

Synopse zum VVG (Auszug – Recht der privaten Krankenversicherung) Geltungsdauer: **01.01.2008 – 31.12.2008**

Daten und Gesetzesmaterialien zum VVG

Titel: Gesetz zur Reform des Versicherungsvertragsrechts

Gesetzesinitiative: Vorlage der Bundesregierung

Wesentlicher Inhalt:

Gesamtreform des Versicherungsvertragsrechts: Verbesserung des Verbraucherschutzes, Stärkung des Versicherungsnehmers, Neuregelung der Beratungs-, Aufklärungs- und Informationspflichten der Versicherer, Neuregelung von Vertragslaufzeiten, Widerrufs-, Rücktritts- und Kündigungsrecht, Mindeststandards für Berufsunfähigkeitsversicherungen, Modernisierung des Rechts der Lebensversicherung unter Einbeziehung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs, insbesondere betr. Mindestrückkaufwert, Überschussbeteiligung, Beteiligung an stillen Reserven; textliche Neugestaltung des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) mit Teil eins: Allgemeiner Teil, u.a. Vorschriften für alle Versicherungszweige oder Schadenversicherungen (§§ 1-99), mit Teil zwei: einzelne Versicherungszweige (§§ 100-208) und Teil drei: Schlussvorschriften (§§ 209-215); Änderung versch. Artikel Einführungsgesetz zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag, § 330 BGB, Fünftes Buch und § 903 HGB, Anfügung sechszwanzigster Abschnitt Einführungsgesetz zum Handelsgesetzbuch, versch. §§ Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung, Änderung versch. §§ Versicherungsaufsichtsgesetz, Pflichtversicherungsgesetz und § 94 AMG, § 19a BNotO, § 51 BRAO, §§ 145 und 146 FGG, § 20 Umwelthaftungsgesetz, § 7 Gesetz über die Verjährung von deutschen Auslandsschulden und ähnlichen Schulden, § 45 Patentanwaltsordnung, § 25 Steuerberatungsgesetz, § 54 Wirtschaftsprüferordnung, § 6 Bewachungsverordnung, §§ 14 und 34 Atomgesetz, § 5 Atomrechtliche Deckungsvorsorgeverordnung, § 6 Verordnung über die Lebens- und Rentenversicherung aus Anlass der Neuordnung des Geldwesens, § 4 Zweite Verordnung über die Schadens-, Unfall- und Krankenversicherung aus Anlass der Neuordnung des Geldwesens, § 9 Fünftes Vermögensbildungsgesetz, §§ 2 und 7 Betriebsrentengesetz sowie § 10 betr. Aufhebung des Hilfskassengesetzes, § 9 Signaturverordnung, § 3 Eisenbahnhaftpflichtversicherungsverordnung, § 43 Luftverkehrsgesetz sowie von § 5 SGB V. Den öffentlichen Haushalten entstehen keine Kosten.

Änderungen aufgrund der Ausschussempfehlung:

Rückführung des Direktanspruchs an den Versicherer bei Pflichtversicherungen auf zwei wesentliche Fälle, Änderung der Rückkaufwertberechnung bei Lebensversicherungen, Anpassung der Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten an neuere Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts, Anpassung bei den privaten Krankenversicherungen an Neuregelungen im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Gang der Gesetzgebung:

BR Drs. [707/06](#) vom 13.10.2006: Zuweisung an Rechtsausschuss (federführend), Agrarausschuss, Gesundheitsausschuss und Wirtschaftsausschuss
Plenarprotokoll [828](#) vom 24.11.2006: Stellungnahme

BT Drs. [16/3945](#) vom 20.12.2006

1. Beratung am 01.02.2007, Plenarprotokoll [16/79](#): An Rechtsausschusses (federführend), Finanzausschuss, Ausschuss für Wirtschaft und Technologie, Ausschuss für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft und Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung überwiesen.

Beschlussempfehlung und Bericht des Rechtsausschusses: BT-Drs. [16/5862](#) vom 20.06.2007 mit Änderungsvorschlägen

[Der Rechtsausschuss brachte den kompletten Art. 11 \(§§ 192 ff. VVG in der Fassung ab dem 01.01.2009\) in das Gesetz ein.](#)

Änderungsantrag von Abgeordneten und der Fraktion DIE LINKE: BT-Drs. [16/5940](#) vom 04.07.2007 – Ablehnung

2. und 3. Beratung am 05.07.2007, Plenarprotokoll [16/108](#): Annahme gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Enthaltung der Fraktion DIE LINKE

Gesetz vom 23.11.2007.

Verkündet im Bundesgesetzblatt Teil I vom 29.11.2007, S. [2631](#).

Ein Service von:

Inhaltsübersicht

§ 192 Vertragstypische Leistungen des Versicherers 3

§ 193 Versicherte Personen 5

§ 194 Anzuwendende Vorschriften 6

§ 195 Versicherungsdauer 7

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung 9

§ 197 Wartezeiten 10

§ 198 Kindernachversicherung 10

§ 199 Beihilfeempfänger 11

§ 200 Bereicherungsverbot 11

§ 201 Herbeiführung des Versicherungsfalles 11

§ 202 Auskunftspflicht des Versicherers; Schadensermittlungskosten 12

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung 12

§ 204 Tarifwechsel 14

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers 15

§ 206 Kündigung des Versicherers 16

§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses 17

§ 178k [Rücktritt] 18

§ 208 Abweichende Vereinbarungen 18

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
<p>Zweiter Titel Krankenversicherung</p>	<p>Kapitel 8 Krankenversicherung</p>	<p>Kapitel 8 idF von Artikel 8 Krankenversicherung</p>	<p>Gesetzesbegründung BT-Drs. 16/3945 (ab S. 110)</p>
<p>§ 178b [Haftung des Versicherers]</p>	<p>§ 192 Vertragstypische Leistungen des Versicherers</p>	<p>§ 192 Vertragstypische Leistungen des Versicherers</p>	<p>Zu § 192</p>
			<p>§ 192 VVG-E umschreibt in den Absätzen 1 und 4 bis 6 die verschiedenen Formen der privaten Krankenversicherung einschließlich der Pflegekrankenversicherung. Die Vorschriften des Kapitels 8 beziehen sich auf die Krankenversicherung insgesamt, es sei denn, der Anwendungsbereich einer Vorschrift ist, wie z. B. in den §§ 196, 199, 206 VVG-E, ausdrücklich auf bestimmte Formen der Krankenversicherung beschränkt.</p>
<p>(1) Bei der Krankheitskostenversicherung haftet der Versicherer im vereinbarten Umfang für die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen.</p>	<p>(1) Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten.</p>	<p>(1) Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten.</p>	<p>Die Vorschrift übernimmt inhaltlich den bisherigen § 178b Abs. 1 VVG. Sie ist wie bisher abdingbar (vgl. § 208 VVG-E), um die Freiheit der Produktgestaltung zu erhalten.</p>
<p>neu</p>	<p>(2) Der Versicherer ist nach Absatz 1 nicht zur Leistung verpflichtet, soweit die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.</p>	<p>(2) Der Versicherer ist zur Leistung nach Absatz 1 insoweit nicht verpflichtet, als die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.</p>	<p>Die Vorschrift ist neu. In der Rechtsprechung und Literatur war bisher allgemein anerkannt, dass die Leistungspflicht des Versicherers nach Absatz 1 nicht nur auf das medizinisch notwendige Maß der Heilbehandlung beschränkt ist, sondern sich auch nicht auf Aufwendungen erstreckt, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten medizinischen Leistungen stehen und damit eine Übermaßvergütung bedeuten. Auf Grund der Entscheidung des BGH vom 12. März 2003 (VersR 2003, S. 581) ist zweifelhaft geworden, ob sich aus der gesetzlichen Definition der Leistungspflicht im bisherigen § 178b Abs. 1 VVG, der inhaltlich unverändert in § 192 Abs. 1 VVG-E übernommen wird, der Ausschluss einer solchen Übermaßvergütung ergibt. Dies soll daher in dem neuen Absatz 2 klargestellt werden. Da die Vorschrift die geltende Rechtslage wiedergibt, die vertraglichen Rechte der Versicherungsnehmer also nicht verkürzt werden, kann diese Vorschrift wie die übrigen Regelungen für die Krankenversicherung auf Altverträge im Sinn des neuen Artikels 1 Abs. 1 EGVVG erstreckt werden (vgl. Artikel 2 Unterartikel 2 Nr. 2 des Gesetzentwurfes). Von der Aufnahme eines allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebots, wie dies von der VVG-Kommission vorgeschlagen worden ist (vgl. § 186 Abs. 3 Satz 1 des Kommissionsentwurfes), sieht der Entwurf dagegen ab. Ein solches Wirtschaftlichkeitsgebot könnte nicht für bereits bestehende Krankenversicherungen einge-</p>

