

Wichtig zu wissen!



1. Gesetzesekte, die in Verbindung mit einer Beitragsanpassung stehen:

§ 203 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Prämien- und Bedingungsanpassung

(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 §§ 146, 149, 150 in Verbindung mit § 160 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnende Prämie verlangen. Außer bei Verträgen im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss vereinbaren. Im Basistarif ist eine Risikoprüfung nur zulässig, soweit sie für Zwecke des Risikoausgleichs nach § 154 des Versicherungsaufsichtsgesetzes oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist.

(2) Ist bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, 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 dürfen auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen im Sinn 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 § 155 in Verbindung mit einer auf Grund des § 160 des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.

(3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Absatzes 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, 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.

(4) Ist eine Bestimmung in Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, ist § 164 anzuwenden.

(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.

§ 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Tarifwechsel

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. 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 wechselt 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; 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

- die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
 - 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
 - die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;
- ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen; (...)

§ 205 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Kündigung des Versicherungsnehmers

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmeldung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(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 nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

§ 152 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

Basistarif

(3) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht.

(4) Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Absatz 3 Satz 1 oder 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach Satz 1 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 1 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

Hinweis: Der Höchstbeitrag für den Basistarif für 2025 beträgt 942,64 EUR.

Der **Zugang zum Standardtarif** ist an gesetzlich festgelegte Voraussetzungen gebunden (vgl. § 257 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch in der Fassung vom 31.12.2008): Versicherbar sind Personen, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven¹ Versicherungsschutz verfügen und die

- a. das 65. Lebensjahr vollendet haben,
- b. das 55. Lebensjahr vollendet haben und deren jährliches Gesamteinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SBG V nicht übersteigt (für 2025: 66.150,00 EUR),
- c. vor Vollendung des 55. Lebensjahres entweder
 - eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder
 - die Voraussetzungen für diese Rente erfüllen und sie beantragt haben oder
 - ein Ruhegeld nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen und deren jährliches Gesamteinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind weitere Personenkreise versicherbar. Bitte lassen Sie sich von uns beraten.

2. Beitragsrückerstattung für 2024

Die Barmenia belohnt kostenbewusstes Verhalten. Sie erhalten im Herbst des Folgejahres Geld zurück, wenn Sie - das ist die wichtigste Voraussetzung - mindestens für ein Kalenderjahr keine Leistungen aus Ihrer Krankheitskosten-Vollversicherung in Anspruch genommen haben.

Die Beitragsrückerstattung der Barmenia ist nicht garantiert, sondern wird von Jahr zu Jahr neu festgelegt. Die Höhe der Beitragsrückerstattung richtet sich nach der Anzahl der leistungsfreien Kalenderjahre und dem Monatsbeitrag des Tarifs, für den eine Beitragsrückerstattung gezahlt wird. Für das Jahr 2024 wurden die nachfolgenden Sätze beschlossen. Die Auszahlung erfolgt im Herbst 2025.

Anzahl der leistungsfreien Jahre	Anzahl Monatsbeiträge	
	Kompakttarife ²	Einzeltarife ³
1	1,0	2,0
2	1,5	3,0
3	2,0	4,0
4	2,0	4,0
5 und mehr	2,0	4,0

Für Berufsausbildungs- und für Beamtenanwärtertarife gelten andere Regelungen. Details dazu finden Sie auf www.barmenia.de.

Es gibt für jede versicherte Person eine eigene Beitragsrückerstattung. Sie ist den leistungsfreien Personen auch dann sicher, wenn eine andere im selben Versicherungsvertrag mitversicherte Person Leistungen erhalten hat. Auch bei einem unterjährigen Versicherungsbeginn wird ein anteiliger Anspruch aufgebaut. Grundsätzlich ist es sinnvoll, Rechnungen erst einmal zu sammeln. Sie können später immer noch entscheiden, ob die Beitragsrückerstattung höher ausfällt als die Erstattung der Rechnungen oder nicht.

¹ Was unter einem "substitutiven Versicherungsschutz" zu verstehen ist, hat der Gesetzgeber in § 146 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) geregelt. Gemeint ist ein die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ersetzender privater Krankenversicherungsschutz.

² Kompakttarife: einsA-Tarife, GK, G2B, C1B, GE, GEP, VBU, VHV+, VZK+; Tariflinien easyflex bzw. easyflex+, Tarife der VC-Familie, VB, VHV, VZK, KK

³ Einzeltarife mit Leistungen für ambulante und Zahnbehandlung: VAU, VDU, VEU, VENU, VELU, MA+, MZ+, VZD+, VZN+; VA, VD, VZ, VZN, VEL, VE, VEN, MA, MZ, VZD, KD, NGA, NGM und NGB.)