

Synopse zum VVG (Auszug – Recht der privaten Krankenversicherung) Geltungsdauer: **ab 01.01.2009**

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; Versicherungspflicht 4

§ 194 Anzuwendende Vorschriften 8

§ 195 Versicherungsdauer 9

§ 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 11

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung 11

§ 204 Tarifwechsel 12

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers 14

§ 206 Kündigung des Versicherers 15

§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses 16

§ 208 Abweichende Vereinbarungen 16

<p align="center">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2008) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Alter Text rot –</p>	<p align="center">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2009) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau –</p>	<p align="center">Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. 16/4247 – Art. 43 GKV – WSG – – 01.02.2007 –</p>
<p align="center">Kapitel 8 idF von Artikel 8 Krankenversicherung</p>	<p align="center">Kapitel 8 idF von Artikel 11 Krankenversicherung</p>	
		<p>Es handelt sich um die inhaltsgleiche Übernahme der mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) beschlossenen Regelungen für die private Krankenversicherung in das neue VVG. (BT-Drs. 16/5862, S. 101)</p>
<p>§ 192 Vertragstypische Leistungen des Versicherers</p>	<p>§ 192 Vertragstypische Leistungen des Versicherers</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>(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>(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>(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>(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>(4) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.</p>	<p>(4) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.</p>	
<p>(5) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen.</p>	<p>(5) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen.</p>	

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2008) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. <u>2631</u> [2661 – 2666] – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2009) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. <u>2631</u> [2661 – 2666] – Neuer Text blau–</p>	<p>Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. <u>16/4247</u> – Art. 43 GKV – WSG – – 01.02.2007 –</p>
<p>(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.</p>	<p>(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.</p>	
	<p>(7) Bei der Krankheitskostenversicherung im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Leistungserbringer seinen Anspruch auf Leistungserstattung auch gegen den Versicherer geltend machen, soweit der Versicherer aus dem Versicherungsverhältnis zur Leistung verpflichtet ist. Im Rahmen der Leistungspflicht des Versicherers aus dem Versicherungsverhältnis haften Versicherer und Versicherungsnehmer gesamtschuldnerisch.</p>	
<p>§ 193 Versicherte Personen</p>	<p>§ 193 Versicherte Personen; <u>Versicherungspflicht</u></p>	
<p>(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.</p>	<p>(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.</p>	
<p>(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.</p>	<p>(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.</p>	
	<p>(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5 000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5 000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder 3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat. <p>Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag ge-</p>	<p>Gesetzesbegründung zu § 178a Abs. 5 VVG Mit der Regelung in Absatz 5 wird – nach dem Vorbild der privaten Pflegepflichtversicherung im Elften Buch Sozialgesetzbuch – für die private Krankenversicherung eine Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Krankheitskostenversicherungsvertrags eingeführt. Mit dieser Pflicht soll bei bestehendem Kontrahierungszwang im Basistarif seitens des Versicherers vermieden werden, dass sich Personen nicht oder verspätet gegen Krankheit versichern und dadurch zu einem Kostenrisiko für die Allgemeinheit oder die Solidargemeinschaft der Versicherten werden. Verfassungsrechtliche Bedenken gegen das gesetzgeberische Gesamtkonzept einer möglichst alle Personen umfassenden Absicherung gegen Krankheitskosten bestehen nicht. Das Bundesverfassungsgericht hat u. a. in seiner Entscheidung vom 3. April 2001, Az: <u>1 BvR 2014/95 (BVerfGE 103, 197 ff.)</u> zur umfassenden Einführung der sozialen und privaten Pflegeversicherung entschieden, dass die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus <u>Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 GG</u> auch dann besteht, wenn in privatrechtliche Versicherungen Regelungen des sozialen Ausgleichs aufgenommen werden oder wenn das Zustandekommen eines Versicherungsvertrags auf einer Pflicht zur Versicherung oder den Versicherungsunternehmen auferlegtem Kontrahierungszwang beruht. Auch mit den Grundrechten ist eine Pflicht zum Abschluss eines Versicherungsvertrages vereinbar. Eine solche Pflicht greift zwar in die durch Artikel 2 Abs. 1 GG geschützte allgemeine Handlungsfreiheit ein. Mit dem Kontrahierungszwang (siehe Absatz 7) wird gleichzeitig eine Regelung der Berufsausübung im Sinne des Artikels 12 Abs. 1 Satz 2 GG getroffen. Voraussetzung der Zulässigkeit der Versicherungspflicht und des Kontrahierungszwangs ist damit die Verhältnismäßigkeit der Regelungen. Diese ist gegeben. Ziel des Gesetzgebungsvorhabens ist es, einen Versicherungsschutz für alle</p>

