

"Neben den im Rahmen der Kranken- und Invaliden-Pflichtversicherung gewährten Staatszuschüssen können die Krankenkassen und Landesverbände staatliche Beihilfen für die Dienstleistungen, auf die sich die Artikel 3 b) und c) und 7 §2 und §4 dieses Gesetzes beziehen, erhalten".

Artikel 39 ermöglicht es den Krankenkassen und -Landeskrankenkassenverbänden, zur Verteidigung der Rechte ihrer Mitglieder vor Gericht aufzutreten. Er lautet folgendermaßen:

"§1. Die Krankenkassen und Landeskrankenkassenverbände können mit Zustimmung der beteiligten Mitglieder und deren Unterhaltsberechtigter zur Wahrung der Interessen dieser Personen gegenüber Dritten im Rahmen der Dienstleistungen und Tätigkeiten, auf die sich die Artikel 3 b) und c) und 7 §§ 2 und 4 beziehen, vor Gericht auftreten.

Die Krankenkassen und Landeskrankenkassenverbände können zur Wahrung der individuellen Rechte ihrer Mitglieder unter der Bedingung der ausdrücklichen Zustimmung des beteiligten Mitglieds oder seiner Unterhaltsberechtigten, oder zur Wahrung der kollektiven Interessen ihrer Mitglieder und deren Unterhaltsberechtigter, die sich aus den Abkommen und Vereinbarungen im Sinne von Titel III Kapitel 4 des vorgenannten Gesetzes vom 9. August 1963 sowie aus Artikel 52 des Gesetzes vom 14. Februar 1961 bezüglich der Wirtschaftsexpansion, des sozialen Fortschritts und der finanziellen Sanierung ergeben, vor Gericht auftreten".

§2. Die Aktion der Krankenkassen und Landesverbände tut den Rechten der Mitglieder und deren Unterhaltsberechtigter, selbst Klage zu erheben oder sich an einem Rechtsstreit zu beteiligen, keinen Abbruch".

Artikel 76 ist eine Aufhebungsbestimmung. Nur die Nichtigerklärung von 1° dieses Artikels wird bean-

tragt; dieser Punkt lautet folgendermaßen:

"Aufgehoben werden:

1° das Gesetz vom 23. Juni 1894 zur Revidierung des Gesetzes vom 3. April 1851 über die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, abgeändert durch die Gesetze vom 19. März 1898, 27. Dezember 1923, 3. August 1924, 30. März 1926, den königlichen Erlaß Nr. 238 vom 4. Februar 1936, die Gesetze vom 30. November 1939, 26. Juni 1947, 27. März 1951, 30. April 1958, 9. August 1963 und 12. Mai 1971. Dieses Gesetz gilt allerdings weiterhin für die Vereine, auf die sich Artikel 1 II des Gesetzes bezieht;".

#### IV. IN RECHTLICHER BEZIEHUNG

##### - A -

A.1. Die Klägerinnen in der Rechtssache mit Geschäftsverzeichnisnummer 251 machen drei Klagegründe geltend; die Klägerin in der Rechtssache mit Geschäftsverzeichnisnummer 252 und die Klägerin in der Rechtssache mit Geschäftsverzeichnisnummer 275 machen vier bzw. drei Klagegründe geltend.

Aus der Gegenüberstellung dieser Klagegründe wird deutlich, daß die ersten drei Klagegründe, die in der Klageschrift mit Geschäftsverzeichnisnummer 252 vorgebracht worden sind, eine große Ähnlichkeit mit den drei in der Klageschrift mit Geschäftsverzeichnisnummer 251 geltend gemachten Klagegründen aufweisen.

Erster in den Rechtssachen mit  
Geschäftsverzeichnisnummern 251 und 252  
vorgebrachter Klagegrund

A.2.1. In einem ersten Klagegrund, der auf dem Verstoß gegen die Artikel 6 und 6bis der Verfassung beruht, werfen die Klägerinnen in den Rechtssachen 251 und 252 den Artikeln 2 §1, 3, 7 §2 und 76 1° vor, den Krankenkassen und den Landeskrankenkassenverbänden die Ausübung sämtlicher Versicherungstätigkeiten zu gestatten. Sie führen an, daß diese Bestimmungen den Krankenkassen und den Landeskrankenkassenverbänden vorschreiben, "die Förderung des (...) sozialen Wohlergehens" zum Ziel zu haben, insbesondere "durch die Gewährung von Entschädigungen (...) wenn sich ein Zustand ereignet, wodurch das (...) Wohlergehen (...) gefördert werden kann". Die Versicherung würde eindeutig in diesen Rahmen fallen, da sie notwendigerweise zur Förderung des "sozialen Wohlergehens" beitrage. Somit könnten die Krankenkassen und die Landeskrankenkassenverbände in Konkurrenz zu den Versicherungsunternehmen, die gemäß dem Gesetz vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen anerkannt sind, treten, ohne den gleichen Zwängen und den gleichen technischen, finanziellen und steuerlichen Bestimmungen zu unterliegen.

Die Klägerinnen erinnern daran, daß der Staatsrat in seiner Stellungnahme zum Vorentwurf des angefochtenen Gesetzes der Regierung vorgeschlagen habe, den Gesetzesentwurf dahingehend zu ändern, daß die Definitionen der Artikel 2 und 3 genauer formuliert werden, "um zu vermeiden, daß bei der Anwendung des Gesetzes Leistungen, die Bestandteil der freien oder der Zusatzversicherung sind, nur schwer mit dem Grundprinzip des 'Geistes der Fürsorge, der gegenseitigen Hilfe und der

Solidarität' zu vereinbaren wären oder durch ihre Dimension eine solche Bedeutung erlangen würden, daß sie ihre akzessorische Beschaffenheit im Vergleich zu denjenigen, die zur Sozialversicherung gehören, verlieren würden". Die Regierung habe diesem Vorschlag keineswegs Folge geleistet. Aus den Vorarbeiten zum Gesetz gehe vielmehr hervor, daß der Minister für Soziales implizit anerkannt habe, daß die Krankenkassen und die Landeskrankenkassenverbände in einem Sinn handelten, der nicht derjenige eines öffentlichen Dienstes sei, sobald sie andere Tätigkeiten ausüben als diejenigen der pflichtmäßigen Krankenversicherung. Ein vom Minister für Soziales im Ausschuß der Abgeordnetenkommission hinterlegter Bericht lasse diese Schlußfolgerung zu. Dieser Bericht besagt, daß "... die Krankenkassen und die Landesverbände spezifische Einrichtungen sind, da sie einerseits Aufgaben des öffentlichen Dienstes im Bereich der pflichtmäßigen Krankenversicherung ausüben und andererseits private Einrichtungen hinsichtlich der freien und zusätzlichen Versicherung sind". Die Klägerinnen fügen hinzu, daß in dem Fall, wo eine private Einrichtung Versicherungstätigkeiten ausübe, die weder zur Sozialversicherung noch zum öffentlichen Dienst gehörten, kein gleicher Wettbewerb gegeben sei, wenn diese private Einrichtung im Gegensatz zu den anderen privaten Einrichtungen, die die gleichen Versicherungstätigkeiten ausüben, ein besonderes Statut in technischer, finanzieller und steuerlicher Hinsicht genießt.

Die Klägerinnen erklären, daß im Klagegrund Kritik an den angefochtenen Bestimmungen geübt werde, nicht weil sie den Tätigkeitsbereich der Krankenkassen ausdehnten und weil sie es ihnen

erlaubten, in Konkurrenz zu Privatversicherern aufzutreten, sondern weil das Gesetz, das diesen Wettbewerb zulasse, diskriminierende Wettbewerbsbedingungen aufrechterhalte. Es gäbe nach ihrem Dafürhalten nämlich keine Bedenken gegen diese Konkurrenz zwischen den Krankenkassen und den Versicherungsunternehmen, wenn diese Konkurrenz nicht verzerrt würde.

Es liege jedoch eine Diskriminierung auf technischer, finanzieller und steuerlicher Ebene vor.

Es liege eine technische Verzerrung vor, weil die Landesverbände im Bereich der Kranken- und Invaliden-Pflichtversicherung nahezu eine Monopolstellung innehätten. Sei seien die Partner, an die nicht nur alle Mitglieder sich wenden müßten, sondern auch ihre Familienangehörigen. Es stehe ihnen frei, bei der Eintragung einer Person für die Kranken- und Invaliden-Pflichtversicherung eine satzungsmäßige Abgabe zu fordern. Derjenige, der diese Abgabe nicht entrichten wolle, könne sich bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung einschreiben. Außerdem hätten die Krankenkassen einen privilegierten Zugang zu den Datenbanken, die durch die Verwaltung der Pflichtversicherung zustandekommen. Die Krankenkassen hätten nicht auf die Verabschiedung des Gesetzes gewartet, um Versicherungstätigkeiten im Bereich der Fremdenverkehrsbeistandsleistung im Ausland aufzunehmen. Die Krankenkassen hätten das Risiko der Beistandsleistung im Ausland auf eine sehr große Anzahl von Personen streuen können, insbesondere auf Personen, die nie ins Ausland reisen. Diese Risikostreuung mache es versicherungstechnisch möglich, die Wahrscheinlichkeit von Schadensfällen drastisch zu

reduzieren und demzufolge die Risikokosten erheblich zu senken.

Die finanzielle Diskriminierung ergebe sich aus den Verpflichtungen, die den Versicherungsunternehmen durch das Gesetz vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen auferlegt werden. Nach diesem Gesetz sind die Versicherungsunternehmen verpflichtet, eine Solvabilitätsspanne sowie einen Garantiefonds zu bilden. Außerdem müssen sie technische Rücklagen vornehmen und dürfen sie die Aktiva, die diese vertreten, nicht frei zusammenstellen.

Die Krankenkassen und die Landeskrankenkassenverbände unterlägen nicht dem Gesetz vom 9. Juli 1975. Sie hätten weder eine Solvabilitätsspanne noch einen Garantiefonds zustande zu bringen. Die einzige Verpflichtung, die ihnen durch das Gesetz vom 6. August 1990 auferlegt werde, bestehe darin, "für gewisse Dienstleistungen getrennte Rücklagefonds zu bilden" (Artikel 28 §1).

Und schließlich werde die Wettbewerbsverzerrung noch durch die steuerlichen Diskriminierungen verschlimmert.

Die von den Versicherungsunternehmen eingenommenen Versicherungsprämien unterlägen einer jährlichen Steuer auf die Versicherungsverträge gemäß den Artikeln 173 ff. des Gesetzbuches über die den Stempelgebühren gleichgestellten Abgaben, während die von den Krankenkassen erhobenen Beiträge - auch wenn andere Versicherungstätigkeiten als die Kranken- und die Invalidenversicherung damit gedeckt würden - gemäß Artikel 176 2° desselben

Gesetzbuches von dieser Steuer befreit seien. Außerdem unterlägen die Einnahmen der Versicherungsgesellschaften der Körperschaftssteuer, während die Krankenkassen nur die Rechtspersonensteuer zu entrichten hätten, die viel niedriger sei als die Körperschaftssteuer.

A.2.2.1. In seinen Schriftsätzen zu den Rechtssachen 251 und 252 macht der Ministerrat geltend, daß die Klägerinnen in diesen beiden Rechtssachen nicht das erforderliche Interesse nachwiesen.

Die Klägerinnen in der Rechtssache 251 seien beide für die Fremdenverkehrsbeistandsversicherung zugelassen. Ihr Interesse sei nicht hinreichend bewiesen und stehe in jedem Fall nicht im Verhältnis zu der angestrebten Zielsetzung, insofern das Konkurrenzrisiko in doppelter Weise eingeschränkt sei durch die vorher auf dem Markt eingenommene Position und durch das Prinzip der akzessorischen Hauptverbindung, das für die Tätigkeit der Krankenkassen und der Landeskrankenkassenverbände im Sektor der Fremdenverkehrsbeistandsversicherung entscheidend sei. Das Interesse sei überdies ungesetzlich, da es nur den Willen zum Ausdruck bringe, die auf dem Markt eingenommene vorherrschende Stellung aufrechtzuerhalten, die nicht mit dem Gesetz vom 27. Mai 1960 über den Schutz gegen Mißbrauch der Wirtschaftsmacht zu vereinbaren sei.

