

Bürgerversicherung oder Kopfpauschale?

Die Gesundheitsreform 2003 ist Geschichte. Doch haben die schmerzhaften Einschnitte im Sozialsystem die Ursachen der Misere wirklich behoben? Bis 2010 jedenfalls soll unser Gesundheitssystem grundlegend reformiert werden. Bleibt nur noch die Frage nach dem „Wie“.

(dh) – Bürgerversicherung versus Kopfpauschale. Scheinbar unversöhnlich stehen sich diese zwei Begriffe gegenüber. Jedoch egal, ob Gegner oder Befürworter – einig sind sich die Vertreter der beiden gegensätzlichen Positionen eigentlich nur in einem Punkt: Unser heutiges Sozialsystem, entwickelt vor weit über 100 Jahren, ist so nicht mehr lange zu halten. Eine Reform an Haupt und Gliedern ist zwingend nötig. Nur das „Wie“ ist fraglich. Die

ren Bürgerversicherung aus. Schließlich geht diese von dem Standpunkt aus, dass alle Bürger, egal ob Arbeitnehmer, Selbstständige oder Beamte, in den selben großen Topf einbezahlen. Somit würde die Finanzierung der Krankenversicherung auf eine breitere Basis gestellt und der Solidaritätsgedanke gestärkt. Alle Einkommensarten, also auch Zinsen und Mieteinkünfte, würden mit einbezogen. Die Höhe des Krankenkassenbeitrages

rungen zu den für sie attraktiveren Privaten nur noch schwer möglich. Doch das ist nur die eine Seite der Medaille. Die Verfechter der Kopfpauschale halten dagegen: „Die Einbeziehung weiterer Personenkreise in ein reformbedürftiges System macht dieses nicht weniger reformbedürftig.“ Bert Rürup verteidigt „seine“ Kopfpauschale: „Die Bürgerversicherung befriedigt ein verbreitetes diffuses Gleichbehandlungsbedürfnis. Aber

geberanteil wird festgefroren und dem Arbeitnehmer als zu versteuernder Lohn ausbezahlt. Über diese zusätzlichen Steuereinnahmen (ca. 20 Mrd. €) würde ein „Gerechtigkeitsausgleich“ teilfinanziert, der Zuschüsse zur Kopfpauschale für untere Einkommenschichten verteilt (ca. 30 Mrd. €). Die Positionen sind damit klar bezogen. Die Bürgerversicherung erscheint sozial ausgeglichener, kann aber das Problem der Kopplung

Lösung. Jeder erwachsene Bürger, egal ob Pfortner oder Generalsekretär, zahlt den gleichen Beitrag in die Gesundheitskasse ein. Der Arbeitgeberanteil wird festgefroren. Die Kopplung der Einnahmen im Gesundheitswesen an die Löhne wäre somit weggefallen. Das aber würde Einkommen bis 50.000 € zusätzlich belasten, höhere Einkommen und Arbeitgeber erheblich entlasten. Und das kann keine Partei ihren Wählern verkaufen. Zumal die Fi-

ANZEIGE



der beiden Konzepte mit vernünftigen Argumenten für sich aufwarten und wird ebenso leicht als nicht umsetzbar widerlegt. Die Wahrheit wird sich höchstwahrscheinlich irgendwo zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale finden.