<p style="text-align: center;">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2008) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. <u>2631</u> [2661 – 2666] – Alter Text rot –</p>	<p style="text-align: center;">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2009) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. <u>2631</u> [2661 – 2666] – Neuer Text blau–</p>	<p style="text-align: center;">Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. 16/4247 – Art. 43 GKV – WSG – – 01.02.2007 –</p>
	<p>nügt den Anforderungen des Satzes 1.</p>	<p>in Deutschland lebenden Menschen zu bezahlbaren Konditionen herzustellen. Niemand soll ohne Versicherungsschutz und damit im Bedarfsfall nicht ausreichend versorgt oder auf steuerfinanzierte staatliche Leistungen angewiesen sein. Außerdem soll verhindert werden, dass sich jemand erst dann versichert, wenn er bereits erkrankt ist, und damit die Versichertengemeinschaft übermäßig belastet. Die Einführung einer Verpflichtung zum Abschluss eines Krankheitskostenversicherungsvertrags ist geeignet, dieses Ziel zu erreichen. Ohne Einführung einer solchen Pflicht wird es weiterhin Menschen geben, die sich nicht gegen Krankheit versichern. Es ist auch davon auszugehen, dass annähernd alle Menschen auf einen Versicherungsschutz angewiesen sind, wenn sie keine staatlichen steuerfinanzierten Leistungen in Anspruch nehmen oder auf erforderliche ärztliche Behandlungen verzichten wollen. Die Kosten für aufwändige Heilbehandlungen können so hoch sein, dass auch vermögende Menschen sie nicht mehr aufbringen können. Zwar wird es Einzelne geben, die aufgrund ihres sehr hohen Einkommens und/oder Vermögens auf den Versicherungsschutz tatsächlich nicht angewiesen sind. Der Gesetzgeber darf insoweit aber generalisieren. Er kann und muss nicht jeden Einzelfall berücksichtigen. Sich gegen das Krankheitskostenrisiko abzuschließen, ist allen Einwohnern – auch den sehr wohlhabenden – zumutbar. Je höher das Einkommen oder das Vermögen ist, umso geringer ist die mit der Versicherung verbundene finanzielle Belastung. Zudem erhält der Versicherte eine Gegenleistung von bedeutendem Wert, nämlich eine Versicherung gegen krankheitsbedingte Kosten. Erst recht kann den weniger Wohlhabenden zugemutet werden, sich gegen das Risiko Krankheit zu versichern. Denn sie sind gerade auf den Versicherungsschutz besonders angewiesen. Durch die Regelungen zur Beitragsbegrenzung in § 12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist zudem sichergestellt, dass niemand durch die Verpflichtung zum Abschluss oder zur Aufrechterhaltung eines Krankheitskostenversicherungsvertrags unverhältnismäßig belastet wird. Auch die Möglichkeit, durch tarifliche Selbstbehalte und sonstige Selbstbeteiligungen bis zu einer betragsmäßigen Auswirkung von 5 000 Euro jährlich die Versicherungsprämie niedrig zu halten, begrenzt die finanzielle Belastung. Für diejenigen, die die Beiträge des Basistarifs nicht zahlen können, wird die Zahlungspflicht zudem abgemildert. So wird der zu zahlende Beitrag zunächst halbiert. Reicht auch das nicht aus, um das Existenzminimum nach Zahlung des Beitrages zu sichern, erhält der Versicherte einen Zuschuss aus Steuermitteln. Auch den Versicherungsunternehmen kann die Einführung des Kontrahierungszwangs im Basistarif zugemutet werden. Zwar tragen die Versicherungsunternehmen ein gewisses Ausfallrisiko, wenn sie einen Versicherungsvertrag mit jeder dem Bereich der PKV zuzuordnenden Person abschließen müssen. Dieses Ausfallrisiko wird aber durch mehrere Regelungen abgemildert. Dazu gehören die bereits erwähnte staatliche Unterstützung für Versicherte, die die Beiträge nicht allein tragen können, das Recht, die Ansprüche auf Leistung – ausgenommen sind Notfalleleistungen – ruhen zu lassen, wenn Beiträge nicht gezahlt werden, und die Möglichkeiten der Zwangsvollstreckung.</p> <p>In Absatz 5 werden der verpflichtete Personenkreis ebenso wie der Mindestinhalt der Absicherung durch den Versicherungsvertrag festgelegt.</p> <p>Der ab dem 1. Januar 2009 von der Pflicht zur Versicherung erfasste Personenkreis ist im Zusammenhang mit den Regelungen zur Versicherungspflicht in der GKV, insbesondere mit der (vorrangigen) Neuregelung in § 5 Abs. 5 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu sehen. Danach sind alle Einwohner, die bisher nicht von der Versicherungspflicht in der GKV erfasst sind und dort auch nicht freiwillig</p>