Ferner verfolge die Klägerin in der Rechtssache 252 mit der Klage ein Ziel, das auf die Stärkung der Position, die von den Mitgliedern im Sektor der freien Versicherung eingenommen werden könne, ausgerichtet sei. Ihr Interesse an der Nichtigerklärung stehe nicht im Verhältnis zum

angestrebten Ziel und sei ungesetzlich.

- A.2.2.2. Der Klagegrund sei nicht begründet, da er sich auf Ungleichheiten in den Wettbewerbsbedingungen und eine Diskriminierung in der Ausübung des Wettbewerbsrechts sowie der Gewerbe- und Handelsfreiheit beziehe.

Nach Auffassung des Ministerrates könne aufgrund der zur Unterstützung des Klagegrundes angeführten Normen rechtlich gesehen kein Klagegrund aufgrund der Artikel 6 und 6bis der Verfassung formuliert werden.

Die Gewerbe- und Handelsfreiheit sei ein gesetzlicher, kein verfassungsmäßiger Grundsatz.

Nach Ansicht des Ministerrates könne nicht angefochten werden, daß der Gesetzgeber die Gewerbe- und Handelsfreiheit anders organisiert habe als das Produkt, das in der Fremdenverkehrsbeistandsversicherung bestehe, je nachdem ob diese durch ein Versicherungsunternehmen oder eine Krankenkasse bzw. einen Landeskrankenkassenverband angeboten werde. Die ungleiche Behandlung müsse einerseits anhand der rechtlichen Eigenschaft und des Geistes, in dem der Vertrieb dieses Produktes vorgenommen werde, und andererseits anhand der Bewertung der Verhältnismäßigkeit und der Angemessenheit des somit hinsichtlich des angestrebten Ziels festgestellten Unterschieds geprüft werden.

Der Klagegrund sei außerdem widersprüchlich, da die Klägerinnen auf die vom Gesetzgeber organisierten Wettbewerbsbedingungen Bezug nähmen, während aus der Klage hervorgehe, daß das

eigentliche Prinzip einer Erweiterung des Tätigkeitsbereichs der Krankenkassen und der Landeskrankenkassenverbände Gegenstand der Nichtigkeitsklage sei, insofern diese sich auf die Artikel 6 und 6bis der Verfassung stütze.

Der Ministerrat fährt in seinem Schriftsatz fort, indem er erklärt, daß die ungleiche Behandlung der Personen vom Staatsrat in dessen Stellungnahme deutlich angegeben worden sei mit folgenden Worten: "Das eigentliche System, das betroffen ist, beruht offensichtlich auf den Leistungen der Krankenkassen und der Landesverbände im Rahmen der Kranken- und Invaliden-Pflichtversicherung. Die Ausdehnung dieses Systems, das Bestandteil der Tätigkeiten der Pflicht- oder Zusatzversicherung ist, stützt sich bestimmt darauf, daß diese Tätigkeiten als akzessorisch zu den im Rahmen der Kranken- und Invaliden-Pflichtversicherung erbrachten Leistungen gedacht sind und ebenso wie die letztere im Kontext des in Artikel 2 des Entwurfs angeführten Krankenkassenkonzeptes anzusehen sind. Man kann also - ausgehend von dem in Artikel 6 der Verfassung festgelegten Gleichheitsgrundsatz - schlußfolgern, daß in den Bereichen der Anerkennung, der Kontrolle und des Schutzes der Versicherten die Festlegung von anderen Bestimmungen als denjenigen, die im Gesetz vom 9. Juli 1975 vorgesehen sind, eine objektive und angemessene Rechtfertigung für die Krankenkassen und die Landesverbände darstellen kann, und dies selbst hinsichtlich ihrer Tätigkeit im Bereich der freien oder der Zusatzversicherung".

Der Gesetzgeber habe gemäß den Auflagen der Richtlinie des EG-Rates vom 24. Juli 1973 zwischen den

beiden Diensten unterschieden, je nachdem, ob sie von einem Versicherungsunternehmen im Rahmen des Rentabilitätsziels oder von einer Krankenkasse bzw. einem Landesverband in der Verwirklichung des Konzeptes der Gegenseitigkeit oder der sozialen Solidarität angeboten werden.

Die Hinweise auf die Diskriminierung in der Beschwerde der Klägerinnen entbehrten wegen der vom Gesetz gebotenen Garantien jeglicher Grundlage.

Der Ministerrat möchte daran erinnern, daß das Gesetz vom 6. August 1990 die Ausdehnung der Tätigkeiten der Krankenkassen und der Landeskrankenkassenverbände hinsichtlich des Artikels 2 §1 organisiere; dieser lege den Geist der Fürsorge, der gegenseitigen Hilfe und der Solidarität fest, der diesen Dienst kennzeichne. Die Artikel 27, 28 und 29 des Gesetzes dienten gerade zur Verwirklichung dieser Zielsetzung.

Es bestehe eine interne Kontrolle der Landesverbände über die Krankenkassen. Außerdem müsse jeder Dienst, auf den sich die Artikel 3 b und c sowie 7 §§ 2 und 4 beziehen, vorher vom König zugelassen werden. Die diesbezügliche Befugnis des Königs werde auf eine gleichlautende Stellungnahme des Kontrollamtes hin ausgeübt und werde ausschließlich dann zugestanden, wenn anhand der versicherungsmathematischen und technischen Finanzdaten angenommen werden könne, daß alle erwünschten Garantien für eine gute Ausführung des Dienstes oder der Tätigkeit gegeben seien, und wenn die im Gesetz und seinen Ausführungserlassen festgelegten Bedingungen erfüllt seien.

Nach Auffassung des Ministerrates würden in den

von den Klägerinnen angeprangerten technischen, finanziellen und steuerlichen Verzerrungen gerade die gesetzlich vorgesehenen Schutzvorkehrungen übersehen.

Die Klägerinnen gingen zu Unrecht davon aus, daß die Infrastruktur und das Personal der Krankenkassen es ermöglichten, allen Mitgliedern Versicherungsprodukte, die nicht zur Pflichtversicherung gehörten, anzubieten und aufzuerlegen. Eine Dienstleistung sei nicht zwingend erforderlich; es gebe kein erzwungenes Dienstleistungsangebot. Eine ähnliche Kritik könne gegenüber den Klägerinnen angebracht werden, da sie über weitverzweigte Banknetze verfügten, um ihr Produkt anzubieten. Die Fremdenverkehrsbeistandsleistungen dienten, wenn sie von Krankenkassen oder Landesverbänden angeboten würden, gerade dazu, ausnahmslos all jenen, die in den Genuß der Förderung ihres körperlichen, seelischen und sozialen Wohlergehens gelangen möchten, einen Auslandsaufenthalt zu ermöglichen.

Die finanziellen Diskriminierungen seien keineswegs sicher. Man müsse auf Artikel 28 Bezug nehmen, der durch die Klage nicht betroffen sei.

Schließlich stünden die steuerlichen Diskriminierungen, die als Wettbewerbsverzerrungen dargestellt würden, in keinem Zusammenhang zu den angefochtenen Bestimmungen. Die Ausnahmeregelung auf der Grundlage von Artikel 176-2 des Gesetzbuches über die den Stempelgebühren gleichgestellten Abgaben sei durch den Grundsatz der sozialen Solidarität, der der Tätigkeit der Krankenkassen und Unternehmen sowie der Landeskrankenkassenverbände zugrunde liege,

gerechtfertigt. Die steuerliche Diskriminierung - insofern sie bestehe - rühre nicht von dem angefochtenen Gesetz her. In jedem Fall scheine sie gerechtfertigt zu sein und im Verhältnis zum angestrebten Ziel zu stehen.

- A.2.3.1. In ihrem Erwidierungsschriftsatz führen die Klägerinnen der Rechtssache 251 an, daß sie das erforderliche Interesse nachweisen würden. Das mit der Klage angestrebte Ziel bestehe in der Nichtig-erklärung der Normen, deren Aufrechterhaltung ihre Rechtslage unmittelbar und in ungünstiger Weise beeinträchtigen würde, da diese Normen die Einführung von Ungleichheiten im Wettbewerb haben könnten.

Die Klägerinnen fechten formell an, daß eine von ihnen eine vorherrschende Stellung auf dem Markt des Fremdenverkehrsbeistandes innehat, und bemerken, daß sie im Wettbewerb zueinander stünden und in diesem Sektor nie gemeinsam vorgingen.

Die Klägerin in der Rechtssache 252 erklärt, sie habe ein Interesse, das sich aus den vom strittigen Gesetz in den Versicherungsbereich eingeführten Ungleichheiten des Wettbewerbs ergebe.

- A.2.3.2. Die Klägerinnen erinnern daran, daß Artikel 3 §1 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen besagt, "(...) es ist jedem Unternehmen untersagt (...), als Versicherer in Belgien Versicherungsverträge zu unterzeichnen oder zu unterzeichnen versuchen, wenn es nicht vorher vom König zugelassen wurde".

Zu keinem Zeitpunkt gewähre das obengenannte

Gesetz den Unternehmen, die die Versicherungstätigkeit nur "akzessorisch" ausübten, eine Ausnahmegenehmigung. Die Klägerinnen fechten daher an, daß gleich welche Einrichtung in Belgien die Versicherungstätigkeit ausüben könne, ohne dem Gesetz vom 9. Juli 1975 oder den entsprechenden Gesetzesbestimmungen, die den Versicherungsunternehmen im Ausland vorgeschrieben sind, die Versicherungstätigkeiten in Belgien auszuüben wünschen, zu unterliegen.

Ihres Erachtens begehe der Ministerrat einen Rechtsirrtum, wenn er in seinem Schriftsatz behaupte, daß es kein erzwungenes Dienstleistungsangebot gebe. Es gebe tatsächlich kein erzwungenes Angebot, aber ein gemeinsames Angebot, insofern zahlreiche Krankenkassen ihre Leistungen der Pflichtversicherung vom Beitritt zu dem von ihnen organisierten Dienst der Zusatzversicherung abhängig machten. Die Zusatzversicherung werde meist von der Satzung vorgeschrieben, wie aus verschiedenen, von den Klägerinnen der Akte beigefügten Dokumenten hervorgehe.

Die Klägerinnen bemerken, daß die Krankenkassen durch den in der Satzung vorgeschriebenen Beitritt zur Zusatzversicherung praktisch mehr als 80% der Bevölkerung Beitragszahlungen zur Zusatzversicherung, insbesondere für den Fremdenverkehrsbeistand im Ausland, auferlegten. Aus einer von der EG-Kommission durchgeführten Untersuchung gehe hervor, daß in Belgien 59% der Bürger nicht in Urlaub führen und daß unter denjenigen, die verreisten, nur 56% ihren Urlaub im Ausland verbrächten.

Höchstens 23% der belgischen Bevölkerung reisten also ins Ausland.

Es sei auch festzustellen, daß die Krankenkassen mehr als 80% der Belgier Beitragszahlungen zu einer Fremddendenverkehrsbeistandsversicherung aufzwängen, die nur 23% der Mitglieder zugute käme.

Die gleiche Untersuchung zeige, daß diejenigen, die im Urlaub verreisen, im allgemeinen über ein gutes Einkommen verfügten.

Die Klägerinnen äußern sich erstaunt darüber, daß man im Namen der Solidarität die weniger Bemittelten zugunsten der Wohlhabenden Beiträge zahlen lasse. Sie führen diesbezüglich eine Untersuchung des C.R.I.S.P. an, in der es heißt: "Nicht alle von den Krankenkassen angebotenen Versicherungen entsprechen dieser vorrangig sozialen Logik. Dies ist insbesondere an den neueren Produkten zu erkennen, mit denen die Krankenkassen unmittelbar auf das herkömmliche Gebiet der Versicherungen vorstoßen".

Nach Darlegung der Klägerinnen sei festzustellen, daß der Ministerrat in seinem Schriftsatz nicht bemüht sei, die Wettbewerbsverzerrungen zu widerlegen, sondern vielmehr zu erklären, daß diese gerechtfertigt seien durch die Tatsache, daß die Krankenkassen und die Landeskrankenkassenverbände zur Sozialversicherung gehörten.