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
			<p>führt werden, da die Versicherungsnehmer dadurch unangemessen benachteiligt würden. Der BGH hat der überwiegend vertretenen Auslegung, dass dem Begriff der medizinischen Notwendigkeit auch eine wirtschaftliche Bedeutung zukommt, eine Absage erteilt und damit insoweit die Rechtslage erstmals verbindlich festgestellt. Für eine gesetzliche Verankerung des Wirtschaftlichkeitsgebots für die Zukunft besteht kein Bedürfnis; eine entsprechende Einschränkung der Leistungspflicht des Versicherers kann in den AVB bestimmt werden.</p> <p>Der Rechtsausschuss weist darauf hin, dass bis zur Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 12. März 2003, (VersR 2003, S. 581) anerkannt war, dass sich die Leistungspflicht des Versicherers nicht auf Aufwendungen erstreckt, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten medizinischen Leistungen stehen. Nach der genannten Entscheidung ist zweifelhaft geworden, ob sich aus der gesetzlichen Definition der Leistungspflicht (§ 192 Abs. 1, der § 178b Abs. 1 VVG übernimmt) die Befugnis zum Ausschluss der Übermaßvergütung ergibt. Die Regelung will diese Unklarheit beseitigen, indem sie die Rechtslage vor dem o. g. Urteil des BGH wiederherstellt.</p>
<p>neu</p>	<p>(3) Als Inhalt der Krankheitskostenversicherung können zusätzliche Dienstleistungen vereinbart werden, insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Beratung über Leistungen nach Absatz 1 sowie über die Anbieter solcher Leistungen; 2. die Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1; 3. die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1; 4. die Unterstützung der versicherten Personen bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung der Leistungen nach Absatz 1 und der sich hieraus ergebenden Folgen; 5. die unmittelbare Abrechnung der Leistungen nach Absatz 1 mit deren Erbringern. 	<p>(3) Als Inhalt der Krankheitskostenversicherung können zusätzliche Dienstleistungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit Leistungen nach Absatz 1 stehen, vereinbart werden, insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Beratung über Leistungen nach Absatz 1 sowie über die Anbieter solcher Leistungen; 2. die Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1; 3. die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1; 4. die Unterstützung der versicherten Personen bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung der Leistungen nach Absatz 1 und der sich hieraus ergebenden Folgen; 5. die unmittelbare Abrechnung der Leistungen nach Absatz 1 mit deren Erbringern. 	<p>Die Vorschrift ist neu (vgl. hierzu Allgemeiner Teil Abschnitt II Nr. 10). Sie stellt klar, dass auch solche Tätigkeiten des Versicherers im Rahmen seines Leistungsmanagements Gegenstand einer Krankenversicherung sein können, die dem Service oder der Beratung und Unterstützung des Versicherungsnehmers im Zusammenhang mit der Erbringung versicherter Leistungen dienen. Einige dieser Nebenleistungen aus dem Versicherungsvertrag werden schon heute von Krankenversicherern erbracht. Dies gilt vor allem für die in Nummer 1 erfasste Beratungstätigkeit; auch die in Nummer 5 vorgesehene unmittelbare Abrechnung wird teilweise zwischen Kliniken und Versicherern praktiziert. Ob und in welcher Weise die Versicherer von der schon bisher bestehenden Möglichkeit, derartige Zusatzleistungen zu vereinbaren, Gebrauch machen, bleibt auch künftig der Ausgestaltung der Verträge und der angebotenen Tarife überlassen; vom Versicherer sind hierbei die sich aus den §§ 307, 308 BGB für allgemeine Geschäftsbedingungen und dem Aufsichtsrecht ergebenden Vorgaben zu beachten. In § 192 Abs. 3 VVG-E geht es nur um die Rechtsbeziehung zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer; der Entwurf regelt nicht die Konsequenzen, die sich aus der vereinbarten Zusatzleistung im Verhältnis Versicherer bzw. Versicherungsnehmer zu den Leistungserbringern ergeben. Da die Entwicklung weiter im Fluss ist, beschreibt die</p>

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
			Vorschrift nur die inzwischen geläufigsten Nebenleistungen; die Aufzählung ist somit nicht abschließend.
(2) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.	(4) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.	(4) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.	Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178b Abs. 2 VVG.
(3) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausschlag durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen.	(5) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausschlag durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen.	(5) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausschlag durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen.	Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178b Abs. 3 VVG.
(4) In der Pflegekrankenversicherung haftet der Versicherer im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang für Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen (Pflegekostenversicherung) oder er leistet das vereinbarte Tagegeld (Pflegetagegeldversicherung).	(6) Bei der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet , im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für die Pflege der versicherten Person zu erstatten (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegetagegeldversicherung). Absatz 2 gilt für die Pflegekostenversicherung entsprechend.	(6) Bei der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet , im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für die Pflege der versicherten Person zu erstatten (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegetagegeldversicherung). Absatz 2 gilt für die Pflegekostenversicherung entsprechend. Die Regelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch über die private Pflegeversicherung bleiben unberührt.	Satz 1 übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 178b Abs. 4 VVG. Satz 2 erstreckt die Regelung des Absatzes 2 zur Übermaßvergütung auf die Pflegekostenversicherung. Da das Elfte Buch Sozialgesetzbuch die private Pflegeversicherung als Pflegepflichtversicherung detailliert regelt, wird in Satz 3 ausdrücklich klargestellt, dass diese Vorschriften der Regelung in Teil 2 Kapitel 8 des VVG-E vorgehen.
§ 178a [Versicherungsnehmer]	§ 193 Versicherte Personen	§ 193 Versicherte Personen	
(1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden.	(1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.	(1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.	Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178a Abs. 1 und 2 Satz 1 VVG; sie dient lediglich der Klarstellung, dass es sich um eine Versicherung entweder auf eigene Rechnung oder auf fremde Rechnung (§ 43 VVG-E) handeln kann.
(2) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 49 bis 51, 55 bis 60 und 62 bis 68a anzuwenden. Die Vorschriften der §§ 23 bis 30 und des § 41 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden.	[jetzt § 194 Abs. 1]	[jetzt § 194 Abs. 1]	
(3) Versicherte Person ist die Person, auf die die Versicherung genommen wird. Soweit die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und ihr Verhalten in Betracht.	(2) Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten zu berücksichtigen.	(2) Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten zu berücksichtigen.	Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 178a Abs. 3 Satz 2 VVG. Die Erwägungen zu der Parallelvorschrift des § 156 VVG-E bei der Lebensversicherung gelten auch hier.
(4) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann, ist unbefristet. Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 3 kann für die Krankheitskosten- und für die Krankenhaustagegeldversi-	[jetzt § 195 Abs. 1]	[jetzt § 195 Abs. 1]	