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2008) Gesetz vom 23.11.2007 BGBI I, S. 2631 [2661 – 2666] – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2009) Gesetz vom 23.11.2007 BGBI I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau–</p>	<p>Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. 16/4247 – Art. 43 GKV – WSG – – 01.02.2007 –</p>
		<p>versichert sind, und die auch keine andere Absicherung im Krankheitsfall haben, in die Versicherungspflicht in der GKV einbezogen, wenn sie dort zuletzt versichert waren. Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die zuletzt privat krankenversichert waren, müssen sich bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichern. Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden sie in dem System versichert, dem sie zuzuordnen sind.</p> <p>Wie in der GKV sind Einwohner, die eine andere Absicherung im Krankheitsfall haben, nicht verpflichtet, einen Vertrag bei einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Wegen der Einzelheiten wird auf die Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nr. 2 zu § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen. So sind u. a. Personen, die bei Inkrafttreten der Regelung Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, von der Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrags ausgeschlossen, da sie vorrangig Leistungen des Sozialhilfeträgers erhalten. Dies gilt analog den Regelungen in § 5 Abs. 5a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch bei einer kurzen Unterbrechung des Leistungsbezugs. Personen mit Beihilfeansprüchen sind, soweit sie der PKV zugeordnet werden, verpflichtet, den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil ergänzend abzusichern.</p> <p>Für Bezieher von Beihilfe oder ähnlichen Leistungen ist eine die Leistungen des Beihilfeträgers auf den festgelegten Mindestumfang ergänzende Absicherung ausreichend. Ausreichend ist eine Absicherung in Tarifen, die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen. Die Begriffe ambulante und stationäre Heilbehandlungen benennen klassische Leistungsbereiche in der PKV (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 der Kalkulationsverordnung), der jeweilige genaue Leistungsinhalt und -umfang aus diesen – und möglichen anderen – Leistungsbereichen wird, wie in der PKV üblich, im Tarif festgelegt. Um eine Umgehung der Versicherungspflicht zu verhindern, wird die Möglichkeit der Vereinbarung von (absoluten und prozentualen) tariflichen Selbstbehalten bis zu einer betragsmäßigen Auswirkung von 5 000 Euro jährlich für ambulante und stationäre Heilbehandlung begrenzt. Bei Beamten gilt der maximal zulässige Selbstbehalt nur anteilig. Sonst könnte durch die Anwendung des ungekürzten Selbstbehalts auf einen Prozenttarif der Mindestumfang der Versicherung unterlaufen werden.</p> <p>Zugleich bleibt die Möglichkeit erhalten, einen Tarif durch das Angebot klassischer PKV-Leistungen (z. B. Wahlleistungen im stationären Bereich) vom Leistungsumfang her oder durch eine Begrenzung der erstattungsfähigen Aufwendungen vom Beitrag her attraktiver zu gestalten. Hierdurch wird der Wettbewerb zwischen den Unternehmen gefördert.</p> <p>Vor dem 1. April 2007 abgeschlossene Krankheitskostenversicherungsverträge, die den in Satz 1 definierten Mindestinhalt unterschreiten, müssen aus Bestandschutzgründen nicht angepasst werden.</p>
	<p>(4) Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die</p>	<p>Gesetzesbegründung zu § 178a Abs. 6 VVG</p> <p>Durch die Regelung in Absatz 6 sollen materielle Vorteile bei Personen begrenzt werden, die sich nicht bereits mit Eintritt der Pflicht zur Versicherung, sondern erst später versichern, um die Prämie zu sparen. Ein solches Verhalten würde der Versichertengemeinschaft schaden, daher soll durch den Prämienzuschlag auch ein Ausgleich für diesen Schaden geschaffen werden. Der Prämienzuschlag soll sich aus der vollen Monatsprämie zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung berechnen. Er wird einmalig neben der laufenden Prämie geschuldet. Auf Antrag des Versicherungsnehmers können die Zahlung des Prämienzuschlags gestundet</p>