So werde beispielsweise in dem besagten Schriftsatz angeführt, daß die vom Gesetzbuch über die den Stempelgebühren gleichgestellten Abgaben

geschaffenen steuerlichen Diskriminierungen durch den Grundsatz der sozialen Solidarität, der den Tätigkeiten der Krankenkassen und Unternehmen sowie der Landeskrankenkassenverbände zugrunde liege, gerechtfertigt seien.

Die somit aufgestellte Beweisführung laufe darauf hinaus, daß die Krankenkassen und die Landeskrankenkassenverbände über den Gesetzen stünden und in den Genuß einer privilegierten Regelung gelangen müßten, selbst wenn sie Tätigkeiten außerhalb der Sozialversicherung ausübten. Nach Auffassung der Klägerinnen widerlege eine solche Beweisführung den Grundsatz der Gleichheit.

In bezug auf die vom Ministerrat erwähnte Stellungnahme des Staatsrates machen die Klägerinnen geltend, daß die Gesetzgebungsabteilung sich nur mit dem Bereich "der Anerkennung, der Kontrolle und des Schutzes der Versicherten" befaßt habe. Der Staatsrat habe sich also nicht des Bereiches des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen angenommen, wo technische, steuerliche und finanzielle Verzerrungen festzustellen seien.

Die nicht vollständig zitierte Stellungnahme sei im übrigen widersprüchlich, da sie zunächst die Versicherungstätigkeiten als akzessorisch betrachtet habe und den Umfang sowie die mangelhafte Präzision der Definitionen anprangere, um schließlich die Befürchtung auszudrücken, daß die betreffenden Tätigkeiten "eine solche Bedeutung annehmen könnten, daß sie ihren akzessorischen Charakter verlieren".

Nach Darlegung der Klägerinnen versuche der Ministerrat in seinem Schriftsatz geltend zu machen, daß der Grundsatz der akzessorischen Beschaffenheit durch die Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Garantien gewährleistet sei. Die Beweisführung halte einer Prüfung nicht stand. Die vollziehende Gewalt habe nicht das Recht, den Krankenkassen und den Landeskrankenkassenverbänden die Ausübung verschiedener Tätigkeiten, die ihnen durch das Gesetz gestattet würden, zu verbieten. Diese Tätigkeiten müßten sicherlich gemäß Artikel 2 im "Sinne der Fürsorge, der gegenseitigen Hilfe und der Solidarität" ausgeübt werden, doch diese Begriffe seien so vage, daß sie praktisch keinerlei Tätigkeit irgendwelcher Art untersagten.

Was schließlich den Geist der Solidarität betrifft, behaupten die Klägerinnen, daß die Krankenkassen den Ausschluß der wichtigsten Risiken organisierten. So schließe die "Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant" von der Inanspruchnahme der zusätzlichen Auslandsversicherung "die Personen, die ins Ausland abgeordnet werden, sowie diejenigen, deren Berufsausübung häufige Auslandsreisen voraussetze", aus. Gemäß dieser Klausel wäre die Versicherung praktisch denjenigen vorbehalten, die in Belgien bleiben. Die klagenden Unternehmen würden niemanden ausschließen, da alle Versicherten zum gleichen Tarif für die gleichen Garantien gedeckt seien.

Zweiter in den Rechtssachen mit Geschäftsverzeichnisnummern 251 und 252 vorgebrachter Klagegrund

- A.3.1. In einem zweiten Klagegrund werfen die Klägerinnen in den Rechtssachen 251 und 252 den Artikeln 2 §1,

3, 7 §2 sowie 76 1° vor, die Artikel 4 7°, 9°, 10° und 15° sowie 5 §1 I und II des Sondergesetzes vom 8. August 1980 zur Reform der Institutionen zu verletzen.

Nach Darstellung der Klägerinnen erlaubt das angefochtene Gesetz es den Krankenkassen und Landesverbänden, andere Tätigkeiten zu führen als diejenigen, die zur Kranken- und Invaliden-Pflichtversicherung gehören, indem es ihnen die Aufgaben übertrage, unter anderem das soziale Wohlergehen zu fördern und ihnen unter anderem die Aufgabe ermögliche, Entschädigungen zu gewähren oder Hilfe, Aufklärung, Betreuung und Beistand zu leisten, etwa wenn sich ein Zustand ereigne, wodurch das soziale Wohlergehen gefördert werden könne. Die angefochtenen Bestimmungen räumten somit den Krankenkassen und den Landesverbänden das Recht ein, Tätigkeiten auszuüben, die zum Begriff der kulturellen Angelegenheiten im Sinne des Artikels 59bis §2 1° der Verfassung gehören - namentlich Jugendpolitik, Leibeserziehung, Sport und Freiluftleben, Freizeitbeschäftigung, Fremdenverkehr und Erwachsenenbildung - sowie Tätigkeiten, die sich auf die Gesundheitspolitik und die Hilfe für Personen beziehen.

A.3.2. Für den Ministerrat erfordere ein allgemeiner Rechtsgrundsatz, daß die Ausübung der Befugnisse, insbesondere diejenigen der Regionen, unter Beachtung des Prinzips des freien Personen-, Güter-, Dienstleistungs- und Kapitalsverkehrs sowie des freien Wettbewerbs und der Industrie erfolgen müsse (Sondergesetz vom 8. August 1980, Art. 6 §1 VI). Dieser Grundsatz finde als materielle Regel sowohl auf die Regional- als auch auf die Gemeinschaftskompetenz Anwendung.

Die Befugnis des Nationalgesetzgebers müsse überdies im Verhältnis zu Artikel 6 §1 VI festgelegt werden, der vorsehe, daß die nationale Instanz alleine zuständig sei, das Wettbewerbsrecht, die Bedingungen für den Zugang zum Beruf und insbesondere das Arbeitsrecht sowie die Sozialversicherung zu regeln.

Anschließend bemerkt der Ministerrat, daß die Frage der Befugnis von der Gesetzgebungsabteilung des Staatsrates in bezug auf Artikel 25 des Vorentwurfes des Gesetzes geprüft worden sei.

Weiter erklärt er, daß die Bestimmungen über die freie oder Zusatzversicherung als von den Krankenkassen und den Landeskrankenkassenverbänden angebotenes Produkt notwendigerweise Gegenstand von Bestimmungen des Nationalgesetzgebers sein müßten, da diese Tätigkeiten einen akzessorischen Charakter im Verhältnis zum Krankenkassenkonzept aufwiesen, das den Anwendungsbereich des Gesetzes festlege und dieses mit der ausschließlich der Zuständigkeit des Nationalgesetzgebers vorbehaltenen Angelegenheit, nämlich der Sozialversicherung, verbinde.

A.3.3. In ihren in den Rechtssachen 251 und 252 eingereichten Erwidierungsschriftsätzen behaupten die Klägerinnen, daß die nationale Instanz nicht auf die Angelegenheiten, die den Gemeinschaften und Regionen vorbehalten sind, übergreifen dürfe, nur weil die Regionen und Gemeinschaften das Prinzip des freien Verkehrs einhalten müßten.

Man könne nicht in Frage stellen, daß die Sozialversicherung weiterhin zum

Zuständigkeitsbereich des Nationalgesetzgebers gehöre. Artikel 5 §1 I 1° des Sondergesetzes entziehe der Gesundheitspolitik, die der Zuständigkeit der Gemeinschaften anvertraut wurde: "c) ... die Kranken- und Invalidenversicherung".

Insofern die Gesundheitspolitik jedoch zu den personenbezogenen Angelegenheiten im Sinne von Artikel 59bis §2bis der Verfassung gehöre, bedeuteten Abweichungen von dieser Regel eine einschränkende Auslegung. Daraus ergebe sich, daß die nationale Instanz nur für das gesetzliche System der Kranken- und Invalidenversicherung zuständig sei.

Dritter in den Rechtssachen mit Geschäftsverzeichnisnummern 251 und 252 vorgebrachter Klagegrund

A.4.1. In einem dritten Klagegrund behaupten die Klägerinnen in den Rechtssachen 251 und 252, daß Artikel 27 die Artikel 6 und 6bis der Verfassung mißachte.

Der angefochtene Artikel führe wettbewerbsverzerrende Bedingungen ein, indem er es dem Staat und den anderen Behörden ermögliche, den Krankenkassen und Landesverbänden Zuschüsse zu gewähren, und zwar nicht nur für die Durchführung der Kranken- und Invaliden-Pflichtversicherung, sondern auch für jene Tätigkeiten, bei denen die Krankenkassen und Landesverbände den Versicherungsunternehmen Konkurrenz machen könnten.

Die Klägerinnen erinnern daran, daß die Krankenkassen vom Staat verschiedene Beihilfen aufgrund des Gesetzes vom 9. August 1963

erhielten. Darunter würden gewisse Zuschüsse als Beihilfe zu Verwaltungskosten gewährt (Artikel 124 des Gesetzes von 1963). Die Dienststellen der Krankenkassen verwalteten nicht nur die Kranken- und Invaliden-Pflichtversicherung, sondern auch verschiedene zusätzliche Versicherungen. Trotz des Erfordernisses einer getrennten Buchführung für jede Dienststelle, die in Artikel 29 §3 des Gesetzes vom 6. August 1990 vorgesehen sei, führten die vom Staat für Verwaltungskosten gewährten Beihilfen bereits eine Konkurrenzverzerrung herbei. Artikel 27 verstärkte diese Wettbewerbsverzerrung noch durch die Möglichkeit, Beihilfen für die in den Artikeln 3 b und c sowie 7 §§ 2 und 4 vorgesehenen Dienstleistungen zu gewähren.

- A.4.2. Nach Darlegung des Ministerrates sei die unterschiedliche Behandlung dadurch gerechtfertigt, daß die Klägerinnen eine Gewinnabsicht verfolgten, während die Krankenkassen keinen Gewinn bezweckten.

Die Betriebskosten für die in den Artikeln 3 b und c sowie 7 §§ 2 und 4 vorgesehenen Dienstleistungen gingen vollständig zu Lasten dieser Dienststellen.

Der Zweck der Beihilfen müsse im Verhältnis zu Artikel 2 §1 beurteilt werden, in dem der Unterschied verdeutlicht werde, der zwischen dem Sektor der freien Versicherung, so wie er von den Klägerinnen betrieben werde, und demjenigen der Krankenkassen sowie der Landeskrankenkassenverbände zu machen sei. Ziel der Beihilfen sei die Gewährleistung des Grundsatzes der Solidarität. Folglich stelle Artikel 27 eine Maßnahme dar, die eine objektive und vernünftige

tige Rechtfertigung bilden könne.

Ergänzend erklärt der Ministerrat, daß es sich hier um den Bereich der Beihilfen handele und der Schiedshof nicht dafür zuständig sei, da dies Gegenstand der Artikel 92 ff. des EG-Vertrages sei.

A.4.3. In ihrem Erwidernsschriftsatz machen die Klägerinnen geltend, daß die Gewinnabsicht kein geeignetes Kriterium sei, da es bei gewissen juristischen Personen öffentlichen Rechts, etwa bei Gemeinden und Regiebetrieben vorkomme.

Was den Geist der Fürsorge, der gegenseitigen Hilfe und der Solidarität angehe, so sei dieser auch bei der Versicherung vorhanden.

Die Gegenseitigkeit bestehe in allen Versicherungsformen. Sie komme in jeder Versicherung vor, auch wenn sie bei Versicherungen mit fester Prämie weniger deutlich sei als bei Versicherungen auf Gegenseitigkeit.

Es sei sinnlos zu behaupten, Artikel 27 müsse allen Zugang zu gewissen Dienstleistungen der freien Versicherung gewähren. Solle der Gesetzgeber der Auffassung sein, daß alle Bürger in den Genuß einer Fremdenverkehrsbeistandsversicherung gelangen müßten, so stehe es ihm frei, daraus eine Sparte der Sozialversicherung zu machen.

#### Vierter in der Rechtssache mit Geschäftsverzeichnisnummer 252 vorgebrachter Klagegrund

A.5.1. In einem vierten Klagegrund wirft die Klägerin in

der Rechtssache 252 Artikel 39 §1 vor, unter Verletzung der Artikel 6 und 6bis der Verfassung den Krankenkassen und Landesverbänden das Recht einzuräumen, als Gegenleistung für die Beiträge Dienstleistungen zu erbringen, die zum Bereich der Rechtsschutzversicherungen gehören, ohne den gleichen Vorschriften zu unterliegen wie die Versicherungsgesellschaften, die in dieser Sparte tätig sind.

