

# INITIATIVE MEHR GESUNDHEIT

**gutschriften (2)** als eine von solchem Zentralinkasso **strikt getrennte, in weitestmöglicher Autonomie der Versicherten geführte** und bereits zivilrechtlich organisierte Plattform **ausführt**.

Die Zuweisung der Pauschalgutschriften an die Versicherten- oder Gesundheitskarten-Nummer kann dann **kombiniert werden mit der Zuweisung der Ausgleichsbeträge (4), die für den – strikt versicherungstechnisch gerechneten – Morbiditätsausgleich gemäß Abschnitt 3 b auf die einzelnen Versicherten entfallen**.

## **e. Transfer- und Finanzierungs-Verfahren für den Auffangpool**

Für die Aufbringung der dem Auffangpool gem. Abschnitt 1. e. geschuldeten Bürgerprämie wird, sofern sie nicht vom Versicherten eingefordert werden kann, ein analog zu Abschnitt 2 d. (3) und (4) wirkendes, dabei zuverlässig, transparent, schlank und kostengünstig laufendes Transfer-Verfahren<sup>P</sup> entwickelt.

## **f. Kapitaldeckende Bürgerprämie – Grundlage für Planungssicherheit und Vertrauen bei Versicherten, Patienten und Leistungserbringern**

Die schon erwähnten, später noch genauer beschriebenen Module (und Alleinstellungsmerkmale) unseres Reformmodells, wie

- der versicherungstechnisch gerechnete Morbiditätsausgleich als Teil der zweistufigen „Jahresumlage“ (Abschnitt 3),
- der gleitende Einstieg in die Kapitaldeckung mit marktweiten Rückstellungen in mindestens alterskohortenadäquater Höhe (Abschnitt 4),
- der Ansatz des Clearing-, Bilanz- und Kosten-Ausgleichvereins in Öffentlich-Privater-Partnerschaft (Abschnitt 5),
- der – in weiteren Papieren noch zu konkretisierende – marktwirtschaftliche Freiheits- und Wettbewerbsrahmen für die Leistungsseite (Abschnitt 6),
- die Option des gleitenden Einstiegs in eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung (-ssekktion), die in die Krankenversicherung integriert werden kann (Abschnitt 7),

die jedes schon für sich allein als sehr vorteilhaftes Modul in irgendeiner Gesundheits- und Pflegereform ihren sein könnten, entfalten erst im Gesamt-Konzept der kapitaldeckenden Bürgerprämie den ausbalancierten Reform- und Mehrwert, der seine Attraktivität für die Bürger und seine besondere Konsenseignung für Verbände und Parteien begründet.

## **(1) Zweistufige Jahresumlage mit bedarfsgerechten Solidarzuschlägen: Robuste Finanzierung bei doppelt gesicherter Solidarität**

Unübertroffen robust, transparent, generationengerecht und vertrauenswürdig gibt die „Prämienmechanik“ des Konsens-Konzepts dem Gesundheits- und Pflegewesen eine **grundsolide vom Bedarf der Versicherten gesteuerte, auf Jahrzehnte zukunftsste Finanzierung-Grundlage**.

Denn der Gesundheitsmarkt und die Gesamtheit der unmittelbaren Kostenträger, die frei im Wettbewerb operierenden Versicherten der Regeldeckung, können sicher sein, von der Gesamtheit aller Bürger (oder steuerfinanziert für sie) das Bürgerprämienaufkommen zu erhalten, das für die Finanzierung des medizinisch Erforderlichen und für eine humane Pflege unverzichtbar ist:

Die Summe der **dezentral, jeweils in unternehmerischer Verantwortung kalkulierten Bürgerprämien-Einnahmen** folgt automatisch – zwingend und ohne staatliche Intervention, nicht des Gesetzgebers, nicht eines Ministers, nicht eines

# INITIATIVE MEHR GESUNDHEIT

Gemeinsamen Bundesausschusses oder Versicherungsamtes, Finanzausschusses oder Steuerzahler-Bundes – dem **versicherungstechnisch gerechneten Gesamtbedarf aller einzelnen Versicherer**.

Da sie untereinander im Wettbewerb stehen und sich (wie die Leistungserbringer) gegenseitig zu mehr Qualität, Effizienz und zu mancher Fusion oder Restrukturierung zwingen werden, ist auch der Gefahr unnötig hoher Kosten und Prämien hinreichend vorgebeugt. Versicherer und Leistungserbringer können und müssen im wettbewerbunterworfenen Spannungsfeld zwischen unzureichender Finanzgrundlage und unnötig hohen Kosten die Konzepte entwickeln, mit denen sie Bedarf und Präferenzen der Bürger, Patienten und Pflegebedürftigen am besten erfüllen.