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
<p>cherung eine Mindestdauer bis zu drei Jahren vereinbart werden. Für Ausbildungs-, Auslands- und Reisekrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.</p>			
<p>neu</p>	<p>§ 194 Anzuwendende Vorschriften</p>	<p>§ 194 Anzuwendende Vorschriften</p>	
<p>§ 178a (2) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 49 bis 51, 55 bis 60 und 62 bis 68a anzuwenden. Die Vorschriften der §§ 23 bis 30 und des § 41 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden.</p>	<p>(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 81 und 83 bis 88 anzuwenden. Die §§ 25 bis 29 und 31 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 21 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht ohne Verschulden verletzt hat.</p>	<p>(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.</p>	<p>Die Vorschrift übernimmt weitgehend unverändert den bisherigen § 178a Abs. 2 VVG. Der Anwendungsbereich der allgemeinen Vorschriften über die Schadensversicherung (§§ 74 bis 87 mit Ausnahme des § 81 VVG-E) für die Krankenversicherung entspricht dem geltenden Recht. Dies gilt auch für den Ausschluss der Vorschriften über die Gefahrerhöhung (§§ 23 bis 27 VVG-E) in Satz 2. Satz 3 wird neu eingefügt. Er stellt für den Fall einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden, also schuldlosen Anzeigepflichtverletzung den bisher geltenden Rechtszustand her; danach sind in diesem Fall sowohl die Kündigung durch den Versicherer als auch das Verlangen einer höheren Prämie ausgeschlossen (vgl. bisher § 178a Abs. 2 Satz 2 i. V. m. § 41 Abs. 1 und 2 VVG). Verletzt der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht mit einfacher Fahrlässigkeit, bleiben dem Krankenversicherer die allgemeinen Rechte nach § 19 VVG-E in vollem Umfang erhalten. Satz 4 übernimmt die bisherige Ausschlussfrist nach § 178k Satz 1 VVG von drei Jahren hinsichtlich aller Rechte, die dem Versicherer bei einer vom Versicherungsnehmer zu vertretenden Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 2 bis 4 VVG-E zustehen. Diese Abweichung von § 21 Abs. 3 Satz 1 VVG-E trägt der besonderen sozialen Bedeutung der Krankenversicherung für den Versicherungsnehmer Rechnung. Hat der Versicherungsnehmer allerdings vorsätzlich gehandelt, ist seine Besserstellung in der Krankenversicherung nicht gerechtfertigt. Daher gilt in diesen Fällen die allgemeine Vorschrift des § 21 Abs. 3 Satz 2, nach der die Ausschlussfrist zehn Jahre beträgt; abweichend von § 178k Satz 2 VVG gilt diese Frist auch bei Arglist.</p>
<p>neu</p>		<p>(2) § 38 ist auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Zahlungsfrist nach § 38 Abs. 1 Satz 1 mindestens zwei Monate betragen muss. Zusätzlich zu den Angaben nach § 38 Abs. 1 Satz 2 hat der Versicherer den Versicherungsnehmer darauf hinzuweisen, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> der Abschluss einer neuen Krankenversicherung nach der Kündigung des Versicherers nach § 38 Abs. 3 für den Versicherungsnehmer mit einer neuen Gesundheitsprüfung, einer Einschränkung des Umfangs des bisherigen Versicherungsschutzes sowie einer höheren Prämie verbunden sein kann, 	<p>Die Regelung ist neu. Sie trägt ebenfalls der herausragenden Bedeutung, die dem Krankenversicherungsschutz für die privat Versicherten zukommt, Rechnung. Satz 1 verlängert die Frist von zwei Wochen nach § 38 Abs. 1 Satz 1 VVG-E bei Zahlungsverzug für die Krankenversicherung auf zwei Monate. Damit soll der Schutz der Versicherungsnehmer in wirtschaftlichen Notlagen in dem für Versicherer und Versichertengemeinschaft zumutbaren Rahmen verbessert werden. Die längere Frist sowie die für die Versicherungsnehmer wichtigen Zusatzinformationen nach Satz 2 entsprechen der Regelung für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 191 des</p>

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
		<p>2. Bezieher von Arbeitslosengeld II unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch einen Zuschuss zu den Beiträgen erhalten können, die sie für eine private Kranken- oder Pflegeversicherung zahlen,</p> <p>3. der Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des § 32 Abs. 2 und 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch Beiträge zur privaten Kranken- oder Pflegeversicherung übernehmen kann.</p>	<p>Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Damit wird auch eine Vorgabe des Koalitionsvertrags vom 11. November 2005 (vgl. dort Teil B Kapitel IV Nr. 7.2 Krankenversicherung) umgesetzt.</p>
<p>neu</p>	<p>(2) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, so ist § 87 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.</p>	<p>(3) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, so ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden</p>	<p>Die Vorschrift ist neu. § 86 VVG-E, der entsprechend dem bisherigen § 67 VVG den gesetzlichen Übergang von Ersatzansprüchen regelt, gilt grundsätzlich auch für die Krankenversicherung, soweit es sich nicht um eine Summenversicherung handelt (vgl. Absatz 1 Satz 1). Auf den Bereicherungsanspruch auf Rückzahlung überhöhter Entgelte ist § 86 VVG-E nicht anwendbar. Daher bedarf es einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung, die sich auf Bereicherungsansprüche des Versicherungsnehmers oder gegebenenfalls einer anderen versicherten Person bezieht. Dabei ist die in § 86 Abs. 2 VVG-E eingeführte Mitwirkungspflicht des Versicherungsnehmers mit zu übernehmen. Da es sich um eine Spezialthematik der Krankenversicherung handelt, wird dieser Sonderfall in den Vorschriften über die Krankenversicherung geregelt. Nicht zu übernehmen ist § 86 Abs. 3 VVG-E, weil dessen Schutzgedanke nicht auf den Fall zu übertragen ist, dass die in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer lebende Person mit diesem einen Behandlungsvertrag geschlossen hat.</p>
<p>neu</p>	<p>(3) Die §§ 45 bis 50 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerrufen oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, so kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.</p>	<p>(4) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerrufen oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, so kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.</p>	<p>Die Vorschrift ist neu. Sie erklärt die allgemeinen Bestimmungen über die Versicherung für fremde Rechnung, von denen die Krankenversicherung bisher ausgenommen war, für anwendbar und regelt die für die Krankenversicherung notwendigen Abweichungen.</p>
<p>neu</p>	<p>§ 195 Versicherungsdauer</p>	<p>§ 195 Versicherungsdauer</p>	
			<p>Die Vorschrift fasst unter weitgehender Übernahme des bisherigen § 178a Abs. 4 VVG und dessen Erweiterung die wichtigsten Vorschriften zur Versicherungsdauer und zulässigen Befristung von Krankenversicherungsverträgen zusammen. Aus redaktionellen Gründen zur Erleichterung der Lesbarkeit wird die</p>

