

Geschäftsverzeichnissnr. 5016
Urteil Nr. 166/2011 vom 10. November 2011

URTEIL

In Sachen: Klage auf teilweise Nichtigerklärung des Gesetzes vom 21. Januar 2010 zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag hinsichtlich der Restschuldversicherung für Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko, erhoben von der « Beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen Assuralia ».

Der Verfassungsgerichtshof,

zusammengesetzt aus dem Vorsitzenden M. Bossuyt, dem Richter und stellvertretenden Vorsitzenden J.-P. Snappe, und den Richtern E. De Groot, L. Lavrysen, A. Alen, J.-P. Moerman, E. Derycke, J. Spreutels, P. Nihoul und F. Daoût, unter Assistenz des Kanzlers P.-Y. Dutilleux, unter dem Vorsitz des Vorsitzenden M. Bossuyt,

verkündet nach Beratung folgendes Urteil:

*

* *

I. *Gegenstand der Klage und Verfahren*

Mit einer Klageschrift, die dem Hof mit am 29. Juli 2010 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 9. August 2010 in der Kanzlei eingegangen ist, erhob die «Beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen Assuralia», mit Sitz in 1000 Brüssel, de Meeûsquare 29, Klage auf Nichtigerklärung der Artikel 3 bis 6, 8, 10, 11 und 14 bis 16 des Gesetzes vom 21. Januar 2010 zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag hinsichtlich der Restschuldversicherung für Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko (veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 3. Februar 2010, zweite Ausgabe).

Schriftsätze und Gegenerwiderungsschriftsätze würden eingereicht von

- dem Ministerrat,
- der VoG «Belgische Verbruikersunie Test-Aankoop», mit Vereinigungssitz in 1060 Brüssel, Hollandstraat 13.

Die klagende Partei hat einen Erwiderungsschriftsatz eingereicht.

Auf der öffentlichen Sitzung vom 7. Juli 2011

- erschienen
- . RA B. Martel und RA J. Bocken *loco* RÄin K. Leus, in Brüssel zugelassen, für die klagende Partei,
- . RA F. Krenc, in Brüssel zugelassen, für die VoG «Belgische Verbruikersunie Test-Aankoop»,
- . RA J. De Bock und RÄin V. De Schepper, in Brüssel zugelassen, für den Ministerrat,
- haben die referierenden Richter E. De Groot und J. Spreutels Bericht erstattet,
- wurden die vorgenannten Rechtsanwälte angehört,
- wurde die Rechtssache zur Beratung gestellt.

Die Vorschriften des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof, die sich auf das Verfahren und den Sprachgebrauch beziehen, wurden zur Anwendung gebracht.

II. *In rechtlicher Beziehung*

(...)

In Bezug auf die angefochtenen Bestimmungen

B.1. Die klagende Partei beantragt die Nichtigerklärung der Artikel 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 14, 15 und 16 des Gesetzes vom 21. Januar 2010 zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag hinsichtlich der Restschuldversicherung für Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko.

B.2.1. Kapitel V von Titel III (« Personenversicherungen » des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag, eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, enthält « besondere Bestimmungen für bestimmte Versicherungsverträge, die die Rückzahlung des Kapitals eines Kredits garantieren ».

Die angefochtenen Artikel 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 14 und 15 des Gesetzes vom 21. Januar 2010 fügen mehrere Artikel in dieses Kapitel V ein.

B.2.2. Artikel 138^{ter}-1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, eingefügt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, bestimmt:

« Einführung eines Verhaltenskodex und eines medizinischen Standardfragebogens

§ 1. Der durch das Gesetz vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen eingesetzte Versicherungsausschuss wird damit beauftragt, innerhalb sechs Monaten ab Veröffentlichung im *Belgischen Staatsblatt* des Gesetzes vom 21. Januar 2010 zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag hinsichtlich der Restschuldversicherung für Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko einen Verhaltenskodex auszuarbeiten, in dem festzulegen ist:

1. in welchen Fällen und für welche Kreditarten beziehungsweise welche versicherten Beträge ein medizinischer Standardfragebogen auszufüllen ist,

2. worauf sich der medizinische Standardfragebogen bezieht, wobei er unter Einhaltung des Gesetzes vom 8. Dezember 1992 über den Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten und von Artikel 8 der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950 zu erstellen ist,

3. wie Versicherer bei ihrer Entscheidung über die Gewährung der Versicherung und bei der Festlegung der Prämie dem Fragebogen Rechnung tragen,

4. in welchen Fällen Versicherer von Versicherungsbewerbern eine zusätzliche ärztliche Untersuchung verlangen dürfen, worauf sich diese Untersuchung bezieht und dass Versicherungsbewerber ein Recht auf Mitteilung der Ergebnisse dieser Untersuchung haben,

5. in welcher Frist Versicherer ihre Entscheidung über einen Versicherungsantrag Versicherungsbewerbern mitteilen müssen, wobei die Gesamtbearbeitungsdauer für Immobiliendarlehensanträge bei Kreditinstituten und Versicherern fünf Wochen ab Eingang der vollständigen Akte nicht überschreiten darf,

6. wie Kreditinstitute bei der Kreditvergabe ebenfalls andere Garantien als die Restschuldversicherung berücksichtigen,

7. unter welchen Bedingungen Versicherungsbewerber, denen der Zugang zu einer Restschuldversicherung verweigert wird, sich an das in Artikel 138ter-6 § 1 erwähnte Tarifierungsbegleitbüro wenden können,

8. dass Versicherungsunternehmen und Kreditinstitute weitgehend und verständlich über das Bestehen dieses Restschuldversicherungsmechanismus für Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko informieren müssen,

9. welche zivilrechtlichen Sanktionen bei Nichteinhaltung des Verhaltenskodex auferlegt werden.

Der Verhaltenskodex kann erst in Kraft treten, nachdem die Stellungnahme des Ausschusses für den Schutz des Privatlebens eingeholt worden ist.

In den unter Absatz 1 Nr. 7 erwähnten Bedingungen wird unter anderem bestimmt, nach wie vielen Verweigerungen seitens Versicherungsunternehmen ein Versicherungsbewerber sich an das Tarifierungsbegleitbüro wenden kann und ab welcher Höhe Prämienvorschläge einer Versicherungsverweigerung gleichgesetzt werden.

§ 2. Gelingt es dem Versicherungsausschuss nicht, innerhalb der in § 1 erwähnten Frist einen Verhaltenskodex auszuarbeiten, legt der König auf gemeinsamen Vorschlag der für Versicherungen und für Volksgesundheit zuständigen Minister und nach Stellungnahme des Ausschusses für den Schutz des Privatlebens einen Verhaltenskodex fest.

§ 3. Mangels Verhaltenskodex wie in § 1 erwähnt kann der König die Verwendung von medizinischen Fragebogen regeln oder verbieten.

Der König kann Fragen zum Gesundheitszustand von Versicherten festlegen, umformulieren oder verbieten. Er kann die Tragweite einer Frage in der Zeit beschränken.

Der König kann die Versicherungssumme festlegen, unter der nur der medizinische Fragebogen verwendet werden darf ».

B.2.3. Artikel 138^{ter}-2 desselben Gesetzes, eingefügt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, bestimmt:

«Ein Versicherer, der einem Versicherungsnehmer eine Prämie vorschlägt, muss diese Prämie in eine Basisprämie und eine aufgrund des Gesundheitszustands des Versicherten angerechnete Zusatzprämie unterteilen.

Beschließt ein Versicherer, die Versicherung zu verweigern oder ihre Gewährung aufzuschieben, bestimmte Risiken von der Deckung auszuschließen oder eine Zusatzprämie aufzuerlegen, so muss er den Versicherungsbewerber schriftlich auf deutliche und ausdrückliche Weise davon in Kenntnis setzen, wobei er die Gründe für seine Entscheidung mitteilt. Im selben Brief wird der Versicherungsbewerber darüber informiert, dass er unmittelbar oder über einen Arzt seiner Wahl den Arzt des Versicherers schriftlich kontaktieren kann, um die medizinischen Gründe zu erfahren, auf die der Versicherer seine Entscheidung gestützt hat. Weiter weist der Versicherer in diesem Brief unter Angabe der entsprechenden Kontaktinformationen auf das Bestehen des Tarifierungsbüros und des Schlichtungsorgans im Bereich der Restschuldversicherung hin.

Der Versicherer gibt an, ob die vorgeschlagene Prämie für die Anwendung des Solidaritätsmechanismus durch die in Artikel 138^{ter}-9 erwähnte Ausgleichskasse in Frage kommt ».

B.2.4. Artikel 138^{ter}-3 desselben Gesetzes, eingefügt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, bestimmt:

«Ein Versicherungsnehmer, der mit der vorgeschlagenen Prämie nicht einverstanden ist, teilt dies dem Versicherer mit. Der Versicherer leitet die gesamte Akte unverzüglich an den Rückversicherer weiter mit der Bitte um Neubewertung.

Der Rückversicherer entscheidet auf der alleinigen Grundlage der übermittelten Akte. Ein unmittelbarer Kontakt zwischen Rückversicherer einerseits und Versicherungsnehmer, Versichertem beziehungsweise behandelndem Arzt ist untersagt ».

B.2.5. Artikel 138^{ter}-4 desselben Gesetzes, eingefügt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, bestimmt:

«Entscheidet der Rückversicherer, eine tiefere Zusatzprämie als die ursprünglich vom Versicherer festgelegte Zusatzprämie anzuwenden, passt der Versicherer seinen Versicherungsvorschlag dementsprechend an.

Im gegenteiligen Fall bestätigt der Versicherer seinen ursprünglichen Vorschlag ».

B.2.6. Artikel 138^{ter}-6 desselben Gesetzes, eingefügt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, bestimmt:

« § 1. Der König richtet ein Tarifierungsbegleitbüro ein, das beauftragt ist, auf Antrag der zuerst handelnden Partei Zusatzprämienvorschläge zu untersuchen.

§ 2. Das Tarifierungsbegleitbüro setzt sich zusammen aus zwei Mitgliedern, die die Versicherungsunternehmen vertreten, einem Mitglied, das die Verbraucher vertritt, und einem Mitglied, das die Patienten vertritt. Die Mitglieder werden vom König für einen Zeitraum von sechs Jahren ernannt.

Sie werden aus einer Liste mit je zwei Kandidaten gewählt, die von den Berufsvereinigungen der Versicherungsunternehmen und von den Vereinigungen, die die Interessen der Verbraucher und der Patienten vertreten, vorgelegt wird.

Ein unabhängiger Magistrat führt den Vorsitz des Tarifierungsbegleitbüros; er wird vom König für einen Zeitraum von sechs Jahren ernannt.

Der König legt die Entschädigungen fest, auf die der Präsident und die Mitglieder des Tarifierungsbegleitbüros ein Anrecht haben, und die Entschädigung von Sachverständigen.

Für jedes Mitglied bestimmt der König ebenfalls ein Ersatzmitglied. Ersatzmitglieder werden wie ordentliche Mitglieder gewählt.

Die für Versicherungen und für Volksgesundheit zuständigen Minister können einen Beobachter in das Büro entsenden.

Das Tarifierungsbegleitbüro kann Sachverständige heranziehen; diese haben kein Stimmrecht.

§ 3. Das Tarifierungsbegleitbüro überprüft, ob vorgeschlagene Zusatzprämien in medizinischer und versicherungstechnischer Hinsicht objektiv und angemessen sind.

Das Büro kann unmittelbar vom Versicherungsbewerber, vom Versicherungsombudsmann oder von einem Büromitglied herangezogen werden.

Es macht innerhalb fünfzehn Werktagen ab Eingang der Akte einen zwingenden Vorschlag ».

B.2.7. Artikel 138^{ter}-8 desselben Gesetzes, eingefügt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, bestimmt:

«Zugang zu den Versicherungen zu den vom Tarifierungsbegleitbüro vorgeschlagenen Bedingungen

§ 1. Das Tarifierungsbegleitbüro legt Bedingungen und Prämien fest, zu denen ein Versicherungsbewerber Zugang zu einer Lebensversicherung oder gegebenenfalls zu einer

Invalidenversicherung als Garantie für einen Hypothekarkredit, einen Verbraucherkredit oder einen Berufskredit hat.

Das Büro überprüft seine Zugangsbedingungen und Prämien alle zwei Jahre unter Berücksichtigung der neuesten wissenschaftlichen Daten in Bezug auf Entwicklung des Todesfallrisikos oder gegebenenfalls des Invaliditätsrisikos und auf Wahrscheinlichkeit einer Verschlechterung der Gesundheit von Personen mit erhöhtem Risiko infolge ihres Gesundheitszustands.

§ 2. Ein Versicherer, der einen Versicherungsbewerber ablehnt oder eine Prämie oder eine Franchise vorschlägt, die über der Prämie oder Franchise liegt, die aufgrund der vom Tarifierungsbegleitbüro vorgeschlagenen Tarifbedingungen anwendbar ist, teilt dem Versicherungsbewerber aus eigener Initiative Zugangsbedingungen und Tarife mit, die vom Tarifierungsbegleitbüro vorgeschlagen werden, und informiert ihn darüber, dass er sich eventuell an einen anderen Versicherer wenden kann.

Der Versicherer teilt schriftlich auf deutliche, ausdrückliche und unzweideutige Weise mit, aus welchen Gründen die Versicherung verweigert wird oder warum eine Zusatzprämie oder eine erhöhte Franchise vorgeschlagen wird und wie diese zusammengesetzt ist ».

B.2.8. Artikel 138^{ter}-9 desselben Gesetzes, eingefügt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, bestimmt:

« § 1. Der König erteilt unter den von Ihm bestimmten Bedingungen die Zulassung für eine Ausgleichskasse, die die Aufteilung der Last der Zusatzprämien als Auftrag hat.

§ 2. Der König billigt die Satzung und regelt die Kontrolle über die Tätigkeiten der Ausgleichskasse. Er gibt an, welche Akte im *Belgischen Staatsblatt* zu veröffentlichen sind. Wenn nötig richtet der König die Ausgleichskasse ein.

§ 3. Versicherer, die Lebensversicherungen als Garantie für Hypothekarkredite anbieten, und Hypothekarkreditgeber sind gesamtschuldnerisch verpflichtet, an die Ausgleichskasse die zur Erfüllung deren Auftrags und zur Bestreitung der Betriebskosten erforderlichen Zahlungen zu tätigen.

Wenn die Ausgleichskasse vom König eingerichtet wird, werden die Regeln für die Berechnung der von den Versicherern und den Hypothekarkreditgebern zu tätigen Zahlungen jedes Jahr durch Königlichen Erlass festgelegt.

§ 4. Die Zulassung wird entzogen, wenn die Ausgleichskasse nicht gemäß den Gesetzen, den Verordnungen oder ihrer Satzung handelt.

In diesem Fall kann der König jegliche Maßnahmen ergreifen, die dazu geeignet sind, die Rechte der Versicherungsnehmer, der Versicherten und der Geschädigten zu wahren.

