

|   |
|---|
| Geschäftsverzeichnismrn. 4356 und 4361      |
| Urteil Nr. 144/2008<br>vom 30. Oktober 2008 |

## URTEIL

---

*In Sachen:* Klagen auf Nichtigerklärung von Artikel 9 § 1*quinquies* des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände, eingefügt durch Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Mai 2007, erhoben von Guido Pyck und von der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit « De Onderlinge Ziekenkas ».

Der Verfassungsgerichtshof,

zusammengesetzt aus den Vorsitzenden M. Bossuyt und M. Melchior, und den Richtern P. Martens, R. Henneuse, L. Lavrysen, J.-P. Moerman und E. Derycke, unter Assistenz des Kanzlers P.-Y. Dutilleux, unter dem Vorsitz des Vorsitzenden M. Bossuyt,

verkündet nach Beratung folgendes Urteil:

\*

\* \*

## I. Gegenstand der Klagen und Verfahren

a. Mit einer Klageschrift, die dem Hof mit am 29. November 2007 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 30. November 2007 in der Kanzlei eingegangen ist, erhob Guido Pyck, wohnhaft in 8370 Blankenberge, Koning Albertlaan 40a, Klage auf Nichtigerklärung von Artikel 9 § 1 *quinquies* des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände, eingefügt durch Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Mai 2007 (veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 31. Mai 2007).

b. Mit einer Klageschrift, die dem Hof mit am 30. November 2007 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 3. Dezember 2007 in der Kanzlei eingegangen ist, erhob die Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit « De Onderlinge Ziekenkas », mit Sitz in 1080 Brüssel, Louis Mettwelaan 74-76, Klage auf Nichtigerklärung derselben Gesetzesbestimmung.

Diese unter den Nummern 4356 und 4361 ins Geschäftsverzeichnis des Hofes eingetragenen Rechtssachen wurden verbunden.

Der Ministerrat hat Schriftsätze eingereicht, die klagenden Parteien haben Erwidierungsschriftsätze eingereicht und der Ministerrat hat auch Gegenerwidierungsschriftsätze eingereicht.

Auf der öffentlichen Sitzung vom 15. Juli 2008

- erschienen
- . RA E. Aspeele, in Brügge zugelassen, für die klagende Partei in der Rechtssache Nr. 4356,
- . RA F. Judo, ebenfalls *loco* RA D. Lindemans, in Brüssel zugelassen, für die klagende Partei in der Rechtssache Nr. 4361,
- . RA P. Slegers, ebenfalls *loco* RA L. Depré und RÄin A.-S. Renson, in Brüssel zugelassen, für den Ministerrat,
- haben die referierenden Richter E. Derycke und R. Henneuse Bericht erstattet,
- wurden die vorgenannten Rechtsanwälte angehört,
- wurden die Rechtssachen zur Beratung gestellt.

Die Vorschriften des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989, die sich auf das Verfahren und den Sprachgebrauch beziehen, wurden eingehalten.

## II. In rechtlicher Beziehung

(...)

### *In Bezug auf die angefochtene Bestimmung*

B.1.1. Die klagenden Parteien beantragen die Nichtigerklärung von Artikel 9 § 1 *quinquies* des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände, eingefügt durch Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Mai 2007 zur Abänderung des Gesetzes vom 6. August 1990.

Diese Bestimmung lautet wie folgt:

« Beim Anschluss an einen Dienst ‘ Krankenhausversicherung ’ oder ‘ Tagegeld ’ muss ein medizinischer Fragebogen über den bestehenden Gesundheitszustand der betreffenden Person ausgefüllt werden, wenn der betreffende Dienst durch Absatz 2 Nr. 2 gestattete Einschränkungen im Bereich der Beteiligungen vorsieht. Die betreffende Person muss den Fragebogen unterzeichnen und ihn ihrer Krankenkasse übergeben.

