

Dr. iur. Andreas Hänlein  
München

Soziale und private Krankenversicherung –  
Konkurrenz und Konvergenz  
Eine rechtsvergleichende Skizze

---

---

## **Soziale und private Krankenversicherung – Konkurrenz und Konvergenz Eine rechtsvergleichende Skizze**

Von Dr. iur. ANDREAS HÄNLEIN, München\*

---

### *L'assurance-maladie sociale et privée*

Le risque de la maladie est un sujet classique du droit des assurances sociales. Cependant, ces derniers temps, la protection par une assurance-maladie privée gagne de l'importance. Cet article esquisse, d'un point de vue de droit comparé, dans quelle mesure et comment les assurances-maladie sociales et privées se concurrencent. En même temps, il sera démontré que les différences entre les deux régimes perdent de leur importance.

---

### **I. Einleitung**

Das Gesundheitssystem der Schweiz ist kürzlich in einem Atemzug mit demjenigen der USA dem «Privatversicherungs-Modell» zugeordnet worden<sup>1</sup>. Diese Zuordnung erfolgte im Rahmen des bekannten, aus drei Idealtypen bestehenden Schemas, das neben dem Privatversicherungs-Modell das Beveridge-Modell eines nationalen Gesundheitsdienstes und das Bismarck-Modell einer sozialen Krankenversicherung kennt. Nimmt man das Gesundheitssystem der Schweiz in dieser Weise wahr, liegt es auf der Hand, dass der Schweiz in der sozialpolitischen Reformdiskussion in Europa ein besonderer Stellenwert zukommen muss, denn in dieser Debatte spielt das Schlagwort der «Privatisierung sozialer Sicherheit» eine herausragende Rolle<sup>2</sup>.

Vor diesem Hintergrund soll im vorliegenden Beitrag der Blick auf das Zusammenspiel sozialer und privater Versicherung im Gesundheitswesen gelenkt werden, und zwar aus einer rechtsvergleichenden Per-

---

\* Dr. iur. ANDREAS HÄNLEIN ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht in München.

<sup>1</sup> KNEIPS, Von Bismarck bis Beveridge, *Gesundheit und Gesellschaft*, 10 (1998) 40 (41).

<sup>2</sup> Vgl. etwa v. MAYDELL, *Privatisierung sozialer Sicherheit – Erscheinungsformen und Entwicklungsperspektiven*, *Arbeit und Sozialpolitik (AuS)*, 7–8 (1999) 12 ff.

spektive. Am Beispiel einiger europäischer Länder, der Schweiz, Frankreichs, der Niederlande und Deutschlands, sollen in groben Zügen Grundmuster des Zusammenspiels dieser beiden Formen der Absicherung des Krankheitsrisikos skizziert werden. Dabei wird sich herausstellen, dass diese im Ausgangspunkt sehr unterschiedlichen Sicherungsformen zwar einerseits in gewissem Umfang miteinander konkurrieren, dass aber andererseits zunehmend überraschende Annäherungen festzustellen sind.

## II. Systemstrukturen

### 1. Schweiz<sup>3</sup>

Die besagte Klassifizierung des Schweizer Systems bezieht sich offenbar auf den Rechtszustand nach Inkrafttreten der grossen Reform des schweizerischen Krankenversicherungsrechts am 1. Januar 1996. Zuvor beruhte die soziale Krankenversicherung auf dem im Jahr 1964 novellierten «Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung» vom 13. Juni 1911. Das nunmehr massgebliche neue Gesetz, das «Bundesgesetz über die Krankenversicherung» (KVG) vom 18. 3. 1994 wurde in einem Referendum am 4. 12. 1994 vom Volk angenommen.

Im Zentrum der Reform stand die Einführung eines «Bundesobligatoriums». Nach dem früheren Recht waren es die Kantone gewesen, die aufgrund einer entsprechenden Ermächtigung in der Regel einen Teil ihrer Bevölkerung für krankenversicherungspflichtig erklärt hatten. Im Übrigen bestand für jeden Schweizerbürger das Recht, einer anerkannten Krankenkasse beizutreten, sofern er deren statutarische Aufnahmebedingungen erfüllte. Meist sahen die Kassenstatuten allerdings eine Altersgrenze vor, so dass ein Kassenwechsel im Alter ausgeschlossen war. Eine Risikoselektion war den Kassen im Übrigen zwar versagt; sie konnten

---

<sup>3</sup> Die Darstellung des Systems der Schweiz schöpft aus den folgenden Veröffentlichungen: BERNARDI-SCHENKLUHN, Schweiz, in: ALBER/BERNARDI-SCHENKLUHN, Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich, 1992; BRAUN, Die neue schweizerische Krankenversicherungslösung per 1. 1. 1996, Schweizerische Versicherungszeitschrift, 1995, 200 ff.; MAURER, Privatrechtssubjekte als Sozialversicherungsträger nach schweizerischem Recht, in: GITTER (Hrsg.), Festschrift für Georg Wannagat, 1981, 257 ff.; ders., Bundessozialversicherungsrecht, 1993; ders., Das neue Krankenversicherungsrecht; MURER, Sicherung bei Krankheit – das Beispiel Schweiz, Zeitschrift für ausländisches und internationales Sozialrecht (ZIAS) 1998 423 ff.

freilich befristete Vorbehalte wegen Vorerkrankungen vorsehen. Auch unter dem früheren Recht war fast die ganze Bevölkerung versichert. Etwa ein Drittel der Bevölkerung war pflichtversichert. Nach dem KVG ist nunmehr mit lediglich geringfügigen Ausnahmen die gesamte Wohnbevölkerung kraft Bundesgesetzes in der Krankenpflegeversicherung pflichtversichert. Hingegen ist die Versicherung gegen den Verlust des Erwerbseinkommen im Fall der Krankheit freiwillig geblieben.