A.5.2. In seinem Schriftsatz bestätigt der Ministerrat, daß das Recht, vor Gericht aufzutreten, als akzessorisch zu einer weiter gefaßten Dienstleistung erscheine, die unter Achtung des Solidaritätsgrundsatzes und nicht als autonome Dienstleistung angeboten werde, so wie sie von den Versicherungsunternehmen geleistet würden.

Wie dem auch sei, dieser Artikel sei in dem Maße, wie er das Recht beinhalte, zur Wahrung des kollektiven Interesses der Mitglieder vor Gericht aufzutreten, keinesfalls durch die gemäß dem königlichen Erlaß vom 12. Oktober 1990 organisierte Rechtsschutzversicherung gedeckt.

Außerdem handele es sich im Rahmen der Rechtsschutzversicherung in erster Linie um ein vom Versicherten eingeleitetes Verfahren, während dieses Verfahren im Fall von Artikel 39 §2 von der Krankenkasse geführt werde. Es bestehe somit kein Wettbewerbsrisiko. In dem Maße, wie es sich um unterschiedliche Sektoren und unterschiedliche Klagen handele, sei der Beweis des Verstoßes gegen die Artikel 6 und 6bis der Verfassung nicht erbracht.

A.5.3. In ihrem Erwidierungsschriftsatz macht die Klägerin

geltend, daß Artikel 39 §1 des Gesetzes vom 6. August 1990, auch wenn er den Krankenkassen und den Landeskrankenkassenverbänden das Recht zugestehe, zur Wahrung der kollektiven Interessen ihrer Mitglieder vor Gericht aufzutreten, sich nicht auf diese Zielsetzung beschränke.

Erster in der Rechtssache mit  
Geschäftsverzeichnisnummer 275 vorgebrachter  
Klagegrund

- A.6.1.1. Vor der Formulierung des Klagegrundes legt die Klägerin den Sachverhalt dar. Sie erklärt darin, sie werfe dem Gesetz vor, den Krankenkassen und den Landesverbänden eine so weit gefaßte und ungenaue Aufgabe zugewiesen zu haben, daß es ihnen gestattet sei, eine ganze Reihe von Tätigkeiten durchzuführen, die in der direkten Beteiligung an der Verwaltung einer Einrichtung für Krankenpflege bestehen könnten, was sich unter anderem in der Genehmigung zur Führung von pharmazeutischen Offizinen äußern könnte.

Die Klägerin fügt hinzu, die Bezuschussung der Krankenkassen stelle einen beträchtlichen Vorteil dar, der den Wettbewerb verzerre und eine Diskriminierung für die Apotheker zur Folge habe.

Schließlich stelle die Tatsache, daß es den Krankenkassen zwecks Wahrung der Interessen ihrer Mitglieder erlaubt sei, vor Gericht aufzutreten, unter anderem gegen die Erbringer von Dienstleistungen, einen gravierenden Verstoß gegen das Gleichheitsprinzip dar.

- A.6.1.2. Der erste Klagegrund ergibt sich aus der Verletzung der Artikel 59bis der Verfassung sowie

5 §1 des Sondergesetzes vom 8. August 1980. Er richtet sich gegen die Artikel 2 §1, 3, 6, 7 §2, 27 und 39 §1.

Nachdem die Klägerin an die verschiedenen personenbezogenen Angelegenheiten erinnert hat, verweist sie auf die Aufgaben, die den Krankenkassen durch die Artikel 2 und 3 des Gesetzes vom 6. August 1990 zugewiesen werden. Sie folgert daraus, daß diese Aufgaben ausdrücklich in den Zuständigkeitsbereich der Gemeinschaftsräte fielen.

Nach Ansicht der Klägerin habe der Gesetzgeber sich offenbar auf das Prinzip, nach dem das Akzessorische der Hauptsache folgt, berufen wollen, um seinen Zuständigkeitsbereich zu erweitern, indem er die Krankenkassen dazu ermächtigte, Aufgaben zu erfüllen, die zu den Gemeinschaftskompetenzen gehörten.

A.6.2.1. Dem Ministerrat zufolge sei die Beschwerde unzulässig, da die Klägerin nicht das erforderliche Interesse nachweisen könne.

Letzteres müsse auf unterschiedliche Weise untersucht werden, je nachdem, ob die Klägerin die Nichtigerklärung der Artikel 2 §1, 3, 6, 7 §2, 27 sowie 76 1° oder die Nichtigerklärung von Artikel 39 bezwecke.

Der Ministerrat behauptet, die geäußerte Befürchtung - daß die Krankenkassen nämlich pharmazeutische Offizinen besitzen könnten - sei keineswegs im Gesetz vorgesehen und die Interessen der Apotheker würden infolgedessen in keiner Weise durch das Gesetz angetastet. Er bestätigt, daß

alle Dienstleistungen, deren unmittelbare Aufgabe darin bestehe, Gesundheitspflege oder Krankenpflege zu leisten oder Medikamente zu liefern, notwendigerweise über das Konzept der "Dienstleistung" im Sinne des Gesetzes sowie den akzessorischen Charakter, den alle von den Krankenkassen oder den Landeskrankenkassenverbänden angebotenen Dienste aufweisen müßten, hinausgehen würden.

Der Ministerrat macht geltend, daß im Laufe der Vorarbeiten zum Gesetz ein Abänderungsvorschlag eingereicht worden sei, der darauf abzielte, ausdrücklich vorzusehen, die Krankenkassen dürften Pflegeanstalten, wie Polikliniken oder Apotheken, weder gründen noch verwalten. Dieser Abänderungsvorschlag sei auf eine Mißdeutung von Artikel 3 zurückzuführen.

Die Klage sei in dem Maße, wie sie gegen Artikel 39 des Gesetzes vom 6. August 1990 gerichtet sei, unzulässig, da die klagende Partei nicht den Beweis erbringe, inwiefern ihre Lage durch die Tatsache, daß die Krankenkassen als Vertreter oder zur Wahrung der kollektiven Interessen vor Gericht auftreten können, beeinträchtigt würde. Die Befürchtung, ein Kunstfehler könne vor einem Zivil- oder einem Strafgericht angezeigt werden, könne nicht angenommen werden, um ein Interesse zu rechtfertigen. In jedem Fall sei die Beschwerde gegen die von den Apothekern begangenen Kunstfehler dem Artikel 39, der nur eine Modalität für das Vorbringen dieser Beschwerde betreffe, vorausgegangen. Die Lage der Apotheker werde somit nicht direkt durch diesen Artikel beeinträchtigt.

A.6.2.2. In seinem Schriftsatz führt der Ministerrat erneut

die gegen den zweiten Klagegrund in den Rechtssachen 251 und 252 entwickelte Beweisführung an, insofern der Klagegrund gegen die Artikel 2, 3, 6 und 7 §2 gerichtet ist.

Er behauptet, in bezug auf Artikel 27 müßten die in den Artikeln 3 b und c sowie 7 §2, vorgesehenen Dienstleistungen vom Nationalgesetzgeber geregelt werden. Es sei selbstverständlich, daß der Nationalgesetzgeber zuständig sei, das Prinzip der Bezuschussung dieser Dienstleistungen festzusetzen.

Und schließlich falle bei den Rechtssachen, die zum Zuständigkeitsbereich des Nationalgesetzgebers gehören, die Gewährung des Rechtes, zur Wahrung des kollektiven Interesses oder an Stelle der Mitglieder vor Gericht aufzutreten, notwendigerweise in den Zuständigkeitsbereich dieses gleichen Nationalgesetzgebers. Es handele sich lediglich um die besondere Anerkennung einer der Folgen der Rechtspersönlichkeit, die in den einzelnen Gemeinschaften nicht unterschiedlich behandelt werden dürfe, auf die Gefahr hin, die Ausgewogenheit und Gleichheit der Akteure der Sozialversicherung zu beeinträchtigen.

- A.6.3.1. Die Klägerin stellt fest, der Ministerrat würde behaupten, daß sie kein Interesse an der Nichtig-erklärung des Gesetzes habe, da letzteres es den Krankenkassen nicht gestatte, die Leitung von pharmazeutischen Offizinen zu übernehmen.

Nach Ansicht der Klägerin müsse man diesbezüglich prüfen, ob der Gesetzestext selbst nicht doppelsinnig, zweideutig oder unklar sei.

Im Ausschuß der Abgeordneten-kammer habe der Minister für Soziales eine Erklärung abgegeben, die nach Auffassung der Klägerin keinerlei Doppelsinnigkeit ausräume. In dieser Erklärung habe er zugegeben, daß der Gesetzestext nicht so präzise sei, wie der Ministerrat in seinem Schriftsatz glauben machen möchte, da er einerseits behauptet habe, eine Rechtsprechung müsse den Handlungsspielraum der Krankenkassen festlegen, und andererseits davon ausgegangen sei, daß die Aufgabe der Krankenkassen unter anderem darin bestehen könnte, Informationen über den Gebrauch der Medikamente zu erteilen, was zur Aufgabe der Apotheker gehöre.

Überdies sieht die Klägerin sich gezwungen, in bezug auf das in Artikel 39 vorgesehene Klagerecht das Gesetz zu kritisieren, da es den Krankenkassen gestatte, sich direkt in die Beziehungen zwischen den Patienten und den Gesundheitspflegern einzumischen. Es bestehe die Gefahr, daß diese Maßnahmen, insofern die Krankenkassen in enger Beziehung zu gewissen Pflegeanstalten stünden, - mit Subventionen - sich nur gegen bestimmte Gesundheitspfleger richteten, während die Gesundheitspfleger und ihre Organisationen nicht das gleiche Vorrecht in Anspruch nehmen könnten.

Die Klägerin bestätigt, daß sie infolgedessen das erforderliche Interesse nachweisen könne.

- A.6.3.2. Was die gegen den Grund der Sache gerichtete Beweisführung betrifft, antwortet die Klägerin, daß die Artikel 2 §1 und 3 b und c, jeglicher Präzision entbehrten und daß sie nicht die Möglichkeit böten, die Aufgaben der Krankenkassen in bezug auf die eigentliche Sozialversicherung

genau zu umschreiben.

Zweiter in der Rechtssache mit Geschäftsverzeichnisnummer 275 vorgebrachter Klagegrund

- A.7.1. In einem zweiten Klagegrund, der auf die Verletzung der Artikel 6 und 6bis der Verfassung beruht, wirft die Klägerin Artikel 27 vor, er erlaube die Bezuschussung der Krankenkassen und der Landeskrankenkassenverbände für die Dienstleistungen im Sinne der Artikel 3 b und c sowie 7 §§ 2 und 4.

Da die den Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben es ihnen ermöglichten, pharmazeutische Offizinen zu besitzen, und da die Krankenkassen im Rahmen dieser Tätigkeit Subventionen aus Mitteln der öffentlichen Hand erhalten könnten, gebe es eine ungerechtfertigte Diskriminierung gegenüber allen anderen Besitzern pharmazeutischer Offizinen, und insbesondere den Apothekern. Das unterschiedliche Schicksal, das der Gesetzgeber den Krankenkassen im Gegensatz zu den Apothekern vorbehalte, könne nicht dadurch gerechtfertigt werden, daß die Krankenkassen zum Ziel hätten, das körperliche, seelische und soziale Wohlergehen zu fördern. Die Tätigkeit des Apothekers, die übrigens gesetzlich geschützt sei, bezwecke nämlich ebenfalls die Verbesserung des Wohlergehens der Bevölkerung.

- A.7.2. Nach Ansicht des Ministerrates ergebe sich der Klagegrund ausschließlich aus der Mißdeutung des Begriffs der Dienstleistung im Sinne der Artikel 2 §1, 3, 6, 7 §2 und 27.

Die Ausübung des Apothekerberufes werde weiterhin durch den königlichen Erlaß Nr. 78 vom 10.

November 1967 geregelt.

Die von der Klägerin ins Auge gefaßte Tätigkeit sei nicht als Dienstleistung anerkannt.