Das Vorhandensein bereits bestehender Krankheiten und Leiden bei der betreffenden Person, die in Anwendung des vorhergehenden Absatzes in dem ausgefüllten medizinischen Fragebogen angegeben sind, darf nicht zu folgenden Maßnahmen führen:

1. zu einer Erhöhung der Beiträge,
2. zu anderen Einschränkungen im Bereich der Beteiligungen als denjenigen, die entweder eine Beteiligung in Form einer Tagespauschale während eines begrenzten oder unbegrenzten Zeitraums vorsehen, ohne dass diese Pauschale jedoch einen Betrag unterschreiten darf, der vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass bestimmt wird, oder eine Beteiligung an den Zuschlägen, die infolge eines Aufenthalts in einem Einzelzimmer geschuldet werden, ausschließen.

Darüber hinaus kann eine Krankenkasse oder ein Landesverband sich nicht auf das unabsichtliche Verschweigen oder die unabsichtlich fehlerhafte Angabe von Daten in Bezug auf den Gesundheitszustand in dem in Absatz 1 erwähnten medizinischen Fragebogen berufen, um eine Beteiligung zu verweigern oder zu beschränken, nachdem ein Zeitraum von 24 Monaten ab Inkrafttreten des Anschlusses eines Mitglieds bei einem Dienst ‘ Krankenhausversicherung ’ oder ‘ Tagegeld ’ verstrichen ist, wenn diese Daten sich auf eine Krankheit oder ein Leiden beziehen, deren Symptome sich zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Anschlusses gezeigt hatten und die innerhalb desselben Zeitraums von 24 Monaten nicht diagnostiziert worden sind.

Darüber hinaus kann eine Krankenkasse oder ein Landesverband, was einen Dienst ‘ Krankenhausversicherung ’ oder ‘ Tagegeld ’ betrifft, sich niemals auf das unabsichtliche

Verschweigen oder die unabsichtlich fehlerhafte Angabe von Daten in Bezug auf eine Krankheit oder ein Leiden berufen, um eine Beteiligung zu verweigern oder zu beschränken, wenn diese Krankheit oder dieses Leiden sich zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Anschlusses bei diesem Dienst noch nicht irgendwie gezeigt hat.

Die Beiträge für einen Dienst 'Krankenhausversicherung' oder 'Tagegeld', Anpassungen an den Gesundheitsindex ausgenommen, dürfen nur erhöht werden:

1. wenn die reale und bedeutende Erhöhung der Kosten für die garantierten Leistungen oder die Entwicklung der zu deckenden Risiken dies erfordert,
2. oder bei bedeutenden und außergewöhnlichen Umständen.

Die tatsächliche und bedeutende Erhöhung der Kosten für die garantierten Leistungen, die Entwicklung der zu deckenden Risiken und die bedeutenden und außergewöhnlichen Umstände, die im vorhergehenden Absatz erwähnt sind, werden vom Kontrollamt als solche eingeschätzt.

Zudem dürfen die Bedingungen in Sachen Deckung der Mitglieder nur aufgrund nachhaltiger objektiver Faktoren und im Verhältnis zu diesen Faktoren, die ebenfalls der Beurteilung durch das Kontrollamt unterliegen, abgeändert werden ».

B.1.2. Die Klage ist so zu verstehen, dass sie gegen Artikel 2 Nr. 4 des vorerwähnten Gesetzes vom 11. Mai 2007 gerichtet ist, insofern diese Bestimmung den vorerwähnten § 1*quinquies* in Artikel 9 des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände einfügt.

B.1.3. Da die durch die klagenden Parteien angeführten Klagegründe sich nur auf den Anschluss an einen Dienst «Tagegeld» bezieht, begrenzt der Hof seine Prüfung auf die angefochtene Bestimmung, insofern sie den Anschluss an einen solchen Dienst regelt.