Die Ausgleichskasse bleibt während der Liquidation kontrollpflichtig.

Der König ernennt für diese Liquidation einen besonderen Liquidator ».

B.2.9. Artikel 138^{ter}-12 desselben Gesetzes, eingefügt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, bestimmt:

« Ein Versicherer, der eine Zusatzprämie anrechnet, die über einem in einem Prozentsatz der Basisprämie ausgedrückten Schwellenwert liegt, muss die Beteiligung der Ausgleichskasse beantragen.

Die Ausgleichskasse muss den Teil der Zusatzprämie zahlen, der über diesem Schwellenwert liegt, wobei die Zusatzprämie jedoch nicht über einem in einem Prozentsatz der Basisprämie ausgedrückten Höchstbetrag liegen darf.

Die Basisprämie ist mit der tiefsten Prämie gleichgesetzt, die von dem Versicherungsunternehmen für eine Person gleichen Alters vorgeschlagen wird.

Der König legt im Hinblick auf eine notwendige Solidarität den betreffenden Versicherungsnehmern gegenüber diesen Schwellenwert und diesen Höchstbetrag fest, wobei dieser Schwellenwert jedoch nicht über 200 Prozent der Basisprämie liegen darf. Die in Artikel 138^{ter}-7 erwähnte Beurteilung betrifft ebenfalls diesen Punkt.

Auf Antrag der Ausgleichskasse stellt der Versicherer eine Abschrift der Versicherungsakte zur Verfügung. Gegebenenfalls gibt er erforderliche Erläuterungen ».

B.2.10. Artikel 138^{ter}-13 desselben Gesetzes, eingefügt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, bestimmt:

« Die Artikel 138^{ter}-1 bis 138^{ter}-12 gelten für Versicherungsverträge, die die Rückzahlung des Kapitals eines Hypothekarkredits garantieren, der im Hinblick auf Umbau oder Erwerb der eigenen und einzigen Wohnung des Versicherungsnehmers aufgenommen wird.

Der König kann den Anwendungsbereich dieser Artikel auf andere Versicherungsverträge ausdehnen, die die Rückzahlung des Kapitals eines Kredits garantieren ».

B.3. In der durch Artikel 16 des Gesetzes vom 21. Januar 2010 abgeänderten Fassung bestimmt Artikel 139 § 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag:

« *Strafbestimmungen*

§ 1. Mit einer Gefängnisstrafe von einem Monat bis zu fünf Jahren und mit einer Geldbuße von 1.000 bis zu 10.000 EUR oder mit nur einer dieser Strafen wird belegt:

[...]

3. wer als Versicherer oder Beauftragter eines Versicherers den in Artikel 138^{ter}-1 vorgesehenen Verhaltenskodex oder an dessen Stelle tretende, in den Artikeln 138^{ter}-2 bis

138ter-6 vorgesehene gesetzliche Bestimmungen nicht einhält. Die Nichteinhaltung des Verhaltenskodex durch einen Versicherer oder seinen Angestellten gilt als unlautere Handelspraktik im Sinne von Kapitel VII Abschnitt 4 des Gesetzes vom 14. Juli 1991 über die Handelspraktiken sowie die Aufklärung und den Schutz der Verbraucher. Diese Verstöße werden ermittelt, festgestellt und verfolgt gemäß den Regeln, die in den Rechtsvorschriften über die Handelspraktiken vorgesehen sind. Die in diesen Rechtsvorschriften vorgesehenen Regeln über Verwarnungsverfahren, Vergleichsregelung und Unterlassungsklage sind ebenfalls anwendbar ».

B.4. Artikel 138ter-1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 ist an dem Tag in Kraft getreten, an dem das Gesetz vom 21. Januar 2010 im *Belgischen Staatsblatt* veröffentlicht wurde, das heißt am 3. Februar 2010 (Artikel 18 Absatz 2 des Gesetzes vom 21. Januar 2010).

Das Datum des Inkrafttretens der anderen vorerwähnten Bestimmungen sollte vom König innerhalb einer Frist von zwölf Monaten ab dem Tag dieser Veröffentlichung festgelegt werden (Artikel 18 Absatz 1 dieses Gesetzes). In Ermangelung einer Entscheidung in diesem Sinne sind sie noch nicht in Kraft getreten.

B.5.1. Aus den Vorarbeiten geht hervor, dass das Gesetz vom 21. Januar 2010 als ein Rahmengesetz betrachtet wurde (*Parl. Dok.*, Kammer, 2009-2010, DOC 52-1977/008, S. 3).

B.5.2. Der Gesetzgeber wollte zunächst dem Versicherungssektor sowie den Verbraucher- und Patientenorganisationen die Möglichkeit bieten, gemeinsam eine Lösung für die Problematik des Zugangs von Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko zu Restschuldversicherungen auszuarbeiten (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1977/001, SS. 5-6).

Der durch das Gesetz vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen eingesetzte Versicherungsausschuss wurde in diesem Zusammenhang damit beauftragt, vor dem 3. August 2010 einen Verhaltenskodex auszuarbeiten, in dem bestimmte Angelegenheiten geregelt werden sollten (Artikel 138ter-1 § 1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 in Verbindung mit Artikel 18 Absatz 2 des Gesetzes vom 21. Januar 2010).

B.5.3. Es ist dem Versicherungsausschuss jedoch nicht gelungen, innerhalb dieser Frist einen Verhaltenskodex auszuarbeiten.

Daher ersetzen die « gesetzlichen Bestimmungen » diesen Verhaltenskodex (*Ann.*, Kammer, 3. Dezember 2009, S. 57). Aus Artikel 139 § 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 geht nämlich hervor, dass « in den Artikeln 138ter-2 bis 138ter-6 vorgesehene gesetzliche Bestimmungen » an die Stelle der vom Versicherungsausschuss auszuarbeitenden

Verhaltenskodex treten, wenn es diesem Ausschuss nicht gelingt, den Verhaltenskodex festzulegen.

B.6. Mehrere Bestimmungen, die durch das Gesetz vom 21. Januar 2010 eingefügt wurden, erteilen dem König Aufträge im Hinblick auf die Regelung von notwendigen weiteren Ausführungsmodalitäten des Gesetzes.

Der König muss nach Stellungnahme des Ausschusses für den Schutz des Privatlebens den in Artikel 138^{ter}-1 § 1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 vorgesehenen Verhaltenskodex festlegen, wenn dem Versicherungsausschuss dies nicht gelungen ist, und kann in Ermangelung eines solchen Verhaltenskodexes unter anderem bereits die Verwendung von medizinischen Fragebogen regeln oder verbieten und die Versicherungssumme festlegen, unter der nur der medizinische Fragebogen verwendet werden darf (Artikel 138^{ter}-1 §§ 2 und 3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992). Er muss ein Tarifierungsbüro einrichten, dessen Mitglieder ernennen und die Entschädigungen, auf die sie ein Anrecht haben, festlegen (Artikel 138^{ter}-6 desselben Gesetzes). Er muss unter den von Ihm bestimmten Bedingungen die Zulassung für eine Ausgleichskasse erteilen und deren Kontrolle regeln oder aber eine solche Ausgleichskasse selbst einrichten (Artikel 138^{ter}-9 desselben Gesetzes). Schließlich muss Er den in Artikel 138^{ter}-12 desselben Gesetzes vorgesehenen Schwellenwert sowie den darin vorgesehenen Höchstbetrag festlegen.

Der König hat noch keine Erlasse zur Ausführung dieser Bestimmungen ergehen lassen.

In Bezug auf die Zulässigkeit ratione temporis der Klage

B.7.1. Die VoG « Belgische Verbruikersunie Test-Aankoop » führt an, dass die Klage zu spät eingereicht worden sei, weil sie erst am 9. August 2010 in der Kanzlei des Hofes eingegangen sei.

B.7.2. Gemäß Artikel 3 § 1 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof ist eine Klage auf Nichtigerklärung einer Gesetzesbestimmung nur zulässig, wenn sie innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach der Veröffentlichung der angefochtenen Bestimmung im *Belgischen Staatsblatt* eingereicht wird.

Gemäß dem ersten und letzten Absatz von Artikel 82 des vorerwähnten Sondergesetzes wird eine Klageschrift, die eine solche Klage enthält, durch einen bei der Post aufgegebenen Einschreibebrief dem Hof zugesandt und hat das Postdatum Beweiskraft für die Versendung.

B.7.3. Bei der Beurteilung der Zulässigkeit *ratione temporis* einer Klage ist das Datum des Poststempels auf dem Einschreibebrief mit der Klageschrift zu berücksichtigen, das heißt im vorliegenden Fall der 29. Juli 2010, und nicht das Datum, an dem die Klageschrift in der Kanzlei des Hofes eingeht.

Da das angefochtene Gesetz im *Belgischen Staatsblatt* vom 3. Februar 2010 (zweite Ausgabe) veröffentlicht und die Klageschrift am 29. Juli 2010 verschickt worden ist, ist die Klage nicht verspätet eingereicht worden.

Die Einrede wird abgewiesen.

In Bezug auf das Interesse der klagenden Partei

B.8.1. Nach Darlegung des Ministerrates habe die klagende Partei kein Interesse an der Nichtigerklärung der angefochtenen Bestimmungen, zunächst weil diese Bestimmungen auf Vorschläge zurückzuführen seien, die die klagende Partei im Rahmen des Zustandekommens des angefochtenen Gesetzes gemacht habe, zweitens, weil die klagende Partei dadurch, dass sie im Versicherungsausschuss vertreten sei, die Möglichkeit gehabt habe, an der Ausarbeitung des im angefochtenen Artikel 3 erwähnten Verhaltenskodexes mitzuarbeiten, und drittens, weil das angefochtene Gesetz in Ermangelung von Ausführungserlassen noch nicht in Kraft sei.

B.8.2. Die klagende Partei ist ein anerkannter Berufsverband, der die Interessen der Versicherungsunternehmen vertritt und aufgrund des Gesetzes vom 31. März 1898 über die Berufsverbände die erforderliche Eigenschaft besitzt, um Bestimmungen anzufechten, die sich unmittelbar und in ungünstigem Sinne auf die Interessen seiner Mitglieder auswirken.

Da die angefochtenen Bestimmungen die Freiheit der Versicherer hinsichtlich des Organisierens ihrer Tätigkeiten einschränken (Artikel 3, 4, 5, 6, 8, 10, 14 und 15), die Versicherer verpflichten, in eine Ausgleichskasse einzuzahlen (Artikel 11) und mit der Nichteinhaltung bestimmter Verpflichtungen Sanktionen verbinden (Artikel 16), können sich diese Bestimmungen unmittelbar und in ungünstigem Sinne auf die Situation der Mitglieder der klagenden Partei auswirken.

B.8.3. Der bloße Umstand, dass bestimmte Aspekte der angefochtenen Bestimmungen auf Vorschläge zurückgehen würden, die durch die klagende Partei im Rahmen des Zustandekommens des Gesetzes gemacht worden seien, kann ihr grundsätzlich nicht ihr

Interesse an der Klageerhebung entziehen. Dies gilt umso mehr, wenn diese Bestimmungen - wie im vorliegenden Fall - zu einer Regelung führen, die insgesamt betrachtet nur teilweise und in abgeänderter Form den Vorschlägen der klagenden Partei entspricht.

B.8.4. Der Umstand, dass das angefochtene Gesetz in Ermangelung von Ausführungserlassen noch nicht in Kraft ist, kann der klagenden Partei ebenfalls nicht ihr Interesse an der Klageerhebung entziehen. Dies anders zu beurteilen, würde nämlich bedeuten, dass der Gesetzgeber und der König Nichtigkeitsklagen verhindern könnten, indem sie die Gesetze erst nach Ablauf der Frist, in der solche Klagen eingereicht werden können, in Kraft treten lassen würden.

B.8.5. Der Umstand, dass die klagende Partei, die im Versicherungsausschuss vertreten ist, gemäß Artikel 138ter-1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 die Möglichkeit hatte, an der Ausarbeitung des Verhaltenskodexes mitzuarbeiten, kann ihr ebenfalls nicht das Interesse an der Klageerhebung gegen die angefochtenen Bestimmungen entziehen. Da der Versicherungsausschuss aus mehreren Mitgliedern zusammengesetzt ist, befindet sich die klagende Partei in diesem Ausschuss nicht in einer Position, die es ihr mit Sicherheit erlaubt, ihre Vorstellungen von dem betreffenden Verhaltenskodex uneingeschränkt zu verwirklichen. Im Übrigen bezieht sich die eingereichte Klage nicht nur auf Bestimmungen, die den Verhaltenskodex betreffen.

B.8.6. Wie in B.5.2 und B.5.3 in Erinnerung gerufen wurde, ist es dem Versicherungsausschuss nicht gelungen, einen Verhaltenskodex innerhalb der ihm hierzu erteilten Frist auszuarbeiten, so dass dieser Kodex vom König festgelegt werden muss.

Die klagende Partei hat folglich kein Interesse mehr an der Nichtigklärung des angefochtenen Artikels 3, insofern dieser vorsieht, dass der Versicherungsausschuss mit der Ausarbeitung eines Verhaltenskodexes beauftragt wird.

Im Übrigen weist die klagende Partei das erforderliche Interesse nach.

Zur Hauptsache

In Bezug auf den ersten Klagegrund

B.9. Im ersten Klagegrund führt die klagende Partei an, die Artikel 138ter-1, 138ter-2, 138ter-3, 138ter-4, 138ter-6, 138ter-8, 138ter-9, 138ter-12, 138ter-13 und 139 § 1 Nr. 3 des

Gesetzes vom 25. Juni 1992, eingefügt durch die Artikel 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 14, 15 und 16 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, verstießen gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung, gegebenenfalls in Verbindung mit der Handels- und Gewerbefreiheit und mit dem allgemeinen Grundsatz der Vertragsfreiheit.

B.10. Die Handels- und Gewerbefreiheit kann nicht als eine absolute Freiheit angesehen werden. Sie verhindert nicht, dass das Gesetz die Wirtschaftstätigkeit von Personen und Unternehmen regelt. Gegen sie würde nur verstoßen, wenn sie ohne irgendeine Notwendigkeit und auf eine Weise, die eindeutig nicht im Verhältnis zur Zielsetzung stünde, eingeschränkt würde. Das Gleiche gilt für die Vertragsfreiheit, die durch die Vertragsfreiheit und sonstige Rechte anderer eingeschränkt wird, darunter das Recht, auf eine nichtdiskriminierende Weise behandelt zu werden.

B.11. Im ersten Teil des ersten Klagegrunds übt die klagende Partei Kritik an den angefochtenen Bestimmungen, weil die dadurch eingeführte Ausnahmeregelung nicht auf die Fälle begrenzt bleibe, an die der Gesetzgeber gedacht habe.