- A.7.3. In ihrem Erwidernsschriftsatz behauptet die Klägerin weiterhin, Artikel 27 sei wegen der im Antrag dargelegten Gründe diskriminierend.

Dritter in der Rechtssache mit Geschäftsverzeichnisnummer 275 vorgebrachter Klagegrund

- A.8.1. In einem dritten Klagegrund, der auf der Verletzung der Artikel 6 und 6bis der Verfassung beruht, übt die Klägerin Kritik an Artikel 39.

Sie macht geltend, die vorgenommene Abweichung vom allgemeinen Rechtsgrundsatz, nach dem es der geschädigten Person obliege, persönlich aufzutreten, entbehre der vernünftigen Rechtfertigung und der Notwendigkeit, wobei das durch das Gesetz verfolgte Ziel darin bestehe, es den Krankenkassen zu erlauben, ihre Aufgabe der Fürsorge und Solidarität zu erfüllen.

Überdies seien die Krankenkassen gleichzeitig Richter und Partei gegenüber den Apothekern, die in den Offizinen arbeiten, deren Besitzer sie seien. Sie würden das zu weitgehende Vorrecht von Artikel 39 nur dann ausüben, wenn die Gesundheitspfleger, gegen die sie vorgehen möchten, nicht ihrer Kontrolle unterlägen.

Außerdem könnten die Krankenkassen gemäß Artikel 27 Subventionen für die Ausübung dieser Tätigkeiten erhalten.

Schließlich unterstreiche der Umstand, daß die Gesundheitspfleger und insbesondere die Apotheker nicht dazu ermächtigt seien, unmittelbar gegen die Krankenkassen vorzugehen, ebenfalls die diskriminierende Beschaffenheit des Artikels 39.

A.8.2. Der Ministerrat verweist darauf, daß der Schiedshof keine allgemeine Kontrolle über die Verfassungsmäßigkeit der Gesetze ausübe, so daß ein Klagegrund, der die Mißachtung eines allgemeinen Rechtsprinzips anzeigt, nicht behandelt werden könne. Überdies gelte die Verpflichtung, persönlich das Verfahren einzuleiten, nicht als allgemeines Rechtsprinzip.

Der Ministerrat behauptet weiter, die Klägerin habe ebenfalls kein Interesse an der Vorbringung des Klagegrundes, wenn man den Klagegrund als eine Mißachtung der Gleichheit zum allgemeinen Rechtsprinzip anführe, da jeder belgische Bürger im Rahmen von Artikel 39 Anrecht auf einen Schutz im Rahmen der Kranken- und Invaliden-Pflichtversicherung und gegebenenfalls im Rahmen der freiwilligen Zusatzversicherung habe. Ab dem Augenblick, wo eine Person Mitglied sei, könne sie die in Artikel 39 vorgesehenen Dienstleistungen in Anspruch nehmen, so daß sich aus der dem Klagerecht hinzugefügten Modalität keine Benachteiligung ergeben könne.

Die klagende Partei lasse außerdem außer acht, daß Artikel 39 nur eine dem Mitglied gebotene Möglichkeit darstelle, so daß sich das Problem eines eventuellen Interessenkonfliktes lösen lasse. Das Risiko eines Interessenkonfliktes mit einer unbegründeten Mißachtung der Gleichheit gleichzusetzen, stelle eine nicht mit den

Erfordernissen der Kontrolle der Artikel 6 und 6bis der Verfassung zu vereinbarende Gleichstellung dar.

Die Subventionen seien angesichts des angestrebten Ziels vollauf gerechtfertigt.

Schließlich entbehre der Klagegrund der rechtlichen Grundlage, soweit die Klägerin es bedaure, nicht die Erlaubnis erhalten zu haben, unmittelbar gegen die Krankenkassen vorzugehen. Es spreche nichts dagegen, daß die Mitglieder der Klägerin vor Gericht auftreten.

- A.8.3. In ihrem Erwidernsschriftsatz erklärt die Klägerin, sie befürchte eine Zunahme der Beschwerden gegen eine ganze Reihe von Personen, weil diese nicht entsprechend den Wünschen der Krankenkassen oder gegebenenfalls nicht gemäß ihrem Diktat handeln würden.

Die Klägerin bestätigt die verschiedenen diskriminierenden Aspekte von Artikel 39, die sie in ihrer Klageschrift daergelegt hat.

- B -

#### Bezüglich der Zulässigkeit

- B.1. In Anwendung von Artikel 7 Absatz 3 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 hat der Hof die verschiedenen klagenden Gesellschaften in der Rechtssache 251 gebeten, den Beweis dafür zu erbringen, daß die Klageerhebungsentscheidung von ihren hierfür zuständigen Organen getroffen worden ist.

Aus den gegebenen Antworten geht hervor, daß die Klageerhebungsentscheidung gemäß der französischen Gesetzgebung getroffen worden ist, was die Aktiengesellschaft französischen Rechts "Europ assistance" betrifft, und gemäß den koordinierten Gesetzen über die Handelsgesellschaften, was die Aktiengesellschaft "Urbaine UAP", die Aktiengesellschaft "Société belge d'assistance internationale" und die Aktiengesellschaft "Compagnie européenne d'assurances de marchandises et des bagages" betrifft.

Die Aktiengesellschaft "Groupe européen" hat einen vom 11. Dezember 1990 datierten Brief hinterlegt, in dem der Delegierte des Verwaltungsrates dieser Gesellschaft erklärt, "in (seiner) Eigenschaft als Delegierter des Verwaltungsrates im Rahmen der (ihm) am 8. Mai 1990 vom Verwaltungsrat erteilten und am 13. Juni 1990 von der Hauptversammlung bestätigten Befugnisse" zu handeln, und die Rechtsanwältin Katelijne Ronse bittet, die Nichtigkeitsklage zu erheben.

In dem Begleitschreiben zu den an den Hof übermittelten Schriftstücken heißt es hinsichtlich der Erhebung dieser Klage:

"Artikel 19 der Satzung (der Aktiengesellschaft 'Groupe européen') erlaubt es dem Verwaltungsrat, die Geschäftsführung der Gesellschaft sowie die Vertretung der Gesellschaft im Hinblick auf diese Geschäftsführung an einen oder mehrere Delegierte, die Verwaltungsratsmitglieder sein können aber nicht müssen, zu 'übertragen und außerdem jedem Handlungsbevollmächtigten bestimmte Sondervollmachten zu erteilen' (Anlage 5.1.).

Durch Verwaltungsratsbeschluß vom 8. Mai 1990, der am 13. Juni 1990 von der Hauptversammlung bestätigt worden ist, wurde Herr J.M. Bouteville zum Delegierten des Verwaltungsrates 'mit völliger Zuständigkeit für die Geschäftsführung' ernannt

(nnt (Anlage 5.2.)).

Die Entscheidung, auf Nichtigerklärung des Gesetzes vom 6. August 1990 zu klagen, ist am 11. Dezember 1990 getroffen worden (Anlage 5.3.).

Artikel 24 der Satzung der Aktiengesellschaft "Groupe Européen" bestimmt, daß "die Gesellschaft rechtsgeschäftlich oder vor Gericht durch zwei Verwaltungsratsmitglieder oder durch jede andere dazu ermächtigte Person vertreten wird".

Die am 8. Mai 1990 erteilte und am 13. Juni 1990 bestätigte Ermächtigung bezieht sich nur auf die Geschäftsführung.

Ein Delegierter des Verwaltungsrates einer Gesellschaft ist nicht dafür zuständig, im Rahmen der Geschäftsführung eine Nichtigkeitsklage zu erheben. Ein Verwaltungsratsmitglied kann eine solche Klage nur dann erheben, wenn er dazu eine Sondervollmacht erhalten hat oder wenn er durch die Satzung angewiesen ist, die Gesellschaft vor Gericht zu vertreten, und zwar gemäß Artikel 54 Absätze 4 und 5 der koordinierten Gesetze über die Handelsgesellschaften.

Der Delegierte des Verwaltungsrates der Aktiengesellschaft "Groupe européen" hat keine Sondervollmacht zur Klageerhebung erhalten und ist nicht durch die Satzung angewiesen, die Gesellschaft vor Gericht zu vertreten; demzufolge konnte er die Klage nicht auf rechtsgültige Weise im Namen der Gesellschaft erheben.

Soweit die Klage von der Aktiengesellschaft "Groupe européen" ausgeht, ist sie unzulässig.

B.2.1. Nach Ansicht des Ministerrates würden die

klagenden Parteien in der Rechtssache 251 nicht das erforderliche Interesse nachweisen, weil ihr Interesse

- nicht genügend feststehe,
- "auf jeden Fall" dem verfolgten Ziel unangemessen und
- "außerdem" rechtswidrig sei, denn es entspreche der Äußerung des Willens, ihre dominierende Marktposition aufrechtzuerhalten, was im Widerspruch zum Gesetz vom 27. Mai 1960 über den Schutz gegen den Mißbrauch der Wirtschaftsmacht stehen könne.

B.2.2. Soweit der Ministerrat Einrede wegen nicht nachgewiesenen Interesses erhebt, weil das Interesse nicht genügend feststehen soll, hängt diese Einrede mit der Tragweite der angefochtenen Bestimmungen zusammen. Die Prüfung der Einrede ist untrennbar mit der Prüfung der Hauptsache verbunden; sie muß damit vereinigt werden.

B.2.3. Soweit der Ministerrat in seiner Einrede geltend macht, daß das Interesse der klagenden Parteien "auf jeden Fall" dem verfolgten Ziel unangemessen sei, kann die Einrede nicht angenommen werden. Wenn nämlich das rechtlich erforderliche Interesse feststeht, ist es nicht erforderlich, daß das Interesse darüber hinaus dem verfolgten Ziel angemessen wäre.

B.2.4. Soweit der Ministerrat die Rechtswidrigkeit des Interesses der klagenden Parteien aus dem vorgeannten Grund geltend macht, ist die Einrede als unbegründet zurückzuweisen, weil der Ministerrat keinen Beweis für die den klagenden Parteien unterstellten Absichten erbringt.

- B.3. Der Ministerrat betrachtet das Interesse des Berufsverbandes - klagende Partei in der Rechtssache 252 - als rechtswidrig, weil diese Partei mit der Klage darauf abzielen würde, die dominierende Position von einigen von ihren Mitgliedern zu stärken. Außerdem sei dieses Interesse unangemessen.

Die Unzulässigkeitseinreden wegen der angeblich rechtswidrigen und unangemessenen Beschaffenheit des Interesses der klagenden Parteien in der Rechtssache 252 sind aus den soeben dargelegten Gründen zurückzuweisen.

- B.4. Der Ministerrat macht geltend, daß die Dachorganisation belgischer Apothekerverbände - klagende Partei in der Rechtssache 275 - nicht das erforderliche Interesse an der Klageerhebung auf Nichtigerklärung der Artikel 2 §1, 3, 6, 7 §2, 27 und 76 1° nachweise, weil das angefochtene Gesetz den Erwerb von Apotheken durch Krankenkassen nicht erlaube und die Angehörigen der klagenden Partei demzufolge nicht unmittelbar und ungünstig in ihrer Rechtslage treffen könne.

Die Einrede beruht auf der Tragweite des Gesetzes. Ihre Prüfung ist untrennbar mit der Prüfung der Hauptsache verbunden; sie muß damit vereinigt werden.

- B.5.1. Die klagende Partei in der Rechtssache mit Geschäftsverzeichnisnummer 275 behauptet, sie habe das erforderliche Interesse an der Klageerhebung auf Nichtigerklärung von Artikel 39 des Gesetzes vom 6. August 1990, der es den Krankenkassen und Landesverbänden erlaube, vor Gericht aufzutreten,

um die individuellen Rechte ihrer Angehörigen zu verteidigen.

Der Ministerrat behauptet, daß die klagende Partei in der Rechtssache 275 nicht das erforderliche Interesse an der Klageerhebung auf Nichtigerklärung von Artikel 39 nachweise. Die Apotheker würden durch diesen Artikel nicht unmittelbar in ihrer Situation getroffen; darüber hinaus könne das Interesse nicht angenommen werden, weil die Klage die konkrete Äußerung der Befürchtung sei, daß Kunstfehler angeprangert werden könnten.

