

Der Weg ihrer Krankenkassenbeiträge

In Deutschland ist der größte Teil der Bevölkerung gesetzlich pflichtversichert. Die Pflichtversicherung besteht für alle Arbeitnehmer unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze (59.850 Euro jährlich ab 1. Januar 2023;

ab 1. Januar 2024 beträgt die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Kranken und Rentenversicherung bundesweit einheitlich 62.100 € bzw. 5175 € im Monat.

„Die Grenzwerte werden jährlich an die Einkommensentwicklung angepasst. Damit wird gewährleistet, dass die soziale Absicherung stabil bleibt“.

www.bundesregierung.de

88 % der Erwerbstätigen sind gesetzlich versichert.

Die nicht berufstätigen Ehepartner und Kinder von GKV-Mitgliedern sind mitversichert ohne Beiträge bezahlen zu müssen.

„Die Anzahl der Beiträge zahlenden Mitglieder liegt bei über 57 Millionen, die der kostenfrei mitversicherten Familienangehörigen bei mehr als 16 Millionen. (Quelle: statistisches Bundesamt – www.destatis.de)

Die rund 73 Millionen (Jahr 2020) in der gesetzlichen Krankenkasse Versicherten (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) zahlen den Versicherungsbeitrag an die gewählte gesetzliche Krankenkasse.

Im Januar 2023 gibt es 96 gesetzliche Krankenkassen.

Der größte Anteil der Leistungen ist gesetzlich vorgeschrieben.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V

„Mit § 12 Abs. 1 SGB V wird geregelt, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Die Leistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Ein kleinerer Teil wird als Zusatzleistung von den Kassen extra erstattet. Von den Kassen fließt das Geld am gleichen Tag an den Gesundheitsfond. Außerdem fließt in diesen Fond noch ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss.

Die GKV-Ausgaben betragen im Jahr 2022 insgesamt 288,8 Milliarden €. Die Nettoverwaltungskosten sind von 10,9 Milliarden € im Jahr 2017 auf 12,4 Milliarden € im Jahr 2022 gestiegen.

Quelle: www.vdek.com Die Ersatzkassen

Der Fond verteilt die Gelder nach gesetzlich vorgeschriebenen Regeln an die Krankenkassen.

1994 wurde durch die Politik der Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt, der einen finanziellen Ausgleich schaffen soll für Kassen die einen großen Anteil von Patienten haben mit schwereren Krankheiten, die chronisch verlaufen und besonders teuer sind.

D.h. dass die Kassen mit „gesünderen“ Versicherten einen Teil ihrer Einnahmen an die anderen Kassen abgeben.

Die Bezahlung der niedergelassenen Ärzte erfolgt nicht direkt durch die gesetzlichen Krankenkassen sondern über den Umweg der Kassenärztlichen Vereinigungen in den Ländern.

Dort wird die Verteilung auf die verschiedenen Arztgruppen durch einen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) festgelegt.

Außerdem werden die vom Arzt quartalsmäßig (alle drei Monate) angegebenen Gebührensatznummern (EBM) auf Plausibilität und auf Regelverstöße geprüft.

Versicherte



Krankenkassen



MorbiRSA



**Gesundheits
fond**



**Kassenärztlichen
Vereinigungen der
Länder**



Krankenkassen



**Honorarverteilungs-
maßstab**