Die Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten der Diagnose und Behandlung von Krankheiten, wobei das Leistungsspektrum gegenüber dem früheren Recht erweitert wurde. Zu den Leistungen zählen auch, und zwar seit der Reform in erweitertem Umfang, Massnahmen ambulanter («spitalexterner») oder stationärer Langzeitpflege. Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung sind grundsätzlich im Wege der «Kostenvergütung» zu erbringen. Aufgrund von – gesetzlich zugelassenen – Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erfolgt die Abrechnung jedoch vielfach im Verhältnis zwischen diesen. Die Kosten werden den Versicherten freilich wie bereits nach dem früheren Recht nicht in vollem Umfang erstattet. Die Versicherten werden vielmehr mit den Instrumenten der «Franchise» und des «Selbstbehalts» an den Kosten beteiligt. Die Franchise ist ein fester Betrag i.H.v. 230 Fr., den die Versicherten pro Kalenderjahr von den Behandlungskosten tragen müssen. Der Selbstbehalt ist ein Eigenanteil an den Kosten von 10% auf den die Franchise übersteigenden Betrag, höchstens aber 600 Fr. für Erwachsene bzw. 300 Fr. für Kinder.

Es können darüber hinaus zusätzliche Leistungen angeboten werden. Die «Zusatzversicherung» ist aber seit der Reform nicht mehr im Recht der sozialen Krankenversicherung öffentlich-rechtlich, sondern im (privatrechtlichen) Versicherungsvertragsgesetz geregelt. Zum einen können auf diese Weise gegen entsprechende Beitragszuschläge Zusatzleistungen angeboten werden, die sich insbesondere auf günstigere Modalitäten bei Krankenhausbehandlung beziehen (Chefarztbehandlung, freie Spitalwahl, Behandlung in halbprivaten oder privaten Abteilungen). Zum anderen können Zusatzversicherungen eingreifen, wo die obligatorische Krankenversicherung die Kosten gewisser medizinischer Leistungen nicht oder nicht vollständig übernimmt.

Nach dem neuen Recht kann die obligatorische Krankenversicherung nicht mehr nur von den staatlich anerkannten Krankenkassen des öffentlichen oder des privaten Rechts, sondern auch von privaten Versicherungsgesellschaften auf der Grundlage von Versicherungsverträgen

nach dem Versicherungsvertragsgesetz durchgeführt werden. Die Versicherungspflichtigen können unter den anerkannten Krankenkassen und den zugelassenen privaten Versicherern frei wählen und beliebig wechseln. Die Versicherer sind zur Aufnahme zu prinzipiell einheitlichen Bedingungen verpflichtet.

Die Krankenversicherung wird insbesondere mit Beiträgen der Versicherten, Zuschüssen der öffentlichen Hand und Kostenbeteiligungen der Versicherten finanziert. Vor der Reform konnten die Beiträge, die ebenso wenig wie heute einkommensbezogen waren, nach «Eintrittsalter, Geschlecht und nach örtlich bedingten Kostenunterschieden» abgestuft werden. Diese Regelung hatte zu grossen Unterschieden bei der Beitragshöhe geführt. «Billigkassen» hatten junge Versicherte mit niedrigen Beiträgen angelockt, ältere Versicherte hingegen mit sehr hohen Prämien vom Beitritt abzuhalten gesucht. Die Folge war eine «extreme Risiko-selektion» (MAURER). Nach neuem Recht geniessen alle Pflichtversicherten die volle Freizügigkeit, aus deren Wahrnehmung ihnen kein Nachteil erwachsen darf, denn für die einzelnen Versicherer gilt der Grundsatz der Einheitsprämie. Lediglich kantonale und regionale Abstufungen sind in Grenzen zulässig. Zur Vermeidung «unverschuldeter» Prämienunterschiede zwischen den Versicherern und damit zur Herstellung gleicher Wettbewerbschancen der Versicherer, deren Versicherte ganz unterschiedliche Risikostrukturen aufweisen, ist ein auf zehn Jahre befristeter «Risikoausgleich» vorgesehen.

Auch heute leistet der Bund Zuschüsse zur Krankenversicherung, die nun aber von kantonalen Beiträgen ergänzt werden. Neu ist aber vor allem, dass die Zuschüsse der öffentlichen Hand nun gezielt für Prämienverbilligungen zugunsten Versicherter in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen eingesetzt werden müssen. Die Prämien für die Zusatzversicherungen hingegen werden risikogerecht kalkuliert.

## 2. Frankreich<sup>4</sup>

In Frankreich ist eine seit langem geplante und diskutierte Reform der Krankenversicherung im Wesentlichen am 1. Januar 2000 in Kraft getre-

---

<sup>4</sup> Die Darstellung des französischen Systems beruht auf den folgenden Quellen: ALBER, Frankreich, in: ALBER/BERNARDI-SCHENKLUHN, a. a. O. (Fn. 3), 323 ff; HOHMANN, Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa, 1998, 97 ff.; KAUFMANN, Frankreichs solidarische sécurité sociale in der Krise, Sozialer Fortschritt, 1997, 3 ff.; ders., Leistungen in der

ten. Diese Reform geht auf den «Plan Juppé» aus dem Jahr 1995 zurück, nach dem in Frankreich eine allgemeine, die gesamte Bevölkerung erfassende, steuerfinanzierte Krankenversicherung errichtet werden sollte. Der Aspekt der Verallgemeinerung der Versicherung auf die Wohnbevölkerung ist es, der nun mit dem Gesetz über die «couverture maladie universelle» vom 27. Juli 1999 umgesetzt wurde, und zwar in Form einer Ergänzung des bisherigen krankenversicherungsrechtlichen Rechtszustandes.

Seit dem 1. Januar 2000 ist jede Person, die sich in Frankreich aufhält, pflichtversichert. Pflichtversicherte Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren mitversicherte Familienangehörige sind jeweils denselben Sicherungssystemen zugeordnet wie bisher. Dementsprechend ist für alle in der Industrie und im Dienstleistungssektor abhängig Beschäftigten das Allgemeine System («régime général») zuständig, dem etwa zwei Drittel der Versicherten angehören. Besondere Sicherungssysteme gibt es für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und für Landwirte, für Selbständige ausserhalb der Landwirtschaft sowie für bestimmte besondere Beschäftigungsgruppen wie Eisenbahner, Seeleute, Landarbeiter, Bergleute usw. Die nicht oder nicht mehr versicherungspflichtigen Personen konnten sich nach bisherigem Recht im allgemeinen System freiwillig versichern bzw. weiterversichern («assurance personnelle»). Bereits nach bisherigem Recht gehörten über 99% der Bevölkerung einer Krankenversicherung an, sei es als Pflichtversicherte, sei es als freiwillig Versicherte.