- B.5.2. Eine Person kann durch eine Rechtsnorm, die die Anzahl möglicher Gerichtsverfahren gegen sie erhöhen kann, unmittelbar und ungünstig in ihrer Situation getroffen werden. Daher weist diese Person das erforderliche Interesse auf. Im Gegensatz zu dem, was der Ministerrat behauptet, wird die Rechtmäßigkeit dieses Interesses nicht dadurch aufgehoben, daß die angefochtene Rechtsnorm eine systematischere Bestrafung fehlerhafter Verhaltensweisen ermöglichen würde; nichts garantiert nämlich, daß Klagen immer mit gutem Recht erhoben werden.

Die Unzulässigkeit wegen angeblich fehlenden oder rechtswidrigen Interesses der klagenden Partei in der Rechtssache 275 in bezug auf Artikel 39 ist zurückzuweisen.

Bezüglich der gesamten Klagegründe wegen Verletzung der Artikel 6 und 6bis der Verfassung

Rechtssachen mit Geschäftsverzeichnisnummern 251 und 252

B.6. Die klagenden Parteien in den Rechtssachen mit Geschäftsverzeichnisnummern 251 und 252 machen im wesentlichen geltend, daß "durch die angefochtenen Bestimmungen (die Artikel 2 §1, 3, 6, 7 §2, 27, 39 §1 und 76 1°) den Krankenkassen und Landesverbänden das Recht eingeräumt wird, alle Versicherungstätigkeiten zu führen, soweit diese notwendigerweise zur Förderung des 'sozialen Wohlergehens' beitragen, wodurch die Krankenkassen und Landesverbände das Recht erhalten, mit den gemäß dem Gesetz vom 9. Juli 1975 bezüglich der Kontrolle über die Versicherungsunternehmen anerkannten Versicherungsgesellschaften zu konkurrieren, ohne den Krankenkassen und Landesverbänden dieselben Pflichten und technischen, finanziellen und steuerlichen Vorschriften aufzuerlegen, als den privaten Versicherungsunternehmen, mit denen sie konkurrieren können".

B.7. Das Gesetz vom 6. August 1990 legt die Bedingungen fest, die die die Krankenkassen und Landeskrankenkassenverbände erfüllen müssen, um Rechtspersönlichkeit zu erhalten, bestimmt ihren Aufgabenbereich und die Grundregeln ihrer Arbeitsweise und organisiert die Aufsicht, der sie unterliegen.

Laut Artikel 2 §1 des Gesetzes vom 6. August 1990 sind die Krankenkassen "Vereinigungen natürlicher Personen, die im Geiste der Fürsorge, der gegenseitigen Hilfe und der Solidarität die Förderung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlergehens bezwecken. Sie üben Ihre Tätigkeiten ohne Gewinnzweck aus".

Die Landeskrankenkassenverbände sind laut Artikel

6 des Gesetzes vom 6. August 1990 "Vereinigungen von mindestens fünf Krankenkassen mit demselben Zweck im Sinne von Artikel 2 und mit denselben Aufgaben im Sinne von Artikel 3 dieses Gesetzes; aufgrund des vorgenannten Gesetzes vom 9. August 1963 sind sie berechtigt, als Versicherungsanstalten zur Durchführung der Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität beizutragen".

Die gesetzliche Definition der "Krankenkassen" geht vom Gesundheitsbegriff aus, den die Weltgesundheitsorganisation im weiten Sinne definiert hat - ein Zustand körperlichen, seelischen und sozialen Wohlergehens. Aus den parlamentarischen Vorarbeiten geht allerdings hervor, daß der Gesetzgeber nicht vom Begriff der Gesundheit, so wie dieser üblicherweise in der Gesetzgebung bezüglich der Kranken- und Invalidenversicherung verwendet wird, hat abweichen wollen (Drucks., Kammer, 1989-1990, Nr. 1153/1 - Begründungsschrift, S. 2; Nr. 1153/2 - Bericht namens des Ausschusses für Soziales, S. 2).

Gemäß Artikel 2 §1 des Gesetzes vom 6. August 1990 dürfen die Krankenkassen daher nur im Geiste der Fürsorge, der gegenseitigen Hilfeleistung und der Solidarität ohne Gewinnzweck Tätigkeiten, die mit dem Gesundheitswesen zusammenhängen, ausüben (Drucks., Kammer, 1989-1990, Nr. 1153/6, S. 2 - Ausführungen des Ministers für Soziales).

Diese Tätigkeiten werden in Artikel 3 des Gesetzes vom 6. August 1990 definiert:

- Beteiligung an der Durchführung der Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität;

- Organisieren - als Sozialversicherer - von Dienstleistungen im Bereich von Krankheit und Invalidität;
- Hilfeleistung, Aufklärung, Betreuung und Unterstützung im Zusammenhang mit der Gesundheitspflege.

Im Hinblick auf die Erfüllung dieser Tätigkeiten wird den Krankenkassen eine einzigartige Rechtspersönlichkeit eingeräumt, wenn sie allen gesetzlichen Voraussetzungen entsprechen.

Die Artikel 49 bis 59 des Gesetzes sehen die Gründung des Kontrollamtes für die Krankenkassen und Landeskrankenkassenverbände, das mit der Beaufsichtigung sämtlicher buchführungsmäßigen, finanziellen und statutarischen Operationen beauftragt wird, vor. Der Aufgabenbereich des Kontrollamtes umfaßt auch die Aufsicht über die Beachtung anderer in dem Gesetz enthaltenen Bestimmungen durch die Krankenkassen und Landeskrankenkassenverbände.

Das Gesetz vom 6. August 1990 legt also eine spezifische Aufsichtsregelung fest, die einerseits umfassender ist als die in dem Gesetz vom 27. Juni 1921 über die Vereinigungen ohne Gewinnzweck ausgearbeitete Regelung und andererseits unter Berücksichtigung der Eigenart der Krankenkassen sich vom Gesetz vom 9. Juli 1975 bezüglich der Kontrolle über die Versicherungsunternehmen unterscheidet.

B.8. Die Verfassungsvorschriften der Gleichheit der Belgier vor dem Gesetz und des Diskriminierungsverbotes schließen nicht aus, daß ein Behandlungsunterschied zwischen bestimmten

Kategorien von Personen eingeführt wird, soweit es für das Unterscheidungskriterium eine objektive und vernünftige Rechtfertigung gibt. Das Vorliegen einer solchen Rechtfertigung ist im Hinblick auf Zweck und Folgen der angefochtenen Maßnahme sowie auf die Art der fraglichen Grundsätze zu beurteilen; der Gleichheitsgrundsatz ist verletzt, wenn feststeht, daß die eingesetzten Mittel in keinem vernünftigen Verhältnismäßigkeitszusammenhang zum verfolgten Zweck stehen.

Artikel 2 §1 des Gesetzes vom 6. August 1990

- B.9. Artikel 2 §1 des Gesetzes vom 6. August 1990 enthält eine gesetzliche Definition der Krankenkassen. Diese sind Vereinigungen natürlicher Personen, die die Förderung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlergehens - d.h. die Gesundheit - bezwecken, im Geiste der Fürsorge, der gegenseitigen Hilfeleistung und der Solidarität handeln und ihre Tätigkeiten ohne Gewinnzweck ausüben.

Es obliegt dem Gesetzgeber, die privatrechtlichen Anstalten, die an der Durchführung der Kranken- und Invalidenversicherung beteiligt werden und denen zu diesem Zweck Rechtspersönlichkeit eingeräumt werden kann, zu definieren.

Artikel 2 §1 ist an sich in keiner von seinen Bestimmungen diskriminierend für die klagenden Parteien.

Die von einer Verletzung der Artikel 6 und 6bis der Verfassung ausgehenden Nichtigkeitsklagegründe in bezug auf Artikel 2 §1 des Gesetzes vom 6. August 1990 sind unbegründet.

Artikel 3 des Gesetzes vom 6. August 1990

B.10.1. Artikel 3 des Gesetzes vom 6. August 1990 bezieht sich auf den Aufgabenbereich der Krankenkassen.

Dieser Aufgabenbereich ist in drei Literä definiert:

Litera a regelt die wichtigste Aufgabe, und zwar die Beteiligung an der Durchführung der Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität. Die Organisation dieser Zusammenarbeit und die diesbezüglich den Krankenkassen obliegende Verantwortung sind in der Gesetzgebung bezüglich der Kranken- und Invalidenversicherung, namentlich in dem Gesetz vom 9. August 1963 geregelt.

Litera b bestimmt die finanzielle Beteiligung der Krankenkassen "für ihre Mitglieder und deren Unterhaltsberechtigten an den sich aus der Prävention und Behandlung von Krankheit und Invalidität ergebenden Kosten" und die Gewährung von Entschädigungen "bei Arbeitsunfähigkeit oder wenn sich ein Zustand ereignet, wodurch das körperliche, seelische oder soziale Wohlergehen im Sinne von Artikel 2 gefördert werden kann".

Bei den parlamentarischen Vorarbeiten wird diese Aufgabe folgendermaßen erläutert:

"An zweiter Stelle wird die Funktion der Krankenkassen und Landesverbände als Sozialversicherer bestätigt. Sie werden nach wie vor Dienstleistungen im Bereich der Krankheit und Arbeitsunfähigkeit organisieren können. Sie werden auch Risiken abdecken können, die nicht oder nur teilweise von der Kranken- und Invalidenversicherung übernommen werden, so daß

den spezifischen Bedürfnissen ihrer Mitglieder oder gewissen Gruppen entsprochen werden kann. Ein Beispiel hierfür ist die Versicherung gegen "kleine Risiken" für Selbständige.

Die Vorteile, die sie bei ihren Dienstleistungen bezüglich der freiwilligen und ergänzenden Versicherung gewähren, stellen also nicht nur eine Ergänzung der Sozialversicherungsleistungen dar, sondern können auch die Lücken dieses Systems schließen. Sie können also jedesmal eintreten, wenn sich ein Zustand ereignet, wodurch das körperliche, seelische oder soziale Wohlergehen im Sinne von Artikel 2 dieses Entwurfs gefördert werden kann. Jede Tätigkeit, sowohl im Bereich der freiwilligen als auch im Bereich der ergänzenden Versicherung, wird also dem in diesem Artikel dargestellten Rahmen, der durch die drei Grundsätze der 'Fürsorge', der 'gegenseitigen Hilfeleistung' und der 'Solidarität' gebildet wird, entsprechen müssen.

Es ist Aufgabe des Kontrollamtes, zu prüfen, ob die von den Krankenkassen und Landesverbänden organisierten Tätigkeiten tatsächlich diese Grundsätze beachten".

(Drucks, Kammer, 1989-1990, Nr. 1153/1, S. 3 - Begründungsschrift; Kammer, 1989-1990, Nr. 1153/6, S. 3 - Ausführungen des Ministers für Soziales; Senat, 1989-1990, Nr. 993-2, S. 3 - Ausführungen des Ministers für Soziales).

Litera c teilt den Krankenkassen folgende Aufgabe zu: "Hilfeleistung, Aufklärung, Betreuung und Unterstützung im Hinblick auf die Förderung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlergehens, unter anderem bei der Erfüllung der zu a) und b) genannten Aufgaben".

Laut den parlamentarischen Vorarbeiten müssen diese Tätigkeiten eine "notwendige Ergänzung" der erbrachten Dienstleistungen darstellen.

Die Wortfolge "unter anderem" ist im Rahmen der in den Artikeln 2 und 3 enthaltenen Definition zu

verstehen (Drucks., Senat, 1989-1990, Nr. 993-2, S. 32; Erklärung des Ministers für Soziales); sie erlauben es den Krankenkassen nicht, Tätigkeiten und Dienstleistungen zu organisieren, die über die Gesundheitspflege hinausgehen.

B.10.2. Litera a ist nicht diskriminierend für die klagenden Parteien, die sich nicht an der Durchführung der Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität beteiligen und keine solche Beteiligung verlangen.

Die Literä b und c beziehen sich auf jene Tätigkeiten, die die Krankenkassen über die Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität hinaus entfalten. Sie betreffen drei Arten von Situationen:

- finanzielle Beteiligung;
- Gewährung von Entschädigungen;
- Hilfeleistung, Aufklärung, Betreuung und Unterstützung.

