



Informationspapier zur Bürgerversicherung

Wer wird versichert?

- Alle erstmals Versicherten werden automatisch in der Bürgerversicherung versichert.
- Dazu zählen auch Beamtinnen und Beamte sowie Selbstständige.
- Bisher Privatversicherte können wählen, ob sie in die Bürgerversicherung wechseln oder weiterhin privat versichert sein möchten.

Wer bietet die Bürgerversicherung an?

- Die Bürgerversicherung soll von den Gesetzlichen Krankenkassen und kann auch von den Privaten Krankenversicherungen angeboten werden. Eine Einheitskasse wird es nicht geben. Die unterschiedlichen Krankenkassen (2017: 113) und privaten Versicherungen (11/2017: 44) bleiben auch mit der Bürgerversicherung bestehen.
- Die privaten Versicherungen können nach wie vor Krankenzusatzversicherungen anbieten. Diese Zusatzversicherungen beziehen sich in der Regel auf den Behandlungskomfort (Zweibettzimmer) oder ergänzende medizinische Leistungen (Zahnzusatzversicherungen, Homöopathie).

Wie erfolgt die Finanzierung der Bürgerversicherung?

- Die Beiträge in der Bürgerversicherung richten sich (wie in der GKV üblich) nach dem Einkommen der Versicherten und nicht (wie bisher in der PKV) nach Alter, gewählttem Leistungspaket und Krankheitsstatus. Der Beitragssatz wird paritätisch bezahlt, d.h. Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen jeweils die Hälfte. Daher sinkt die Belastung der Arbeitnehmer im Vergleich zu heute bei der Einführung der Bürgerversicherung. Der Zusatzbeitrag fällt weg.
- Auch für Selbstständige bemessen sich die Beiträge in der Bürgerversicherung nach ihrem (Brutto-)Einkommen. Die Mindestbemessungsgrenze für Selbstständige soll abgesenkt werden.¹
- Für Beamtinnen und Beamte wird in der Bürgerversicherung ein beihilfefähiger Tarif geschaffen. Die öffentlichen Arbeitgeber können wählen, ob sie für gesetzlich versicherte Beamte entweder den Arbeitgeberbeitrag zahlen wollen oder -wie bisher- über die Beihilfe einen Anteil der Behandlungskosten direkt übernehmen.
- Bund und Länder könnten einer Berechnung der Bertelsmann Stiftung (2017) zufolge bis zum Jahr 2030 ca. 60 Mrd. Euro sparen, wenn ihre Beamten gesetzlich versichert wären.
- Die Beitragsbemessungsgrenze soll nicht angehoben werden, weil das die mittleren Einkommen noch mehr belasten würde. Ebenso sollen andere Einnahmen, wie Miet-,

¹ Der gesetzliche Mindestbemessungswert bei Selbstständigen beträgt $\frac{3}{4}$ der mtl. Bezugsgröße (BZG) von 2.975 € (2017) bzw. 3.045 € (2018) = 2.231,25 € (2017) bzw. 2.283,75 € (2018). Mit Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit bzw. bei Nichtvermögenden werden die Beiträge aus $\frac{1}{2}$ der mtl. BZG berechnet = 1.487,50 € (2017) bzw. 1.522,50 € (2018). Bei sonstigen freiwilligen Versicherten (z.B. Nichterwerbstätige ohne Anspruch auf Familienversicherung) werden die Beiträge aus $\frac{1}{3}$ der mtl. BZG berechnet = 991,67 € (2017) bzw. 1.015 € (2018). Wer weniger verdient, zahlt dennoch Beiträge aus den entsprechenden Mindestbemessungsgrenzen.



Zins- und Kapitaleinkünfte, nicht verbeitragt werden. Wir wollen aus der Krankenversicherung kein zweites Finanzamt machen.

- Neben den Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen soll der Steuerzuschuss als dritte Finanzierungssäule ausgebaut und zu einem echten Steuerbeitrag umgewandelt werden, der regelmäßig überprüft und dynamisiert werden soll.
- Bereits heute zahlen viele privatversicherte ältere Menschen extrem hohe Prämien. Sie müssen oft einen Großteil ihrer Rente an die PKV bezahlen. Die sinkende Zahl an Neumitgliedern in der PKV und die Niedrigzinspolitik werden dazu führen, dass sich die Lage in Zukunft verschärft und die Prämien der PKV weiter steigen.
- Die Bürgerversicherung bietet einen Ausweg aus der Beitragsfalle der PKV, die für viele Versicherte sogar in Altersarmut enden kann.
- Viele Beamte in unteren und mittleren Einkommensstufen werden entlastet, sie müssen jetzt oft über Kredite für medizinische Leistungen in Vorleistung gehen und warten lange auf ihre Erstattung.

Wie werden medizinische Leistungen vergütet?