*In Bezug auf den einzigen Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4361 und den vierten Teil des einzigen Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 4356*

B.2. Im einzigen Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4361 und im vierten Teil des einzigen Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 4356 führen die klagenden Parteien an, die angefochtene Bestimmung verstoße gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, indem im Falle eines Anschlusses bei einem Dienst «Tagegeld» diese Bestimmung es den Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbänden verbiete, bei der Festlegung der Beiträge bereits bestehende

Krankheiten und Leiden zu berücksichtigen, während ein solches Verbot nicht für Versicherungsgesellschaften gelte.

B.3.1. Nach Darlegung des Ministerrates wiesen die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände hinsichtlich ihrer Struktur und Arbeitsweise besondere Merkmale auf, so dass sie diesbezüglich nicht mit den Versicherungsgesellschaften vergleichbar seien.

B.3.2. Insofern die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände einerseits und die Versicherungsgesellschaften andererseits aus Wirtschaftsteilnehmern oder Einrichtungen bestehen, die an der Verkaufsförderung, dem Vertrieb oder dem Verkauf von Krankenkassenprodukten oder Versicherungsprodukten beteiligt sind, üben sie Tätigkeiten aus, die trotz ihrer Unterschiede nicht so weit voneinander entfernt sind, dass davon auszugehen wäre, sie seien nicht miteinander vergleichbar. Dies gilt insbesondere für die freiwillige Zusatzversicherung, deren Produkte und Leistungen sowohl durch den Krankenkassensektor als auch durch den Sektor der Versicherungsgesellschaften angeboten werden.

B.4.1. Aus den Vorarbeiten geht hervor, dass das Gesetz, zu dem die angefochtene Bestimmung gehört,

« dem Bemühen der Regierung um größere Rechte der Bürger hinsichtlich der Krankenzusatzversicherung und insbesondere hinsichtlich der Deckung, die die Krankenkassen im Falle des Krankenhausaufenthalts und der Arbeitsunfähigkeit gewähren, entspricht » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3057/002, S. 3).

B.4.2. Die angefochtene Bestimmung ist Bestandteil einer Reihe von Maßnahmen, die dazu dienen, « die Problematik des zuvor bestehenden Gesundheitszustandes » zu regeln (*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3057/002, S. 3). In den Vorarbeiten wurde hierzu bemerkt:

« In gewissen Satzungen von Krankenkasseneinrichtungen ist derzeit insbesondere festgelegt, dass keine finanzielle Beteiligung gewährt wird im Falle des Krankenhausaufenthalts oder der Arbeitsunfähigkeit infolge einer bereits bestehenden Krankheit oder eines bereits bestehenden Leidens, das heißt einer Krankheit oder eines Leidens, die bereits zum Zeitpunkt des Anschlusses an den betreffenden Dienst bestanden. Der Minister ist erfreut, diesbezüglich darauf hinweisen zu können, dass der Gesetzentwurf, der der Kammer unterbreitet wird, weiter geht als das, was im Gesetzentwurf über den Versicherungssektor vorgesehen ist. Er bestimmt nämlich, dass die Verpflichtung zum Anschluss der betreffenden Personen mit einer Verpflichtung zur Deckung der Kosten einhergeht, die mit der bereits bestehenden Krankheit oder Behinderung verbunden sind, und dies außerdem ohne irgendeine Möglichkeit zur Erhöhung der Beiträge »

(*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3057/002, SS. 3-4; siehe auch *Parl. Dok.*, Senat, 2006-2007, Nr. 3-2439/2, S. 3).

So bezweckt die angefochtene Bestimmung

« die Rechtssicherheit zu verstärken, einerseits hinsichtlich des Rechtes auf Anschluss an Krankenkasseneinrichtungen, sowohl bezüglich der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung als auch gewisser Leistungen der Zusatzversicherung, und andererseits hinsichtlich der Deckung, die im Rahmen dieser Leistungen geboten wird, und der Beiträge, die verlangt werden, um diese Leistungen in Anspruch zu nehmen » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3057/001, S. 5).