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
			<p>Krankentagegeldversicherung gesondert in § 196 VVG-E geregelt. Die weitere Befristungsmöglichkeit für Beihilfetarife wird wegen des Sachzusammenhanges in § 199 VVG-E erfasst. Die bisherige Vorschrift des § 178a Abs. 4 Satz 2 VVG wird nicht übernommen, da die nach § 11 Abs. 2 Satz 2 VVG-E zulässige Mindestlaufzeit auch bei der Krankenversicherung angemessen erscheint.</p>
<p>§ 178a (4) ¹Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann, ist unbefristet. Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 3 kann für die Krankheitskosten- und für die Krankenhaustagegeldversicherung eine Mindestdauer bis zu drei Jahren vereinbart werden.</p>	<p>(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.</p>	<p>(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.</p>	<p>Satz 1 übernimmt den bisherigen § 178a Abs. 4 Satz 1 VVG und ergänzt ihn in sachlicher Übereinstimmung mit Artikel 54 Abs. 2 Satz 1 der Richtlinie 92/49/EWG (Dritte Richtlinie Schadensversicherung) um die Legaldefinition der substitutiven Krankenversicherung, auf die in § 206 VVG-E sowie in § 12 VAG (vgl. Artikel 7 Nr. 5 des Gesetzentwurfes) Bezug genommen wird. Der Grundsatz der Unbefristetheit der substitutiven Krankenversicherung gilt vorbehaltlich der in den Absätzen 2 und 3 und in den §§ 196 und 199 VVG-E geregelten Ausnahmen. Satz 2 wird neu eingefügt und erstreckt den Grundsatz der Unbefristetheit auf die nicht substitutive Krankenversicherung, sofern diese nach Art der Lebensversicherung betrieben wird. Diese Gleichstellung entspricht der aufsichtsrechtlichen Regelung in § 12 Abs. 5 in Verbindung mit Abs. 1 Nr. 3 VAG.</p>
<p>§ 178a (4) ²Für Ausbildungs-, Auslands- und Reisekrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.</p>	<p>(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.</p>	<p>(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.</p>	<p>Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178a Abs. 4 Satz 3 VVG und erweitert die Befristungsmöglichkeit auf die Restschuldkrankenversicherung, die wegen ihrer Bindung an die Laufzeit des zugrunde liegenden Darlehens ihrer Natur nach nicht unbefristet vereinbart werden kann.</p>
<p>neu</p>	<p>(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, so kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit abgeschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.</p>	<p>(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, so kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit abgeschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.</p>	<p>Die Vorschrift ist neu. Sie ermöglicht Personen, die sich mit befristetem Aufenthaltstitel (vgl. § 4 des Aufenthaltsgesetzes vom 30. Juli 2004 – BGBl. I S.1950) in Deutschland aufhalten, eine substitutive Krankenversicherung abzuschließen, die nicht mit Alterungsrückstellungen kalkuliert ist (vgl. Artikel 7 Nr. 6 zu § 12 Abs. 6 des Gesetzentwurfes) und deren Laufzeit auf die Dauer der Aufenthaltsgenehmigung abgestellt ist. Da solche Personen mit großer Sicherheit in überschaubarer Zeit wieder in ihr Heimatland zurückkehren, benötigen sie nur einen befristeten Krankenversicherungsschutz, der wegen des Fehlens des langfristigen Alterungsrisikos auch keiner Kalkulation mit Alterungsrückstellungen bedarf. Damit diese Vorschrift nicht zu Umgehungen missbraucht wird, begrenzt Satz 1 die Höchstdauer der Befristung auf fünf Jahre, wobei nach Satz 2 die Versicherungszeiten mehrerer aufeinander folgender Verträge zusammengesetzt werden, und zwar auch dann, wenn diese bei unterschiedlichen Versicherern bestanden. Die Versicherer werden im Antrag auf Abschluss eines solchen Krankenversicherungs-</p>

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
			vertrags daher stets ausdrücklich nach einer entsprechenden Vorversicherung fragen müssen. Die Einhaltung dieser Vorschriften ist gegebenenfalls durch Prüfungen der Versicherungsaufsicht zu überwachen.
neu	§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung	§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung	
			Die Vorschrift ergänzt die Regelung des § 195 VVG-E bezüglich der Krankentagegeldversicherung.
neu	(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, so hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.	(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, so hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.	Satz 1 ermöglicht es, Krankentagegeldversicherungen auf die Vollendung des 65. Lebensjahres als den derzeit noch typischen Zeitpunkt für den Eintritt in den Ruhestand zu befristen. Da vor allem selbständig und freiberuflich Beschäftigte den Beginn des Ruhestandes nicht fest planen können, begründet Satz 2 einen Anspruch des Versicherungsnehmers auf Abschluss einer unmittelbar anschließenden Krankentagegeldversicherung, die bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres befristet sein kann. Nach Satz 4 muss der Versicherer bei fristgerechter Antragstellung die erneute Krankentagegeldversicherung ohne – erneute oder erstmalige – Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten abschließen. Im Fall des erstmaligen Endes der befristeten Krankentagegeldversicherung nach Satz 1 ist der Versicherer nach Satz 3 verpflichtet, den Versicherungsnehmer auf den bevorstehenden Ablauf der Versicherung hinzuweisen, weil diesem die Tatsache der Befristung nach Ablauf von möglicherweise 30 und mehr Jahren seit Vertragsschluss nicht mehr bewusst ist. Diese Ausnahme gilt nur für die erstmalige Beendigung zum 65. Lebensjahr; denn im Falle der nochmaligen Verlängerung bei Beendigung zum 70. Lebensjahr war dem Versicherungsnehmer die Tatsache der Befristung in jedem Fall bekannt.
neu	(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, so gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.	(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, so gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.	Erfüllt der Versicherer die Informationspflicht nach Absatz 1 Satz 3 nicht, soll der Versicherungsnehmer nach Satz 1 noch bis zum Ende des 66. Lebensjahres sein Recht auf Verlängerung der Versicherung wahren können, wobei allerdings wegen der naheliegenden Gefahr des Missbrauchs keine Rückwärtsversicherung auf den Zeitpunkt der Vollendung des 65. Lebensjahres, sondern nur ein materieller Versicherungsbeginn ab Antragstellung vorgesehen ist. Für einen zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall besteht nach Satz 2 kein Versicherungsschutz.
neu	(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75.	(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75.	Der Versicherungsnehmer kann nach dieser Vorschrift entsprechend den Grundsätzen des Absatzes 1 Satz 2 und 4 eine nochmalige Verlängerung der Krankentagegeldversicherung bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres verlangen.

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
	Lebensjahres endet.	Lebensjahres endet.	
neu	neu	(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.	Die starren Grenzen von 65, 70 bzw. 75 Lebensjahren entsprechen schon heute teilweise nicht mehr der Wirklichkeit des Rentenrechts. Um der sich abzeichnenden Entwicklung zu einem höheren Renteneintrittsalter Rechnung zu tragen, wird den Vertragsparteien in Absatz 4 ermöglicht, vertraglich bei der Befristung der Krankentagegeldversicherung in den Absätzen 1 bis 3 jeweils an ein späteres Lebensjahr anzuknüpfen.
§ 178c [Wartezeiten]	§ 197 Wartezeiten	§ 197 Wartezeiten	
(1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Krankenhaus-tagegeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate und als besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate nicht überschreiten. In der Pflegekrankenversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.	(1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Krankentagegeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate und als besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate nicht überschreiten. Bei der Pflegekrankenversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.	(1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Krankentagegeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate und als besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate nicht überschreiten. Bei der Pflegekrankenversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.	Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178c VVG. Absatz 1 Satz 2 gilt nur für die freiwillige Pflegeversicherung; für die Pflegepflichtversicherung ist die Wartezeitregelung im Elften Buch Sozialgesetzbuch maßgeblich.
(2) Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, sofern die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zum unmittelbaren Anschluß daran beantragt wird. Gleiches gilt für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.	(2) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, sofern die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zum unmittelbaren Anschluss daran beantragt wird. Dies gilt auch für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.	(2) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, sofern die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zum unmittelbaren Anschluss daran beantragt wird. Dies gilt auch für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.	
§ 178d [Neugeborene oder adoptierte Kinder]	§ 198 Kindernachversicherung	§ 198 Kindernachversicherung	
(1) Besteht am Tag der Geburt für mindestens ein Elternteil eine Krankenversicherung, ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.	(1) Besteht am Tag der Geburt für mindestens einen Elternteil eine Krankenversicherung, so ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.	(1) Besteht am Tag der Geburt für mindestens einen Elternteil eine Krankenversicherung, ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.	Die Vorschriften übernehmen unverändert den bisherigen § 178d Abs. 1 bis 3 VVG. Es handelt sich um die Sonderregelung einer Rückwärtsversicherung, auf die § 2 Abs. 2 Satz 2 VVG-E nicht anzuwenden ist.
(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, so ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.	(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, so ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.	(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, so ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.	