Auch wer nicht aufgrund seiner Tätigkeit oder als Familienangehöriger in einem der erwähnten Systeme pflichtversichert ist, unterliegt nach dem neuen Recht der Versicherungspflicht, wobei in solchen Fällen das Allgemeine System zuständig ist. Das Institut der freiwilligen Versicherung wurde damit obsolet und wurde abgeschafft. Ähnliches gilt für das bisherige Auffangsystem («aide médicale»).

Institutionell wird die Pflichtversicherung jeweils von öffentlich-rechtlich verfassten Kassen durchgeführt, denen die Versicherten je nach ihrer Tätigkeit fest zugewiesen sind. Freizügigkeit der Versicherten zwischen den Kassen ist nicht vorgesehen.

Der Leistungskatalog der französischen Krankenversicherung enthält medizinische Leistungen und Geldleistungen, wobei zu den medizini-

---

französischen Krankenversicherung, ZIAS 1998, 321 ff.; ders., Soziale Sicherheit in Frankreich, Soziale Sicherheit (Köln), 1998, 241 ff. und 299 ff.; ders., Gesundheitsschutz für alle Bürger, Soziale Sicherheit (Köln), 1999, 363 ff.; ders., Krankenversicherungsschutz für alle Einwohner in Frankreich, Soziale Sicherheit (Wien), 2000, 120 ff.

schen Leistungen auch gewisse Leistungen zählen, die – aus deutscher Sicht – dem Risiko der Pflegebedürftigkeit zuzuordnen wären. Medizinische Leistungen werden grundsätzlich nach dem Kostenerstattungsprinzip erbracht. Lediglich ausnahmsweise, bei Bedürftigkeit des Versicherten oder aufgrund besonderer Vereinbarung zwischen Leistungserbringer und Versicherungsträger, wird unmittelbar mit dem Träger abgerechnet. Dies betrifft insbesondere Krankenhaus- und Arzneimittelkosten.

In den meisten Systemen der französischen Krankenversicherung wird nur ein bestimmter Prozentsatz der Kosten erstattet. Der Rest belastet den Versicherten als «Selbstbehalt» («ticket modérateur»). Für ärztliche Behandlung etwa beträgt dieser Selbstbehalt i. d. R. 30%.

Für diejenigen Personen, die aufgrund ihrer Erwerbstätigkeit pflichtversichert sind, besteht überdies ab dem vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf ein Kranken(tage)geld, das im Grundsatz die Hälfte des Lohns ausmacht.

Die Mittel der obligatorischen Krankenversicherung werden im Wesentlichen durch lohn- bzw. einkommensbezogene Beiträge aufgebracht. Bei abhängig Beschäftigten führt der Arbeitgeber die Beiträge ab und ist selbst mit dem überwiegenden Teil der Beiträge belastet. Der Arbeitgeberanteil des Beitrages zur Krankenversicherung, der zugleich auch für die Sicherung bei Mutterschaft, Invalidität und Tod gedacht ist, beträgt 12,80%, der Arbeitnehmeranteil 0,75%. Wer nicht aufgrund seiner Tätigkeit, d. h. als Arbeitnehmer oder Selbständiger, pflichtversichert ist, sondern aufgrund seines Wohnsitzes in Frankreich, ist verpflichtet, einkommensbezogene Beiträge zu zahlen, falls das Einkommen eine bestimmtes Niveau übersteigt.

Ausserdem gibt es einige Sondersteuern (Steuer zur Zurückzahlung der Schulden der Sozialversicherung; Steuern auf gewisse gesundheits-schädigende Güter), die der Krankenversicherung zugute kommen.

Eine grosse Rolle spielt in Frankreich seit langem die freiwillige Zusatzversicherung. Dies ist der zweite Punkt, an dem das jüngste Reformgesetz ansetzt. Bereits bisher verfügte eine deutliche Mehrheit der Versicherten über eine Zusatzversicherung. Allerdings gab es aber auch ca. 6 Mio. Personen ohne diesen ergänzenden Versicherungsschutz. Mit der freiwilligen Zusatzversicherung wird ein Teil des allgemeinen Selbstbehalts sowie die bei diversen Leistungen der Pflichtversicherung vorgesehenen Zuzahlungen versichert. Gegenstand der Zusatzversicherung können auch gewisse «Luxusleistungen» sein, etwa im Bereich des Zahnersatzes oder der Krankenhausbehandlung. Vielfach, vor allem auch im Be-

reich der Versorgung mit Arzneimitteln, entfällt für Zusatzversicherte auch die Vorleistungspflicht, weil viele Träger der Zusatzversicherung mit den Leistungserbringern entsprechende Verträge abgeschlossen haben. Auch eine Aufstockung des Krankengeldes kann schliesslich Gegenstand einer Zusatzversicherung sein.

Bislang wurde die Zusatzversicherung in erster Linie von den sog. «mutuelles», genossenschaftlichen Hilfsvereinen auf Gegenseitigkeit, durchgeführt. Auch die Privatversicherung konnte in diesem Feld aktiv werden. Die Leistungen der freiwilligen Zusatzversicherung wurden mit individuellen, leistungs- und altersabhängigen Beiträgen der Versicherten finanziert.

Ein wesentliches Element der soeben in Kraft getretenen Reform besteht darin, dass alle Versicherten die Möglichkeit erhalten sollen, in den Genuss einer Zusatzversicherung zu gelangen. Wer aufgrund der Neuregelung in die Versicherungspflicht einbezogen ist oder wer zwar bereits der Krankenversicherung angehört, aber keiner freiwilligen Zusatzversicherung, hat nun das Recht auf beitragsfreien Zutritt zu einer solchen Versicherung, falls sein Einkommen einen bestimmten Grenzwert nicht übersteigt. Die Finanzierung dieser «sozialen» Zusatzversicherung wird über einen besonderen Fonds abgewickelt, der sich aus einem Staatszuschuss und einem Beitrag aller Zusatzversicherer speist. Dieser Beitrag der Zusatzversicherer, der eine Erklärung des Versicherers über seine Mitwirkung an dieser Form der Zusatzversicherung voraussetzt, beträgt 1,75% seines Beitrags- und Prämienaufkommens.