B.5. Während der Vorarbeiten wurde ebenfalls der Unterschied zwischen Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften hervorgehoben:

« Im Gegensatz zu dem, was im Versicherungssektor geschieht, wird daran erinnert, dass

- das Verhältnis zwischen einer Krankenkasseneinrichtung und ihren Mitgliedern kein individuelles vertragliches Verhältnis ist, sondern ein satzungsgemäßes Verhältnis, das auf dem Solidaritätsgrundsatz beruht,

- und dass die Generalversammlung, die zu Satzungsänderungen befugt ist, durch die Mitglieder gewählt wird und sich aus Vertretern der Mitglieder zusammensetzt. Folglich ist davon auszugehen, dass Beschlüsse der Generalversammlung über Satzungsänderungen aufgrund einer Ermächtigung der Mitglieder gefasst werden.

Selbstverständlich darf diese neue Maßnahme nicht zu einer Individualisierung der Beiträge der Mitglieder führen, und ebenfalls nicht zu einer Verletzung des Solidaritätsgrundsatzes zwischen den Mitgliedern, denn dies ist ein grundlegendes Prinzip der Gegenseitigkeit » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3057/001, S. 9).

Der Gesetzgeber wollte auf diese Weise die spezifische Beschaffenheit der Krankenkassen berücksichtigen:

« Selbstverständlich werden im nunmehr vorliegenden Text die spezifischen grundlegenden Merkmale der Tätigkeiten der Krankenkasseneinrichtungen berücksichtigt » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3057/002, S. 3; siehe auch *Parl. Dok.*, Senat, 2006-2007, Nr. 3-2439/2, S. 2).

B.6. Aus den Artikeln 2 § 1 und 6 § 1 des Gesetzes vom 6. August 1990 geht hervor, dass die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände nur freiwillige Zusatzversicherungen

anbieten können, sofern diese Versicherungen den Kriterien « Fürsorge », « gegenseitige Unterstützung » und « Solidarität » entsprechen, und dies ohne Gewinnerzielungsabsicht.

B.7. Der Gesetzgeber konnte vernünftigerweise davon ausgehen, dass diese Kriterien, wenn eine Person den Anschluss an einen Dienst « Tagegeld » beantragt, es verhindern, dass bei der Festlegung der Beiträge bereits bestehende Krankheiten und Leiden berücksichtigt werden. Diese Grundsätze « Fürsorge », « gegenseitige Unterstützung » und « Solidarität » setzen nämlich voraus, dass eine durch eine Krankenkasse oder durch einen Landesverband angebotene Zusatzversicherung grundsätzlich für jeden die gleiche sein muss.

B.8. Im Gegensatz zu dem, was die klagende Partei in der Rechtssache Nr. 4361 anführt, beinhaltet die angefochtene Bestimmung keine Verpflichtung zum Anschluss an einen Dienst « Tagegeld ». Gemäß Artikel 9 § 1*bis* Absatz 1 des Gesetzes vom 6. August 1990, eingefügt durch Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 11. Mai 2007, darf eine Krankenkasse oder ein Landesverband den Anschluss einer Person im Sinne von Artikel 32, Artikel 33 oder Artikel 86 § 1 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 « über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung » an den durch sie eingerichteten Dienst im Sinne von Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe a) nicht verweigern, sofern die in dieser Bestimmung angeführten Bedingungen erfüllt sind. Außerdem darf eine Krankenkasse oder ein Landesverband den Anschluss an einen Dienst « Krankenhausversicherung » nicht verweigern für eine Person, die die Gesetzes- und Verordnungsbedingungen erfüllt, um Mitglied dieser Einrichtung zu sein, außer wenn die betreffende Person zum Zeitpunkt ihres Anschlusses an diesen Dienst mindestens 65 Jahre alt ist (Artikel 9 § 1*bis* Absatz 2 des Gesetzes vom 6. August 1990, eingefügt durch Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 11. Mai 2007). Aus dem Vorstehenden ergibt sich, dass das Verbot, den Anschluss einer Person zu verweigern, nur für einerseits die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung und andererseits einen Dienst « Krankenhausversicherung » gilt, jedoch nicht für einen Dienst « Tagegeld ».