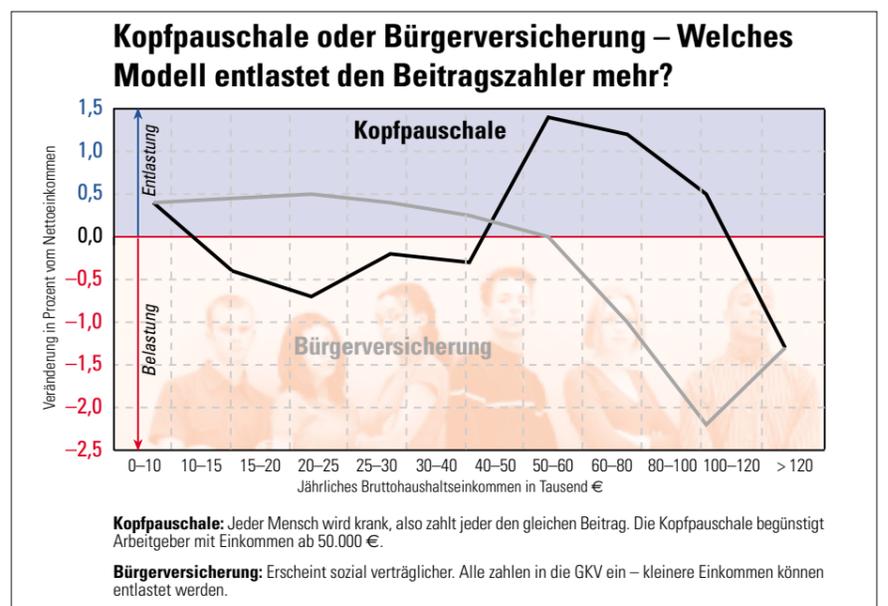
ZT ZAHNTECHNIK ZEITUNG

<p>Bürgerversicherung</p> <p>Grundprinzip: Möglichst alle zahlen in die GKV ein. Paritätische Finanzierung der Krankenversicherung bleibt erhalten.</p> <p>Die Beitragsbemessungsgrenze soll von 3.450 € auf 5.100 € erhöht werden und später völlig wegfallen. Nebeneinkünfte werden beitragspflichtig.</p> <p>Der Beitrag orientiert sich auch weiterhin am Einkommen. Bürgerversicherung begünstigt kleinere Einkommen.</p>  <p>Prof. Karl Lauterbach</p> <p><i>Prominente Vertreter</i> u. a. Prof. Karl Lauterbach (Rürup-Kommission), Joschka Fischer (Grüne) SPD</p>	<p>Kopfpauschale</p> <p>Jeder zahlt in das Gesundheitssystem ein, auch Ehepartner ohne eigenes Einkommen, Geringverdiener bekommen Zuschüsse.</p> <p>Der Beitrag liegt im Schnitt bei 210 €, unabhängig vom Einkommen.</p> <p>Der Arbeitgeberanteil wird festgefroren, ausbezahlt, versteuert und hilft somit Zuschüsse für sozial Schwache zu bezahlen. Kopfpauschale begünstigt Arbeitgeber und Einkommen über 50.000 €.</p>  <p>Prof. Bert Rürup</p> <p><i>Prominente Vertreter</i> u. a. Prof. Bert Rürup, CDU-Sozialexperte Andreas Storm, Herzog-Kommission CDU/CSU (mit wenigen Ausnahmen)</p>
---	---

Rürup-Kommission jedenfalls wollte sich bei ihren Reform-Vorschlägen auf keines der beiden Systeme festlegen. Während der Kölner Gesundheitsökonom Karl Lauterbach die Bürgerversicherung forderte, machte sich Kommissionsvorsitzender Bert Rürup für die Kopfpauschale stark. Nach einer Umfrage von Infratest dimap im Auftrag der hessischen SPD sprechen sich 56 % der Bundesbürger für die Einführung der scheinbar sozialverträgliche-

orientiert sich auch weiterhin am Einkommen. Die paritätische Finanzierung der Krankenversicherung bleibt bestehen. Laut Bürgerversicherung wird die Beitragsbemessungsgrenze für die freiwillige Versicherung in der GKV von jetzt 3.450 € auf 5.100 € angehoben und später ganz aufgegeben. Damit wäre jungen, gesunden und gut verdienenden Menschen, den von Karl Lauterbach betitelten „Alpha-Bürgern“, eine Flucht aus den maroden gesetzlichen Krankenversiche-

das eigentliche Problem, die Ankopplung der Gesundheitsausgaben an die Arbeitskosten, löst sie nur in einem sehr geringen Maße.“ Dagegen setzt er das folgende Modell: Die Krankenversicherung ist in Zukunft, ebenso wie Unfall- oder Haushaltsversicherung, Sache jedes Einzelnen. Und da jeder Mensch das ungefähr gleiche Risiko hat, zu erkranken, zahlt jeder den gleichen Beitrag. Ungefähr 210 €. Diese Kosten muss der Arbeitnehmer selbst zahlen. Der Arbeit-



Quelle: Abschlussbericht der Rürup-Kommission/Grafik: Demus Media AG

der Einnahmen im Gesundheitswesen an die Lohnausgaben nicht lösen. Die hohen Lohnnebenkosten bedingen zudem die hohe Arbeitslosigkeit, die hohe Arbeitslosigkeit im Gesundheitswesen. Ein Teufelskreis. Die Kopfpauschale hätte für dieses Problem eine

finanzierung des Gerechtigkeitsausgleichs innerhalb des Kopfpauschalemodells bis heute unklar ist. CSU-Sozialexperte Horst Seehofer geht von mindestens 36 Mrd. € aus. Diese können nur über Steuererhöhungen finanziert werden. Schlussendlich kann jedes

So schlägt beispielsweise Professor Gert Wagner vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung ein kombiniertes Modell aus den solidarischen Elementen der Bürgerversicherung mit der seiner Meinung nach arbeitgeberfreundlichen Kopfpauschale vor. **Z**

Bonus für Gesundheitsbewusste

Gesetzlich Versicherte, die aktiv etwas für ihre Gesundheit tun oder eine Eigenbeteiligung an den Behandlungskosten in Aussicht stellen, werden von den Krankenkassen belohnt.