Eine weitere Neuerung besteht darin, dass freiwillige Zusatzversicherungen nicht mehr nur von den «mutuelles» und privaten Versicherungsunternehmen, sondern auch von «Vorsorgeeinrichtungen», die bisher nur auf dem Gebiet der Alterssicherung ergänzenden Versicherungsschutz boten, und vor allem auch von den öffentlich-rechtlichen Kassen angeboten werden können.

### 3. Niederlande<sup>5</sup>

In den Niederlanden gibt es seit Jahren Bemühungen zur Reform des Gesundheitssystems. Pläne einer umfassenden Neuordnung konnten

---

<sup>5</sup> Als Quellen für die Niederlande dienten folgende Beiträge: KÖTTER, Das niederländische Wohlfahrtsstaatsmodell – kein Vorbild mehr?, Sozialer Fortschritt, 1997, 12 ff.; dies., Von alten und neuen Rezepten, Radikalkuren und Wechselbädern – die Reformen des nieder-



allerdings nicht verwirklicht werden, so dass es zu zahlreichen Einzeländerungen der einschlägigen Gesetze kam. Die öffentliche Sicherung für den Fall der Krankheit wird daher unverändert im Wesentlichen von zwei Systemen gewährleistet. Es handelt sich dabei zum einen um die gesetzliche Krankenversicherung auf der Grundlage des Krankenkassengesetzes (Ziekenfondswet – ZFW), die gewissermassen das «reguläre» Krankheitsrisiko absichert. Zum anderen gewährt ein weiteres System Schutz auf Basis des «Gesetzes über die besonderen Krankheitskosten (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ)», wenn Krankheit oder Gebrechen zu besonders grossen finanziellen Belastungen führen, wie es insbesondere bei Pflegebedürftigkeit der Fall ist.

Bei der Versicherung nach dem Krankenkassengesetz (ZFW) handelte es sich ursprünglich um eine Arbeitnehmersversicherung, in deren Schutz später weitere Gruppen, insbesondere Empfänger von Sozialleistungen, einbezogen wurden. Eine Besonderheit dieser Versicherung ist die vergleichsweise niedrige Versicherungspflichtgrenze (1998: 62.000 fl.), jenseits derer auch keine Möglichkeit zur freiwilligen Versicherung besteht. Pflichtversichert sind mithin insbesondere alle Arbeiter und Angestellten mit einem Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze. Deshalb ist etwa ein Drittel der niederländischen Bevölkerung privat krankenversichert. Der private Versicherungsschutz, für den altersabhängige Prämien zu zahlen sind, ist teils schmaler, teils weitergehend als derjenige, den die Krankenkassen bieten. Hinsichtlich bestimmter Versicherungengruppen, vor allem für ältere Menschen, besteht Aufnahmezwang.

Die Versicherung gegen die «besonderen Krankheitskosten» nach dem AWBZ ist eine Volksversicherung, in der alle Einwohner der Niederlande pflichtversichert sind.

Beide Versicherungszweige gewähren Leistungen nicht auf dem Wege der Kostenerstattung, sondern nach dem «Sachleistungsprinzip». Die wichtigsten Leistungen nach dem Krankenkassengesetz (ZFW) sind haus- bzw. fachärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung sowie die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Umfassende und differenzierte Regelungen über die Kostenbeteiligung der Versicherten, die 1997 eingeführt worden waren, wurden zum 1. Januar 1999 wieder abgeschafft, da die erhofften Steuerungseffekte nicht eingetreten waren. Zusätzliche

---

ländischen Gesundheitssystem, ZIAS 1998, 391 ff.; HOHMANN, a. a. O. (Fn. 4), 257 ff.; MÜLLER, Das niederländische Gesundheitssystem – Modell für Deutschland? AuS, 1–2 (1999) 20 ff.

Leistungen, die im gesetzlich vorgesehenen Leistungsspektrum nicht enthalten sind, erbringen die sozialen Krankenkassen, wenn die Versicherten bei ihnen – gegen feste, alters- und risikounabhängige Prämien – eine Zusatzversicherung abschliessen. Diese Sicherungsform spielt insbesondere im Bereich des Zahnersatzes eine Rolle. Die Versicherung gegen «besondere Krankheitskosten» gewährt ambulante und stationäre Pflege sowie Behandlung und Versorgung in psychiatrischen Einrichtungen.

Die Krankenversicherung wurde bis 1991 von 20 regionalen, öffentlich-rechtlich verfassten Krankenkassen durchgeführt. Seit 1992 können die Krankenkassen ihre Leistungen landesweit anbieten. Zugleich wurde die Kooperation zwischen öffentlichen und privaten Versicherungen zugelassen. Diese Marktöffnung führte zu Kassenfusionen und Kassenneugründungen. Heute werden die gesetzlichen Krankenkassen vielfach unter dem Dach privater Versicherungsunternehmen geführt. Die Versicherten können jährlich ihre Krankenkasse wechseln.

Auch die Leistungen der Versicherung gegen besondere Krankheitskosten werden von den Krankenkassen erbracht und vorfinanziert. Die Ausgaben werden sodann von einem «Fonds für besondere Gesundheitskosten» erstattet, bei dem die Beiträge für diesen Versicherungszweig gesammelt werden.

Beide öffentliche Versicherungszweige werden im Wesentlichen mit Beiträgen und staatlichen Subventionen finanziert. Die Beiträge zum Krankenkassensystem setzen sich aus einem einkommensabhängigen und einem vom Einkommen unabhängigen, nominalen Teil zusammen. Den einkommensabhängigen Beitrag teilen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer, wobei den Arbeitgeber der grössere Anteil trifft (1998: 5,6 bzw. 1,2%). Der nominale Anteil wird von den Krankenkassen festgesetzt. Den – einkommensbezogenen – Beitrag zur Versicherung gegen besondere Krankheitskosten (1997: 8,85%) zieht die Steuerbehörde ein. Die Versicherten tragen ihn allein.