B.9. Außerdem darf die Einrichtung, die einen Dienst « Tagegeld » organisiert, in ihrer Satzung eine Beteiligung in Form einer Tagespauschale während eines begrenzten oder unbegrenzten Zeitraums vorsehen, ohne dass die Pauschale jedoch einen Betrag unterschreiten darf, der vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass bestimmt wird. Auch kann die Beteiligung an den Zuschlägen, die infolge eines Aufenthalts in einem Einzelzimmer geschuldet

werden, ausgeschlossen werden (Artikel 9 § *1quinquies* Absatz 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 6. August 1990).

B.10. Schließlich dürfen die Beiträge für einen Dienst « Tagegeld » erhöht werden, unter anderem wenn « die Entwicklung der zu deckenden Kosten dies erfordert » (Artikel 9 § *1quinquies* Absatz 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 6. August 1990). Obwohl das Vorhandensein einer bereits bestehenden Krankheit oder eines bereits bestehenden Leidens nicht zu einer Erhöhung der Beiträge für das betreffende Mitglied führen darf, kann durch eine Erhöhung der Beiträge aller Mitglieder das finanzielle Gleichgewicht des Dienstes gewährleistet werden, wenn der Anschluss von Mitgliedern mit einer bereits bestehenden Krankheit oder einem bereits bestehenden Leiden dies erfordert.

B.11. Aus dem Vorstehenden ergibt sich, dass der in B.2 erwähnte Behandlungsunterschied nicht einer vernünftigen Rechtfertigung entbehrt. Der einzige Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4361 und der vierte Teil des einzigen Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 4356 sind unbegründet.

*In Bezug auf den ersten Teil des einzigen Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 4356*

B.12. Im ersten Teil des einzigen Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 4356 führt die klagende Partei an, dass die angefochtene Bestimmung gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung verstoße, indem zwei Kategorien von Personen auf die gleiche Weise behandelt würden: einerseits Mitglieder eines Dienstes « Tagegeld », die zum Zeitpunkt ihres Anschlusses nicht eine bereits bestehende Krankheit oder ein bereits bestehendes Leiden hätten, und andererseits Personen, die zum Zeitpunkt ihres Anschlusses eine bereits bestehende Krankheit oder ein bereits bestehendes Leiden hätten.

B.13. Die Verfassungsregeln der Gleichheit und Nichtdiskriminierung verbieten es, dass Kategorien von Personen, die sich hinsichtlich der angefochtenen Maßnahme in wesentlich unterschiedlichen Situationen befinden, auf identische Weise behandelt werden, ohne dass dafür eine vernünftige Rechtfertigung besteht.

B.14. Wie in B.7 festgestellt wurde, konnte der Gesetzgeber vernünftigerweise davon ausgehen, dass in dem Fall, wo eine Person ihren Anschluss an einen Dienst «Tagegeld» beantragt, die Kriterien «Fürsorge», «gegenseitige Unterstützung» und «Solidarität» es verhindern, bei der Festlegung der Beiträge bereits bestehende Krankheiten und Leiden zu berücksichtigen. Insofern diese Kriterien voraussetzen, dass eine durch die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände angebotene Zusatzversicherung grundsätzlich für jeden gleich sein muss, ist die gleiche Behandlung, die sich aus der angefochtenen Bestimmung ergibt, vernünftig gerechtfertigt.

B.15. Der erste Teil des einzigen Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 4356 ist unbegründet.