B.12.1. In den Vorarbeiten heißt es bezüglich der Zielsetzung des Gesetzgebers:

«Eine Lebensversicherung abzuschließen, ist für Menschen mit Gesundheitsproblemen nicht so einfach. Eines der größten Probleme besteht darin, dass es chronisch Kranken oder (ehemaligen) Krebspatienten immer noch schwer fällt, eine Restschuldversicherung zu erhalten. Entweder wird ihr Antrag vom Versicherer einfach abgelehnt, oder es werden derart hohe Prämien verlangt, dass dies in der Praxis einer Ablehnung gleichkommt. Junge Krebspatienten, selbst wenn sie als geheilt betrachtet werden, erhalten nur schwer eine Restschuldversicherung und können somit auch kein Darlehen aufnehmen, um beispielsweise ein Haus zu kaufen. In den meisten Fällen wird eine solche Versicherung vom Kreditgeber als Garantie für den Hypothekarkredit verlangt. Das Gesetz über den Hypothekarkredit erlaubt dies nämlich » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1977/001, S. 3).

«Der Tätigkeitsbereich des einzusetzenden Tarifierungsbüros für Restschuldversicherungen [zu lesen ist: Tarifierungsbegleitbüro] kann auf Invalidenversicherungen, mit denen die Rückzahlung eines Kredits garantiert wird, ausgedehnt werden. Dies ist vor allem wichtig für Selbständige, bei denen wegen des niedrigen Krankengeldes die Rückzahlung eines Kredits problematisch werden kann. Es kann auch auf die Erweiterung der französischen Convention AERAS auf Invalidenversicherungen für Hypothekar- und Berufskredite verwiesen werden. Für diese etwaige Erweiterung ist eine breite gesellschaftliche Basis erwünscht [...] » (ebenda, S. 8).

«In einer ersten Phase wäre der Anwendungsbereich [des Gesetzes] genau definiert und auf die Arten von Versicherungen begrenzt, bei denen die größten Schwierigkeiten auftreten. Später soll eine Erweiterung auf andere Arten von Versicherungen in Erwägung gezogen werden können.

[...]

Nach Auffassung von Frau [...] ist eine Lösung für Versicherungsverträge, mit denen die Rückzahlung eines Wohnungskredits garantiert wird, die dringendste Angelegenheit. Sobald das Gesetz in Kraft getreten ist, kann erwogen werden, dessen Anwendungsbereich auf andere Arten von Versicherungen auszudehnen » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2009-2010, DOC 52-1977/008, S. 25).

B.12.2. Daraus ergibt sich, dass der Gesetzgeber zunächst eine Regelung für den Zugang von Personen mit Gesundheitsproblemen zu einer Restschuldversicherung für die Deckung eines Hypothekarkredits ausarbeiten wollte. Eine spätere Erweiterung des Anwendungsbereichs des Gesetzes auf andere Versicherungsverträge, mit denen die Rückzahlung des Kapitals eines Kredits gewährleistet wird, wie das Kapital eines Berufskredits oder eines Verbraucherkredits, hat der Gesetzgeber jedoch nicht ausschließen wollen.

B.12.3. Aus den Vorarbeiten geht ferner hervor, dass nicht die Absicht bestand, die Gesetzesbestimmungen zur Anwendung zu bringen, « sobald der Versicherungsbewerber auch nur das geringste Gesundheitsproblem hat » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2009-2010, DOC 52-1977/008, S. 18). Mehrfach wurde hervorgehoben, dass der Zweck des Gesetzes darin besteht, den Problemen von Personen entgegenzukommen, die chronisch krank sind, Krebspatient oder ehemaliger Krebspatient sind oder an seltenen Krankheiten leiden (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1977/001, S. 1; *Ann.*, Kammer, 3. Dezember 2009, SS. 57, 61, 63 und 65).

B.12.4. Der Gesetzgeber hatte also an die Situation von Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko infolge einer Krankheit mit einer gewissen Schwere gedacht. Er wollte eine Regelung ausarbeiten, die den Zugang solcher Personen zu Versicherungen verbessert und transparenter macht, ohne jedoch ein Recht auf Versicherung einführen zu wollen:

« Im Gegensatz zur Naturkatastrophenversicherung kann man nicht erwarten, dass in Bezug auf Restschuldversicherungen jeder ein absolutes Recht auf eine Versicherung hat. So würde beispielsweise eine Person, die weiß, dass sie nur ein oder zwei Jahre zu leben hat, das Büro in Anspruch nehmen können, um schnell ein Haus oder ein Auto auf Kredit zu kaufen, das nach ihrem Tod für die Erben bestimmt wäre. [...] »

So sind beispielsweise die stark schwankenden Überlebensraten bei Krebsdiagnose zu berücksichtigen, was aber nicht bei allen Versicherern geschieht. Es ist klar, dass im Fall ernsthafter, unheilbarer und kurzfristig tödlicher Krankheiten keine Versicherung gewährt wird » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1977/001, S. 9).

B.13.1. Gemäß Artikel 138^{ter}-13 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, eingefügt durch den angefochtenen Artikel 15, finden die Artikel 138^{ter}-1 bis 138^{ter}-12 Anwendung auf die Versicherungsverträge, mit denen die Rückzahlung des Kapitals eines Hypothekarkredits

gewährleistet wird, der für den Umbau oder den Erwerb der eigenen und einzigen Familienwohnung des Versicherungsnehmers aufgenommen wird, und kann der König den Anwendungsbereich dieser Artikel auf andere Versicherungsverträge ausdehnen, mit denen die Rückzahlung des Kapitals eines Kredits gewährleistet wird.

B.13.2. Obwohl in dieser Bestimmung nicht präzisiert wird, dass das Gesetz ausschließlich bezweckt, auf die Probleme einzugehen, auf die solche Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko infolge einer Krankheit von einer gewissen Schwere stoßen, wenn sie Zugang zu den darin erwähnten Versicherungsverträgen haben möchten, muss berücksichtigt werden, dass das Gesetz vom 21. Januar 2010, wie in B.5.1 in Erinnerung gerufen wurde, als ein Rahmengesetz betrachtet wurde, dessen Anwendungsbereich vom König noch weiter auszuarbeiten ist. In Artikel 138ter-1 § 1 Absatz 1 Nrn. 1 und 7 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 ist daher vorgeschrieben, dass im Verhaltenskodex festgelegt werden soll, « in welchen Fällen und für welche Kreditarten beziehungsweise welche versicherten Beträge ein medizinischer Standardfragebogen auszufüllen ist » (Nr. 1) und « unter welchen Bedingungen Versicherungsnehmer, denen der Zugang zu einer Restschuldversicherung verweigert wird, sich an das in Artikel 138ter-6 § 1 erwähnte Tarifierungsbüro wenden können » (Nr. 7).

Dass der Gesetzgeber ausschließlich beabsichtigt hat, den Problemen zu entsprechen, auf die Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko bei dem Zugang zu Versicherungsverträgen stoßen, geht auch aus Artikel 138ter-1 § 1 Absatz 1 Nr. 8 hervor, wonach im Verhaltenskodex festgelegt werden muss, dass Versicherungsunternehmen und Kreditinstitute über das Bestehen des gesetzlich geregelten Restschuldversicherungsmechanismus « für Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko » informieren müssen. Die Überschrift des angefochtenen Gesetzes drückt im Übrigen auch aus, dass die darin enthaltene Regelung für « Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko » vorgesehen ist.

B.13.3. Im Gegensatz zu dem, was die klagende Partei anführt, kann aus der Weise, wie der Gesetzgeber die Begriffe « Prämie », « Basisprämie » und « Zusatzprämie » in den angefochtenen Bestimmungen verwendet hat, nicht abgeleitet werden, dass der durch die Artikel 138ter-3, 138ter-4 und 138ter-6 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 eingeführte Überprüfungsmechanismus Anwendung finden würde, sobald eine Basisprämie aus irgendeinem Grund um eine Zusatzprämie erhöht wird. Die « Basisprämie » ist « mit der tiefsten Prämie gleichgesetzt, die von dem Versicherungsunternehmen für eine Person gleichen Alters vorgeschlagen wird » (Artikel 138ter-12 Absatz 3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, eingefügt durch den angefochtenen Artikel 14), während die « Zusatzprämie » den Teil der « Prämie » darstellt, der aufgrund des Gesundheitszustands des Betroffenen berechnet wird (Artikel 138ter-2 Absatz 1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, eingefügt durch den angefochtenen

Artikel 4). Unter Berücksichtigung des Vorstehenden ist unter « Gesundheitszustand » ein Gesundheitsrisiko infolge einer Krankheit von einer gewissen Schwere zu verstehen.

B.13.4. Da es dem Versicherungsausschuss nicht gelungen ist, innerhalb der in Artikel 138ter-1 § 1 Absatz 1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 angegebenen Frist einen Verhaltenskodex auszuarbeiten, obliegt es dem König, den Anwendungsbereich des Gesetzes gemäß der Zielsetzung des Gesetzgebers im Einzelnen zu bestimmen, und dem zuständigen Richter, zu prüfen, ob der König die ihm durch das Gesetz vom 21. Januar 2010 erteilte Ermächtigung entsprechend den Bestimmungen dieses Gesetzes und entsprechend der Zielsetzung des Gesetzgebers ausgeübt hat.

B.14. Der erste Teil des ersten Klagegrunds ist unbegründet.

B.15. Im zweiten Teil des ersten Klagegrunds führt die klagende Partei an, es bestehe kein vernünftiger Zusammenhang der Verhältnismäßigkeit zwischen einerseits der Zielsetzung des Gesetzgebers und andererseits der Bestimmung, in der ein Verhaltenskodex vorgesehen sei, mit dem ein medizinischer Standardfragebogen festgelegt werde (Artikel 138ter-1 § 1 Absatz 1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992), den Bestimmungen, in denen eine Möglichkeit für den Versicherungsnehmer vorgesehen sei, eine Drittentscheidung zu erhalten (Artikel 138ter-3, 138ter-4 und 138ter-6 desselben Gesetzes), und den Bestimmungen, in denen das Solidarisieren der Zahlung der Zusatzprämie vorgesehen sei (Artikel 138ter-9 und 138ter-12 desselben Gesetzes).

B.16.1. Artikel 138ter-1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 sieht die Einführung eines Verhaltenskodexes und eines medizinischen Standardfragebogens vor, dessen Inhalt in Paragraph 1 dieses Artikels im Einzelnen präzisiert wird.

In Ermangelung eines vom Versicherungsausschuss festgelegten Verhaltenskodexes obliegt es gemäß Artikel 138ter-1 § 2 dem König, nach Stellungnahme des Ausschusses für den Schutz des Privatlebens den Verhaltenskodex festzulegen. Aufgrund von Artikel 138ter-1 § 3 kann der König, wenn dieser Kodex noch nicht festgelegt wurde, bereits die Verwendung von medizinischen Fragebogen regeln oder verbieten, Fragen zum Gesundheitszustand des Versicherten festlegen, umformulieren oder verbieten, die Tragweite einer Frage in der Zeit beschränken und die Versicherungssumme festlegen, unter der der medizinische Fragebogen verwendet werden darf.

B.16.2. Die klagende Partei führt an, dass die Versicherer in den Fällen, in denen nur der medizinische Fragebogen verwendet werden dürfe und bei denen gleichzeitig festgelegt sei, auf

welche Weise die Versicherer diesen Fragebogen berücksichtigen müssten, nicht mehr selbst das Risiko beurteilen könnten, unter anderem anhand einer medizinischen Untersuchung, und abhängig davon den Betrag der Zusatzprämie bestimmen könnten. Somit würden die Handels- und Gewerbefreiheit und die Vertragsfreiheit auf unverhältnismäßige Weise beeinträchtigt. Dies wäre auch der Fall, wenn der König die Verwendung eines medizinischen Fragebogens einschränkend regele oder verbiete und Fragen festlege, umformuliere oder verbiete und deren Tragweite zeitlich begrenze.

B.16.3. In den Vorarbeiten wurde die Einführung eines Verhaltenskodexes und eines medizinischen Standardfragebogens wie folgt begründet:

«Die Einführung eines Verhaltenskodexes und die Einführung eines medizinischen Standardfragebogens entsprechen der allgemeinen Problematik der Undurchsichtigkeit medizinischer Fragebogen und Untersuchungen beim Erhalt von Personenversicherungen. In diesem Vorschlag wird für diese Problematik des Sektors der Restschuldversicherungen eine Lösung mit zwei Zielsetzungen angestrebt.

Einerseits muss ein Fragebogen ein Gleichgewicht zwischen dem Schutz des Privatlebens des Versicherungsbewerbers und der Notwendigkeit für den Versicherer, das Gesundheitsrisiko zu bestimmen, bieten. Indirekt wird der Verhaltenskodex vielleicht auch, wie in den Niederlanden, den Zugang zum Markt einfacher und durchsichtiger gestalten.

Andererseits soll ein Standardfragebogen das Funktionieren des Tarifierungsbüros für Restschuldversicherungen [zu lesen ist: Tarifierungsbegleitbüro] [...] vereinfachen, weil die Information über Gesundheitsrisiken durch alle Versicherer auf die gleiche Weise angefordert werden wird » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1977/001, S. 5).

B.16.4. Artikel 138^{ter}-1 § 3 dient dazu, « den König zu ermächtigen, eine ganze Reihe von Maßnahmen zu ergreifen, um die Tragweite der medizinischen Fragebogen für die Restschuldversicherung zu begrenzen, falls keine Einigung über einen Verhaltenskodex erzielt werden kann » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2009-2010, DOC 52-1977/008, S. 11).

B.16.5. Aus den in B.16.3 angeführten Vorarbeiten geht hervor, dass der Gesetzgeber mit dem Verhaltenskodex und dem medizinischen Standardfragebogen zunächst das Recht auf Achtung des Privatlebens der Versicherungsbewerber gewährleisten wollte. Dies wird ausdrücklich bestätigt in Artikel 138^{ter}-1 § 1 Absatz 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, wonach der Inhalt des medizinischen Standardfragebogens festgelegt werden muss « unter Einhaltung des Gesetzes vom 8. Dezember 1992 über den Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten und von Artikel 8 der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950 ».

B.16.6. Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention beinhaltet nicht nur ein Verbot von willkürlichen Einmischungen in das Privat- und Familienleben, sondern auch eine Verpflichtung für die Vertragsstaaten, die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen im Hinblick auf die Gewährleistung des tatsächlichen Genusses des Privat- und Familienlebens (siehe unter anderem EuGHMR, 26. März 1985, *X und Y* gegen Niederlande, § 23; 22. Oktober 1996, *Stubbings u.a.* gegen Vereinigtes Königreich, § 62; 24. Februar 1998, *Botta* gegen Italien, § 33; 25. Januar 2000, *Ignaccolo-Zenide* gegen Rumänien, § 94; 7. Februar 2002, *Mikulic* gegen Kroatien, § 57; 17. Juli 2003, *Craxi Nr. 2* gegen Italien, § 73). Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat aus diesem Artikel unter anderem die Verpflichtung abgeleitet, ausreichende Anstrengungen zu unternehmen im Hinblick auf die Beendigung wiederholter Verstöße gegen den Genuss des Rechtes auf Achtung des Privat- und Familienlebens (*Surugiu* gegen Rumänien vom 20. April 2004, § 68), und im Falle einer Verletzung dieses Rechtes eine tatsächliche Untersuchung über die konkreten Umstände der Angelegenheit durchzuführen und gegebenenfalls die Personen, die für bestimmte Unzulänglichkeiten verantwortlich sind, zu bestrafen (*Craxi Nr. 2* gegen Italien vom 17. Juli 2003, §§ 74 und 75).