Hinsichtlich der Krankenversicherung nach dem ZFW findet zwischen den öffentlichen Kassen ein Risikostrukturausgleich statt, der den Wettbewerb unter diesen Kassen beleben soll. Finanzausgleiche gibt es überdies – zum Zweck der Finanzierung prämienvorbilligter Standardpolicen für ältere Menschen – zwischen den Privatversicherern und – zum Ausgleich der ungünstigen Altersstruktur der Pflichtversicherten – von den Privatversicherern zu den öffentlichen Krankenkassen. Den zuletzt genannten Ausgleich finanzieren die Privatversicherten mit einer «Ausgleichsabgabe».

Die beiden dargestellten öffentlichen Sicherungssysteme wurden bis 1996 ergänzt durch eine Krankengeldversicherung auf der Grundlage des Krankengeldgesetzes (Ziektewet – ZW). Seit 1997 liegt das Risiko krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen bei den Arbeitgebern, die für die Dauer eines Jahres zur Lohnfortzahlung verpflichtet sind.

#### 4. Deutschland<sup>6</sup>

Auch in Deutschland schliesslich ist das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren Gegenstand zahlreicher Reformen gewesen. Hier wird das Risiko der Krankheit ähnlich wie in den Niederlanden von zwei öffentlichen Systemen gesichert, von der gesetzlichen Krankenversicherung und von der sozialen Pflegeversicherung.

Die gesetzliche Krankenversicherung war auch in Deutschland ursprünglich eine Arbeitnehmerpflichtversicherung. Im Lauf der Zeit wurden weitere Gruppen in die Versicherungspflicht einbezogen. Arbeitnehmer sind versicherungspflichtig, solange ihr Entgelt die Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt (1999 76 500 bzw. 64 800 DM). Wer nicht oder nicht mehr versicherungspflichtig ist, hat die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung. Wer weder bei der gesetzlichen Krankenversicherung – selbst oder als Familienangehöriger – noch privat gegen Krankheit versichert ist, erhält im Falle der Bedürftigkeit Leistungen nach dem Sozialhilferecht.

Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung obligatorisch oder freiwillig versichert ist, ist zugleich in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Die freiwillig Krankenversicherten haben aber die Möglichkeit, das Risiko der Pflegebedürftigkeit bei einem privaten Versicherungsunternehmen abzusichern. Wer privat krankenversichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschliessen. Im Ergebnis sind so 99% der Bevölkerung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit pflichtversichert.

Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zählen insbesondere haus- und fachärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung sowie die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Die Leistungen

---

<sup>6</sup> Zur Rechtslage in Deutschland etwa SCHULIN (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, Krankenversicherungsrecht, 1994 und Band 4, Pflegeversicherungsrecht, 1997; KRUSE/HÄNLEIN/KÖTTER/BECKER-BERKE/LOHMANN/ROSS, Lehr- und Praxiskommentar SGB V, 1999; HÄNLEIN, Sozialrechtliche Ansprüche auf medizinische Leistungen in Deutschland, ZIAS 1998, 304 ff.

werden nach dem «Sachleistungsprinzip» erbracht. Bei Arbeitsunfähigkeit von Arbeitnehmern zahlen die Krankenkassen Krankengeld. In den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit ist freilich der Arbeitgeber gesetzlich zur Entgeltfortzahlung verpflichtet. Im Fall langwährender Pflegebedürftigkeit erbringt die Pflegeversicherung ambulante und stationäre Pflegeleistungen, wobei ambulante Pflegeleistungen u.U. durch ein gestaffeltes Pflegegeld ersetzt werden können.

Durchgeführt wird die gesetzliche Krankenversicherung von zahlreichen öffentlich-rechtlich verfassten Krankenkassen. Seit 1996 haben die Versicherten weitgehende Freiheit bei der Wahl der für sie zuständigen Krankenkasse. Einmal im Jahr haben sie zudem das Recht des Kassenwechsels. Auch die Pflegeversicherung wird von den Krankenkassen als «Pflegekassen» durchgeführt.

Finanziert werden die gesetzliche Krankenversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung überwiegend aus einkommensbezogenen Beiträgen. Den Beitragssatz legen die Krankenkassen jeweils einheitlich für ihre Versicherten fest. Die Beiträge der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Arbeitnehmer teilen sich diese mit ihren Arbeitgebern hälftig. Dasselbe gilt für die Beiträge zur Pflegeversicherung, deren Höhe freilich gesetzlich festgeschrieben ist.

Gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen sollen auch in Deutschland mit dem Instrument des Risikostrukturausgleichs hergestellt werden. In der Pflegeversicherung finden Finanzausgleiche sowohl zwischen den öffentlich-rechtlichen Krankenkassen in ihrer Rolle als Pflegekassen wie auch zwischen den privaten Pflegeversicherern statt.

### **III. Felder der Konkurrenz sozialer und privater Krankenversicherung**

Der Überblick über die Entwicklung in vier Ländern zeigt, dass die private Krankenversicherung in jüngster Zeit deutlich an Terrain gewonnen hat. Dabei lassen sich unterschiedliche Handlungsfelder ausmachen, in denen die private Krankenversicherung der sozialen zur Seite tritt. Privater Versicherungsschutz kann den sozialen Schutz ersetzen, oder er kann ihn ergänzen. Private Krankenversicherung kann sich zur sozialen Krankenversicherung also substitutiv oder komplementär verhalten. Dabei können die beiden Sicherungssysteme jeweils in unterschiedlichen

Rollen einander zugeordnet sein: Es kann einerseits jedem System jeweils sein Handlungsfeld exklusiv zugewiesen sein; andererseits können sich beide Systeme im Wettbewerb miteinander befinden.

Den geringsten Raum haben private Sicherungsformen im *französischen System*. Die Grundsicherung gegen das Risiko der Krankheit ist in Frankreich stets einer der zahlreichen öffentlichen Kassen zugewiesen. Private Sicherungsformen spielen ausschliesslich eine Rolle als komplementäre Sicherung. Allerdings ist hier der Spielraum vergleichsweise breit, weil die Zusatzversicherung nicht nur auf die Schliessung gewisser Sicherungslücken im öffentlichen System und auf «Luxusbedarf» abzielt, sondern darüber hinaus der Deckung des ausgeprägten Selbstbehalts, des «ticket modérateur», dient. In Frankreich ist das Handlungsfeld der Zusatzversicherung seit der jüngsten Reform nicht mehr ein geschützter Aktionsraum, in dem sich allein die privaten Versicherer einschliesslich der «mutuelles» Konkurrenz machen. Neuerdings steht dieses Geschäftsfeld vielmehr noch weiteren Konkurrenten, den Versorgungseinrichtungen und auch den öffentlichen Krankenkassen offen.