- In der Bürgerversicherung wird ein neues, einheitliches Honorarsystem geschaffen. Die Vergütung medizinischer Leistungen richtet sich nach dem Bedarf der Patientinnen und Patienten und nicht nach ihrem Versicherungsstatus. Damit endet die Zwei-Klassen-Medizin. Jeder Patient bringt dem Arzt das gleiche Einkommen.
- Dem System wird kein Geld entzogen. Es wird keine Honorarkürzungen durch die Hintertür geben. Die Unterschiede in den Honorarordnungen zwischen EBM (für gesetzlich Versicherte) und GOÄ (für Privatversicherte) werden angeglichen.
- Insgesamt sollen die Honorare gerechter verteilt und die „sprechende Medizin“ besser vergütet werden sowie Haus- und Fachärzte in ländlichen Regionen profitieren. Es ist ungerecht, dass ein Laborarzt heute im Schnitt fünfmal so viel verdient wie ein Hausarzt.
- Da die Zwei-Klassen-Medizin abgeschafft wird, verschwindet die Bevorzugung Privatversicherter. Gleichzeitig werden Privatversicherte vor medizinisch unsinniger Überversorgung geschützt.

Was ändert sich in der Versorgung?

- Es ist davon auszugehen, dass die Versorgung für alle gesetzlich Versicherten besser wird, denn Fachärzte und Spezialisten leben und arbeiten schwerpunktmäßig dort, wo es viele Privatversicherte gibt. Die Bürgerversicherung entzieht dieser Ungleichbehandlung die Grundlage und fördert damit eine bessere Verteilung von Fachärzten für gesetzlich Versicherte.



Mythen der Bürgerversicherung

- **Die PKV würde mit der Einführung der Bürgerversicherung abgeschafft werden**
Das ist falsch. Die Privatversicherungen können zum einen die Bürgerversicherung anbieten. Zum anderen bleibt die Sparte der Zusatzversicherungen bestehen. Außerdem ist die Systemumgestaltung ein Prozess und nicht alle Bürgerinnen und Bürger werden von heute auf morgen in die Bürgerversicherung wechseln.
- **Die Bürgerversicherung führe zur Staatsmedizin und einem Einheitssystem**
Dies ist falsch. In der Bürgerversicherung wird es weiterhin unterschiedliche Krankenkassen geben. Auch die PKV kann die Bürgerversicherung anbieten.
- **Die Bürgerversicherung hemme den Wettbewerb**
*Auch das ist falsch. Es werden gleiche Wettbewerbsbedingungen für PKV und GKV geschaffen, sodass mehr und nicht weniger Wettbewerb entsteht. Der Wettbewerb wird ausgeweitet. Außerdem findet der Wettbewerb um die beste Versorgung und nicht um den niedrigsten Preis statt. Die Kassen können zusätzliche Angebote (z.B. im Präventionsbereich) machen und sich im Service und in der Qualität der Beratung unterscheiden.
Heute profitieren vom Wettbewerb zwischen GKV und PKV nur Gutverdiener mit einem hohen Einkommen und gutverdienende Selbstständige. Der Wettbewerb nutzt den meisten Versicherten nicht. Geringverdiener, sog. „kleine Selbstständige“, Menschen mit Behinderung, schwerkranke und alte Menschen sind vom Wettbewerb ausgeschlossen, also gerade diejenigen Versicherten, die vom Wettbewerb um die beste Versorgung profitieren würden. Das ist ein großes Gerechtigkeitsproblem und stellt keine ideologische Diskussion oder Neiddebatte dar.*
- **Die Bürgerversicherung sei der „Turbolader Richtung Zwei-Klassen-Medizin“**
*Die Zwei-Klassen-Medizin gibt es heute. Mit der Bürgerversicherung wird sie verhindert oder zumindest sehr stark abgeschwächt. Mit der einheitlichen Honorarordnung erhalten Ärztinnen und Ärzte für die gleiche Behandlung das gleiche Geld – ungeachtet davon, wo der Patient oder die Patientin versichert ist. Damit wird der Bevorzugung Privatversicherter ein Ende bereitet.
Dass es in Deutschland zu Wartezeiten wie in England käme, ist völliger Unsinn. Dort gibt es ein staatliches System. Die Bürgerversicherung ist ein wettbewerbliches System mit privaten und gesetzlichen Anbietern. Die Wartezeiten in England oder den Niederlanden gehen auf die dort viel zu niedrige Krankenhaus- und Arztdichte zurück. Die Arzt- und Krankenhausedichte in Deutschland ist so groß wie in keinem anderen europäischen Land. Wenn für alle das Gleiche bezahlt wird, besteht für Ärzte auch kein Anreiz mehr, Privatpatienten bei der Terminvergabe zu bevorzugen. Somit wird das System auch hier gerechter.*