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2008) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2009) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau–</p>	<p>Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. 16/4247 – Art. 43 GKV – WSG – – 01.02.2007 –</p>
	<p>Stundung des Prämienzuschlages verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen.</p>	<p>und Ratenzahlung vereinbart werden, wenn ihn die sofortige Zahlung der vollen Summe seiner wirtschaftlichen Existenz berauben würde. Der Versicherungsnehmer sollte daher bei seinem Antrag glaubhaft machen, dass er sich in einer vorübergehenden finanziellen Notlage befindet, die sich in nächster Zeit beheben wird. Es ist dem Versicherungsnehmer jedoch zuzumuten, einen Kredit aufzunehmen, um den Prämienzuschlag in einer Summe zu tilgen.</p>
	<p>(5) Der Versicherer ist verpflichtet,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten <ol style="list-style-type: none"> a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes, b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechsellmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses, 2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt, 3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen, 4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn des Absatzes 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird, Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Abs. 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Abs. 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer <ol style="list-style-type: none"> 1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder 2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist. 	<p>Gesetzesbegründung zu § 178a Abs. 7 VVG Weitergehend als die Verpflichtung der Versicherten zum Abschluss einer Krankenversicherung in Absatz 5 regelt Absatz 7 den Kontrahierungszwang des Versicherers, der allerdings nur für den Basistarif gilt. Das Versicherungsunternehmen behält jedoch weiterhin die Möglichkeit, den Vertragsabschluss abzulehnen, wenn sich der Versicherungsnehmer früher nicht vertragstreu verhalten hat. Nicht nur für nicht abgesicherte Personen, sondern auch für Personen, die freiwillig in der GKV versichert sind, oder für Personen, die bereits einen privaten Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen haben und abgesichert sind, besteht die Möglichkeit, ggf. innerhalb definierter Fristen in einen Basistarif der PKV zu wechseln. Dabei ist es bei einem Wechsel oder einer Kündigung nach Absatz 7 Satz 2 ausreichend, wenn die erforderlichen Erklärungen und Anträge innerhalb der dort genannten Frist abgegeben werden. Um Wechsellmöglichkeiten des Versicherten nicht zu behindern, besteht nach Absatz 7 Satz 3 der Kontrahierungszwang bereits dann, wenn privat Versicherte ihren bisherigen Vertrag gekündigt haben, die Kündigung jedoch nach § 178h Abs. 6 Satz 2 noch nicht wirksam geworden ist. Personen mit Beihilfeansprüchen können, soweit bisher noch keine Absicherung der von der Beihilfe nicht übernommenen Kosten besteht, eine Versicherung in einer die Leistungen der Beihilfe ergänzenden Variante des Basistarifs verlangen, soweit sie der PKV zuzuordnen sind. Ob Versicherte, die ihren Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben, in den Basistarif ihres eigenen oder eines anderen Unternehmens wechseln, Alterungsrückstellungen mitnehmen können, ist weitergehend in § 178f VVG geregelt.</p>
	<p>(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Prämienanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit</p>	<p>Gesetzesbegründung zu § 178a Abs. 8 VVG Da auch das bisher bestehende Kündigungsrecht des Versicherers, wenn eine Folgeprämie nicht entrichtet wurde, entfällt, wird den Regelungen in der GKV entsprechend das Risiko für den Versicherer, leisten zu müssen, ohne die Gegenleistung zu erhalten, durch eine Ruhensregelung begrenzt. Vom Ruhen ausgenommen sind allerdings in Anlehnung an Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind (§ 4 Abs. 1,</p>