*In Bezug auf den zweiten Teil des einzigen Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 4356*

B.16. Im zweiten Teil des einzigen Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 4356 bemängelt die klagende Partei den Behandlungsunterschied, den die angefochtene Bestimmung einführe zwischen einerseits Mitgliedern eines Dienstes «Tagegeld», die zu dem Zeitpunkt, wo sie Mitglied wurden, nicht eine bereits bestehende Krankheit oder ein bereits bestehendes Leiden hätten, und andererseits «Personen, die ebenfalls in Belgien wohnen oder mindestens Personen, die Beiträge an das belgische Sozialversicherungssystem zahlen müssen, oder Personen, die dem belgischen Sozialversicherungssystem für Selbständige unterliegen». Nur die Personen der erstgenannten Kategorie müssten dazu beitragen, das Risiko der Arbeitsunfähigkeit durch bereits bestehende Krankheiten oder bereits bestehende Leiden zu decken.

B.17. Die Situation der Personen, die einem durch eine Krankenkasse oder einen Landesverband angebotenen Dienst «Tagegeld» angeschlossen sind, kann im vorliegenden Fall nicht sachdienlich mit derjenigen der Personen verglichen werden, die einem solchen Dienst nicht angeschlossen sind. Angesichts der ergänzenden Beschaffenheit dieser Versicherung kann im Übrigen von Personen, die diesem Dienst nicht angeschlossen sind, nicht erwartet werden, dass sie zu deren Finanzierung beitragen.

B.18. Der zweite Teil des einzigen Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 4356 ist unbegründet.

*In Bezug auf den dritten Teil des einzigen Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 4356*

B.19. Im dritten Teil des einzigen Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 4356 bemängelt die klagende Partei den Behandlungsunterschied zwischen einerseits Personen, die bei ihrer Annahme als Mitglied eines Dienstes « Tagegeld » eine bereits bestehende Krankheit oder ein bereits bestehendes Leiden hätten, und andererseits Personen, deren Bewerbung abgelehnt werde wegen einer bereits bestehenden Krankheit oder eines bereits bestehenden Leidens. Die angefochtene Bestimmung führe dazu, dass aufgrund finanzieller Erwägungen der Anschluss von Personen, deren Anschluss in der Vergangenheit wohl angenommen worden sei, verweigert werde.

B.20. Die angefochtene Bestimmung verhindert den Anschluss von Personen mit einer bereits bestehenden Krankheit oder einem bereits bestehenden Leiden nicht und verpflichtet ebenfalls nicht dazu. Der angeführte Behandlungsunterschied ergibt sich daher nicht aus dieser Bestimmung, sondern aus der Entscheidung einer Krankenkasse oder eines Landesverbandes, gegebenenfalls den Anschluss zu verweigern.

B.21. Der dritte Teil des einzigen Klagegrunds in der Rechtssache Nr. 4356 ist unbegründet.

*In Bezug auf den neuen Klagegrund*

B.22. In ihrem Erwidernsschriftsatz führt die klagende Partei in der Rechtssache Nr. 4356 an, die angefochtene Bestimmung verstoße gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, indem sie Personen mit einer bereits bestehenden Krankheit oder einem bereits bestehenden Leiden bevorteile gegenüber Personen, die keine bereits bestehende Krankheit oder kein bereits bestehendes Leiden hätten, ohne dass die durch den Hof bezüglich einer korrigierenden Ungleichheit gestellten Bedingungen erfüllt seien.

B.23. Es ist der klagenden Partei nicht erlaubt, in ihrem Erwidernsschriftsatz den Klagegrund, den sie selbst in ihrer Klageschrift dargelegt hat, zu ändern. Eine Beschwerde, die

wie im vorliegenden Fall in einem Erwidernngsschriftsatz angeführt wird, sich jedoch von derjenigen unterscheidet, die in der Klageschrift formuliert wurde, stellt folglich einen neuen Klagegrund dar und ist unzulässig.

Aus diesen Gründen:

Der Hof

weist die Klagen zurück.

Verkündet in niederländischer, französischer und deutscher Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989, in der öffentlichen Sitzung vom 30. Oktober 2008.

Der Kanzler,

Der Vorsitzende,

P.-Y. Dutilleux

M. Bossuyt