Die finanzielle Beteiligung beschränkt sich - was die Leistungsempfänger betrifft - auf die Mitglieder und deren Unterhaltsberechtigte; sie bezieht sich nur auf die Kosten infolge der Prävention und Behandlung von Krankheit und Invalidität.

Die Gewährung von Entschädigungen beschränkt sich auf die Fälle der Arbeitsunfähigkeit bzw. jene Fälle, in denen sich ein Zustand ereignet, wodurch das körperliche, seelische oder soziale Wohlergehen im Sinne von Artikel 2 gefördert werden kann.

Die Hilfeleistung, Aufklärung, Betreuung und Un-

terstützung erfolgen im Hinblick auf die Förderung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlergehens, unter anderem bei der Erfüllung der zu a und b genannten Aufgaben.

Wie bereits zu B.7. erwähnt, hat der Gesetzgeber bei der Verwendung des Ausdrucks "körperliches, seelisches und soziales Wohlergehen" nicht vom Gesundheitsbegriff, so wie dieser in der Gesetzgebung bezüglich der Kranken- und Invalidenversicherung verwendet wird, abweichen wollen.

Im Rahmen des in den Artikeln 3 b) und c) dargelegten Aufgabenbereichs (Organisation freiwilliger und ergänzender Versicherungen sowie Hilfeleistung, Aufklärung, Betreuung und Unterstützung) dürfen die Krankenkassen demzufolge ausschließlich Tätigkeiten und Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Gesundheit der Mitglieder und deren Familie organisieren. Dabei handelt es sich etwa um die Hilfeleistung für Kranke und Genesende, einschließlich finanzieller Interventionen, den Verleih von Material, die Heimbehandlung, die Interventionen im Rahmen eines Aufenthaltes in Altersheimen usw.

- B.10.3. Im Gegensatz zu den Behauptungen der Kläger in den Rechtssachen 251 und 252 unter Bezugnahme auf im Laufe der Arbeiten des Senatsausschusses für Soziales geäußerte Bemerkungen, die der Ausschuß nicht unterschrieben hat (Drucks., Senat, 1989-1990, Nr. 993-2, SS. 11 und 12), finden die Krankenkassen in den Bestimmungen von Artikel 3 des Gesetzes vom 6. August 1990 nicht die Zuständigkeit, "Versicherungen in den Sparten Feuer, Kfz, Leben, Haftpflicht, Unfall, Tod usw."

anzubieten.

Fremdenverkehrsbeistand kann von den Krankenkassen für deren Mitglieder und Familie im Falle der ärztlichen Behandlung während eines Auslandsurlaubs geboten werden. Die Fremdenverkehrsbeistandsversicherung, die von einer Krankenkasse angeboten wird, darf also in Anbetracht des Wortlautes von Artikel 3 des Gesetzes vom 6. August 1990 nicht die Kosten für Rückführung oder Reparatur des Fahrzeugs, des Gepäcks oder sonstiger Gegenstände und die Rückführungs- oder Reisekosten Dritter umfassen; sie darf nur solche Kosten betreffen, die unmittelbar mit der Gesundheit der Versicherten zusammenhängen.

Dasselbe gilt für die Gründung einer Dienststelle für Rechtsberatung, die sich ebenfalls auf die Hilfeleistung, Aufklärung, Betreuung und Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen beschränken muß.

- B.10.4. Jeder Gegenstand der freiwilligen oder ergänzenden Versicherung bzw. alle Versicherungen, die zusammen die ergänzende Versicherung darstellen, müssen grundsätzlich für alle gleich sein und den drei Grundsätzen der "Fürsorge", der "gegenseitigen Hilfeleistung" und der "Solidarität" entsprechen.

Der gesetzliche Rahmen verhindert nicht, daß Kategorien von Versicherten gebildet werden, für die verschiedene Prämien und verschiedene Garantien eingeführt werden, vorausgesetzt, daß die Unterscheidung auf objektiven Elementen beruht, wobei etwa an den Umfang der durch die Pflichtversicherung gegen Krankheit und

Invalidität abgedeckten Risiken, an die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit durch beide Ehegatten oder an den Familienzustand des Versicherten zu denken wäre.

- B.10.5. Aus dem Vorstehenden geht hervor, daß sich die Tätigkeiten der Krankenkassen im Versicherungsbereich wesentlich von den Tätigkeiten der Versicherungsgesellschaften unterscheiden.

Der Gesetzgeber darf der Ansicht sein, daß es wegen der beschränkten und ergänzenden Beschaffenheit dieser Versicherungen einerseits und wegen der besonderen Merkmale der Struktur und Arbeitsweise der Krankenkassen andererseits erforderlich ist, eine unterschiedliche Behandlung vorzusehen, und zwar sowohl angesichts der technischen Arbeitsweise als auch angesichts der finanziellen und steuerlichen Vorschriften. Der Gesetzgeber darf ebenfalls die Aufsicht über die Krankenkassen - und über die Landesverbände - einer spezifischen Gesetzgebung unterwerfen, die ihre Eigenart berücksichtigt und sich daher vom Kontrollsystem über die Versicherungsunternehmen unterscheidet.

Die Unterscheidung beruht auf einem objektiv und vernünftigerweise gerechtfertigten Kriterium und ist dem vom Gesetzgeber verfolgten Zweck nicht unangemessen.

In der obigen Auslegung verletzt die Bestimmung von Artikel 3 des Gesetzes vom 6. August 1990 nicht die Artikel 6 und 6bis der Verfassung.

Artikel 6 und 7 §2 des Gesetzes vom 6. August 1990

B.11.1. Artikel 6 bezieht sich auf die Landeskrankenassenverbände. Er wird angefochten, weil er sie "mit demselben Zweck im Sinne von Artikel 2 und mit denselben Aufgaben im Sinne von Artikel 3" beauftragt.

Artikel 7, der sich ebenfalls auf die Landeskrankenassenverbände bezieht, bestimmt in seinem §2, daß sie "für die Mitglieder aller oder gewisser ihnen angehörender Krankenkassen eine oder mehrere Dienstleistungen oder Tätigkeiten im Sinne von Artikel 3 b und c organisieren (können)", da die Krankenkassen dazu gehalten sind, die entsprechenden Entscheidungen zu beachten.

B.11.2. Was den Zweck der Landeskrankenassenverbände betrifft, verweist Artikel 6 auf Artikel 2. Da der Zweck der Krankenkassen in §1 dieses Artikels 2 bestimmt ist, bezieht sich der Verweis nur auf diesen Paragraphen.

Die angefochtenen Artikel 6 und 7 §2 haben vorbehaltlich dessen, daß sie sich auf die Landeskrankenassenverbände beziehen, eine ähnliche Tragweite wie die Artikel 2 §1 und 3.

Die klagenden Parteien äußern die gleiche Kritik gegen diese verschiedenen Artikel. Wie oben dargelegt, ist diese Kritik nicht erheblich.

Die von einer Verletzung der Artikel 6 und 6bis der Verfassung ausgehenden Klagegründe, die die Nichtigerklärung der Artikel 6 und 7 §2 bezwecken, sind unbegründet.

Artikel 27

- B.12. Artikel 27 ermöglicht die Subventionierung der Tätigkeiten, die von den Krankenkassen im Rahmen von Artikel 3 b und c und von den Landeskrankenkassenverbänden im Rahmen von Artikel 7 §§ 2 und 4 ausgeübt werden.

Der Grundsatz der Subventionierung gewisser Tätigkeiten der Krankenkassen durch die öffentliche Hand ist an sich nicht diskriminierend, weil diese Bezuschussung sich auf ergänzende Tätigkeiten und Dienstleistungen bezieht, die Lücken im System der Sozialversicherung schließen.

Es sind eben die Maßnahmen zur Durchführung des angefochtenen Artikels 27, die ihrerseits je nach den subventionierten Tätigkeiten sowie der Höhe und der Modalitäten der Hilfeleistung, die sie einführen, im Verhältnis zu Unternehmen, die Tätigkeiten ausüben, welche mit den subventionierten Tätigkeiten vergleichbar sind, diskriminierend sein könnten. Solche Akte können aber nicht vom Hof geprüft werden.

Artikel 39 1° des Gesetzes vom 6. August 1990

- B.13. Artikel 39 §1 des Gesetzes vom 6. August 1990 bestimmt folgendes:

"Die Krankenkassen und Landesverbände können mit Zustimmung der beteiligten Mitglieder oder deren Unterhaltsberechtigter zur Wahrung der Interessen dieser Personen gegenüber Dritten im Rahmen der Dienstleistungen und Tätigkeiten, auf die sich die Artikel 3 b und c und 7 §§ 2 und 4 beziehen, vor Gericht auftreten.

Die Krankenkassen und Landeskrankenkassenverbände können zur Wahrung der individuellen Rechte ihrer Mitglieder unter der Bedingung der ausdrücklichen

Zustimmung des beteiligten Mitglieds oder seiner Unterhaltsberechtigten, oder zur Wahrung der kollektiven Rechte ihrer Mitglieder und deren Unterhaltsberechtigter, die sich aus den Abkommen und Vereinbarungen im Sinne von Titel III Kapitel 4 des Gesetzes vom 9.8.1963 sowie aus Artikel 52 des Gesetzes vom 14.2.1961 bezüglich der Wirtschaftsexpansion, des sozialen Fortschritts und der finanziellen Sanierung ergeben, vor Gericht auftreten".

In der Begründungsschrift wird diese Bestimmung folgendermaßen verdeutlicht:

"Der Krankenkassen können zur Wahrung der individuellen oder kollektiven Interessen ihrer Mitglieder vor Gericht auftreten. Dies ist sowohl im Rahmen der freiwilligen und ergänzenden Krankenversicherung als auch im Rahmen der Abkommen und Vereinbarungen im Rahmen der Krankenpflichtversicherung möglich.

Dabei ist hauptsächlich an Streitigkeiten zu denken, die sich aus der Nichtbeachtung der im Rahmen der Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität abgeschlossenen Vereinbarungen durch die ärztlichen Berufe und Heilhilfsberufe ergeben.

Sinngemäß gelten diese Bestimmungen auch im Rahmen der freiwilligen Versicherung gegen "kleine Risiken" für Selbständige.

Diese Technik ist in unserem Recht nicht unbekannt. So ist daran zu erinnern, daß den repräsentativen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen durch Artikel 4 des Gesetzes vom 5. Dezember 1968 im Falle der Nichtbeachtung von Tarifverträgen ein ähnliches Recht zuerkannt wird. Die Berufsverbände können aufgrund von Artikel 10 des Gesetzes vom 31. März 1898 vor Gericht auftreten, um die individuellen Rechte ihrer Mitglieder zu verteidigen. Somit werden die Krankenkassen hinsichtlich der Streitigkeiten den vorgenannten Organisationen und Verbänden gleichgestellt" (Drucks., Kammer, 1989-1990, Nr. 1153/1, S. 19).

Der Hof stellt fest, daß die Bestimmung von Artikel 39 §1 Absatz 1 des Gesetzes vom 6. August 1990 das Recht der Krankenkassen und Landesverbände, zur Wahrung der Interessen der

betroffenen Mitglieder oder ihrer Unterhaltsberechtigten vor Gericht aufzutreten, zwei Beschränkungen unterwirft:

- a) Dieses Auftreten muß im Rahmen der Dienstleistungen und Tätigkeiten im Sinne der Artikel 3 b) und c) und 7 §§ 2 und 4 erfolgen, d.h.
  - in bezug auf Krankheit und Arbeitsunfähigkeit (Artikel 3 b und Artikel 7 §2), oder
  - zum Zwecke der Hilfeleistung, Aufklärung, Betreuung und Unterstützung in bezug auf die Gesundheitspflege, wie oben beschrieben (siehe B.10.1. bis B.10.5.) (Artikel 3 c und Artikel 7 §2) oder
  - zur Organisation des vorehelichen Sparwesens (Artikel 7 §4).
- b) Die betroffenen Mitglieder oder ihre Unterhaltsberechtigten müssen ihre Zustimmung erteilt haben.