**Automatisch und zuverlässig regelt sich auch die Höhe der Solidarzuschläge für die Entlastung der sozial Bedürftigen:** Weil die **Bürgerprämienbelastung für keinen Haushalt den gesetzlich geregelten Höchstsatz von x % für die KV und y % für KV&PV – beispielsweise KV 14%, respektive 16% für KV&PV – übersteigen** soll und die Differenzbeträge vom CBKAV ausgeglichen werden (→ Abschnitt 2. d. (4) a)), genügt es, daß die Leitungsorgane des CBKAV das Gesamtvolumen des Solidarbedarfs feststellen, dann über die Bereitstellung oder Verweigerung entsprechender Haushaltsmittel mit Gesundheits- und Finanzminister verhandeln und dass auf dieser Grundlage das Parlament mit dem Bundeshaushalt lediglich darüber entscheidet,

- ob der gesamte Transferbedarf – wie bisher innerhalb der GKV – marktweit von allen Versicherten, allerdings transparenter, gleichmäßiger und gerechter per Pauschalzuschlag getragen werden muß, oder
- ob der im Rahmen des Hybridansatzes die Finanzierung sichernde Pauschalzuschlag ermäßigt werden oder ganz entfallen kann, weil das Transfervolumen ganz oder zu einem bestimmten Teil aus dem Bundeshaushalt, also von den Steuerzahlern nach steuerrechtlichen Belastbarkeitsregeln geschultert wird.

## **(2) Alterskohortenadäquate Altersrückstellungen – optimal für Demographiefestigkeit, Wettbewerb und alle Versicherten**

Die Forderung, daß alle Versicherer marktweit für alle Regeldeckungen Altersrückstellungen mindestens in der kohortenspezifisch erforderlichen Höhe stellen<sup>25</sup>, sichert nicht nur Demographiefestigkeit, Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit. Kohortenadäquate Altersrückstellungen haben – dank ihrer Standardisierung – auch den Vorzug, daß sie problemlos mitgabefähig (portabel) sind, wenn Versicherte zu einem anderen Versicherer wechseln. Ihre Einführung schafft die Grundlage für fairen Wettbewerb zwischen PKV und GKV und sie stärkt nebenbei – wie von Politik, Experten und Kommissionen seit Jahrzehnten gefordert<sup>25</sup> – auch die Wechsellmöglichkeit zwischen den Versicherern der PKV.

Die Aufhebung der Trennung zwischen beiden Systemen, die einem für alle GKV-Versicherten vorteilhaften **“Mauerdurchbruch“** zur Freiheit sozialer Marktwirtschaft gleichkommt, gefährdet weder die PKV, noch die Altersrückstellungen ihrer Versicherten – im Gegenteil:

Denn unter den KK-Prämissen,

- gewinnen beide Seiten eine Erweiterung ihres Geschäftsfeldes, weil jeder Bürger jederzeit die Wahl hat zwischen den Regeldeckungen der PKV wie der bisherigen GKV-Versicherer

---

<sup>25</sup> Zu den Forderungen ausführlich der Abschlußbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 19. April 2004, S.141 – 151, mit zahlreichen weiteren Nachweisen.

# INITIATIVE MEHR GESUNDHEIT

- bleiben die Alterungsrückstellungen der Altverträge (anders als in Konsequenz der Art. 44 und 45 GKV-WSG) unberührt,
- machen alle Neuverträge einen Qualitäts-Sprung: gleichgültig, ob sie als Regeldeckungsverträge oder nach einem neuen PKV-Geschäftsmodell (das den traditionellen PKV-Ansatz versichertenfreundlich den neuen Rahmenbedingungen anpaßt) abgeschlossen werden, verbessern sich die Transparenz und zuverlässige Finanzierung aller Neuverträge
  - dank der marktweit einheitlichen alterskohortenspezifischen Untergrenze der Alterungsrückstellungen,
  - dank deren Übertragbarkeit zumindest in dieser Höhe und
  - dank der stets zukunftsorientiert aktualisierten Kapitalansammlungs-Zuschläge.

Denn ab Beginn des gleitenden Einstiegs in die Zuschlagserhebung (→ Abschnitt 4 d. (5)) sind die Zuschlagsanpassungen wie die Anlage und Verwendung des Deckungskapitals in weitestmöglichem Umfang durch zwingende aufsichtsrechtliche und versicherungsmathematische Vorgaben, zudem durch national wie international fixierte Bilanzgrundsätze<sup>26</sup> gegen unternehmens-interne, -externe oder politische Fehlsteuerung geschützt.