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
<p>(3) Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes kann eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils vereinbart werden. Diese darf drei Monate nicht übersteigen.</p>	<p>(3) Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes kann eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils vereinbart werden. Diese darf drei Monate nicht übersteigen.</p>	<p>(3) Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes kann eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils vereinbart werden. Diese darf drei Monate nicht übersteigen.</p>	
<p>neu</p>	<p>(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Auslands- und die Reisekrankenversicherung nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.</p>	<p>(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Auslands- und die Reisekrankenversicherung nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.</p>	<p>Die Vorschrift ist neu. Sie stellt zunächst klar, dass die Bestimmungen über die Kindernachversicherung grundsätzlich auch auf die Auslands- und die Reisekrankenversicherung anzuwenden sind. Dies gilt jedoch nicht, wenn und soweit ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz besteht, weil insoweit kein Schutzbedürfnis vorhanden ist.</p>
<p>§ 178e [Änderung des Beihilfeanspruchs]</p>	<p>§ 199 Beihilfempfänger</p>	<p>§ 199 Beihilfempfänger</p>	
<p>neu</p>	<p>(1) Bei der Krankheitskostenversicherung einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes kann vereinbart werden, dass sie mit der Versetzung der versicherten Person in den Ruhestand im Umfang der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes endet.</p>	<p>(1) Bei der Krankheitskostenversicherung einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes kann vereinbart werden, dass sie mit der Versetzung der versicherten Person in den Ruhestand im Umfang der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes endet.</p>	<p>Die Vorschrift ist neu. Sie stellt klar, dass diejenigen Beihilfeversicherungen, die nur für die Dauer der aktiven Dienstzeit benötigt werden, im Umfang der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes von vornherein als mit dem Eintritt in den Ruhestand endend und damit befristet abgeschlossen werden können. Die Zulässigkeit einer solchen Befristung war bisher streitig.</p>
<p>Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, daß der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpaßt, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung gestellt, hat der Versicherer den angepaßten Versicherungsschutz ohne er-neute Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.</p>	<p>(2) Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, so hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.</p>	<p>(2) Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, so hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.</p>	<p>Die Vorschrift übernimmt im Wesentlichen unverändert den bisherigen § 178e VVG. Entsprechend dem sachgerechten Vorschlag der VVG-Kommission wird in Satz 2 die vom Versicherungsnehmer einzuhaltende Frist für die Stellung des Antrags von bisher zwei Monaten auf sechs Monate verlängert; ferner wird klargestellt, dass es auch dann keiner Risikoprüfung bedarf, wenn eine solche zu einem früheren Zeitpunkt nicht stattgefunden hat.</p>
<p>neu</p>	<p>§ 200 Bereicherungsverbot</p>	<p>§ 200 Bereicherungsverbot</p>	
<p>neu</p>	<p>Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes oder einen Anspruch auf Leistungen gegen eine Kranken- oder Pflegekasse nach den Vorschriften des Fünften oder des Elften Buchs Sozialgesetzbuch, so ist der Versicherer nur abzüglich der Leistungen der Beihilfeträger und der Kranken- oder Pflegekassen zur Leistung verpflichtet.</p>	<p>Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.</p>	<p>Die Vorschrift ist neu. Sie soll für eine typische Fallgestaltung in der Krankenversicherung einschließlich der Pflegeversicherung sicherstellen, dass die Gesamterstattungsleistungen (aus PKV, GKV, privater Pflegepflichtversicherung, sozialer Pflegeversicherung, Beihilfe) die Gesamtaufwendungen des Versicherten nicht übersteigen; eine bestimmte Rangfolge der Leistungsverpflichtungen wird nicht begründet. Das Bereicherungsverbot bezieht sich nur auf Krankenversicherungen, die Schadensversicherungen sind, und nicht auf Summenversicherungen.</p>
<p>§ 178l [Leistungsfreiheit]</p>	<p>§ 201 Herbeiführung des Versicherungsfalles</p>	<p>§ 201 Herbeiführung des Versicherungsfalles</p>	

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
<p>Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Krankheit oder den Unfall bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat.</p>	<p>Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich die Krankheit oder den Unfall bei sich selbst herbeiführt.</p>	<p>Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich die Krankheit oder den Unfall bei sich selbst herbeiführt.</p>	<p>Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 178I VVG. Die sprachliche Änderung ist im Interesse einer einheitlichen Formulierung der Parallelvorschriften des Gesetzesentwurfes geboten (vgl. §§ 81, 103, 137, 162 und 183 VVG-E). Die Vorschrift stellt eine Sonderregelung zu § 81 VVG-E dar, der auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden ist (vgl. § 194 Abs. 1 Satz 1 VVG-E).</p>
<p>§ 178m [Auskunftsanspruch]</p>	<p>§ 202 Auskunftspflicht des Versicherers</p>	<p>§ 202 Auskunftspflicht des Versicherers; Schadensermittlungskosten</p>	
<p>Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jeder versicherten Person einem von ihnen benannten Arzt Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Der Auskunftsanspruch kann jedoch nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.</p>	<p>Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person einem von ihnen benannten Arzt Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Der Auskunftsanspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.</p>	<p>Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person einem von ihnen benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Der Auskunftsanspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, hat der Versicherer die entstandenen Kosten zu erstatten.</p>	<p>Die Vorschrift übernimmt im Grundsatz den bisherigen § 178m VVG. Während aber bisher das Recht nach Satz 1 auf Auskunft und Einsicht in das vom Versicherer eingeholte Gutachten nur einem vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person benannten Arzt zusteht, wird dieses Recht nunmehr auch einem beauftragten Rechtsanwalt eingeräumt. Damit wird dem Interesse des Versicherungsnehmers entsprochen, der zur Vorbereitung eines etwaigen Rechtsstreits auf die Einsichtnahme angewiesen ist und dem die Kosten einer zusätzlichen Beauftragung eines Arztes erspart werden sollen. Die Ergänzung der Vorschrift stellt klar, dass der Krankenversicherer entsprechend allgemeinen vertragsrechtlichen Bestimmungen verpflichtet ist, die Kosten von ihm selbst angeforderter Gutachten und Stellungnahmen zu tragen. Dass der Versicherer auch in der Krankenversicherung die Kosten von ihm angeforderter Gutachten und Stellungnahmen tragen muss, erscheint sachgerecht (vgl. §§ 85,189 für die Schadens- und für die Unfallversicherung). Zwar dürfte sich ein Erstattungsanspruch zumeist schon aus allgemeinen vertragsrechtlichen Bestimmungen, insbesondere aus Auftragsrecht (§ 670 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) ergeben, dessen Bestimmungen insoweit grundsätzlich anwendbar sind (vgl. Prölss/Martin/Voit/Knappmann, VVG, 27. Aufl., § 66 Rn. 2; Beckmann, in: Honsell (Hg.), Berliner Kommentar zum VVG, 1999, § 66 Rn. 3). Eine ausdrückliche Regelung schafft indes Klarheit.</p>
<p>§ 178g [Prämie nach technischen Berechnungsgrundlagen]</p>	<p>§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung</p>	<p>§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung</p>	
<p>(1) Bei einem Versicherungsverhältnis, bei dem die Prämie entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12 und 12a in Verbindung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnen ist, kann der Versicherer nur die sich daraus ergebende Prämie verlangen. Unbeschadet bleibt die Möglichkeit, mit Rücksicht auf ein</p>	<p>(1) Bei einer Krankenversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird, kann der Versicherer nur die entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12, 12a und 12e in Verbindung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnende Prämie verlangen. Die Möglichkeit, mit Rücksicht auf ein er-</p>	<p>(1) Bei einer Krankenversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird, kann der Versicherer nur die entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12, 12a und 12e in Verbindung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnende Prämie verlangen. Die Möglichkeit, mit Rücksicht auf ein er-</p>	<p>Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178g Abs. 1 VVG inhaltlich unverändert. Satz 1 stellt die Kalkulationsart klar, die nach Art der Lebensversicherung, d. h. auf Grund biometrischer Rechnungsgrundlagen erfolgt. Die in Bezug genommenen Vorschriften des VAG enthalten Regelungen zur Berechnung der Prämie und zur Erhebung des gesetzlichen Beitragszuschlags.</p>