Der Hof stellt ebenfalls fest, daß die Bestimmung von Artikel 39 §1 Absatz 2 des Gesetzes vom 6. August 1990 das Recht der Krankenkassen und Landesverbände, zur Wahrung der individuellen Interessen des betroffenen Mitglieds oder seiner Unterhaltsberechtigten vor Gericht aufzutreten, auch zwei Beschränkungen unterwirft:

- a) Diese Rechte müssen sich aus den Abkommen und Vereinbarungen
  - im Sinne von Titel III Kapitel 4 des Gesetzes vom 9. August 1963 (Titel III - Gesundheitspflegeversicherung; Kapitel 4: Verhältnisse zu den Leistungserbringern, Dienststellen und Einrichtungen) und
  - im Sinne von Artikel 52 des Gesetzes vom 14. Februar 1961 bezüglich der Wirtschaftsexpansion, des sozialen Fort-

schritts und der finanziellen Sanierung (Höchsttarife der Honorare und Preise für ärztliche Behandlungen und Leistungen) ergeben.

- b) Das betroffene Mitglied oder seine Unterhaltsberechtigten müssen in jedem konkreten Fall ihre ausdrückliche Zustimmung erteilt haben.

Artikel 39 §1 des Gesetzes vom 6. August 1990 erteilt den Krankenkassen also gar keine allgemeine oder uneingeschränkte Zuständigkeit in dieser Angelegenheit. Er sieht ein System der verfahrensmäßigen Substitution vor; die Krankenkassen und Landesverbände können innerhalb der durch diese Bestimmung festgelegten Begrenzungen nunmehr vor Gericht auftreten, um die individuellen Rechte ihrer Mitglieder zu verteidigen. Sie sollen dies im Geiste der Fürsorge, der gegenseitigen Hilfeleistung und der Solidarität sowie ohne Gewinnzweck veranlassen.

Im Gegensatz zu dem, was die klagende Partei in der Rechtssache mit Geschäftsverzeichnisnummer 252 behauptet, bietet Artikel 39 1° den Krankenkassen und Landesverbänden nicht die Möglichkeit, die Rechtsschutzversicherung im Sinne des königlichen Erlasses vom 12. Oktober 1990 zu organisieren; der gegen Artikel 39 §1 vorgebrachte Klagegrund entbehrt der faktischen Grundlage.

Artikel 76 1° des Gesetzes vom 6. August 1990

- B.14. Artikel 76 1° ist eine Aufhebungsbestimmung. Da keine der angefochtenen Bestimmungen mit den in den Klagegründen behaupteten Verletzungen behaftet ist, gibt es keinen Anlaß zur Prüfung, ob diese

Bestimmung für nichtig erklärt werden soll.

Rechtssache mit Geschäftsverzeichnisnummer 275

- B.15.1. Die klagende Partei in der Rechtssache mit Geschäftsverzeichnisnummer 275, die "Association pharmaceutique belge, Fédération nationale des unions professionnelles des pharmaciens belges", behauptet, daß die angefochtenen Bestimmungen es den Krankenkassen erlauben würden, Inhaber von Offizinen zu sein und hierfür gegebenenfalls von der öffentlichen Hand Zuschüsse zu erhalten, so daß dadurch eine Diskriminierung zwischen diesen Offizinen und anderen Apotheken entstehen würde.
- B.15.2. Die Verwaltung einer Apotheke kann nicht einer Dienstleistung gleichgestellt werden, deren Zweck in einer finanziellen Beteiligung oder in der Gewährung von Entschädigungen im Sinne von Artikel 3 lit. b des angefochtenen Gesetzes besteht. Genausowenig entspricht sie der (kostenlosen) Hilfeleistung, Aufklärung, Betreuung und Unterstützung im Gesundheitsbereich, im Sinne von lit. c derselben Bestimmung.

Aus dem Vorstehenden geht hervor, daß die Verwaltung einer Apotheke zu keinem der in Artikel 3 des Gesetzes vom 6. August 1990 bezeichneten Fälle gehört.

Artikel 43 desselben Gesetzes erlaubt den Krankenkassen und Landesverbänden gleichwohl die Zusammenarbeit mit öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen juristischen Personen und gegebenenfalls die Bereitstellung der dafür erforderlichen Mittel.

Demzufolge ist es nicht ausgeschlossen, daß sich die Krankenkassen oder Landeskrankenkassenverbände aufgrund dieser Bestimmung indirekt an dem Besitz und der Verwaltung von Apotheken beteiligen.

B.15.3. Die "Association pharmaceutique belge" basiert ihr Interesse auf die Konkurrenz, die die Krankenkassen und Landesverbände hinsichtlich der Verwaltung von Apotheken ihren Mitgliedern machen könnten. Da das angefochtene Gesetz diese Möglichkeit nicht völlig ausschließt, ist die von der klagenden Vereinigung erhobene Klage also insofern zulässig, als die Nichtigkeitsklage der Artikel 27 und 76 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 beantragt wird.

B.15.4.1. Der klagenden Vereinigung zufolge würde Artikel 27 dieses Gesetzes es den Krankenkassen und Landesverbänden erlauben, die durch diese Bestimmung vorgeschriebenen Subventionen für die Verwaltung der Apotheken, mit denen sie zusammenarbeiten könnten, zu verwenden.

B.15.4.2. Es wurde bereits (zu B.12.) festgestellt, daß der Grundsatz der Subventionierung der Krankenkassen durch die öffentliche Hand an sich nicht diskriminierend ist. Die Verwendung dieser Subventionen ist von dem durch das Gesetz vom 6. August 1990 eingeführten Kontrollamt zu prüfen, dessen Akte vor dem Staatsrat angefochten werden können. Nur die Akte der Behörden, die eine solche Subventionierung der Apotheken, an deren Verwaltung sich die Krankenkassen und Landeskrankenkassenverbände mittelbar beteiligen können, gewähren, sowie die Entscheidungen des Kontrollamtes über eine solche Verwendung der Subventionen im Sinne von Artikel 27 des ange-

fochtenen Gesetzes könnten für die Mitglieder der "Association pharmaceutique belge" diskriminierend sein. Solche Akte kann der Hof nicht prüfen. Demzufolge ist Artikel 27 sowie Artikel 76 1° des angefochtenen Gesetzes, soweit er nicht die Überweisung von Beiträgen der Krankenkassen und Landesverbände an die Apotheken, an deren Verwaltung sie sich beteiligen können, vorsieht, nicht mit dem Fehler der Mißachtung der Artikel 6 und 6bis der Verfassung behaftet.

- B.15.5. Der angefochtene Artikel 39 des Gesetzes vom 6. August 1991, der die Krankenkassen dazu ermächtigt, zur Verteidigung der individuellen Rechte ihrer Mitglieder oder deren Unterhaltsberechtigter "gegenüber Dritten im Rahmen der Dienstleistungen und Tätigkeiten, auf die sich die Artikel 3 b) und c) und 7 §§ 2 und 4 beziehen, vor Gericht aufzutreten", d.h. unter anderen gegenüber Apothekern, beinhaltet nach Ansicht der klagenden Partei "die Androhung eines von der Krankenkasse für Rechnung ihrer Mitglieder einzuleitenden Gerichtsverfahrens" gegen Leistungserbringern, "die völlig unabhängig von den Krankenkassen sind".

Der Gesetzgeber darf davon ausgehen, daß es im Interesse der Volksgesundheit liegt, wenn den Mitgliedern einer Krankenkasse im klar abgegrenzten und äußerst spezialisierten Bereich der Gesundheitspflege ein zusätzlicher Rechtsschutz geboten wird. Die Zuständigkeit, zur Wahrung der persönlichen Interessen der Mitglieder und deren Familie vor Gericht aufzutreten, beinhaltet keine Diskriminierung angesichts der Personen, die durch diese Verfahrenstechnik betroffen sein können.

Artikel 39 des Gesetzes vom 6. August 1990 ruft keine ungerechtfertigte Unterscheidung zwischen den Apothekern und den übrigen Gesundheitspflegern ins Leben.

Bezüglich der gesamten Klagegründe wegen Verletzung des Artikels 59bis der Verfassung und der Artikel 4 (insbesondere 7°, 9°, 10° und 15°) und 5 §1 I und II des Sondergesetzes vom 8. August 1980

- B.16.1. Die klagenden Parteien meinen, daß die vorgenannten, durch die Verfassung oder kraft derselben festgelegten Zuständigkeitsvorschriften durch die Bestimmungen der Artikel 2 §1, 3, 7 §2, 39 und 76 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 verletzt worden seien, weil durch diese Bestimmungen "den Krankenkassen und Landesverbänden das Recht eingeräumt wird, Tätigkeiten zu führen, die zum Begriff der kulturellen Angelegenheiten im Sinne des Artikels 59bis §2 1° der Verfassung gehören, wobei es sich namentlich um Jugendpolitik, Leibeserziehung, Sport und Freiluftleben, Freizeitbeschäftigung, Fremdenverkehr und Erwachsenenbildung, sowie Tätigkeiten bezüglich der Gesundheitspolitik und der Beistandsleistung an Personen handelt, die personenbezogene Angelegenheiten im Sinne des Artikels 59bis §2 der Verfassung sind".
- B.16.2. Das Gesetz vom 6. August 1990 legt die Bedingungen fest, die die Krankenkassen und Landeskrankenkassenverbände zu erfüllen haben, um Rechtspersönlichkeit zu erhalten, bestimmt ihren

Aufgabenbereich und die Grundregeln ihrer Arbeitsweise und organisiert die Aufsicht, der sie unterliegen. Das Gesetz grenzt die Tätigkeiten und Dienstleistungen ab, die die Krankenkassen und Landesverbände unter Berücksichtigung ihres Zwecks organisieren dürfen. Ihre wichtigste Aufgabe besteht in der Mitwirkung an der Durchführung der Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität. Eine Krankenkasse, die nicht mehr an der Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität mitwirkt, verliert ihren Status als Krankenkasse, auch wenn sie über weiterhin funktionsfähige Dienststellen für freiwillige oder ergänzende Versicherungen verfügt (Drucks., Kammer, 1989-1990, Nr. 1153/1, SS. 2-3, Begründungsschrift).

- B.16.3. Dem Nationalgesetzgeber, der für die Sozialversicherung ausschließlich zuständig ist (Artikel 6 §1 VI letzter Absatz 12° des Sondergesetzes vom 8. August 1980 in der durch das Gesetz vom 8. August 1988 abgeänderten Fassung), steht es zu, die Bedingungen zu bestimmen, unter denen privatrechtlichen Einrichtungen im Hinblick auf die Beteiligung an der Durchführung der Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität Rechtspersönlichkeit eingeräumt wird. Der Nationalgesetzgeber darf dabei angeben, welche ergänzenden Dienstleistungen und Tätigkeiten diese Einrichtungen neben ihren mit der Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität zusammenhängenden Aufgaben verrichten müssen oder dürfen.

Auch wenn mehrere von diesen ergänzenden Dienstleistungen und Tätigkeiten Angelegenheiten umfassen würden, die zum Kompetenzbereich der

Gemeinschaften gehören, so würde dies an der Zuständigkeit des Nationalgesetzgebers, die Kranken- und Invalidenversicherung und somit das Statut der Krankenkassen zu regeln, nichts ändern. Die Zuständigkeit der Gemeinschaften setzt allerdings voraus, daß der Nationalgesetzgeber sich bei der Festlegung des Statuts der Krankenkassen und Landeskrankenkassenverbände auf die zu dem Zweck notwendigen Regeln beschränkt. Er hat namentlich dafür zu sorgen, daß er den Gemeinschaften die Ausübung ihrer Zuständigkeit nicht unmöglich oder außerordentlich schwer macht.

Die angefochtenen Bestimmungen des Gesetzes vom 6. August 1990 erfüllen diese Bedingungen.

- B.16.4. Die auf einer etwaigen Verletzung der durch die Verfassung oder kraft derselben festgelegten Zuständigkeitsvorschriften beruhenden Klagegründe sind unbegründet.

AUS DIESEN GRÜNDEN:

DER HOF

weist die Klagen unter Vorbehalt der zu B.7., B.10.1., B.10.2., B.10.3., B.11.2. und B.13. angegebenen Auslegung zurück.

Verkündet in französischer, niederländischer und deutscher Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Schiedshof, in der öffentlichen Sitzung vom 2. April 1992.

Der Kanzler,

Die Vorsitzende,

H. Van der Zwalmen

I. Pétry