Das *niederländische System* zeichnet sich durch einen besonders hohen Anteil an PKV-Vollversicherten aus (ca. 36%). Dieses Gewicht verdankt der substitutive private Versicherungsschutz der niedrigen Versicherungspflichtgrenze. Konkurrenz zwischen sozialer und privater Sicherung ist dabei nicht vorgesehen, denn es bleibt nur der Weg zur Privatversicherung, wenn die Versicherungspflichtgrenze überschritten ist. Im Bereich des komplementären Versicherungsschutzes ist Konkurrenz zwar denkbar. Einerseits bieten die Krankenkassen gegen besondere Beiträge zusätzlichen Schutz an; andererseits sind die privaten Versicherer an entsprechenden Angeboten auch an gesetzlich Versicherte nicht gehindert. Da die Beiträge der Krankenkassen sich auch in diesem Bereich jedoch nicht am Risiko ausrichten dürfen, verwundert es nicht, dass private Zusatzversicherungen kaum eine Rolle spielen.

In *Deutschland* agiert die private Krankenversicherung substitutiv und komplementär, wobei sich die Konkurrenzsituation im Verhältnis zur sozialen Versicherung gewissermassen umgekehrt verhält zu der in den Niederlanden. Hinsichtlich des Krankheitsrisikos kann private Krankenversicherung den sozialen Versicherungsschutz ersetzen, wo die Einkünfte der Betroffenen die Versicherungspflichtgrenze überschreiten. Da die Versicherungspflichtgrenze höher liegt als in den Niederlanden, ist der Spielraum der Privaten hier schmaler. Allerdings bezieht sich der Spielraum für die Privatversicherung auch auf die Pflegeversicherung, wäh-

rend in den Niederlanden stationäre Pflege allein dem öffentlichen System nach dem AWZB zugewiesen ist. Um die substitutive private Krankenversicherung findet in Deutschland Systemkonkurrenz statt, denn die für die private Krankenversicherung in Frage kommenden Personen haben am Beginn ihrer beruflichen Karriere oder aber, wenn sie mit ihrem Einkommen die Versicherungspflichtgrenze erreicht haben, die Wahl zwischen der freiwilligen öffentlichen Versicherung und einem privatrechtlichen Versicherungsvertrag. Über eine private Vollversicherung verfügten 1998 etwa 7 Millionen Einwohner, etwa 5 Millionen waren bei der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert. Komplementäre Sicherung, die Lücken des öffentlichen Systems deckt, können Privatversicherer selbstverständlich ohne weiteres anbieten. Es wird geschätzt, dass im Jahr 1998 9,3% der Bevölkerung eine private Zusatzkrankenversicherung abgeschlossen hatte. Konkurrenz mit der sozialen Krankenversicherung ist in diesem Sektor ausgeschlossen, denn den Krankenkassen ist es versagt, gesetzlich nicht vorgesehene Leistungen ergänzend anzubieten.

Die weitesten Räume hat die *Schweiz* der privaten Krankenversicherung geöffnet; sie kann dort sowohl substitutiv wie komplementär tätig werden. Das neue Recht hat den Bereich der obligatorischen Krankenversicherung für private Anbieter geöffnet, die hier also in Konkurrenz zu den anerkannten Krankenkassen treten. Konkurrenz ist aber auch im Bereich der Zusatzversicherung vorgesehen, denn in diesem Geschäft werden nach wie vor neben den privaten auch die anerkannten Krankenkassen tätig.

#### **IV. Elemente der Konvergenz zwischen sozialer und privater Krankenversicherung**

Das von sozialer und privater Krankenversicherung besiedelte Gelände ist allerdings erst dann in plastischer Weise vermessen, wenn man diese beiden Sicherungseinrichtungen nicht als vollständig wesensverschieden – solidarisch die eine, profitorientiert die andere – wahrnimmt, sondern zunehmende Konvergenzen zwischen ihnen zur Kenntnis nimmt. In den Niederlanden war die Konvergenz der beiden Systeme gar in einem geplanten – letztlich freilich gescheiterten – «Gesetz zur Konvergenz» zum expliziten Programm erhoben worden. Die rechtsvergleichende Betrachtung zeigt, dass sich Konvergenz zwischen den Systemen

als Bewegung aus beiden Richtungen darstellen kann, wenn auch in den einzelnen Ländern in durchaus unterschiedlichen Ausprägungen: Die soziale Krankenversicherung kann typische Elemente der privaten Krankenversicherung annehmen, die private Krankenversicherung kann sich der sozialen Krankenversicherung annähern<sup>7</sup>. Diese These soll nun in Bezug auf einige prinzipielle Unterschiede zwischen den Konzepten sozialer und privater Krankenversicherung näher belegt werden.

### 1. Versicherungsfreiheit versus Versicherungszwang

Das Soziale der sozialen Krankenversicherung drückt sich nach hergebrachter Betrachtungsweise zunächst aus im Zwang zur Versicherung, mit dem den Betroffenen für das Risiko der Krankheit als Wechsellohn des Lebensvorsorge zu treffen von Gesetzes wegen aufgefordert wird. Der Abschluss eines privatrechtlichen Versicherungsvertrages wird hingegen als Ausdruck individueller Freiheit sowohl des Versicherten als auch des Versicherers wahrgenommen. Dem Versicherungszwang steht Vertragsfreiheit hinsichtlich Abschluss und Inhalt des Versicherungsvertrages gegenüber<sup>8</sup>.