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2008) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. <u>2631</u> [2661 – 2666] – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2009) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. <u>2631</u> [2661 – 2666] – Neuer Text blau–</p>	<p>Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. <u>16/4247</u> – Art. 43 GKV – WSG – – 01.02.2007 –</p>
	<p>des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinn des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Angaben zum Ruhen des Anspruchs kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag von 1 vom Hundert des Beitragsrückstandes zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basis-tarif fortgesetzt. Satz 6 bleibt unberührt.</p>	<p>2 AsylbLG). Wegen der Einzelheiten wird auf die Begründung zu § 16 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Artikel 1 Nr. 9a verwiesen. Darüber hinaus sind Säumniszuschläge zu entrichten. Wird der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und weist er dies nach, müssen Leistungen wieder in voller Höhe erbracht werden, auch wenn ausstehende Beträge nicht vollständig beglichen sind.</p>
	<p>(7) Bei einer Versicherung im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann das Versicherungsunternehmen verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, wenn und solange ein Versicherter auf die Halbierung des Beitrags nach § 12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes angewiesen ist.</p>	<p>Gesetzesbegründung zu § 178a Abs. 9 VVG Um Missbrauch der beitragsenkenden Instrumente des Basistarifs (§ 12 Abs. 1c VAG) zu Lasten der Versichertengemeinschaft zu vermeiden, soll das Versicherungsunternehmen verlangen dürfen, dass Zusatzversicherungen ruhen müssen, wenn und solange ein Versicherter auf die Reduzierung des Beitrags angewiesen ist. In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer seine Zusatzversicherung als Anwartschaftsversicherung fortführen.</p>
<p>§ 194 Anzuwendende Vorschriften</p>	<p>§ 194 Anzuwendende Vorschriften</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>(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. 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>(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"> 1. 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, 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, 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>(3) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch</p>	<p>(2) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch</p>	

<p align="center">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2008) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. <u>2631</u> [2661 – 2666] – Alter Text rot –</p>	<p align="center">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2009) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. <u>2631</u> [2661 – 2666] – Neuer Text blau–</p>	<p align="center">Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. <u>16/4247</u> – Art. 43 GKV – WSG – – 01.02.2007 –</p>
<p>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>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>(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>(3) 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>§ 195 Versicherungsdauer</p>	<p>§ 195 Versicherungsdauer</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>(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>(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>§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung</p>	<p>§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung</p>	
<p>(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.</p>	<p>(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.</p>	
<p>(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</p>	<p>(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</p>	