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
<p>erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren.</p>	<p>höhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren, bleibt unberührt.</p>	<p>höhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren, bleibt unberührt.</p>	<p>Über Absatz 1 werden die Bestimmungen der §§ 12 und 12a VAG versicherungsvertragsrechtlich wirksam. Neu ist die Bezugnahme auf § 12e VAG, der die Erhebung des Beitragszuschlags für Altverträge regelt.</p>
<p>(2) Ist bei einem Versicherungsverhältnis das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer als nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der daraus errechneten Prämie berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat.</p>	<p>(2) Ist bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Dabei darf auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen im Sinne der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten. Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gilt § 12b Abs. 1 bis 2a in Verbindung mit einer auf Grund des § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.</p>	<p>(2) Ist bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Dabei darf auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen im Sinne der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten. Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gilt § 12b Abs. 1 bis 2a in Verbindung mit einer auf Grund des § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.</p>	<p>Die Vorschrift erweitert die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer die Prämie neu festsetzen kann. In Satz 1 wird abweichend von § 178g Abs. 2 Satz 1 VVG nicht auf die Veränderung des Schadensbedarfes, sondern auf die Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage abgestellt. Diese Rechnungsgrundlagen sind in Satz 3 festgelegt. Abweichend vom geltenden Recht, das nur auf Veränderungen des Schadensbedarfes abstellt, sollen künftig auch Veränderungen der Sterbewahrscheinlichkeiten, die sich aus den jeweils aktualisierten Sterbetafeln ergeben, eine Beitragsanpassung auslösen können. Diese Rechnungsgrundlage kann, wie z. B. auch der Rechnungszins, bisher nur angepasst werden, wenn auf Grund eines veränderten Schadenbedarfes eine Überprüfung der Beiträge erfolgt. Zur Vermeidung von Beitragsprüngen, die sich aus der Kumulierung von Anpassungserfordernissen ergeben können, wird eine Veränderung der Sterbewahrscheinlichkeiten zusätzlich als auslösende Grundlage für eine Beitragsüberprüfung zugelassen. Andere Rechnungsgrundlagen, insbesondere der Rechnungszins, sollen entgegen dem Votum der VVG-Kommission nicht für sich allein als Auslöser von Prämienanpassungen berücksichtigt werden, da Veränderungen dieser Rechnungsgrundlage im Wesentlichen auf einer Unternehmensentscheidung beruhen. Die erforderliche aufsichtsrechtliche Ergänzung ist in Artikel 7 Nr. 7 des Gesetzentwurfes (§ 12b Abs. 2a VAG) vorgesehen. Satz 2 stellt in Übereinstimmung mit § 12b Abs. 2 Satz 3 VAG klar, dass auch in absoluten Beträgen festgelegte Selbstbehalte und Risikozuschläge bei entsprechender Vereinbarung geändert werden können. § 178g Abs. 2 VVG regelt bisher nicht, nach welchen Kriterien der Treuhänder die Rechnungsgrundlagen zu prüfen und die Beitragsanpassung zu genehmigen hat; dies ist aber vertragsrechtlich relevant. Satz 4 bildet künftig den materiellen Kern des § 12b Abs. 1 bis 2a einschließlich der Ermächtigungsnorm des § 12c VAG im Vertragsrecht ab.</p>
<p>(3) Ist bei einem Versicherungsverhältnis, bei dem die Prämie entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12 und 12a in Verbindung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnen ist, das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der</p>	<p>(3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen,</p>	<p>(3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen an-</p>	<p>Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178g Abs. 3 Satz 1 VVG inhaltlich unverändert. Der Wortlaut wird vereinfacht, indem auf die in Absatz 1 enthaltene Definition der relevanten Versicherungsverhältnisse verwiesen wird. Die bisherige Formulierung „Belange der Versicherten“, die auf das VAG zurückgeht, wird aus den zu § 164 Abs. 1 Satz 2 VVG-E dargelegten terminologischen Gründen geändert, ohne dass damit eine sachliche</p>

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG)</p> <p>zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG)</p> <p>Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG)</p> <p>Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
<p>Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.</p>	<p>wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.</p>	<p>zupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.</p>	<p>Änderung verbunden sein soll. Wie bisher wird die Mitwirkung eines unabhängigen Treuhänders bei der Anpassung der AVB und der Tarifbestimmungen an veränderte Verhältnisse im Gesundheitswesen vorgeschrieben; insoweit geht es auch um Auswirkungen auf die Kosten und die Prämienkalkulation, so dass versicherungsmathematische Kenntnisse erforderlich sind. Bei der Anpassung einer unwirksamen Bedingung wird dagegen abweichend von § 178g Abs. 3 Satz 2 VVG von der Einschaltung eines Treuhänders abgesehen, da es hier im Wesentlichen um eine rechtliche Beurteilung geht (vgl. § 164 VVG-E und die Begründung hierzu).</p>
<p>Ist in den Versicherungsbedingungen eine Bestimmung unwirksam, findet Satz 1 entsprechende Anwendung, wenn zur Fortführung des Vertrages dessen Ergänzung notwendig ist.</p>	<p>(4) Abweichend von § 16 Abs. 1 Satz 1 kann der Versicherer eine unwirksame Bestimmung durch eine neue Regelung auch dann ersetzen, wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Ferner bedarf eine neue Regelung zu ihrer Wirksamkeit der Bestätigung eines unabhängigen Treuhänders, dass die Voraussetzungen nach § 16 Abs.1 in Verbindung mit Satz 1 erfüllt sind.</p>	<p>(4) Ist eine Bestimmung in Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, ist § 164 anzuwenden.</p>	<p>Die neue Vorschrift verweist für die Anpassung einer unwirksamen Versicherungsbedingung, die nicht unter Absatz 3 fällt, auf die Neuregelung in § 164 VVG-E für die Lebensversicherung. Auf die Begründung hierzu wird Bezug genommen.</p>
<p>(4) Soweit nichts anderes vereinbart ist, werden Änderungen nach den Absätzen 2 und 3 zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.</p>	<p>(5) Die Neufestsetzung der Prämie und die Änderungen nach den Absätzen 2 und 3 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers von der Neufestsetzung oder den Änderungen und den hierfür maßgeblichen Gründen folgt.</p>	<p>(5) Die Neufestsetzung der Prämie und die Änderungen nach den Absätzen 2 und 3 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.</p>	<p>Die Vorschrift entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 178g Abs. 4 VVG. Allerdings werden abweichende Vereinbarungen über den Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vertragsänderung ausgeschlossen, soweit sie für den Versicherungsnehmer nachteilig sind (vgl. § 208 VVG-E). Für Anpassungen unwirksamer Versicherungsbedingungen nach Absatz 4 bestimmt sich das Wirksamwerden nach § 164 Abs. 2 VVG-E.</p>
<p>§ 178f [Anträge auf Wechsel in andere Tarife]</p>	<p>§ 204 Tarifwechsel</p>	<p>§ 204 Tarifwechsel</p>	
<p>(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, daß dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluß oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, daß er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluß vereinbart.</p>	<p>Bei einem bestehenden unbefristeten Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 12c Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung</p>	<p>Bei einem bestehenden unbefristeten Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 12c Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung</p>	<p>Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178f VVG und ergänzt Satz 1 durch einen Verweis auf die aufsichtsrechtlichen Vorschriften, die das Nähere zur Gleichartigkeit der Tarife und der Anrechnung der Alterungsrückstellung regeln. Da diese Vorschriften auch vertragsrechtliche Wirkungen im Rahmen des § 204 VVG-E entfalten, sind sie hier aufzunehmen.</p>