(kh) – Wenn es um ihre Gesundheit geht, müssen gesetzlich Krankenversicherte zukünftig tief in die eigene Tasche greifen – mit den neuen Tarifen der Krankenkassen können sie aber auch viel Geld sparen. Nach dem im vergangenen Oktober beschlossenen Gesundheitsreformgesetz dürfen Krankenkassen ihre Mitglieder nun mit Geld- oder Sachleistungen belohnen, wenn diese vorbeugend etwas für ihre Gesundheit tun oder an Vorsorgeuntersuchungen und Hausarztssystemen teilnehmen. Die Mehrzahl der Krankenkassen hat zum Jahresbeginn entsprechende Modelle auf den Weg gebracht, die das Versichertenherz höher schlagen lassen. So dürfen AOK-Mitglieder, die je nach Tarif 250 bis 350 Euro Behandlungskosten im Krankheitsfall selbst tragen, mit bis zu 300 Euro Bonuszahlungen rechnen. Hat der Versicherte drei Jahre lang kein Rezept oder Krankenhausaufenthalt in Anspruch ge-

nommen, erhöht sich der zu Beginn erhaltene Grundbonus. Wer sich sportlich betätigt und dies durch ein Sportabzeichen oder Fitnessstempel nachweist, wird ebenfalls belohnt. Die Techniker Krankenkasse (TK) hingegen offeriert ein Bonus-Modell, bei dem die Versicherten durch Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Präventionskursen

Punkte ansammeln, die in Sachprämien wie Wellness-Reisen oder Mountainbikes eingelöst werden können. Bereits 2002 hatte die TK als erste deutsche Krankenkasse einen Selbstbehalttarif eingeführt, wonach Versicherte jährlich 240 Euro an Beiträgen erlassen werden,

wenn sie im Gegenzug pro Arztbesuch 20 Euro zahlen. Im Vergleich zum Selbstbehaltstarif der Deutschen Betriebskrankenkasse (Deutsche BKK) erscheint diese Summe als Peanuts. Wer sich hier zu Beginn eines Jahres für eine Eigenbeteiligung an Krankheitskosten von 2.000 Euro entscheidet, der bekommt auf jeden Fall 1.200 Euro ausgezahlt. Daneben können freiwillig Versicherte, die keine Leistungen in Anspruch nehmen, bei der BKK Beitragsrückzahlungen beantragen. Hoch hinaus will die Barmer Ersatzkasse mit ihrem „Fünf-Sterne-Programm“. Das Komplett-Angebot verspricht unter anderem Sachprämien für gesundheitsbewusstes Verhalten, einen Selbstbehaltstarif sowie eine Erstattung von 50 Prozent aller Zuzahlungen, die im Rahmen der integrierten Versorgung anfallen. Das Angebot von Zusatzversicherungen ist ebenfalls Teil des Barmer-Programms. **Z**



Kein Grund zur Eile

Der FVDZ warnt davor, übereilt Zahnersatz-Versicherungen abzuschließen. Besser, Angebote abzuwarten.

Berlin (kh) – Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) warnt vor einem übereilten Abschluss von Zahnersatz-Versicherungen. FVDZ-Bundesvorsitzender Dr. Wilfried Beckmann wies darauf hin, dass die gesetzliche Änderung erst ab 2005 in Kraft trete. Bis dahin würden die Regelungen für die Zahnersatz-Behandlung wie bisher bleiben. Als Begründung führte Beckmann weiterhin das große Versicherungsangebot im nächsten Jahr auf, aus dem sich die Bürger ein individuell passendes Angebot aussuchen könnten. Es würde sich bereits jetzt abzeichnen, dass die Krankenkassen im Laufe des nächsten Jahres eine große Palette an Zahnersatz- und anderen Zusatzversicherungen anbieten werden. Damit werde sich ein Markt entwickeln, in dem jeder Versicherte zu entscheiden habe, ob er sich weiter auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung versichern möchte oder ob eine private Versicherungspolice seinen individuellen Vorstel-

lungen besser entspreche. Bei der Wahl unterschiedlicher Zusatzversicherungen und Tarifmöglichkeiten stünden die Zahnärzte den Patienten für eine befundorientierte Beratung zur Verfügung. Beckmann sprach in diesem Zusammenhang nochmals seine Kritik an den Neueregulungen der Gesundheitsreform aus: „Unsere Vorschläge echter befundorientierter Festzuschüsse mit Kostenerstattung sind in der Reform nicht umgesetzt. Auch 2005 wird den Bürgern der freie Zugang zu einer modernen präventionsorientierten Zahnmedizin verwehrt bleiben.“ Die Politiker hätten Angst vor souveränen und eigenverantwortlich handelnden Bürgern und genau aus diesem Grund werde es mit der Rationierung von Leistungen weitergehen, befürchtet Beckmann. Den Versicherten bleibt letztlich nur die eine Option: Vergleichen, prüfen und eine günstige und trotzdem umfassende Zahnersatz-Versicherung finden. **Z**