Artikel 22 Absatz 2 der Verfassung enthält eine ähnliche positive Verpflichtung. Aus den Vorarbeiten zu diesem Artikel geht hervor, dass der Verfassungsgeber «eine möglichst weitgehende Übereinstimmung mit Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention [angestrebt hat], um jegliche Streitigkeiten über den Inhalt dieses Verfassungsartikels sowie den Inhalt von Artikel 8 der Konvention zu vermeiden» (*Parl. Dok.*, Kammer, 1993-1994, Nr. 997/5, S. 2).

B.16.7. Die Verwendung von medizinischen Fragebogen bei der Bestimmung des Versicherungsrisikos und der Versicherungsprämie stellt eine Einmischung in das Recht auf Achtung des Privatlebens von Versicherungsbewerbern dar.

Der Gesetzgeber konnte den Standpunkt vertreten, dass die Verwendung solcher Fragebogen geregelt werden musste, um zu verhindern, dass beim Abschluss eines Versicherungsvertrags Fragen gestellt würden, die nicht sachdienlich oder zu weitgehend sein würden und die somit das Recht auf Achtung des Privatlebens der Betroffenen verletzen würden. Er konnte ebenfalls den Standpunkt vertreten, dass die Forderung der Versicherer nach einer zusätzlichen medizinischen Untersuchung und das Einholen ihrer Ergebnisse neben der Anwendung eines medizinischen Fragebogens eine unverhältnismäßige Einschränkung des Rechtes auf Achtung des Privatlebens des Betroffenen darstellen können in den Fällen, in denen der versicherte Betrag begrenzt bleibt. Er konnte schließlich auf der Grundlage der sich aus dem Recht auf Achtung des Privatlebens ergebenden positiven Verpflichtung ebenfalls der

Auffassung sein, dass die Nichteinhaltung der betreffenden Vorschriften mit Sanktionen zu verbinden ist.

B.16.8. Aus den in B.16.3 angeführten Vorarbeiten geht hervor, dass der Gesetzgeber nicht nur die Bedeutung des Rechtes auf Achtung des Privatlebens des Versicherungsbewerbers anerkannt hat, sondern auch «die Notwendigkeit für den Versicherer, das Gesundheitsrisiko [...] bestimmen [zu können]».

Artikel 138*ter*-1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 kann also nicht in dem Sinne ausgelegt werden, dass der König ermächtigt wird, Maßnahmen zu ergreifen, die die Versicherer daran hindern, das Gesundheitsrisiko des Versicherungsbewerbers zu beurteilen und den Betrag der Zusatzprämie entsprechend festzulegen. Es obliegt dem zuständigen Richter, gegebenenfalls zu prüfen, ob der König die ihm durch das Gesetz vom 21. Januar 2010 erteilte Ermächtigung im Einklang mit den Bestimmungen dieses Gesetzes ausgeübt hat.

B.16.9. Artikel 138*ter*-1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 beeinträchtigt nicht auf unverhältnismäßige Weise die Handels- und Gewerbefreiheit und die Vertragsfreiheit der Versicherer.

B.16.10. Insofern er gegen Artikel 3 des Gesetzes vom 21. Januar 2010 gerichtet ist, ist der zweite Teil des ersten Klagegrunds unbegründet.

B.17.1. In den Artikeln 138*ter*-3, 138*ter*-4 und 138*ter*-6 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 ist die Möglichkeit vorgesehen, eine Zusatzprämie, die ein Versicherer einem Versicherungsbewerber vorgeschlagen hat, überprüfen zu lassen.

Artikel 138*ter*-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 bestimmt, dass ein Versicherer in dem Fall, dass der Versicherungsnehmer nicht mit der vorgeschlagenen Prämie einverstanden ist, die Akte an den Rückversicherer weiterleitet mit der Bitte um Neubewertung. Ein unmittelbarer Kontakt zwischen Rückversicherer einerseits und Versicherungsnehmer, Versichertem beziehungsweise behandelndem Arzt andererseits ist untersagt. Der Rückversicherer entscheidet auf der alleinigen Grundlage der übermittelten Akte. Artikel 138*ter*-4 desselben Gesetzes bestimmt, dass der Versicherer seinen Versicherungsvorschlag anpasst, wenn der Rückversicherer entscheidet, eine tiefere Zusatzprämie als die ursprünglich vom Versicherer festgelegte Zusatzprämie anzuwenden. Im gegenteiligen Fall bestätigt der Versicherer seinen ursprünglichen Vorschlag.

Gemäß Artikel 138^{ter}-6 desselben Gesetzes kann das Tarifierungsbegleitbüro unmittelbar vom Versicherungsnehmer, vom Versicherungsombudsmann oder von einem Büromitglied herangezogen werden, um zu überprüfen, ob die von einem Versicherer vorgeschlagene Zusatzprämie in medizinischer und versicherungstechnischer Hinsicht objektiv und angemessen ist. Das Begleitbüro macht innerhalb von fünfzehn Werktagen ab Eingang der Akte einen zwingenden Vorschlag. Das Büro setzt sich zusammen aus zwei Mitgliedern, die die Versicherungsunternehmen vertreten, einem Mitglied, das die Verbraucher vertritt, einem Mitglied, das die Patienten vertritt, und einem unabhängigen Magistrat; sie werden alle vom König für einen Zeitraum von sechs Jahren ernannt. Das Büro kann Sachverständige heranziehen; diese haben kein Stimmrecht.

B.17.2. Die klagende Partei bemängelt diese Bestimmungen, zunächst, weil ein Versicherer dazu verpflichtet sein könne, einem Versicherungsnehmer eine Restschuldversicherung anzubieten zu Bedingungen, die ihm durch einen Dritten auferlegt würden, zweitens, weil sie für den Versicherer unzureichende Garantien hinsichtlich des Rechtes auf Anhörung und der Möglichkeit zur Anfechtung der überprüften Zusatzprämie enthielten, und drittens, weil das Tarifierungsbegleitbüro nicht fähig sei, in Kenntnis der Dinge die vom Versicherer vorgeschlagene Zusatzprämie und die langfristige Rentabilität dieses Versicherers zu beurteilen.

B.17.3. In den Vorarbeiten wurden die vorerwähnten Überprüfungsmechanismen wie folgt erläutert:

« Wenn ich beispielsweise einen Antrag auf Restschuldversicherung stelle, obwohl ich ein erhöhtes Gesundheitsrisiko habe, muss der Versicherer mir seine Entscheidung innerhalb von fünfzehn Tagen mitteilen. Dabei muss er schriftlich eine Aufteilung zwischen der Basisprämie und der Zusatzprämie machen. [...] »

Durch die Aufteilung werden die Prämien transparenter. So können die Verbraucher sie besser vergleichen, und sie können prüfen, wie hoch die Zusatzprämie wegen des erhöhten Gesundheitsrisikos ist.

Der Versicherer muss jedoch mitteilen, warum eine Versicherung gegebenenfalls verweigert wird. Er muss auch mitteilen, dass der Arzt des Verbrauchers mehr Informationen bei dem Arzt des Versicherers anfordern kann, dass es ein Tarifierungsbegleitbüro gibt, dass ein Vermittlungsausschuss besteht und dass es einen Solidaritätsmechanismus geben kann.

Nach der Entscheidung kann der Verbraucher bei einem Rückversicherer eine Neubewertung beantragen. Dies ist ein nicht verpflichtender zweiter Schritt.

Als dritten Schritt kann der Verbraucher direkt oder über die Vertreter einer Patienten- oder Verbraucherorganisation oder über den Versicherungsombudsmann bei dem Begleitbüro fragen, ob die Zusatzprämie medizinisch und versicherungstechnisch gerechtfertigt ist. Er erhält also eine objektive zweite Meinung » (*Ann.*, Kammer, 3. Dezember 2009, S. 56).

B.17.4. Obwohl die angefochtenen Bestimmungen beinhalten, dass ein Versicherer die ursprünglich vorgeschlagene Zusatzprämie anpassen muss, wenn der Rückversicherer oder das Tarifierungsbegleitbüro eine Zusatzprämie vorschlagen, die niedriger ist als die ursprünglich vom Versicherer vorgeschlagene Zusatzprämie, verpflichten diese Bestimmungen den Versicherer nicht zum Vertragsschluss. Wie bereits in B.12.4 festgestellt wurde, hat der Gesetzgeber nämlich kein Recht auf eine Restschuldversicherung einführen wollen. Wenn ein Versicherer der Auffassung ist, dass es nicht wünschenswert ist, eine Restschuldversicherung unter den durch den Rückversicherer oder das Tarifierungsbegleitbüro vorgeschlagenen Bedingungen abzuschließen, behält er somit das Recht, den Versicherungsbewerber abzulehnen. Gemäß Artikel 138^{ter}-8 § 2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 muss ein Versicherer, wenn er einen Versicherungsbewerber ablehnt, diesen über die Zugangsbedingungen und Tarife, die das Tarifierungsbegleitbüro vorgeschlagen hat, informieren und ihm mitteilen, dass er sich eventuell an einen anderen Versicherer wenden kann.

B.17.5. Im Übrigen können der Rückversicherer und das Tarifierungsbegleitbüro nur dann eine niedrigere Zusatzprämie beschließen, wenn die ursprünglich vom Versicherer vorgeschlagene Zusatzprämie nicht als «in medizinischer und versicherungstechnischer Hinsicht objektiv und angemessen» angesehen werden kann, und daraus ergibt sich, dass der Gesetzgeber das Recht auf eine nichtdiskriminierende Behandlung auf Seiten des Versicherungsbewerbers betonen wollte. Daher besteht kein Grund zu der Annahme, dass die Mitglieder des Tarifierungsbegleitbüros, die sich durch Sachverständige unterstützen lassen können, nicht fähig wären, in Kenntnis der Dinge über die vorgeschlagene Zusatzprämie zu urteilen.

B.17.6. Der Umstand, dass der Versicherer nicht über ein Recht auf Anhörung bei dem Rückversicherer oder dem Tarifierungsbegleitbüro verfügt, entbehrt nicht einer vernünftigen Rechtfertigung, da die Überprüfungsverfahren bezwecken, «eine objektive zweite Meinung» auf der Grundlage der Angaben der Akte zu erhalten. Im Übrigen darf der Rückversicherer nicht Kontakt zum Versicherungsnehmer, zum Versicherten oder zum behandelnden Arzt aufnehmen. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Überprüfungsverfahren keine Verpflichtung für den Versicherer mit sich bringen, einen Vertrag zu schließen, entbehrt es ebenfalls nicht einer vernünftigen Rechtfertigung, dass die durch den Rückversicherer oder das Tarifierungsbegleitbüro vorgeschlagene Zusatzprämie durch den Versicherer nicht angefochten werden kann.

B.17.7. Die Artikel 138ter-3, 138ter-4 und 138ter-6 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 verletzen also nicht auf unverhältnismäßige Weise die Handels- und Gewerbefreiheit und die Vertragsfreiheit der Versicherer.

B.17.8. Insofern er gegen die Artikel 5, 6 und 8 des Gesetzes vom 21. Januar 2010 gerichtet ist, ist der zweite Teil des ersten Klagegrunds unbegründet.

B.18.1. In den Artikeln 138ter-9 und 138ter-12 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 ist ein Mechanismus vorgesehen, durch den bestimmte Zusatzprämien teilweise solidarisiert werden.

Artikel 138ter-9 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 bestimmt, dass der König entweder unter den von Ihm bestimmten Bedingungen die Zulassung für eine Ausgleichskasse, « die die Aufteilung der Last der Zusatzprämien als Auftrag hat », erteilen oder eine solche Ausgleichskasse einrichten muss. Versicherer, die Lebensversicherungen als Garantie für Hypothekarkredite anbieten, und Hypothekarkreditgeber sind gesamtschuldnerisch verpflichtet, an diese Kasse die zur Erfüllung deren Auftrags und zur Bestreitung der Betriebskosten erforderlichen Zahlungen zu tätigen. Wenn die Kasse vom König eingerichtet wird, werden die Regeln für die Berechnung der von den Versicherern und den Hypothekarkreditgebern zu tätigen Zahlungen jedes Jahr durch königlichen Erlass festgelegt.

Artikel 138ter-12 desselben Gesetzes bestimmt, dass ein Versicherer, der eine Zusatzprämie anrechnet, die über einem in einem Prozentsatz der Basisprämie ausgedrückten Schwellenwert liegt, die Beteiligung der Ausgleichskasse beantragen muss. Diese Kasse muss den Teil der Zusatzprämie zahlen, der über diesem Schwellenwert liegt, wobei die Zusatzprämie jedoch nicht über einem in einem Prozentsatz der Basisprämie ausgedrückten Höchstbetrag liegen darf. Der König legt im Hinblick auf eine notwendige Solidarität den betreffenden Versicherungsnehmern gegenüber diesen Schwellenwert und diesen Höchstbetrag fest, wobei dieser Schwellenwert jedoch nicht über 200 Prozent der Basisprämie liegen darf.

B.18.2. Gemäß Artikel 138ter-11 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 muss ein Versicherer, der eine Zusatzprämie von über 200 Prozent der Basisprämie anrechnet, dem Versicherungsnehmer die « Standardgarantie » anbieten. Diese Standardgarantie beläuft sich auf maximal 200 000 Euro, wenn der Versicherungsbewerber den Hypothekarkredit alleine aufnimmt. Gibt es einen Mitkreditnehmer, kann der Versicherungsbewerber sich für denselben Betrag versichern lassen, jedoch begrenzt auf 50 Prozent des aufgenommenen Kapitals.

Diese « Standardgarantie » ist im Lichte von Artikel 138ter-8 § 1 zu verstehen, wonach das Tarifierungsbüro die Bedingungen und Prämien festlegt, zu denen ein

Versicherungsbewerber Zugang zu einer Lebensversicherung als Garantie für einen Hypothekarkredit, einen Verbraucherkredit oder einen Berufskredit hat. Dass ein Versicherer, der die «Standardgarantie» anbieten muss, nicht verpflichtet ist, die Versicherung auch abzuschließen, geht aus Artikel 138ter-8 § 2 hervor, wonach ein Versicherer, der einen Versicherungsbewerber ablehnt, ihm unter anderem mitteilen muss, dass er sich an einen anderen Versicherer wenden kann.

B.18.3. Die klagende Partei übt Kritik an den Artikeln 138ter-9 und 138ter-12 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, weil darin für die Versicherten ein Solidaritätsmechanismus bezüglich der Zahlung der Zusatzprämien vorgesehen sei, während für die Versicherer kein vergleichbarer Mechanismus bezüglich der Übernahme der Schadenslast vorgesehen sei, die nicht auf eine Gruppe von Versicherern verteilt werde.