- **Die GKV würde durch die PKV quersubventioniert werden**

Die „Quersubventionierung“ zwischen PKV und GKV hat es nie gegeben. Ärzte mit einem höheren Privatpatientenanteil haben zwar ein höheres Einkommen. Das hat aber nichts mit einer Quersubventionierung zu tun. Denn das hohe persönliche Einkommen des Arztes, der mehr Privatversicherte hat, kommt ja nicht den gesetzlich Versicherten zugute. Für gleiche Leistungen soll es künftig die gleiche Bezahlung geben, ungeachtet davon, ob jemand in der GKV oder PKV versichert ist. Leistungen der GKV werden zukünftig besser bezahlt. Gleichzeitig sollen überflüssige Leistungen der PKV reduziert werden, sodass insgesamt eine Umverteilung der Gelder im System hin zu mehr Gerechtigkeit vorgenommen wird. Ärzte mit vielen GKV-Versicherten und wenigen PKV-Versicherten werden in der Bürgerversicherung sogar besser verdienen.

- **Nur alte und kranke Versicherte würden von ihrem Wechselrecht in die Bürgerversicherung Gebrauch machen und so die Solidargemeinschaft der GKV aushöhlen**

Diverse Studien zur Wechselbereitschaft der Krankenversicherung zeigen, dass mit zunehmendem Alter und steigender Morbidität die Bereitschaft für einen Kassenwechsel eher sinkt. Außerdem wird die Krankenversorgung durch die Einführung einer Bürgerversicherung auf eine solide und zukunftsfähige finanzielle Grundlage gestellt, da alle erstmalig Versicherten in die Bürgerversicherung aufgenommen werden – auch und gerade diejenigen, die aufgrund ihres hohen Einkommens erstmalig in die PKV wechseln könnten. Zudem sind die ehemaligen PKV-Versicherten meist Gutverdienende mit sicheren Arbeitsverhältnissen. Studien zeigen außerdem, dass Menschen mit höherem Bildungsgrad und Einkommen tendenziell gesünder sind als Menschen aus sozial schwachen Verhältnissen mit geringem Einkommen.

- **Der medizinische Fortschritt würde nicht mehr finanziert werden**

Das ist falsch. Es gibt keine einzige medizinische Innovation in Deutschland, die eingeführt wurde, weil es die PKV gibt. Kernspintomografie, Spiralcomputertomografie, Protonentherapie, Antikörpertherapie bei Krebs – das sind mit die teuersten Verfahren - alle sind sofort ins gesetzliche System aufgenommen worden. Es gibt keine medizinische Innovation, die über die PKV ins System gekommen wäre. Dem System wird insgesamt kein Geld entzogen. Bereits heute sichert die GKV den Zugang zur innovativen Versorgung. Es wäre auch nicht von Vorteil, wenn neue Medikamente oder medizinische Verfahren, die nicht oder nicht eindeutig wissenschaftlich gesichert sind, von der PKV bezahlt werden und PKV-Versicherte zu Versuchskaninchen der Medizin werden.

- **Erst die Existenz der PKV sichere den hohen Versorgungsstandard der GKV**

Noch nie wurde eine Leistung in der GKV eingeführt, weil es sie vorher in der PKV gab. Auch das ist schlicht falsch.



- **Die Bürgerversicherung führe zum Verlust tausender Arbeitsplätze. Durch die Bürgerversicherung seien 68.000 qualifizierte Arbeitsplätze bedroht. Ärzte und andere medizinische Berufe würden durch die Bürgerversicherung in ihrer Existenz gefährdet**

Da durch die Bürgerversicherung weder Honorare gekürzt noch dem System insgesamt Geld entzogen werden, ist von einer Existenzgefährdung von Ärzten und medizinischen Berufen nicht auszugehen. Die Gesamtsumme des Honorars bleibt gleich. Das, was für PKV-Versicherte mehr bezahlt wurde, wird durch die bessere Bezahlung für frühere GKV-Versicherte vollständig ausgeglichen. Ärzte, die bisher nur Privatversicherte behandelt haben, müssten ihr Geschäftsmodell ggf. überdenken.

- **Die Bürgerversicherung sei verfassungswidrig**

Vielfach vorgebrachte verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Bürgerversicherung lassen sich angesichts mehrerer Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts entkräften, denn "eine Verfassungsgarantie des bestehenden Systems der Sozialversicherung oder doch seiner tragenden Organisationsprinzipien ist dem Grundgesetz nicht zu entnehmen". Vielmehr sei dem Gesetzgeber "möglichst viel Freiheit zu belassen, (...) Veränderungen im Interesse der sozialen Sicherung mit neuen Lösungen gerade im Bereich der Organisation Rechnung zu tragen" (BVerfGE 39, 302 ff.). Ob die bestehenden Altersrückstellungen der PKV (ca. 220 Mrd. Euro) in die Bürgerversicherung übertragen werden können, muss im Zweifelsfall vom Bundesverfassungsgericht entschieden werden. Die Übertragung ist aber in unserem Modell auch nicht zwingend vorgesehen.