<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2008) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. <u>2631</u> [2661 – 2666] – Alter Text rot –</p>	<p>Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2009) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. <u>2631</u> [2661 – 2666] – Neuer Text blau–</p>	<p>Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. 16/4247 – Art. 43 GKV – WSG – – 01.02.2007 –</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>	
<p>(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. Lebensjahres endet.</p>	<p>(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. Lebensjahres endet.</p>	
<p>(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.</p>	<p>(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.</p>	
<p>§ 197 Wartezeiten</p>	<p>§ 197 Wartezeiten</p>	
<p>(1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- 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.</p>	<p>(1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- 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.</p>	
<p>(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.</p>	<p>(2) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden oder die aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenversicherung ausgeschieden sind, 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.</p>	
<p>§ 198 Kindernachversicherung</p>	<p>§ 198 Kindernachversicherung</p>	
<p>(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.</p>	<p>(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.</p>	
<p>(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.</p>	<p>(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.</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>(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Auslands- und die Reisekrankenversicherung nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger priva-</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 priva-</p>	

<p align="center">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2008) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Alter Text rot –</p>	<p align="center">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2009) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau–</p>	<p align="center">Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. 16/4247 – Art. 43 GKV – WSG – – 01.02.2007 –</p>
<p>ter oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.</p>	<p>ter oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.</p>	
<p>§ 199 Beihilfeempfänger</p>	<p>§ 199 Beihilfeempfänger</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>(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>(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>(3) Absatz 2 gilt nicht bei Gewährung von Versicherung im Basistarif.</p>	
<p>§ 200 Bereicherungsverbot</p>	<p>§ 200 Bereicherungsverbot</p>	
<p>Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.</p>	<p>Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.</p>	
<p>§ 201 Herbeiführung des Versicherungsfalles</p>	<p>§ 201 Herbeiführung des Versicherungsfalles</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>§ 202 Auskunftspflicht des Versicherers; Schadensermittlungskosten</p>	<p>§ 202 Auskunftspflicht des Versicherers; Schadensermittlungskosten</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>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>§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung</p>	<p>§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung</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 erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren, bleibt unberührt.</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. Außer bei Verträgen im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozu-</p>	

<p style="text-align: center;">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2008) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Alter Text rot –</p>	<p style="text-align: center;">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2009) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau–</p>	<p style="text-align: center;">Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. 16/4247 – Art. 43 GKV – WSG – – 01.02.2007 –</p>
	<p>schlag oder einen Leistungsausschluss vereinbaren. Im Basistarif ist eine Risikoprüfung nur zulässig, soweit sie für Zwecke des Risikoausgleichs nach § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist.</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 berechtigten 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 berechtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Dabei dürfen 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>(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 anzupassen, 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>(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 anzupassen, 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>(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>(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>(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>(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>§ 204 Tarifwechsel</p>	<p>§ 204 Tarifwechsel</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.</p>	<p>(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Gesetzesbegründung zu § 178f VVG Beim Wechsel innerhalb des Unternehmens jener Personen, die nach § 178a ein Wechselrecht in den Basistarif besitzen, werden die aus dem bestehenden Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung angerechnet. Eine entsprechende Portabilität beim Tarifwechsel innerhalb eines Versicherungsunternehmens existiert bereits nach geltendem Recht. Für Personen nach § 178f Abs. 1 Nr. 1b wird damit keine Wechselmöglichkeit zu anderen Versicherungsunternehmen eröffnet. Bei Kündigung und Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versiche-</p>