B.18.4. Die vorerwähnten Bestimmungen wurden während den Vorarbeiten wie folgt erläutert:

«Der zweite Teil des Gesetzesvorschlags ist der Solidaritätsmechanismus über das Tarifierungsbegleitbüro. Dieser Solidaritätsmechanismus kommt zum Tragen, sobald die Zusatzprämie mehr als das Doppelte der Basisprämie beträgt. Der Verbraucher kann dann eine Standardversicherung entsprechend den Bedingungen des Begleitbüros in Anspruch nehmen.

Schließlich ist eine Ausgleichskasse vorgesehen, aus der ein Versicherer einen Ausgleich erhalten kann, wenn der Verbraucher einen Teil der Zusatzprämie zahlt. Der Versicherer kann dann einen Teil von der Ausgleichskasse zurückerlangen.

Wie der Mechanismus des Mindest- und Höchstschwellenwertes im Einzelnen funktionieren wird, muss noch in einem königlichen Erlass festgelegt werden» (*Ann.*, Kammer, 3. Dezember 2009, S. 57).

«Herr [...] erklärt, es sei vorgesehen, die Bedingungen für die Beteiligung der Ausgleichskasse zu präzisieren, insbesondere die durch einen Prozentsatz der Basisprämie ausgedrückte Untergrenze, die auf 200 % festgelegt worden ist. Oberhalb dieser Untergrenze muss der Versicherer die Ausgleichskasse auftreten lassen. Über einem Höchstwert tritt die Ausgleichskasse nicht mehr auf. Der König legt die Untergrenze und die Höchstgrenze fest, damit sie einer notwendigen Solidarität mit den betroffenen Versicherungsnehmern entsprechen. Die Basisprämie wird der niedrigsten Prämie, die das Versicherungsunternehmen für eine Person gleichen Alters anbietet, gleichgestellt.

[...]

Herr [...] erläutert, dass die Standardgarantie das *quod plerumque fit* bezwecke, nämlich die größte Anzahl von Fällen in einer identischen Situation; die Garantie sei für Menschen vorgesehen, die eine erste Wohnung kauften mit einem Höchstpreis von 200 000 Euro. Der Redner erinnert daran, dass der Sektor selbst diese Leistung finanzieren werde; schließlich werde diese also durch die Versicherungsnehmer gezahlt, die kein erhöhtes Risiko hätten. Diese

Solidarität müsse daher angemessen sein. Wer ein außerordentlich hohes Risiko trage, dürfe durch dieses System vernünftigerweise keine Beteiligung erhalten. Der König werde einen Höchstbetrag festlegen » (*Parl. Dok.*, Kammer, 2009-2010, DOC 52-1977/008, S. 24).

B.18.5. Angesichts der Zielsetzung des angefochtenen Gesetzes, den Zugang zu Restschuldversicherungen zu erhöhen für Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko infolge einer Krankheit mit einer gewissen Schwere, ist es vernünftig gerechtfertigt, einen Solidaritätsmechanismus bezüglich der Zusatzprämien, die einen bestimmten Mindestschwellenwert übersteigen, vorzusehen. Dieser Mechanismus bleibt im Übrigen begrenzt, da er nicht gilt, wenn die Zusatzprämie einen - noch vom König festzulegenden - Höchstbetrag überschreitet.

Da die Versicherer durch keinerlei Bestimmung des angefochtenen Gesetzes verpflichtet werden, eine Restschuldversicherung abzuschließen, ist es auch vernünftig gerechtfertigt, nur eine Solidarisierung bestimmter Zusatzprämien oder eines bestimmten Teils davon und nicht die Solidarisierung der Schadenslast vorzusehen. Im Übrigen führen die Bestimmungen des angefochtenen Gesetzes, wie bereits in B.16.8 und B.17.5 festgestellt wurde, nicht zu einer nicht korrekten Einschätzung der medizinischen Risiken.

B.18.6. Insofern er gegen die Artikel 11 und 14 des Gesetzes vom 21. Januar 2010 gerichtet ist, ist der zweite Teil des ersten Klagegrunds unbegründet.

B.19. Der erste Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den zweiten Klagegrund

B.20. Im zweiten Klagegrund führt die klagende Partei an, dass die Artikel 138ter-1, 138ter-3, 138ter-4, 138ter-6 und 138ter-8 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, eingefügt durch die Artikel 3, 5, 6, 8 und 10 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Artikeln 6 Absatz 5, 34 und 45 der Richtlinie 2002/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. November 2002 über Lebensversicherungen verstießen.

B.21.1. Artikel 6 der Richtlinie 2002/83/EG ist Teil von Titel II (« Die Aufnahme des Lebensversicherungsgeschäftes »), der die Artikel 4 bis 9a dieser Richtlinie enthält.

Artikel 4 der Richtlinie bestimmt, dass « die Aufnahme der Tätigkeiten im Sinne dieser Richtlinie [...] von einer vorherigen behördlichen Zulassung abhängig [ist] », die « bei den

Behörden des Herkunftsmitgliedstaats beantragt werden [muss] », und zwar entweder von « Unternehmen, die ihren Sitz im Hoheitsgebiet dieses Mitgliedstaats begründen » oder von « Unternehmen, die die [vorerwähnte] Zulassung [...] bereits erhalten haben und ihre Tätigkeit auf einen ganzen Versicherungszweig oder auf andere Versicherungszweige ausdehnen ».

Artikel 6 Absätze 1 bis 4 derselben Richtlinie erwähnt mehrere Voraussetzungen, die ein Versicherungsunternehmen, das diese Zulassung beantragt, erfüllen muss.

Absatz 5 dieses Artikels bestimmt:

« Die Mitgliedstaaten sehen keine Vorschriften vor, in denen eine vorherige Genehmigung oder eine systematische Übermittlung der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen, der Tarife, der insbesondere für die Berechnung der Tarife und versicherungstechnischen Rückstellungen verwendeten technischen Grundlagen sowie der Formblätter und sonstigen Druckwerke, die das Unternehmen im Verkehr mit den Versicherungsnehmern zu verwenden beabsichtigt, verlangt wird.

Ungeachtet Unterabsatz 1 und mit dem alleinigen Ziel, die Einhaltung der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften bezüglich der versicherungsmathematischen Grundsätze zu überwachen, kann der Herkunftsmitgliedstaat die systematische Übermittlung der für die Berechnung der Tarife und versicherungstechnischen Rückstellungen verwendeten technischen Grundlagen fordern, ohne dass dies für das Versicherungsunternehmen eine Voraussetzung für die Ausübung seiner Tätigkeit darstellen darf.

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

Spätestens am 1. Juli 1999 legt die Kommission dem Rat einen Bericht über die Anwendung dieses Absatzes vor ».

B.21.2. Artikel 34 der Richtlinie 2002/83/EG ist Teil von Kapitel 4 (« Vertragsrecht und Versicherungsbedingungen ») von Titel III (« Bedingungen für die Ausübung der Versicherungstätigkeit ») dieser Richtlinie und bestimmt:

« Die Mitgliedstaaten sehen keine Vorschriften vor, in denen eine vorherige Genehmigung oder eine systematische Übermittlung der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen, der Tarife, der insbesondere für die Berechnung der Tarife und versicherungstechnischen Rückstellungen verwendeten technischen Grundlagen sowie der Formblätter und sonstigen Druckstücke, die das Unternehmen im Verkehr mit den Versicherungsnehmern zu verwenden beabsichtigt, verlangt wird.

Ungeachtet Unterabsatz 1 und mit dem alleinigen Ziel, die Einhaltung der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften bezüglich der versicherungsmathematischen Grundsätze zu überwachen, kann der Herkunftsmitgliedstaat die systematische Übermittlung der für die Berechnung der

Tarife und versicherungstechnischen Rückstellungen verwendeten technischen Grundlagen fordern, ohne dass dies für das Versicherungsunternehmen eine Voraussetzung für die Ausübung seiner Tätigkeit darstellen darf.

Spätestens bis zum 1. Juli 1999 legt die Kommission dem Rat einen Bericht über die Anwendung dieser Bestimmungen vor ».

B.21.3. Artikel 45 der Richtlinie 2002/83/EG ist Teil von Titel IV (« Freie Niederlassung und freier Dienstleistungsverkehr ») dieser Richtlinie und bestimmt:

« Der Mitgliedstaat der Zweigniederlassung oder der Dienstleistung sieht keine Vorschriften vor, in denen eine vorherige Genehmigung oder eine systematische Übermittlung der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen, der Tarife, der technischen Grundlagen, die insbesondere zur Berechnung der Tarife und der versicherungstechnischen Rückstellungen herangezogen werden, sowie der Formblätter und sonstigen Druckstücke, die das Versicherungsunternehmen im Verkehr mit den Versicherungsnehmern zu verwenden beabsichtigt, verlangt wird. Um die Einhaltung der nationalen Rechtsvorschriften über die Versicherungsverträge zu überwachen, kann er von jedem Unternehmen, das in seinem Hoheitsgebiet im Rahmen der Niederlassungs- oder der Dienstleistungsfreiheit tätig werden will, nur die nichtsystematische Übermittlung dieser Bedingungen und sonstigen Druckstücke verlangen, ohne dass dies für das Versicherungsunternehmen eine Voraussetzung für die Ausübung seiner Tätigkeit darstellen darf ».

B.22.1. Mit der Richtlinie 2002/83/EG wird bezweckt, dass « alle in der [Europäischen Union] angebotenen Versicherungsprodukte ungehindert auf [dem] Hoheitsgebiet [des Mitgliedstaates] vertrieben werden können », damit der Versicherungsnehmer « Zugang zu einer möglichst weiten Palette von [diesen Produkten] hat » (Erwägung 46 der Richtlinie), wobei den Mitgliedstaaten die « Möglichkeit [belassen wird], die Anwendung ihres eigenen Rechts für Versicherungsverträge vorzuschreiben, bei denen die Versicherungsunternehmen Verpflichtungen in ihrem Hoheitsgebiet eingehen », was « eine hinreichende Sicherung für die Versicherungsnehmer » darstellt (Erwägung 44 der Richtlinie).

Erwägung 46 der Richtlinie erwähnt in diesem Rahmen noch, dass die angebotenen Versicherungsprodukte « nicht den gesetzlichen Vorschriften, die in [dem] Mitgliedstaat das Allgemeininteresse schützen, zuwiderlaufen [dürfen,] unter der Bedingung, dass die betreffenden Vorschriften in nichtdiskriminierender Weise auf alle Unternehmen angewendet werden, die in [dem] Mitgliedstaat Geschäfte betreiben, und dass sie für das gewünschte Ziel objektiv erforderlich und angemessen sind ». Deshalb bestimmt Artikel 33 der Richtlinie 2002/83/EG, dass der Mitgliedstaat der Verpflichtung den Versicherungsnehmer nicht daran hindern darf, einen Vertrag mit einem gemäß Artikel 4 dieser Richtlinie zugelassenen Versicherungsunternehmen abzuschließen, « solange der Vertrag nicht im Widerspruch zu den

in dem Mitgliedstaat der Verpflichtung geltenden Rechtsvorschriften des Allgemeininteresses steht ».

B.22.2. Die im Klagegrund erwähnten Bestimmungen der Richtlinie 2002/83/EG bezwecken nicht, das vertragliche Verhältnis zwischen einem Versicherungsunternehmen und einem Versicherungsnehmer zu regeln. Sie verbieten es einem Mitgliedstaat, die vorherige Zulassung und die systematische vorherige Übermittlung von Informationen oder Dokumenten zu verlangen, die ein Versicherungsunternehmen in dieser Art von Verhältnis « zu verwenden beabsichtigt ». Indem darauf hingewiesen wird, dass eine der Ausnahmen zu diesem Verbot « für das Versicherungsunternehmen [keine] Voraussetzung für die Ausübung seiner Tätigkeit darstellen darf », wird in Artikel 34 Absatz 2 und Artikel 45 der Richtlinie 2002/83/EG daran erinnert, dass dieses Verbot Übermittlungen vor der Entstehung gleich welcher vertraglichen Beziehung zwischen diesem Unternehmen und dem Versicherungsnehmer betrifft. Die in Artikel 6 Absatz 5 der Richtlinie 2002/83/EG enthaltenen Regeln sind ihrerseits Bestandteil einer Bestimmung, in der Zulassungsbedingungen angeführt sind, denen die Aufnahme der Versicherungstätigkeit unterliegt.

B.22.3. Die vorerwähnten Bestimmungen der Richtlinie 2002/83/EG haben eine ähnliche Tragweite wie die Bestimmungen der Artikel 29 und 39 der Richtlinie 92/49/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 « zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 73/239/EWG und 88/357/EWG », die laut Urteil des Gerichtshofes der Europäischen Union nicht jede nationale Maßnahme verbieten, die Auswirkungen auf die Tarife haben kann (EuGH, Große Kammer, 7. September 2004, C-346/02, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Großherzogtum Luxemburg*, Randnrn. 24-25; EuGH, Große Kammer, 7. September 2004, C-347/02, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Französische Republik*, Randnrn. 25-26; EuGH, Große Kammer, 28. April 2009, C-518/06, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Italienische Republik*, Randnrn. 105-106).

B.23.1. Nach Auffassung der klagenden Partei führe Artikel 138ter-1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 eine vorherige Genehmigung auf der Grundlage der Berechnung der Tarife, der verwendeten technischen Grundlagen sowie der Formblätter und sonstigen Druckwerke ein, von denen ein Versicherungsunternehmen Gebrauch machen möchte im Sinne der vorerwähnten Bestimmungen der Richtlinie 2002/83/EG, so dass er dem König die Befugnis erteile, einen Verhaltenskodex und einen medizinischen Standardfragebogen festzulegen, die Verwendung dieses Fragebogens in bestimmten Fällen verpflichtend vorzuschreiben und andere Beurteilungsmethoden ausdrücklich zu verbieten. Außerdem schränke dieser Artikel den durch

die Richtlinie 2002/83/EG gewährleisteten Grundsatz der Tariffreiheit ernsthaft ein, erstens, weil er den König ermächtigte, die Weise zu bestimmen, auf die die Versicherer in ihren Entscheidungen über die etwaige Gewährung der Versicherung und die Festlegung der anzuwendenden Prämie den medizinischen Standardfragebogen berücksichtigen müssten, zweitens, weil er den König ermächtigte, die Fälle zu bestimmen, in denen es nicht möglich sei, eine zusätzliche ärztliche Untersuchung zu beantragen, und drittens, weil er es den Versicherern nicht erlaube, Fragen zu stellen, die nicht in den medizinischen Standardfragebogen aufgenommen oder vom König verboten worden seien.