Freilich ist diese pointierte Gegenüberstellung sogleich zu relativieren, denn wegen der Bedeutung auch der privaten Vorsorge für das Gemeinwesen haben die Gesetzgeber seit langem die vertraglichen Beziehungen zwischen Privatversicherer und Privatversichertem gesetzlich diszipliniert und zugleich die Versicherer einer scharfen staatlichen Versicherungsaufsicht unterstellt<sup>9</sup>. Was an Privatversicherungsfreiheit gleichwohl verblieb, verflüchtigt sich, wo der Privatversicherung der Weg zur obligatorischen Basisversicherung gegen das Risiko der Krankheit geöffnet wird. Wo private Krankenversicherung soziale Krankenversicherung hinsichtlich der Basisversorgung ersetzen kann, bleibt privater Gestaltungsfreiheit nur mehr wenig Raum.

Wenn in der Schweiz heute private Versicherer um die Schweizer Bürger als Versicherungspflichtige mit den anerkannten Krankenkassen konkurrieren können, hat dies die Kehrseite des Aufnahmewanges. Versicherten kann der Zugang auch dann nicht verweigert werden, wenn sie

---

<sup>7</sup> Ähnlich für die Niederlande MÜLLER, a. a. O. (Fn. 5), 29; für Deutschland HEINZE, Die substitutive private Krankenversicherung – ein Modell für Europa?, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft (ZVersWiss), 1996, 281 (283).

<sup>8</sup> Vgl. etwa WANNAGAT, Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, I. Band, 1965, 25.

<sup>9</sup> Vgl. für Deutschland ISENSEE, Privatautonomie der Individualversicherung und soziale Selbstverwaltung, 1980, 36 ff.

ein «schlechtes Risiko» darstellen. Einen vergleichbaren Kontrahierungszwang gibt es in der niederländischen privaten Kranken- und in der deutschen privaten Pflegeversicherung. In Frankreich gibt es jetzt sogar einen Aufnahmehzwang im Bereich der komplementären Sicherung. Auch was die inhaltliche Ausgestaltung der Versicherungsverträge angeht, sieht sich die substitutive private Krankenversicherung zunehmend gedrängt, einheitliche Leistungsangebote, in erster Linie für ältere Versicherte, zu günstigen Prämien anzubieten. Beispiele für solche Standardtarife bieten die Niederlande und Deutschland.

Dagegen ziehen in die soziale Krankenversicherung Elemente der Freiheit ein. Mit Ausnahme von Frankreich, d. h. in der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland, können die Pflichtversicherten den Versicherer frei wählen. Verschiedentlich wird auch in den öffentlichen Systemen mit Wahltarifen experimentiert.

## 2. Äquivalenz versus Solidarität

Die private Krankenversicherung ist vom Äquivalenzprinzip geprägt<sup>10</sup>. Dieses besagt, dass die Leistungszusage des Versicherers für den Fall des Eintritts des versicherten Risikos durch eine prinzipiell gleichwertige Gegenleistung, die Versicherungsprämie erworben wird. Dementsprechend richtet sich die Höhe der Prämie am Ausmass des Risikos aus, das der Versicherte darstellt. Die Versicherten werden unter Berücksichtigung ihres (Eintritts-)Alters und Geschlechts sowie des gewählten Leistungsangebots Gefahrenklassen zugeordnet. Um ein Ansteigen der Prämien mit steigendem Alter zu verhindern, werden bei ihrer Kalkulation nicht allein die jeweils aktuell zu erwartenden Leistungsausgaben zugrunde gelegt. Vielmehr wird der Prämie ein Anteil zugeschlagen, der als «Altersrückstellung» angespart wird. Insofern kombiniert private Krankenversicherung Umlagefinanzierung und Kapitaldeckung.

Soziale Krankenversicherung wird vom Prinzip des sozialen Ausgleichs, der Solidarität beherrscht. Hier stehen sich die Leistung der Versicherung und die Prämie des Versicherten nicht gleichwertig gegenüber. Die Höhe des Beitrages nimmt keine Rücksicht auf das individuelle Risiko. Die Prämien werden entweder einheitlich festgesetzt oder orientieren sich am Einkommen als risikoneutraler Bezugsgrösse. Diese Ausprä-

---

<sup>10</sup> Zur Dichotomie der Prinzipien der Äquivalenz und der Solidarität etwa WANNAGAT, a. a. O. (Fn. 8), 27.



gung der Umlagefinanzierung bringt es mit sich, dass die Versicherung für die guten Risiken «zu teuer» ist. Des Versicherungszwanges bedarf es deshalb auch, um die Pflicht zur Solidarität durchzusetzen.

Auch bezogen auf diesen Prinzipienwiderstreit bewegen sich soziale und private Krankenversicherung aufeinander zu, indem insbesondere private Versicherer in den sozialen Ausgleich eingebunden werden. Wo Versicherer um Versicherungspflichtige einerseits konkurrieren, andererseits zu deren Aufnahme zu risikounabhängigen Prämien verpflichtet sind, bedarf es eines Instruments, um die Wettbewerbschancen anzugleichen. Als solches Instrument kennen drei der untersuchten Länder Risikostrukturausgleiche. Derartige Instrumente können innerhalb des öffentlichen Systems wirken wie in Deutschland und den Niederlanden. Wo auch private Versicherer sich am Wettbewerb um Pflichtversicherte beteiligen, werden auch sie in den Mechanismus zur Rettung der Solidarität einbezogen, so in der Krankenversicherung der Schweiz und in der deutschen Pflegeversicherung. Auch in den Niederlanden müssen Privatversicherer untereinander und im Verhältnis zu den öffentlichen Kassen Ausgleichszahlungen leisten. Eine ähnliche Funktion hat die Abgabe, die in Frankreich von den öffentlichen wie privaten Zusatzversicherern zum Ausgleich für die Belastungen durch die beitragsfreie Zusatzversicherung der Niedrigverdiener entrichtet werden muss.

### 3. Öffentliche Träger versus private Unternehmen<sup>11</sup>

Sozialversicherung als Zwangsveranstaltung zum Schutze Schutzbedürftiger und zur Erzwingung sozialen Ausgleichs wird typischerweise von juristischen Personen des öffentlichen Rechts durchgeführt, denen die Handlungsformen des öffentlichen Rechts, insbesondere das Instrument des Verwaltungsaktes, zu Gebote stehen. Träger der Privatversicherung sind regelmässig juristische Personen des Privatrechts ohne hoheitliche Instrumente.