<p style="text-align: center;">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2008) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Alter Text rot –</p>	<p style="text-align: center;">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2009) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau–</p>	<p style="text-align: center;">Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. 16/4247 – Art. 43 GKV – WSG – – 01.02.2007 –</p>
<p>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 Risikozuschlags und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart.</p>	<p>Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde; <p>2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde; b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte. <p>Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.</p>	<p>rungsunternehmen ist gegenüber dem Gesetzentwurf zwischen vor dem 1. Januar 2009 und nach diesem Zeitpunkt geschlossenen Verträgen zu unterscheiden. Für Versicherte, die ihren Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben und die innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifs in den Basistarif eines anderen Versicherungsunternehmens eintreten, wird die kalkulierte Alterungsrückstellung insoweit an den neuen Versicherer übertragen, wie sie sich auf Leistungen des Basistarifs bezieht.</p> <p>Bei ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Verträgen über eine Krankheitskostenversicherung wird bei Kündigung und Abschluss eines neuen Versicherungsvertrags die Alterungsrückstellung insoweit übertragen, wie sie sich auf Leistungen des Basistarifs bezieht.</p>
	<p>(2) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.</p>	
	<p>(3) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben</p>	

<p style="text-align: center;">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2008) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. <u>2631</u> [2661 – 2666] – Alter Text rot –</p>	<p style="text-align: center;">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2009) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. <u>2631</u> [2661 – 2666] – Neuer Text blau–</p>	<p style="text-align: center;">Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. 16/4247 – Art. 43 GKV – WSG – – 01.02.2007 –</p>
	<p>wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.</p>	
<p>§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers</p>	<p>§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers</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>	
<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>	<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>	
<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 Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.</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 Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen 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 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>(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, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entspre-</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 entspre-</p>	

<p align="center">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2008) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Alter Text rot –</p>	<p align="center">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2009) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau –</p>	<p align="center">Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. 16/4247 – Art. 43 GKV – WSG – – 01.02.2007 –</p>
<p>chend, 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>chend, 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>(6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.</p>	<p>Gesetzesbegründung zu § 178h Abs. 6 VVG Durch diese Regelung soll sichergestellt werden, dass der Versicherte über einen nahtlos angrenzenden Versicherungsschutz verfügt, wenn er seinen bisherigen Vertrag kündigt.</p>
<p>§ 206 Kündigung des Versicherers</p>	<p>§ 206 Kündigung des Versicherers</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) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.</p>	<p>Gesetzesbegründung zu § 178i Abs. 1 VVG Durch diese Regelung soll der Versicherungsschutz dauerhaft aufrechterhalten werden. Bisher verlieren Versicherte häufig ihre Alterungsrückstellungen dadurch, dass der Versicherer ihnen kündigt, weil sie mit der Zahlung einer Folgeprämie in Verzug sind. Dies ist nunmehr ausgeschlossen. Der Versicherer wird durch diese Regelung nur gering belastet, da der Leistungsanspruch des Versicherten nach § 178a Abs. 8 weitgehend ruht und während des Prämienzahlungsverzugs Säumniszuschläge geltend gemacht werden können.</p>
<p>(2) Für die ordentliche Kündigung einer nicht substitutiven Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, gilt Absatz 1 entsprechend.</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>(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>(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>(3) 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>(5) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags, 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</p>	<p>(4) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags, 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</p>	

<p style="text-align: center;">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2008) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Alter Text rot –</p>	<p style="text-align: center;">Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG ab 2009) Gesetz vom 23.11.2007 BGBl I, S. 2631 [2661 – 2666] – Neuer Text blau–</p>	<p style="text-align: center;">Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. 16/4247 – Art. 43 GKV – WSG – – 01.02.2007 –</p>
4 Satz 2 und 3 ist entsprechend anzuwenden.	3 Satz 2 und 3 ist entsprechend anzuwenden.	
§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses	§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses	
(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.	(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.	
(2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, 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.	(2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, 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.	
(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.	(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.	
§ 208 Abweichende Vereinbarungen	§ 208 Abweichende Vereinbarungen	
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.	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.	