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
	einen Leistungsausschluss vereinbart.	einen Leistungsausschluss vereinbart.	
(2) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.			
§ 178h [Kündigung durch Versicherungsnehmer]	§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers	§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers	
<p>(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer in der Krankheitskosten- und in der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.</p>	<p>(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.</p>	<p>(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.</p>	Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178h Abs. 1 VVG.
<p>(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.</p> <p>Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.</p>	<p>(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, so steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.</p>	<p>(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.</p>	Die Vorschrift übernimmt im Wesentlichen den bisherigen § 178h Abs. 2 VVG. Die Frist für die rückwirkende Kündigung nach Satz 1 Halbsatz 1 wird von bisher zwei Monaten auf drei Monate verlängert. Diese Verlängerung ist im Hinblick darauf sachgerecht, dass beim Fristbeginn nicht auf die Kenntnis des Versicherungsnehmers vom Eintritt der Versicherungspflicht abgestellt wird. Ferner erweitert Satz 1 Halbsatz 1 den Anwendungsbereich der Vorschrift auf Anwartschaftsversicherungen, die für eine Krankheitskosten-, Krankentagegeld- oder Pflegekrankenversicherung abgeschlossen worden sind. Satz 1 Halbsatz 2 führt eine Nachweispflicht für den Eintritt der Versicherungspflicht ein, deren schuldhaftige Verletzung die Unwirksamkeit der Kündigung des Versicherungsnehmers zur Folge hat; damit soll eine größere Rechtssicherheit über die Wirksamkeit der Kündigung herbeigeführt werden. Satz 3 wird trotz der allgemeinen Regelung des § 39 Abs. 1 VVG-E zur Klarstellung beibehalten.
<p>(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, daß bei Erreichen ei es bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der</p>	<p>(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung berechnet wird, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betrof-</p>	<p>(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffe-</p>	Die Vorschriften übernehmen inhaltlich unverändert den bisherigen § 178h Abs. 3 bis 5 VVG.

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
<p>betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.</p>	<p>fenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.</p>	<p>nen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.</p>	
<p>(4) Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb von einem Monat nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.</p>	<p>(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.</p>	<p>(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.</p>	
<p>(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Schluß des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.</p>	<p>(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.</p>	<p>(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.</p>	
<p>§ 178i [Kündigung des Versicherers]</p>	<p>§ 206 Kündigung des Versicherers</p>	<p>§ 206 Kündigung des Versicherers</p>	
<p>(1) Die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ist ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 1 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.</p>	<p>(1) Die ordentliche Kündigung einer substitutiven Krankheitskosten-, Krankentagegeld- oder Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ist ausgeschlossen. Sie ist ferner ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 1 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.</p>	<p>(1) Die ordentliche Kündigung einer substitutiven Krankheitskosten-, Krankentagegeld- oder Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ist ausgeschlossen. Sie ist ferner ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 1 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.</p>	<p>Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178i Abs. 1 VVG und stellt in Satz 1 ausdrücklich klar, dass sich der Ausschluss des Kündigungsrechts nach dieser Vorschrift auf die substitutive Krankenversicherung bezieht.</p>
<p>neu</p>	<p>(2) Für die ordentliche Kündigung einer nicht substitutiven Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, gilt Absatz 1 entsprechend.</p>	<p>(2) Für die ordentliche Kündigung einer nicht substitutiven Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, gilt Absatz 1 entsprechend.</p>	<p>Die Vorschrift ist neu. Für die nicht substitutive Krankenversicherung muss das Kündigungsrecht bisher vertraglich ausgeschlossen werden, wenn sie nach Art der Lebensversicherung betrieben wird (§ 12 Abs. 5 i. V. m. Abs. 1 Nr. 3 VAG). Wegen des übereinstimmenden Schutzzwecks wird das Kündigungsrecht insoweit auch ausdrücklich durch Gesetz ausgeschlossen.</p>

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
<p>(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.</p>	<p>(3) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.</p>	<p>(3) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.</p>	<p>Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178i Abs. 2 VVG.</p>
<p>neu</p>	<p>neu</p>	<p>(4) Wird eine Krankheitskostenversicherung oder eine Pflegekrankenversicherung vom Versicherer wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, sind die versicherten Personen berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären; die Prämie ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Die versicherten Personen sind vom Versicherer über die Kündigung und das Recht nach Satz 1 in Textform zu informieren. Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von diesem Recht erlangt hat.</p>	<p>Die Vorschrift ist neu. Sie dient dem notwendigen Schutz der versicherten Personen in den Fällen, in denen der Versicherer das Vertragsverhältnis nach § 38 Abs. 3 VVG-E wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers kündigt, wobei die sich aus § 194 Abs. 2 Satz 1 VVG-E ergebende längere Zahlungsfrist von zwei Monaten zu beachten ist. Wie im Fall der Kündigung oder des Todes des Versicherungsnehmers (vgl. § 207 Abs. 1 und 2 VVG-E) muss jede versicherte Person das Recht haben, die für sie bestehende Krankheitskostenversicherung und Pflegekrankenversicherung bei dem Versicherer fortzusetzen und sich damit den existentiell wichtigen Krankenversicherungsschutz zu erhalten. Dieses Recht ist von den versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie hiervon Kenntnis erlangt haben, auszuüben. Nach Satz 2 hat der Versicherer eine entsprechende Informationspflicht gegenüber den versicherten Personen.</p>
<p>(3) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können.</p>	<p>(4) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können.</p>	<p>(5) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrages, der Schutz gegen das Risiko Krankheit enthält, durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen die Krankenversicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können. Absatz 4 Satz 2 und 3 ist entsprechend anzuwenden.</p>	<p>Die Regelung des Satzes 1 über die Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrages, der Schutz gegen das Risiko Krankheit enthält, durch den Versicherer stimmt inhaltlich mit dem bisherigen § 178i Abs. 3 VVG überein. Nach Satz 2 ist der Versicherer entsprechend Absatz 4 Satz 2 zur Information der versicherten Personen über das drohende Ende ihres Versicherungsschutzes und die Möglichkeit der Fortsetzung in Form der Einzelversicherung verpflichtet. Die versicherten Personen müssen ihr Recht auf Fortsetzung der Krankenversicherung entsprechend Absatz 4 Satz 3 innerhalb von zwei Monaten ausüben.</p>
<p>§ 178n [Tod des Versicherungsnehmers]</p>	<p>§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses</p>	<p>§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses</p>	
<p>(1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, so sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären.</p>	<p>(1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, so sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären.</p>	<p>(1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären.</p>	<p>Die Vorschrift stimmt mit dem bisherigen § 178n Abs. 1 VVG überein.</p>
<p>(2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Perso-</p>	<p>(2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Perso-</p>	<p>(2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Perso-</p>	<p>Die Sätze 1 und 2 stimmen inhaltlich mit § 178n Abs. 2 VVG überein.</p>