Auch hinsichtlich dieser formalen Ausprägungen von Freiheit und Zwang, von Solidarität und Privatnützigkeit lassen sich Modifikationen der Dichotomie ausmachen.

Wo Versicherer privater Rechtsform in die Pflichtversicherung einbezogen sind, nähern sie sich in ihrer Erscheinungsform den öffentlichen Versicherern an. Dies zeigt sich sehr deutlich an der Schweiz. Bereits nach

---

<sup>11</sup> Hierzu WANNAGAT, a. a. O. (Fn. 8), 30.

dem früheren Recht hatten sich dort gewisse privatrechtlich verfasste Versicherer «anerkennen» lassen können, um an der Versicherung der Versicherungspflichtigen mitwirken zu können. Die Anerkennung verschaffte ihnen das Recht, hoheitlich zu handeln. Auch die mit der jüngsten Reform geschaffene Möglichkeit privater Versicherer, ohne staatliche Anerkennung die Pflichtversicherung durchzuführen, geht mit der Befugnis zu hoheitlichem Handeln einher. Für Deutschland ist darauf hinzuweisen, dass für Rechtsstreitigkeiten um die private Pflegeversicherung die Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit angenommen wird, deren Domäne an sich das öffentliche Recht ist.

Hingegen färbt es auf die öffentlichen Kassen ab, wenn im Krankenversicherungsgeschäft private Versicherer eine grosse Rolle spielen. Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang die Niederlande, wo es zu einer engen Kooperation privater und öffentlicher Versicherer unter einem gemeinsamen Dachverband gekommen ist. In Deutschland wurden vor einigen Jahren die Binnenstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen dahingehend reformiert, dass kleinere und handlungsfähigere Organe nach dem Vorbild des Aktienrechts eingeführt wurden. In der Schweiz schliessen die öffentlichen Kassen im Bereich der Zusatzversicherung gar Versicherungsverträge nach privatem Recht.

#### *4. Kostenerstattung versus Sachleistung*

Bisweilen wird das sog. Sachleistungsprinzip als «übernormatives Grundprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung» angesehen<sup>12</sup>, dem dann das Kostenerstattungsprinzip als Grundprinzip privater Krankenversicherung gegenüber zu stellen wäre. Die rechtsvergleichende Betrachtung zeigt, dass diese Dichotomie so übernormativ nicht ist, denn die soziale Krankenversicherung in Frankreich und in der Schweiz arbeitet seit jeher nach dem Kostenerstattungsprinzip. Wie dem auch sei, Konvergenz ist auch im Verhältnis dieser beiden Prinzipien auszumachen. Wo in der sozialen Krankenversicherung das Sachleistungsprinzip herrscht, gibt es Tendenzen, dem Kostenbewusstsein der Versicherten durch die begrenzte Einführung des Kostenerstattungsprinzips auf die Sprünge zu helfen. So wurde freiwillig Versicherten in Deutschland eine entsprechende Wahlmöglichkeit eingeräumt, die allerdings inzwischen wieder abgeschafft wurde. Indessen schätzen die Versicherten offenbar das Kostenerstattungsprinzip umso we-

---

<sup>12</sup> So das deutsche Bundessozialgericht, BSGE 69 170 (173).

niger, je höher die vorzuschliessenden Honorare ausfallen. Dementsprechend neigen Kostenerstattungssysteme dazu, auf den Weg der Direktabrechnung der Versicherer mit den Leistungserbringern überzugehen. So gestattet das Gesetz in der Schweiz Verträge zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern, die eine unmittelbare Abrechnung ermöglichen. In Frankreich sind die Zusatzversicherer auch deshalb beliebt, weil sie gerade diese Abrechnungsweise ihren Versicherten anbieten. Im Übrigen gehen auch private Versicherungsunternehmen zunehmend dazu über, vor allem über stationäre Behandlung unmittelbar mit dem Rechnungssteller abzurechnen.

## V. Abschluss und Ausblick

Die Rede vom Privatversicherungs-Modell der Schweiz hat sich als nur bedingt zutreffend erwiesen. Richtig ist, dass das Geschäftsfeld der privaten Krankenversicherung in der Schweiz im internationalen Vergleich überaus ausgedehnt ist. Diese Redeweise unterschlägt freilich den Befund der Konvergenz und damit auch, dass die private Versicherung sich stark «veröffentliche», wenn sie in dieser Weise dem Sozialstaat dienstbar wird.

Hinzuweisen bleibt abschliessend auf die europäischen, die europarechtlichen Implikationen des besagten Befundes: Vom Europarecht erhält der Impuls zur Konvergenz deutlich Anschub, und zwar in doppelter Hinsicht. Was die substitutive private Krankenversicherung angeht, so hat die Dritte Schadenversicherungsrichtlinie der Europäischen Gemeinschaft bereits 1992 das Recht der Mitgliedstaaten anerkannt, die private Krankenversicherung auf einen Schutz der Versicherten zu verpflichten, der dem Schutz der öffentlichen Systeme gleichkommt<sup>13</sup>. Dagegen wird sich die öffentliche Krankenversicherung zunehmend mit dem Europäischen Wettbewerbsrecht konfrontiert sehen. Vor allem dort, wo öffentliche Kassen in Konkurrenz zur Privatversicherung auch komplementäre Sicherung anbieten, werden Wettbewerbsvorteile der öffentlichen «Unternehmen» wie etwa unentgeltliche Nutzung der Verwaltung der Pflichtversicherung oder steuerliche Bevorzugung der Prämien künftig kaum Bestand haben können<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Richtlinie 92/49/EWG des Rates vom 18. 6. 1992 (Dritte Richtlinie Schadenversicherung), ABl. EG v. 11. 8. 1992, Nr. L 228, 1 ff.; hierzu HEINZE, ZVersWiss, 1996, 281 (293 ff.).

<sup>14</sup> Vgl. erneut HEINZE, ebd., 296 ff. unter Bezugnahme auf EuGH, Urteil v. 16. 11. 1995, Rs. C – 244/94 (Fédération française des sociétés d'assurance u. a. / Ministère de l'Agriculture et de la Pêche), Slg. 1995, I – 4013.