

Das DGB-Bürgerversicherungsmodell – Solidarisch, gerecht, tragfähig



Das DGB-Bürgerversicherungsmodell basiert unter anderem auf Ergebnissen der Reform-Kommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“¹ und wurde als Alternative zur sogenannten „Kopfpauschale“ entwickelt.

Seit ihrer Einführung vor knapp 140 Jahren hat sich die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu einem maßgeblichen Bestandteil der sozialen Sicherung in Deutschland entwickelt. Sie genießt daher einen hohen Stellenwert - sowohl innerhalb der Bevölkerung als auch international. Ihre hohe Leistungsfähigkeit hat die GKV erst zuletzt bei der Bewältigung der Corona-Pandemie, bspw. bei der Impfkampagne, unter Beweis gestellt und ermöglicht für mehr als 90% der Bevölkerung eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Gesundheitsversorgung.

Herausforderung: Kostensteigerung im Gesundheitswesen

Seit einigen Jahren steht die GKV vor großen finanziellen Herausforderungen, da die Ausgaben stärker steigen als die Einnahmen. Dies liegt allerdings nicht an den Verwaltungskosten der Kassen, sondern an der demographischen Entwicklung, teuren medizinischen Innovationen und der Profit-Orientierung im Gesundheitswesen. Darauf hat der Gesetzgeber bisher nicht genügend reagiert. Zudem wird der Bund seiner finanziellen Verantwortung gegenüber den Kassen in vielen Bereichen nicht gerecht und zahlt bspw. für die Versorgung von Bürgergeld-Bezieher*innen viel zu niedrige Beiträge an die Kassen.

Bürgerversicherung: Garant für gute, bezahlbare Versorgung für alle

Um die Finanzierung der GKV dauerhaft und tragfähig zu stabilisieren und um zumindest die Qualität der Leistungen abzusichern, wollen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften die GKV zu einer einheitlichen, solidarisch finanzierten, öffentlichen und selbstverwalteten Bürgerversicherung für alle weiterentwickeln. Dies beinhaltet die Abschaffung des dualen Krankenversicherungssystems bestehend aus GKV und privater Krankenversicherung (PKV). Das aktuelle System sorgt dafür, dass in vielen urbanen und wohlhabenden Regionen, in denen oft viele Privatversicherte leben, eine Überversorgung besteht, während auf dem Land und in sozial schwächeren Stadtvierteln oft ein Versorgungsmangel herrscht. Nur durch die Einführung einer einheitlichen Bürgerversicherung kann eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für aller Bürger*innen, unabhängig von Alter, Wohnort oder wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit, nachhaltig gesichert werden.

Solidarität: Gerechte und tragfähige Finanzierung

Der Leitgedanke der Bürgerversicherung ist die Weiterentwicklung der solidarischen Finanzierungsgrundlage: Alle Bürger*innen beteiligen sich gemessen an ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit an der Finanzierung der GKV. Die bislang außerhalb der GKV versicherten Personengruppen müssen dafür schrittweise in das einheitliche Versicherungssystem einer Bürgerversicherung einbezogen werden. Gleichzeitig müssen alle Einkommensarten oberhalb eines bestimmten Freibetrags bei der Berechnung der individuellen Beitragshöhe miteinbezogen werden. So können die Finanzierungsgrundlage verbreitert und die steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen aufgefangen werden. Gleichzeitig können Versorgungsleistungen, die in der Vergangenheit aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegliedert wurden, wie z.B. Brillen und zeitgemäßer

¹ DGB (2011): *Bürgerversicherung statt Kopfpauschale. Gemeinsame Erklärung für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft*. 2. Auflage.

Zahnersatz, wieder aufgenommen werden. Das verbessert die Versorgungsqualität und entlastet die große Mehrheit der Versicherten finanziell.

Umsetzung: Vier und ein Schritt zur Bürgerversicherung

Der Übergang vom bestehenden dualen Versicherungssystem zu einer einheitlichen Bürgerversicherung soll in mehreren Schritten erfolgen:

- Zunächst wird die Beitragsbemessungsgrenze der GKV schrittweise angehoben. Analog zur Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze muss die Versicherungspflichtgrenze nach oben hin angepasst werden, um das Abwandern von Besserverdienenden von der GKV zu PKV (in der Übergangsphase) zu verhindern und den Kreis der GKV-Mitglieder zu vergrößern.
- In einem weiteren Schritt werden grundsätzlich alle Einkommensarten (bspw. Kapitalerträge und Mieteinnahmen) ab einem gewissen Freibetrag zur Finanzierung herangezogen. Der Freibetrag muss so gesetzt werden, dass niedrigere und mittlere Einkommenschichten nicht zusätzlich belastet werden. So kann die Höhe des individuellen Beitrags an die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten angepasst werden.
- Darüber hinaus sind die steuerfinanzierten GKV-Zuschüsse künftig verlässlich zu gestalten und regelmäßig anzupassen. Dies dient insbesondere der Gegenfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Leistungen, wie etwa dem Kinderkrankengeld und den kostendeckenden Beiträgen für Bezieher*innen von Bürgergeld.
- Das bestehende duale Versicherungssystem sorgt für eine ineffiziente und ungerechte Versorgungsstruktur, die viel Geld kostet: Ab einem festzulegenden Stichtag sollen daher alle Bürger*innen in der neuen Bürgerversicherung versichert sein. Diese unterliegt als solidarisches System mit öffentlicher Kontrolle den Regelungen des Sozialgesetzbuches. Familienangehörige ohne eigenes Einkommen bleiben beitragsfrei mitversichert. Für Beamt*innen, Richter*innen und Soldat*innen soll künftig der Dienstherr den Arbeitgeberbeitrag zur Bürgerversicherung tragen. Die bereits in einigen Bundesländern existierende pauschale Beihilfe ist ein erster Schritt dorthin. Das System der freien Heilfürsorge sowie der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung soll daneben in seinen aktuellen Regelungen bestehen bleiben. Den Mitarbeiter*innen der PKV-Unternehmen muss eine Beschäftigungsperspektive im neuen Krankenversicherungssystem oder in einem vergleichbaren Bereich ermöglicht werden.
- Bis zum genannten Stichtag soll in der PKV-Versicherten eine Wahlmöglichkeit zum Wechsel in das neue Bürgerversicherungssystem eröffnet werden. Ihre Altersrückstellungen, die sie in der PKV als Vorsorge für steigende Versicherungskosten im Alter gebildet haben, sollen sie idealerweise komplett mitnehmen können. Wechseloptionen zwischen den beiden Kassensystemen müssen so ausgestaltet werden, dass die finanzielle Leistungsfähigkeit der GKV und der damit verbundene diskriminierungsfreie Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht beeinträchtigt werden.