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
<p>nen, so gilt Absatz 1 entsprechend. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, daß die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.</p>	<p>nen, so gilt Absatz 1 entsprechend. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.</p>	<p>nen, so gilt Absatz 1 entsprechend. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Handelt es sich bei dem gekündigten Vertrag um einen Gruppenversicherungsvertrag und wird kein neuer Versicherungsnehmer benannt, sind die versicherten Personen berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Das Recht nach Satz 3 endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.</p>	<p>Der neue Satz 3 zur Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags durch den Versicherungsnehmer knüpft an die Regelung des § 206 Abs. 5 VVG-E an. Sie soll die Interessen der versicherten Personen in dem Fall wahren, in dem die Gruppenspitze einen Gruppenversicherungsvertrag beendet.</p>
<p>neu</p>	<p>(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.</p>	<p>(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.</p>	<p>Die Vorschrift ist neu. Sie erstreckt entsprechend der bisherigen Praxis in der Krankenversicherung die ausnahmslose Portabilität eines in Deutschland abgeschlossenen Krankenschutzes innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums auch auf den Fall, dass die versicherte Person ihren Lebensmittelpunkt verlegt. Abweichende Vereinbarungen dürfen nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person getroffen werden (vgl. § 208 VVG-E).</p>
<p>§ 178k [Rücktritt]</p>			
<p>Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.</p>	<p>[Jetzt § 194 Abs. 1 Satz 4 und teilweise § 21 Abs. 3 Satz 2]</p>	<p>[Jetzt § 194 Abs. 1 Satz 4 und teilweise § 21 Abs. 3 Satz 2]</p>	<p>[§ 194 Abs. 1] Satz 4 übernimmt die bisherige Ausschlussfrist nach § 178k Satz 1 VVG von drei Jahren hinsichtlich aller Rechte, die dem Versicherer bei einer vom Versicherungsnehmer zu vertretenden Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 2 bis 4 VVG-E zustehen. Diese Abweichung von § 21 Abs. 3 Satz 1 VVG-E trägt der besonderen sozialen Bedeutung der Krankenversicherung für den Versicherungsnehmer Rechnung. Hat der Versicherungsnehmer allerdings vorsätzlich gehandelt, ist seine Besserstellung in der Krankenversicherung nicht gerechtfertigt. Daher gilt in diesen Fällen die allgemeine Vorschrift des § 21 Abs. 3 Satz 2, nach der die Ausschlussfrist zehn Jahre beträgt; abweichend von § 178k Satz 2 VVG gilt diese Frist auch bei Arglist.</p>
<p>§ 178o [Abweichende Vereinbarungen]</p>	<p>§ 208 Abweichende Vereinbarungen</p>	<p>§ 208 Abweichende Vereinbarungen</p>	
<p>Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften des § 178a Abs. 4, der §§ 178c bis 178f, des § 178g Abs. 1 bis 3 und der §§ 178h bis 178n zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>	<p>Von den §§ 195 bis 199 und 201 bis 207 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen werden.</p>	<p>Von den §§ 194 bis 199 und 201 bis 207 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen werden. Für die Kündigung des Versicherungsnehmers nach § 205 kann die Schrift- oder die Textform vereinbart werden.</p>	<p>Die Vorschrift übernimmt inhaltlich den bisherigen § 178o VVG und erweitert die halbzwingenden Vorschriften um die Neuregelungen mit Ausnahme des Bereicherungsverbots nach § 200 VVG-E. Wie bisher wird ausdrücklich klargestellt, dass auch abweichende Vereinbarungen zum Nachteil der versicherten Person, die nicht der Versicherungsnehmer ist, ausgeschlossen sind (vgl. insbesondere § 207 VVG-E). In Satz 2 wird neu die Mög-</p>

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. 16/3945 (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. 16/5862) – grüner Text</p>
			<p>lichkeit aufgenommen, für die Kündigung des Versicherungsnehmers nach § 205 VVG-E die Schriftform oder die Textform zu vereinbaren; dies entspricht der Parallelregelung des § 171 VVG-E für die Lebensversicherung.</p>
<p>Nur zur Info – Nicht mehr Bestandteil des Kapitels 8 VVG</p>			
	<p>§ 213 Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten</p>	<p>§ 213 Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten</p>	
	<p>Die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten durch den Versicherer bei Dritten ist nur zulässig, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist, die Daten bei einer der in § 203 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 6 des Strafgesetzbuchs genannten Personen erhoben werden und die betroffene Person im Einzelfall eine Einwilligung nach § 4a des Bundesdatenschutzgesetzes erteilt hat.</p>	<p>(1) Die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten durch den Versicherer darf nur bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden erfolgen; sie ist nur zulässig, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist und die betroffene Person eine Einwilligung erteilt hat.</p>	<p>Zur Beurteilung eines Versicherungsrisikos und der Leistungspflicht im Einzelfall erheben die privaten Krankenversicherer der ärztlichen Schweigepflicht unterliegende Gesundheitsdaten bei Ärzten, Krankenhäusern sowie auch bei anderen Versicherern. Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der der Datenfluss zwischen Ärzten und Krankenkasse durch Gesetz (§ 284 f. SGB V) geregelt ist, bedarf es für private Krankenversicherungen einer wirksamen Einwilligungserklärung des Patienten, damit Ärzte Patientendaten offenbaren dürfen (§ 203 StGB). Dazu wird derzeit auf eine im Jahr 1989 zwischen dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und dem Düsseldorfer Kreis, einem Zusammenschluss der obersten Datenschutzaufsichtsbehörden für den nichtöffentlichen Bereich, vereinbarte allgemeine pauschale Schweigepflichtentbindungserklärung zurückgegriffen, die die versicherten Personen bei dem oftmals viele Jahre zurückliegenden Vertragsschluss abgegeben haben. Diese seit 17 Jahren verwendete Einwilligungserklärung entspricht nicht mehr der geltenden Rechtslage. Seit der Umsetzung der europäischen Datenschutzrichtlinie 95/46/EG durch die Novelle des Bundesdatenschutzgesetzes 2001 ist für die Übermittlung von (Gesundheits-)Daten eine hinreichend bestimmte Erklärung notwendig, welche die Wirksamkeitsvoraussetzungen des § 4a Abs. 1 und 3 BDSG erfüllt. Insbesondere bei Gesundheitsdaten muss die versicherte Person zum Zeitpunkt ihrer Unterschrift von vornherein klar erkennen können, welche ihrer Patientendaten das Versicherungsunternehmen wann, bei welchen Stellen und zu welchem Zweck soll erheben dürfen. Aus der derzeit bei Vertragsschluss verwendeten Klausel zur Risiko- und Leistungsbeurteilung ist der versicherten Person jedoch nicht ersichtlich, wann von der Erklärung Gebrauch gemacht werden soll und welche Patientendaten bei wem zukünftig angefordert werden. Weil sie somit die Reichweite ihrer Erklärung nicht erkennen kann, entspricht diese nicht den Voraussetzungen für eine wirksame Einwilligung nach § 4a BDSG. Auch der sich aus § 4a Abs. 1 BDSG ergebenden Pflicht, die versicherte Person auf die Folgen der Verweigerung</p>
		<p>(2) Die nach Absatz 1 erforderliche Einwilligung kann vor Abgabe der Vertragserklärung erteilt werden. Die betroffene Person ist vor einer Erhebung nach Absatz 1 zu unterrichten; sie kann der Erhebung widersprechen.</p>	
		<p>(3) Die betroffene Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.</p>	
		<p>(4) Die betroffene Person ist auf diese Rechte hinzuweisen, auf das Widerspruchsrecht nach Absatz 2 bei der Unterrichtung.</p>	

Synopse VVG Kapitel 8 (private Krankenversicherung) – Referentenentwurf vom 13.03.2006 – Gesetz vom 27.11.2007 – Geltungsdauer: 01.01.2008 – 31.12.2008

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuletzt geändert durch G v. 2.12.2004, BGBl I, 3102 – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Referentenentwurf Stand 13.03.2006 – Neuer Text blau –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. <u>2631</u> [2661 – 2666] – Neuer Text blau + rot –</p>	<p>Gesetzesbegründung aus der BT-Drs. <u>16/3945</u> (schwarzer Text) Aus dem Protokoll des Rechtsausschusses vom 20.06.2007 (BT-Drs. <u>16/5862</u>) – grüner Text</p>
			<p>der Einwilligung hinzuweisen, wird die verwendete Klausel nicht gerecht. Daher ist eine gesetzliche Regelung für die Erhebung von Gesundheitsdaten durch die Versicherungsunternehmen, insbesondere die privaten Krankenversicherer, erforderlich, um mehr Transparenz für die versicherten Personen und eine Stärkung ihrer Rechte zu erreichen. Die Regelung zur Datenerhebung wird unter Berücksichtigung der Entscheidung des BVerfG vom 23. Oktober 2006 (BvR 2027/02) modifiziert. Insbesondere lässt die Regelung die einmalige Einwilligung in eine Datenerhebung bei Abgabe der Vertragserklärung weiterhin zu; da andererseits die betroffene Person in diesen Fällen stets vorab über eine geplante Datenerhebung zu unterrichten ist und widersprechen kann, sind die rechtlichen Voraussetzungen des verfassungsrechtlich geforderten wirkungsvollen Selbstschutzes gewährleistet. Darüber hinaus kann jederzeit verlangt werden, dass eine Erhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Die in Absatz 1 enthaltene Auflistung der Stellen, bei denen Daten erhoben werden dürfen, orientiert sich an der bislang gängigen Praxis. Den Vertragsparteien bleibt vorbehalten, ggf. Kostenregelungen zu vereinbaren, insbesondere in den Fällen, in denen eine Einzeleinwilligung vorgesehen ist.</p>