B.23.2. Wie bereits in B.16.5 bis B.16.8 festgestellt wurde, wollte der Gesetzgeber mit dem Verhaltenskodex und dem medizinischen Standardfragebogen das Recht auf Achtung des Privatlebens der Versicherungsbewerber garantieren, ohne jedoch die « Notwendigkeit für den Versicherer, das Gesundheitsrisiko [...] bestimmen [zu können] » zu beeinträchtigen.

B.23.3. Der Verhaltenskodex und der medizinische Standardfragebogen im Sinne der angefochtenen Bestimmung haben zur Folge, dass die Versicherer bei einer öffentlichen Instanz die « vorherige Genehmigung » der Tarife, die verwendeten technischen Grundlagen sowie die Formblätter und sonstigen Druckwerke, die sie im Verkehr mit den Versicherungsnehmern zu verwenden beabsichtigen, beantragen müssen. Dieser Verhaltenskodex und dieser Fragebogen betreffen eine innerstaatliche gesetzliche Maßnahme von allgemeinem Interesse, zu denen die angebotenen Versicherungsprodukte nicht im Widerspruch stehen dürfen, wie es in der Erwägung 46 und in Artikel 33 der Richtlinie 2002/83/EG vorgesehen ist.

Die durch die klagende Partei angeführten Bestimmungen der Richtlinie 2002/83/EG können nicht in dem Sinne ausgelegt werden, dass sie gegen eine nationale Maßnahme allgemeiner Art sprechen würden, die, ohne ein System der vorherigen Genehmigung oder systematischen Mitteilung von Angaben einzuführen, das Recht auf Achtung des Privatlebens der Versicherungsbewerber in der vorvertraglichen Phase gewährleisten sollen.

B.23.4. Aus der in B.22.3 angeführten Rechtsprechung des Gerichtshofes der Europäischen Union geht hervor, dass der Grundsatz der Tariffreiheit, wie er unter anderem in der Richtlinie 2002/83/EG vorkommt, Maßnahmen verbietet, die eine direkte Festlegung der Tarife durch den Staat beinhalten. Der bloße Umstand, dass eine Maßnahme Folgen für die Tarife haben kann, genügt gemäß dieser Rechtsprechung nicht, um zu der Schlussfolgerung zu gelangen, dass ein Verstoß gegen diesen Grundsatz vorliegen würde.

Artikel 138ter-1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 verleiht dem König keineswegs die Befugnis, die durch die Versicherer anzuwendenden Tarife direkt festzulegen. Diese

Bestimmung kann im Übrigen, wie in B.16.8 festgestellt wurde, nicht in dem Sinne ausgelegt werden, dass der König dadurch ermächtigt würde, Maßnahmen zu ergreifen, die es den Versicherern unmöglich machen würden, das Gesundheitsrisiko der Versicherungsbewerber einzuschätzen und den Betrag der Zusatzprämie dementsprechend festzulegen.

B.23.5. Es obliegt gegebenenfalls dem zuständigen Richter zu prüfen, ob der König die Ihm durch diese Bestimmung erteilte Ermächtigung gemäß den Bestimmungen dieses Gesetzes und der Richtlinie 2002/83/EG ausgeübt hat.

B.23.6. Insofern er gegen Artikel 3 des Gesetzes vom 21. Januar 2010 gerichtet ist, ist der zweite Klagegrund unbegründet.

B.24.1. Nach Auffassung der klagenden Partei führe die durch die Artikel 138ter-3, 138ter-4 und 138ter-6 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 vorgeschriebene Beteiligung des Rückversicherers und des Tarifierungsbüros dazu, dass die Versicherer ihre Tarife den durch diese Parteien getroffenen Entscheidungen anpassen müssten, was einer systematischen vorherigen Genehmigung der Tarife, der verwendeten technischen Grundlagen sowie der Formblätter und sonstigen Druckwerke, die ein Versicherer im Verkehr mit den Versicherungsnehmern zu verwenden beabsichtige, entspreche.

B.24.2. Das Gesetz vom 21. Januar 2010 verpflichtet die Versicherer, die einem Versicherungsbewerber eine Restschuldversicherung anbieten, nicht, vor diesem Angebot bei einer öffentlichen Instanz eine Genehmigung bezüglich der Tarife, der technischen Grundlagen und der zu verwendenden Formblätter und Druckwerke zu beantragen. Es steht ihnen folglich frei, innerhalb des durch das angefochtene Gesetz vorgesehenen Rahmens ihr Angebot zu formulieren. Nur wenn ein Versicherungsbewerber nicht mit der vom Versicherer vorgeschlagenen Zusatzprämie einverstanden ist, können die in den Artikeln 138ter-3, 138ter-4 und 138ter-6 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 geregelten Überprüfungsmechanismen Anwendung finden. Diese Artikel haben also nicht zur Folge, dass die Tarife, die verwendeten technischen Grundlagen sowie die Formblätter und sonstigen Druckwerke, die ein Versicherer im Verkehr mit den Versicherungsnehmern zu verwenden beabsichtigt, « systematisch » dem Rückversicherer und dem Tarifierungsbüro übermittelt werden müssen.

Im Übrigen können der Rückversicherer und das Tarifierungsbüro nur eine niedrigere Zusatzprämie beschließen, wenn die ursprünglich vom Versicherer vorgeschlagene Zusatzprämie in medizinischer und versicherungstechnischer Hinsicht nicht objektiv und angemessen ist, und besteht für den Versicherer keine Verpflichtung, den Versicherungsvertrag tatsächlich mit der durch diese Parteien vorgeschlagenen Zusatzprämie abzuschließen. Die im

Klagegrund angeführten Bestimmungen der Richtlinie 2002/83/EG können nicht in dem Sinne ausgelegt werden, dass sie es einem Mitgliedstaat der Europäischen Union verbieten würden, Maßnahmen zu ergreifen, durch die einem Versicherungsnehmer, nachdem er dem Versicherer mitgeteilt hat, dass er nicht mit der vorgeschlagenen Zusatzprämie einverstanden ist, die Möglichkeit geboten wird, durch eine unabhängige Instanz prüfen zu lassen, ob die vorgeschlagene Zusatzprämie objektiv und vernünftig gerechtfertigt ist, wobei für den Versicherer keine Verpflichtung besteht, den Vertrag gemäß der durch diese Instanz vorgeschlagenen Zusatzprämie abzuschließen.

B.24.3. Insofern er gegen die angefochtenen Artikel 5, 6 und 8 des Gesetzes vom 21. Januar 2010 gerichtet ist, ist der zweite Klagegrund unbegründet.

B.25.1. Die klagende Partei übt schließlich Kritik an Artikel 138^{ter}-8 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, weil diese Bestimmung dem Tarifierungsbegleitbüro die Befugnis erteile, allgemeine und besondere Policenbedingungen für Restschuldversicherungen festzulegen, so dass die Versicherer nicht mehr frei bestimmen könnten, zu welchen Bedingungen und Prämien sie ihre Dienste anböten.

B.25.2. Gemäß dieser Bestimmung legt das Tarifierungsbegleitbüro die Bedingungen und Prämien fest, zu denen ein Versicherungsnehmer Zugang zu einer Lebensversicherung oder gegebenenfalls zu einer Invalidenversicherung als Garantie für einen Hypothekarkredit, einen Verbraucherkredit oder einen Berufskredit hat.

B.25.3. Gemäß Artikel 138^{ter}-8 § 2 muss ein Versicherer, der einen Versicherungsnehmer ablehnt oder eine Prämie oder eine Franchise vorschlägt, die über der Prämie oder Franchise liegt, die aufgrund der vom Tarifierungsbegleitbüro vorgeschlagenen Tarifbedingungen anwendbar ist, dem Versicherungsnehmer aus eigener Initiative Zugangsbedingungen und Tarife mitteilen, die vom Tarifierungsbegleitbüro vorgeschlagen werden, und ihn darüber informieren, dass er sich eventuell an einen anderen Versicherer wenden kann.

Folglich behält der Versicherer die Möglichkeit, «eine Prämie oder eine Franchise [vorzuschlagen], die über der Prämie oder Franchise liegt, die aufgrund der vom Tarifierungsbegleitbüro vorgeschlagenen Tarifbedingungen anwendbar ist». Da der Versicherer in diesem Fall den Versicherungsnehmer nur über diese Bedingungen informieren und ihm mitteilen muss, dass er sich an einen anderen Versicherer wenden kann, ist er in keiner Weise an die «Zugangsbedingungen» des Tarifierungsbegleitbüros gebunden.

Diese « Zugangsbedingungen » haben somit nicht zur Folge, dass den Versicherern einer vorherige Genehmigung oder eine verpflichtende systematische Mitteilung von Tarifen, Daten oder Dokumenten, die sie beim Abschluss eines Versicherungsvertrags verwenden möchten, auferlegt würde.

B.25.4. Insofern er gegen den angefochtenen Artikel 10 gerichtet ist, ist der zweite Klagegrund unbegründet.

B.26. In Anbetracht des Vorstehenden besteht kein Anlass, dem Antrag der klagenden Partei, dem Gerichtshof der Europäischen Union Vorabentscheidungsfragen zu stellen, stattzugeben.

B.27. Der zweite Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den dritten Klagegrund

B.28. Im dritten Klagegrund führt die klagende Partei an, dass die Artikel 138ter-1, 138ter-3, 138ter-4, 138ter-6, 138ter-8, 138ter-9 und 138ter-12 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, eingefügt durch die Artikel 3, 5, 6, 8, 10, 11 und 14 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Artikeln 49 und 56 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (nachstehend: AEUV) verstießen, indem sie eine ungerechtfertigte Beeinträchtigung der Niederlassungsfreiheit und des freien Dienstleistungsverkehrs darstellten.

B.29.1. Artikel 49 des AEUV bestimmt:

« Die Beschränkungen der freien Niederlassung von Staatsangehörigen eines Mitgliedstaats im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedstaats sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen verboten. Das Gleiche gilt für Beschränkungen der Gründung von Agenturen, Zweigniederlassungen oder Tochtergesellschaften durch Angehörige eines Mitgliedstaats, die im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats ansässig sind.

Vorbehaltlich des Kapitels über den Kapitalverkehr umfasst die Niederlassungsfreiheit die Aufnahme und Ausübung selbstständiger Erwerbstätigkeiten sowie die Gründung und Leitung von Unternehmen, insbesondere von Gesellschaften im Sinne des Artikels 54 Absatz 2, nach den Bestimmungen des Aufnahmestaats für seine eigenen Angehörigen ».

B.29.2. Artikel 56 des AEUV bestimmt:

«Die Beschränkungen des freien Dienstleistungsverkehrs innerhalb der Union für Angehörige der Mitgliedstaaten, die in einem anderen Mitgliedstaat als demjenigen des Leistungsempfängers ansässig sind, sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen verboten.

Das Europäische Parlament und der Rat können gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren beschließen, dass dieses Kapitel auch auf Erbringer von Dienstleistungen Anwendung findet, welche die Staatsangehörigkeit eines dritten Landes besitzen und innerhalb der Union ansässig sind ».

B.29.3. Artikel 54 Absatz 2 des AEUV definiert Gesellschaften als « die Gesellschaften des bürgerlichen Rechts und des Handelsrechts einschließlich der Genossenschaften und die sonstigen juristischen Personen des öffentlichen und privaten Rechts mit Ausnahme derjenigen, die keinen Erwerbszweck verfolgen ». Er findet ebenfalls auf das in Artikel 56 des Vertrags geregelte Sachgebiet Anwendung (Artikel 62 des AEUV).

B.29.4. Die Beschränkungen im Sinne der Artikel 49 und 56 des AEUV sind von einem Mitgliedstaat der Europäischen Union ergriffene Maßnahmen, die die Ausübung der Niederlassungsfreiheit oder des freien Dienstleistungsverkehrs verbieten, behindern oder weniger attraktiv machen (EuGH, Große Kammer, 28. April 2009, C-518/06, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Italienische Republik*, Randnr. 62; EuGH, Große Kammer, 1. Juni 2010, C-570/07 und C-571/07, *Blanco Pérez und Chao Gómez*, Randnr. 53; EuGH, 7. Oktober 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota u.a.*, Randnr. 29). Dabei handelt es sich unter anderem um Maßnahmen, die, obwohl sie unterschiedslos auf Unternehmen aus diesem Staat und aus Unternehmen aus anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union anwendbar sind, den Marktzugang von letzteren Unternehmen betreffen und somit den innergemeinschaftlichen Handel behindern (EuGH, Große Kammer, 28. April 2009, C-518/06, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Italienische Republik*, Randnr. 64).

Eine Regelung eines Mitgliedstaats stellt nicht allein deshalb eine Beschränkung dar, weil andere Mitgliedstaaten in ihrem Gebiet ansässige Erbringer gleichartiger Dienstleistungen weniger strengen oder wirtschaftlich interessanteren Vorschriften unterwerfen (EuGH, Große Kammer, 28. April 2009, C-518/06, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Italienische Republik*, Randnr. 64).

B.29.5. Eine Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und des freien Dienstleistungsverkehrs in einem Bereich, der nicht Gegenstand einer Harmonisierung auf Ebene der Europäischen Union ist, kann zugelassen werden, wenn sie zwingenden Gründen des Allgemeininteresses entspricht, geeignet ist, die Erreichung des mit ihr verfolgten Ziels zu

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

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

B.30.1. Wie aus der Prüfung des zweiten Klagegrunds hervorgeht, gehören die Artikel 138ter-1, 138ter-3, 138ter-4, 138ter-6 und 138ter-8 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 nicht zu einem Bereich, der durch die Europäische Union harmonisiert worden ist. Das Gleiche gilt für die Artikel 138ter-9 und 138ter-12 desselben Gesetzes, die sich auf die Ausgleichskasse beziehen. Es geht nämlich aus keiner Bestimmung des Rechts der Europäischen Union hervor, dass der Bereich der Solidaritätsbeiträge von Versicherungsunternehmen harmonisiert worden ist.

B.30.2. Ohne dass geprüft werden muss, ob die angefochtenen Bestimmungen Einschränkungen im Sinne der Artikel 49 und 56 des AEUV darstellen, genügt die Feststellung, dass sie den in B.29.5 erwähnten Kriterien entsprechen.

B.30.3. Das Gesetz vom 21. Januar 2010 hat nämlich einerseits zum Ziel, den Zugang von Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko infolge einer Krankheit mit einer gewissen Schwere zu Versicherungen zu erhöhen und transparenter zu gestalten, sowie andererseits das Recht auf Achtung des Privatlebens solcher Personen beim Abschluss eines Versicherungsvertrags zu garantieren. Das angefochtene Gesetz bezweckt somit den Verbraucherschutz.

B.30.4. Aus der Prüfung des ersten Klagegrunds geht hervor, dass die angefochtenen Bestimmungen geeignet sind, die Verwirklichung dieser Zielsetzungen zu sichern, und dass sie nicht weiter gehen, als zur Verwirklichung dieser Ziele notwendig ist. Das Gesetz vom 21. Januar 2010 führt nämlich auf Seiten der Versicherungsbewerber kein Recht auf eine Versicherung ein und verpflichtet die Versicherer nicht, Verträge zu Bedingungen abzuschließen, mit denen sie nicht einverstanden sein können.

