

Der Weg ihrer Krankenkassenbeiträge:

In Deutschland ist der größte Teil der Bevölkerung gesetzlich pflichtversichert.

„Die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung beläuft sich 2026 auf jährlich 77.400 € bzw. monatlich 6450 €. 2025 waren es noch 73.800 € bzw. 6150 € im Monat.

... Die Versicherungspflichtgrenze bezeichnet den Einkommenshöchstbetrag, bis zu dem Beschäftigte gesetzlich krankenversichert sein müssen. Wer über diesen Betrag hinaus verdient, kann sich privat krankenversichern lassen.

Ab 1. Januar 2026 beträgt die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung bundesweit einheitlich 69.750 Euro

(2025 66 150,00 €) bzw. 5.812,50 € im Monat.

„Die Beitragsbemessungsgrenze markiert das maximale Bruttoeinkommen, bis zu dem Beiträge in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung erhoben werden. Der Verdienst, der über diese Einkommensgrenze hinausgeht, ist beitragsfrei....“

Die Grenzwerte werden jährlich an die Einkommensentwicklung angepasst.

Quelle: www.bundesregierung.de

88 % der Erwerbstätigen sind gesetzlich versichert.

Der gesetzlich festgeschriebene allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen. Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,0 % der beitragspflichtigen Einnahmen. Er gilt für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben.

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag steigt von 2,5 % auf 2,9 %, was zu höheren Gesamtbeiträgen führt. Quelle : Bundesgesundheitsministerium.

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

„Im Jahr 2024 waren in der Bundesrepublik im Durchschnitt rund 74,5 Millionen Menschen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert. Davon waren rund 58,6 Millionen Personen beitragszahlende Mitglieder und 15,9 Millionen beitragsfreie Versicherte, zum Beispiel Familienangehörige. Die privaten Krankenversicherungen (PKV) zählten zuletzt einen Bestand von 8,7 Millionen Vollversicherten.“

<https://de.statista.com>

Die rund 75 Millionen (Jahr 2026) in der gesetzlichen Krankenkasse Versicherten zahlen den Versicherungsbeitrag (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) an die gewählte gesetzliche Krankenkasse.

Im Januar 2026 gibt es 93 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.

Im Jahr 2025 belief sich der Bundeszuschuss zum Gesundheitfond auf insgesamt rund 14,5 Milliarden €. Der Bundeszuschuss wird aus Steuermitteln gezahlt.....(Quelle: statista)

„Laut der aktuellen Prognose des GKV Schätzerkreises belaufen sich die Einnahmen des Gesundheitsfonds für das Jahr 2025 auf rund 294,7 Milliarden €.

Das Expertengremium schätzt die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland für dasselbe Jahr auf rund 341,4 Milliarden €. Die Liquiditätsreserve des Fonds betrug im Jahr 2023 um 9,4 Milliarden Euro.“

Quelle: <https://statista.com>

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 müssen.

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 Gebührenziffern (EBM) auf Plausibilität und auf Regelverstöße geprüft.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist die verbindliche Abrechnungsgrundlage für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten.

Darin sind alle Leistungen jeweils mit einer Gebührenordnungsposition aufgeführt, die für gesetzlich Krankenversicherte abgerechnet werden können.

Dieser Einheitliche Bewertungsmaßstab wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene festgelegt.

Quelle: www.kbv.de