B.30.5. Die angefochtenen Bestimmungen sind folglich mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Artikeln 49 und 56 des AEUV vereinbar.

B.31. In Anbetracht des Vorstehenden besteht kein Anlass, dem Antrag der klagenden Partei, dem Gerichtshof der Europäischen Union Vorabentscheidungsfragen zu stellen, stattzugeben.

B.32. Der dritte Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den vierten Klagegrund

B.33. Im vierten Klagegrund führt die klagende Partei an, dass die Artikel 138ter-3, 138ter-6 und 138ter-12 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, eingefügt durch die Artikel 5, 8 und 14 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention, mit Artikel 17 des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte und mit Artikel 22 der Verfassung verstießen, indem darin nicht vorgesehen sei, dass die Versicherungsbewerber der Mitteilung ihrer medizinischen personenbezogenen Daten an Dritte zustimmen müssten.

B.34. Gemäß Artikel 138ter-3 Absatz 1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 leitet der Versicherer, wenn der Versicherungsnehmer nicht mit der vorgeschlagenen Zusatzprämie einverstanden ist, die gesamte Akte an den Rückversicherer weiter mit der Bitte um Neubewertung.

Gemäß Artikel 138ter-6 § 3 desselben Gesetzes überprüft das Tarifierungsbüro innerhalb von fünfzehn Werktagen ab Eingang der Akte, ob die vorgeschlagene Zusatzprämie in medizinischer und versicherungstechnischer Hinsicht objektiv und angemessen ist.

Gemäß Artikel 138ter-12 letzter Absatz desselben Gesetzes stellt der Versicherer auf Antrag der Ausgleichskasse eine Abschrift der Versicherungsakte zur Verfügung und gibt er gegebenenfalls erforderliche Erläuterungen.

B.35.1. Artikel 22 der Verfassung bestimmt:

«Jeder hat ein Recht auf Achtung vor seinem Privat- und Familienleben, außer in den Fällen und unter den Bedingungen, die durch Gesetz festgelegt sind.

Das Gesetz, das Dekret oder die in Artikel 134 erwähnte Regel gewährleistet den Schutz dieses Rechtes ».

Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention bestimmt:

« (1) Jedermann hat Anspruch auf Achtung seines Privat- und Familienlebens, seiner Wohnung und seines Briefverkehrs.

(2) Der Eingriff einer öffentlichen Behörde in die Ausübung dieses Rechts ist nur statthaft, insoweit dieser Eingriff gesetzlich vorgesehen ist und eine Maßnahme darstellt, die in einer demokratischen Gesellschaft für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des Landes, die Verteidigung der Ordnung und zur Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist ».

Artikel 17 des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte bestimmt:

« (1) Niemand darf willkürlichen oder rechtswidrigen Eingriffen in sein Privatleben, seine Familie, seine Wohnung und seinen Schriftverkehr oder rechtswidrigen Beeinträchtigungen seiner Ehre und seines Rufes ausgesetzt werden.

(2) Jedermann hat Anspruch auf rechtlichen Schutz gegen solche Eingriffe oder Beeinträchtigungen ».

B.35.2. Das wesentliche Ziel des Rechtes auf Achtung des Privat- und Familienlebens – so wie es durch die vorerwähnten Bestimmungen gewährleistet wird - besteht darin, die Menschen vor der Einmischung in ihr Privat- und Familienleben zu schützen. In dem Vorschlag, der der Annahme von Artikel 22 der Verfassung voraufging, wurde « der Schutz der Person, die Anerkennung ihrer Identität, die Bedeutung ihrer Entfaltung sowie derjenigen seiner Familie » hervorgehoben, sowie die Notwendigkeit, das Privat- und Familienleben vor « den Gefahren einer Einmischung, unter anderem als Folge der ständigen Entwicklung der Informationstechniken, wenn Maßnahmen zur Ermittlung, Untersuchung und Kontrolle durch die Behörden und durch private Einrichtungen bei der Ausführung ihrer Funktionen oder Tätigkeiten durchgeführt werden » zu schützen (*Parl. Dok.*, Senat, Sondersitzungsperiode 1991-1992, Nr. 100-4/2°, S. 3).

B.35.3. Die durch Artikel 22 der Verfassung, Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention und Artikel 17 des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte garantierten Rechte sind nicht absolut. Obwohl Artikel 22 der Verfassung jedem ein Recht auf Achtung vor seinem Privat- und Familienleben anerkennt, wird in dieser Bestimmung unverzüglich hinzugefügt: « außer in den Fällen und unter den Bedingungen, die durch Gesetz festgelegt sind ».

Die vorerwähnten Bestimmungen erfordern es, dass jeder Eingriff der Behörden in das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens durch eine ausreichend präzise Gesetzesbestimmung vorgeschrieben wird, dass sie einem zwingenden gesellschaftlichen Bedarf entspricht und dass sie im Verhältnis zur rechtmäßigen Zielsetzung steht.

B.36.1. Gemäß Artikel 138^{ter}-1 § 1 Absatz 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 obliegt dem Versicherungsunternehmen und den Kreditinstituten eine Verpflichtung, weitgehend und verständlich über das Bestehen des im Gesetz vorgesehenen Mechanismus der Restschuldversicherung für Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko zu informieren.

Die Versicherungsunternehmen und die Kreditinstitute müssen die Versicherungsbewerber folglich über diesen Mechanismus informieren.

Wenn ein Versicherungsbewerber einem Versicherer sein Einverständnis dazu erteilt, seine medizinischen personenbezogenen Daten zu verwenden, weiß er also, dass diese personenbezogenen Daten gegebenenfalls an den Rückversicherer, das Tarifierungsbegleitbüro und die Ausgleichskasse weitergeleitet werden können. Es kann also davon ausgegangen werden, dass das Einverständnis, das der Versicherungsbewerber hinsichtlich der Verwendung seiner medizinischen personenbezogenen Daten erteilt, sich nicht nur auf die Verwendung dieser Daten durch den Versicherer bezieht, sondern auch auf deren Verwendung durch den Rückversicherer, das Tarifierungsbegleitbüro und die Ausgleichskasse. Es liegt im Übrigen im Interesse der Versicherungsbewerber, dass ihre Akte an diese Instanzen weitergeleitet wird.

B.36.2. Die Artikel 138^{ter}-3, 138^{ter}-6 und 138^{ter}-12 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 schränken folglich nicht das Recht auf Achtung des Privatlebens der Versicherungsbewerber ein.

Selbst wenn angenommen würde, dass dies der Fall wäre, ist festzustellen, dass diese Einschränkungen in ausreichend präzisen Gesetzesbestimmungen vorgesehen sind, dass sie angesichts der Zielsetzung des angefochtenen Gesetzes einem zwingenden gesellschaftlichen Bedarf entsprechen und dass sie unter anderem unter Berücksichtigung des Umstandes, dass sie den Interessen der Betroffenen dienen, im Verhältnis zu den angestrebten gesetzlichen Zielen stehen.

B.37. Der vierte Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den fünften Klagegrund

B.38. Im fünften Klagegrund führt die klagende Partei an, dass Artikel 139 § 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, abgeändert durch Artikel 16 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit deren Artikeln 12 und 14, mit Artikel 7 Absatz 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention und mit Artikel 15 Absatz 1 des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte verstieße, indem die Nichteinhaltung des Verhaltenskodexes strafrechtlich sanktioniert werde, ohne dass die wesentlichen Elemente des strafbaren Verhaltens durch das Gesetz festgelegt würden.

B.39. Gemäß Artikel 139 § 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 werden diejenigen, die als Versicherer oder Beauftragte eines Versicherers den in Artikel 138ter-1 desselben Gesetzes vorgesehenen Verhaltenskodex oder an dessen Stelle tretende, in den Artikeln 138ter-2 bis 138ter-6 desselben Gesetzes vorgesehene gesetzliche Bestimmungen nicht einhalten, « mit einer Gefängnisstrafe von einem Monat bis zu fünf Jahren und mit einer Geldbuße von 1.000 bis zu 10.000 EUR oder mit nur einer dieser Strafen » belegt.

B.40.1. Artikel 12 Absatz 2 der Verfassung bestimmt:

« Niemand darf verfolgt werden, es sei denn in den durch Gesetz bestimmten Fällen und in der dort vorgeschriebenen Form ».

Artikel 14 der Verfassung bestimmt:

« Eine Strafe darf nur aufgrund des Gesetzes eingeführt oder angewandt werden ».

Artikel 7 Absatz 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention bestimmt:

« Niemand kann wegen einer Handlung oder Unterlassung verurteilt werden, die zur Zeit ihrer Begehung nach inländischem oder internationalem Recht nicht strafbar war. Ebenso darf keine höhere Strafe als die im Zeitpunkt der Begehung der strafbaren Handlung angedrohte Strafe verhängt werden ».

Artikel 15 Absatz 1 des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte bestimmt:

« Niemand darf wegen einer Handlung oder Unterlassung verurteilt werden, die zur Zeit ihrer Begehung nach inländischem oder nach internationalem Recht nicht strafbar war. Ebenso darf keine schwerere Strafe als die im Zeitpunkt der Begehung der strafbaren Handlung angedrohte Strafe verhängt werden. Wird nach Begehung einer strafbaren Handlung durch Gesetz eine mildere Strafe eingeführt, so ist das mildere Gesetz anzuwenden ».

B.40.2. Insofern sie das Legalitätsprinzip in Strafsachen gewährleisten, haben Artikel 7 Absatz 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention und Artikel 15 Absatz 1 des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte eine gleichartige Tragweite wie die Artikel 12 Absatz 2 und 14 der Verfassung.

B.41.1. Indem die Artikel 12 Absatz 2 und 14 der Verfassung der gesetzgebenden Gewalt die Zuständigkeit verleihen, einerseits festzulegen, in welchen Fällen und in welcher Form eine Strafverfolgung möglich ist, und andererseits ein Gesetz anzunehmen, aufgrund dessen eine Strafe festgelegt und angewandt werden kann, gewährleisten sie jedem Bürger, dass ein Verhalten nur strafbar gemacht werden und eine Strafe nur auferlegt werden kann auf der Grundlage von Regeln, die durch eine demokratisch gewählte beratende Versammlung angenommen wurden.

B.41.2. Das Legalitätsprinzip in Strafsachen geht nicht soweit, dass es den Gesetzgeber verpflichtet, jeden Aspekt der Unterstrafestellung selbst zu regeln. Eine Ermächtigung des Königs verletzt nicht dieses Prinzip, insofern die Ermächtigung ausreichend genau beschrieben ist und sich auf die Ausführung von Maßnahmen bezieht, deren wesentliche Elemente vorher durch den Gesetzgeber festgelegt wurden.

B.42. Die klagende Partei bemängelt, dass es dem König obliege, festzulegen, « in welchen Fällen » der medizinische Standardfragebogen verwendet werden müsse (Artikel 138ter-1 § 1 Absatz 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992), « wie » die Versicherer dem Fragebogen « Rechnung tragen » (Artikel 138ter-1 § 1 Absatz 1 Nr. 3 desselben Gesetzes), und in welchen « Fällen » die Versicherer eine zusätzliche ärztliche Untersuchung verlangen dürfen (Artikel 138ter-1 § 1 Absatz 1 Nr. 4 desselben Gesetzes). Sie bemängelt ebenfalls die Verpflichtung, « weitgehend und verständlich [zu] informieren » (Artikel 138ter-1 § 1 Absatz 1 Nr. 8 desselben Gesetzes).

B.43.1. Der Gesetzgeber stellt selbst die Nichteinhaltung des in Artikel 138ter-1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 vorgesehenen Verhaltenskodexes unter Strafe. Außerdem legt er selbst die Strafen fest, die Anwendung finden, wenn gegen diesen Verhaltenskodex verstoßen wird.

B.43.2. Wie in B.12.2 bis B.12.4 in Erinnerung gerufen wurde, bezweckt das angefochtene Gesetz zunächst, die Probleme zu lösen, auf die Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko infolge einer Krankheit mit einer gewissen Schwere stoßen bei dem Zugang zu Versicherungsverträgen, die die Rückzahlung des Kapitals eines Hypothekarkredits garantieren,

der für den Umbau oder den Erwerb der eigenen und einzigen Familienwohnung des Versicherungsnehmers aufgenommen wird. An zweiter Stelle sieht es vor, dass dessen Anwendungsbereich auf andere Versicherungsverträge ausgedehnt werden kann, mit denen die Rückzahlung des Kapitals eines Kredits, wie des Kapitals eines Berufskredits oder eines Verbraucherkredits, garantiert wird, und aus diesem Grund hat es dem König auf diesem Gebiet eine Ermächtigung erteilt.

B.43.3. Aus dem allgemeinen Wortlaut des angefochtenen Gesetzes, insbesondere aus der Bestimmung von Artikel 138^{ter}-8 § 1 Absatz 2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, kann abgeleitet werden, dass der Gesetzgeber den Standpunkt vertreten hat, dass bei der Festlegung des Inhalts des medizinischen Standardfragebogens, der Fälle, in denen dieser Fragebogen verwendet werden muss, der Weise, auf die er berücksichtigt werden muss, und der Fälle, in denen eine zusätzliche ärztliche Untersuchung verlangt werden kann, die « neuesten wissenschaftlichen Daten in Bezug auf Entwicklung des Todesfallrisikos [...] und auf Wahrscheinlichkeit einer Verschlechterung der Gesundheit von Personen mit erhöhtem Risiko infolge ihres Gesundheitszustands » berücksichtigt werden müssen.

B.43.4. Angesichts des Umstandes, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse auf diesem Gebiet sich ständig entwickeln, entbehrt es nicht einer vernünftigen Rechtfertigung, dass die einzelnen Rahmenbedingungen des diesbezüglichen strafbaren Verhaltens nicht im Gesetz festgelegt werden.

Im Übrigen sind die Adressaten der entsprechenden Unterstrafstellungen Personen, die beruflich handeln und über gute Informationen verfügen oder verfügen können bezüglich der vom König zu ergreifenden Maßnahmen, so dass vernünftigerweise davon auszugehen ist, dass sie die Tragweite der unter Strafe gestellten Handlungen bestimmen können.

B.43.5. Die Verpflichtung für die Versicherungsunternehmen und die Kreditinstitute, « weitgehend und verständlich » über das Bestehen des durch das angefochtene Gesetz eingeführten Restschuldversicherungsmechanismus für Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko zu informieren, beruht auf dem Bemühen, « den Verbrauchern mehr Transparenz und mehr Informationen bezüglich der Prämien » zu bieten (*Ann.*, Kammer, 3. Dezember 2009, S. 56). Die Begriffe « weitgehend und verständlich » sind in ihrer üblichen Bedeutung und in Verbindung mit der vorerwähnten Zielsetzung des Gesetzgebers auszulegen. Der Gesetzgeber hat somit auf ausreichend deutliche Weise die wesentlichen Elemente des betreffenden strafbaren Verhaltens festgelegt, und auf dieser Grundlage kann der König die Rahmenbedingungen im Einzelnen präzisieren.

B.43.6. Da der Gesetzgeber den Zweck der angefochtenen Ermächtigung und die Grenzen, in denen sie erteilt wurde, sowie den Kern der strafbaren Verhaltensweisen bestimmt hat, sind die wesentlichen Elemente der Unterstrafestellung durch Gesetz festgelegt worden, so dass das Legalitätsprinzip, das in den im Klagegrund angeführten Verfassungs- und Vertragsbestimmungen verankert ist, eingehalten wurde.

B.43.7. Im Übrigen obliegt es dem König, die Rahmenbedingungen des strafbaren Verhaltens festzulegen, und dem zuständigen Richter, zu prüfen, ob Er die Grenzen der Ermächtigung, die der Gesetzgeber Ihm erteilt hat, eingehalten hat.

B.44. Der fünfte Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den sechsten Klagegrund

B.45. Im sechsten Klagegrund führt die klagende Partei an, dass die Artikel 138ter-9 und 138ter-12 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, eingefügt durch die Artikel 11 und 14 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, nicht mit Artikel 170 § 1 und mit den Artikeln 10, 11 und 172 der Verfassung, gegebenenfalls in Verbindung mit deren Artikel 173, vereinbar seien, indem sie eine Steuer oder eine Gebühr einführen, ohne dass deren wesentliche Elemente durch den Gesetzgeber festgelegt würden.

B.46. Gemäß Artikel 138ter-9 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 muss der König entweder - unter den von Ihm bestimmten Bedingungen - die Zulassung für eine Ausgleichskasse erteilen oder eine solche Kasse einrichten. Wenn Er die Zulassung für die Ausgleichskasse erteilt, billigt Er deren Satzung und regelt Er die Kontrolle über die Tätigkeiten dieser Kasse.

Versicherer, die Lebensversicherungen als Garantie für Hypothekarkredite anbieten, und Hypothekarkreditgeber sind gesamtschuldnerisch verpflichtet, an die Ausgleichskasse die zur Erfüllung deren Auftrags und zur Bestreitung der Betriebskosten erforderlichen Zahlungen zu tätigen (Artikel 138ter-9 § 3 Absatz 1).

B.47. Aus dem allgemeinen Wortlaut von Artikel 138ter-9 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 geht hervor, dass der Gesetzgeber zunächst dem Versicherungs- und Hypothekarkreditsektor die Möglichkeit bieten wollte, selbst eine Ausgleichskasse zu gründen, die den durch den Gesetzgeber und den König vorgeschriebenen Bedingungen entspricht. Wenn die betreffenden Sektoren dies nicht tun, richtet der König selbst die Ausgleichskasse ein. In diesem Fall werden die Regeln für die Berechnung der von den Versicherern und den Hypothekarkreditgeber zu

tätigenden Zahlungen jedes Jahr durch königlichen Erlass festgelegt (Artikel 138^{ter}-9 § 3 Absatz 2).

B.48. Wie in B.18.1 in Erinnerung gerufen wurde, muss ein Versicherer, der eine Zusatzprämie anrechnet, die über einem in einem Prozentsatz der Basisprämie ausgedrückten Schwellenwert liegt, die Beteiligung der Ausgleichskasse beantragen. Diese Kasse muss den Teil der Zusatzprämie zahlen, der über diesem Schwellenwert liegt, wobei die Zusatzprämie jedoch nicht über einem in einem Prozentsatz der Basisprämie ausgedrückten Höchstbetrag liegen darf. Der Schwellenwert und der Höchstbetrag müssen vom König « im Hinblick auf eine notwendige Solidarität den betreffenden Versicherungsnehmern gegenüber » festgelegt werden, « wobei dieser Schwellenwert jedoch nicht über 200 Prozent der Basisprämie liegen darf » (Artikel 138^{ter}-12 des Gesetzes vom 25. Juni 1992).

Somit ist ein Mechanismus vorgesehen, durch den bestimmte Zusatzprämien teilweise solidarisiert werden. Aus den in B.18.4 angeführten Auszügen aus den Vorarbeiten geht hervor, dass der Gesetzgeber der Auffassung gewesen ist, dass die eingeführte « Solidarität [...] angemessen sein [muss] », weil « der Sektor selbst diese Leistung finanzieren [wird] », so dass sie « schließlich [...] durch die Versicherungsnehmer gezahlt [wird], die kein erhöhtes Risiko [haben] ». Aus diesen Gründen hat er einen Schwellenwert und einen Höchstbetrag vorgesehen.

B.49. Die in Artikel 138^{ter}-9 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 vorgesehenen « Zahlungen » sind weder Steuern, noch Gebühren. Es handelt sich um Solidaritätsbeiträge, die sich eng an die Sozialversicherungsbeiträge anlehnen, denn sie dienen ausschließlich zur Finanzierung eines Beteiligungssystems, mit dem bezweckt wird, Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko Zugang zu einer Restschuldversicherung zu gewähren.

Angesichts der Zielsetzung des Gesetzgebers, eine Solidarität zustande zu bringen, die « angemessen » ist, entbehrt es nicht einer vernünftigen Rechtfertigung, dass die Regeln für die Berechnung der Zahlungen nicht im Gesetz festgelegt werden, sondern jährlich entsprechend den Bedürfnissen der Ausgleichskasse bei der Erfüllung ihrer Aufgaben bestimmt werden.

B.50. Da die in den angefochtenen Bestimmungen vorgesehenen « Zahlungen » weder Steuern, noch Gebühren sind, finden die Artikel 170, 172 und 173 der Verfassung nicht Anwendung.

B.51. Der sechste Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den siebten Klagegrund

B.52. Im siebten Klagegrund führt die klagende Partei an, dass die Artikel 138ter-1, 138ter-3, 138ter-4, 138ter-6, 138ter-8, 138ter-9 und 138ter-12 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, eingefügt durch die Artikel 3, 5, 6, 8, 10, 11 und 14 des Gesetzes vom 21. Januar 2010, nicht vereinbar seien mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit dem Grundsatz der Einheit der Verordnungsbefugnis, so wie er in den Artikeln 33, 37 und 108 der Verfassung ausgedrückt sei, da sie Organen oder Einrichtungen, die keine politische Verantwortung tragen gegenüber einer demokratisch gewählten Versammlung und nicht unter der Aufsicht eines Organs stünden, das eine solche politische Verantwortung trage, eine Verordnungsbefugnis oder Entscheidungsfreiheit erteilen und somit ohne objektive und vernünftige Rechtfertigung einen Behandlungsunterschied einführen zwischen einerseits Versicherern, die Restschuldversicherungen anbieten und bei denen vom Grundsatz der Einheit der Verordnungsbefugnis abgewichen werde, und andererseits anderen Versicherern und Rechtsunterworfenen, bei denen nicht von diesem Grundsatz abgewichen werde.

B.53. Die klagende Partei ist der Auffassung, dass die angefochtenen Bestimmungen dem Versicherungsausschuss (Artikel 138ter-1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992), den Rückversicherern (Artikel 138ter-3 und 138ter-4 desselben Gesetzes), dem Tarifierungsbelegbüro (Artikel 138ter-6 und 138ter-8 desselben Gesetzes) und, falls sie nicht vom König eingerichtet werde, der Ausgleichskasse (Artikel 138ter-9 und 138ter-12 desselben Gesetzes) eine Verordnungsbefugnis oder Entscheidungsfreiheit erteilen.

B.54. Insofern der Klagegrund gegen die im angefochtenen Artikel 3 dem Versicherungsausschuss verliehene Befugnis gerichtet ist, ist er, wie bereits in B.8.6 festgestellt wurde, nicht zulässig.

B.55. Artikel 33 der Verfassung bestimmt:

« Alle Gewalten gehen von der Nation aus.

Sie werden in der durch die Verfassung bestimmten Weise ausgeübt ».

Artikel 37 der Verfassung bestimmt:

« Die föderale ausführende Gewalt, so wie sie durch die Verfassung geregelt wird, liegt beim König ».

Artikel 108 der Verfassung bestimmt:

«Der König erlässt die zur Ausführung der Gesetze notwendigen Verordnungen und Erlasse, ohne jemals die Gesetze selbst aussetzen noch von ihrer Ausführung entbinden zu dürfen».

B.56.1. Die Artikel 138^{ter}-3, 138^{ter}-4 und 138^{ter}-6 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 betreffen die Befugnis der Rückversicherer und des Tarifierungsbegleitbüros, die durch einen Versicherer einem Versicherungsnehmer vorgeschlagene Zusatzprämie zu beurteilen.

Wie in B.17.4 in Erinnerung gerufen wurde, beinhalten diese Bestimmungen für die Versicherer keine Verpflichtung, Verträge zu schließen. Die Versicherer behalten somit das Recht, einen Vertrag nicht abzuschließen.

B.56.2. Diese Bestimmungen haben hingegen zur Folge, dass ein Versicherer, wenn ein Versicherungsnehmer nicht mit der durch ihn vorgeschlagenen Zusatzprämie einverstanden ist, nur unter den durch den Rückversicherer oder das Begleitbüro hinsichtlich der Zusatzprämie vorgeschlagenen Bedingungen Verträge abschließen kann.

Wie in B.17.5 in Erinnerung gerufen wurde, können die Rückversicherer und das Begleitbüro nur eine niedrigere Zusatzprämie beschließen, wenn die ursprünglich durch den Versicherer vorgeschlagene Zusatzprämie nicht als «in medizinischer und versicherungstechnischer Hinsicht objektiv und angemessen» angesehen werden kann. Somit hat der Gesetzgeber die den Rückversicherern und dem Tarifierungsbegleitbüro erteilte Befugnis ausreichend eingegrenzt. Außerdem bedeutet der Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung, der nicht nur als ein Grundsatz der ordnungsgemäßen Gesetzgebung und Verwaltung betrachtet werden kann, für die Versicherer ein Verbot, bei der Festlegung der Prämien Behandlungsunterschiede zwischen Versicherungsnehmern einzuführen, die nicht objektiv und vernünftig gerechtfertigt sind. Die den Rückversicherern und dem Begleitbüro erteilte Beurteilungsbefugnis hat folglich keine wesentliche Änderung in der Rechtslage der Versicherer zur Folge.

B.56.3. Aus dem Vorstehenden geht hervor, dass die Ermessensbefugnis, die den Rückversicherern und dem Tarifierungsbegleitbüro erteilt wird, nicht als eine Verordnungsbefugnis oder Entscheidungsfreiheit angesehen werden kann.

B.56.4. Insofern er gegen die Artikel 5, 6 und 8 des Gesetzes vom 21. Januar 2010 gerichtet ist, ist der Klagegrund unbegründet.

B.57.1. Die Kritik an Artikel 138^{ter}-8 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 betrifft die Befugnis des Tarifierungsbüros festzulegen, zu welchen Bedingungen und Prämien ein Versicherungsnehmer Zugang zu einer Lebensversicherung oder gegebenenfalls einer Invalidenversicherung als Garantie für einen Hypothekarkredit, einen Verbraucherkredit oder einen Berufskredit hat.

Wie bereits in B.25.3 festgestellt wurde, obliegt den Versicherern keine Verpflichtung, diese « Zugangsbedingungen » anzuwenden. Das Tarifierungsbüro übt somit keine Verordnungsbefugnis bei deren Festlegung aus.

B.57.2. Insofern er gegen den angefochtenen Artikel 10 gerichtet ist, ist der Klagegrund unbegründet.

B.58.1. Die Artikel 138^{ter}-9 und 138^{ter}-12 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 betreffen die Ausgleichskasse.

Die klagende Partei bemängelt, dass diese Kasse, falls sie nicht vom König eingerichtet werde, den Betrag der in Artikel 138^{ter}-9 vorgesehenen Zahlungen festlegen könne.

B.58.2. Gemäß Artikel 138^{ter}-9 § 3 Absatz 1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 sind Versicherer, die Lebensversicherungen als Garantie für Hypothekarkredite anbieten, und Hypothekarkreditgeber gesamtschuldnerisch verpflichtet, an die Ausgleichskasse « die zur Erfüllung deren Auftrags und zur Bestreitung der Betriebskosten erforderlichen » Zahlungen zu tätigen.

Die Mittel, die notwendig sind, um den Auftrag der Ausgleichskasse zu erfüllen, hängen einerseits von dem Schwellenwert und dem Höchstbetrag im Sinne von Artikel 138^{ter}-12 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 ab, die, wie in B.18.1 in Erinnerung gerufen wurde, vom König festzulegen sind, und andererseits von der Anzahl Anträge auf Beteiligung durch die Ausgleichskasse unter den durch das Gesetz festgelegten Bedingungen.

Indem er festgelegt hat, dass die Versicherer und die Hypothekarkreditgeber gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, wollte der Gesetzgeber offensichtlich ausdrücken, dass die Mittel, die notwendig sind, um den Auftrag der Ausgleichskasse zu erfüllen und ihre Betriebskosten zu bestreiten, zwar von jedem Versicherer, der Lebensversicherungen als Garantie für Hypothekarkredite anbietet, und von jedem Hypothekarkreditgeber verlangt werden können, dass die einzelnen Versicherer und die Hypothekarkreditgeber jedoch untereinander zu gleichen Teilen verpflichtet sind, den erforderlichen Betrag zu zahlen.

B.58.3. Da der «Schwellenwert» und der «Höchstbetrag» durch königlichen Erlass geregelt werden und der Gesetzgeber selbst festgelegt hat, dass einerseits der Betrag der Zahlungen von den «zur Erfüllung [des] Auftrags [der Ausgleichskasse] und zur Bestreitung der Betriebskosten erforderlichen» Mitteln abhängt und dass andererseits die einzelnen Versicherer und Hypothekarkreditgeber untereinander zu gleichen Teilen verpflichtet sind, den erforderlichen Betrag zu zahlen, stellt die Festlegung des Betrags der Zahlungen eine Ausführungsmodalität von begrenzter und technischer Tragweite dar, für die keine politischen Entscheidungen getroffen werden müssen.

B.58.4. Im Übrigen muss der König, wie in B.46 in Erinnerung gerufen wurde, unter den von ihm bestimmten Bedingungen die Zulassung für die Ausgleichskasse erteilen, deren Satzung billigen und die Kontrolle über die Tätigkeiten dieser Kasse regeln.

Die Ausgleichskasse wird folglich von einem Organ kontrolliert, das einer demokratisch gewählten Versammlung gegenüber politische Verantwortung trägt.

B.58.5. Insofern er gegen die angefochtenen Artikel 11 und 14 gerichtet ist, ist der Klagegrund unbegründet.

B.59. Der siebte Klagegrund ist unbegründet.

Aus diesen Gründen:

Der Hof

weist die Klage zurück.

Verkündet in niederländischer, französischer und deutscher Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof, in der öffentlichen Sitzung vom 10. November 2011.

Der Kanzler,

Der Vorsitzende,

P.-Y. Dutilleux

M. Bossuyt