---

## G Randb. PKV-Exp.

- 1) Wie wird subj. Risiko begrenzt? **Antw.:** über den MA → unten Antw. 3) und Abschnitt 3 KK
- 2) Verw.-Aufwand – relativ geringe Unterschiede: **Antw.:** Die Kostenspreizung wird in dem Maß wachsen, wie der Freiraum für unterschiedliche Geschäftsstrategien und Leistungsbereiche wie Vertrieb und Service, Beratung und Koordination, Case and Care Management erweitert wird.
- 3) Risikostrukturausgleich unumgänglich. **Antw.:** Ja, aber in der zielführend aktivierenden (nicht zu moral hazard und zu kollektiver Verantwortungslosigkeit tendierenden) Form des versicherungstechnisch gerechneten Morbiditätsausgleichs: Die individuell risikoehebliche Abweichung von normaler Kostenprognose, die sich im bisherigen Geschäftsmodell der PKV in der *externen* Preisbildung (dort extrapoliert auf Jahrzehnte) niederschlägt, kann nach *systeminternen* Regeln mindestens so sachkundig und zuverlässig fixiert und ausgeglichen werden, wenn die fallgruppenspezifischen *Kostenerwartungs-Abweichungen zeitnah* und begrenzt auf die in der Regel relativ *kurze Frist eines* Geschäftsjahrs (oder, wo für einzelne Fallgruppen leistungsanreizgerechter, auch für Spannen von 2-5 Geschäftsjahren) gemeinsam erarbeitet werden und, bezogen *auf die sich für MA-Zwecke allmählich neu herausbildenden DRGs (also DRGs-MA)*, von den *Versicherern* in fachlichem Konsens *mehrheitlich festgelegt und gebilligt* werden.

**H Randbem. PKV-Exp.:** unklar ..... große Schwankungen .....Bafin **Antw.:** Den Hinweis auf „große Schwankungen“ verstehe ich als einen Euphemismus für die Bezeichnung der extremen Prognoseunsicherheit, ja nahezu Unmöglichkeit, den Rückstellungsbedarf, der einzelnen Versicherten jeweils auf der Grundlage individueller Diagnosen (z.B. bei Versichererwechsel) zuzuweisen wäre, für eine Kalkulationsspanne von 40, 60, ja bis zu 80 Jahren auch nur einigermaßen sicher abzuschätzen angesichts der in dieser Zeit mehrfach zu erwartenden therapeutischen “Revolutionen“ und der daraus für jede Krankheit unterschiedlich fortzuschreibenden Heilerfolgs- und Kostenschwankungen.

Bei dem daraus resultierenden Prognose-Nebel sind angesichts der etwa 800 Mrd. Euro, deren mit

---

<sup>26</sup> Anknüpfungspunkt für die zwingenden, dank handelsrechtlich und aufsichtsrechtlich zwingend vorgegebener, einer politischen Fehlsteuerung nicht unterworfenen Bilanzierungsvorschriften sind in Abschnitt 4 d., der Abs. (6) in Verbindung mit Abs.(2) bis (4). Dabei wird zugleich unterstellt, daß alle GVU, auch die bisher öffentlich-rechtlich inkorporierten GKV-Kassen, zur Sicherung fairer Wettbewerbsbedingungen („gleich lange Spieße“) auf zivilrechtlicher Grundlage operieren und bilanzieren.

kunstvoller "Selbsttäuschung" erreichbares Abschmelzen viel Gewinn verspräche, die Anreize enorm und die Gefahr groß, daß selbst eine Bafin zum hilflosen Opfer von interessierten Denkschulen und von nur vordergründig seriösem Expertenklüngel wird.

**I Frage PKV-Exp.:** Wie? **Antw.:** Die allein alterskohortenspezifisch determinierten Rückstellungen (→ Abschnitt 4 d (7)) und die betragsgleiche Summe der Aktiva (→ Abschnitt 4 d (3)), sind rechnerisch so exakt fixiert und so leicht transferierbar, wie die Positionen eines Bankkontos. Bei Versichererwechsel kann der CBKAV die Funktion der Girozentrale bzw. Verrechnungsstelle übernehmen.

**J Sicht d. PKV-Exp.:** Gewaltige Steuermittel nötig! **Antw.:** Steuermittel sind fraglos, soweit verfügbar, die gerechtere Quelle für die Ausgleichsmittel (→ Abs. (3)). Deren Verfügbarkeit ist aber keine *conditio sine qua non*. Der Sozialtransfer kann auch – ganz oder teilweise – in vollem Umfang des sozial Erforderlichen auf der Grundlage der in Abschnitt 2 d. (4) skizzierten drei Gegenfinanzierungsvarianten, mithin systemintern und doch lohnunabhängig erfolgen.

**K Widerspruch PKV-Exp.:** Mehr Abhängigkeit **Antw.:** Nein, solange die Steuerfinanzierung lediglich als ein vorzugswürdiges Ergänzungsangebot verstanden wird, aber unumstößlich feststeht, daß die systeminterne Alternative selbstverständlich die Entlastungsmittel in dem Umfang bereitstellt, wie der Bedarf durch Abschnitt 2 d. (3) determiniert ist und nicht bereits aus Steuermitteln erfüllt wird.

**L Frage PKV-Exp.:** Wieso? **Antw.:** Die 78 € wurden hier als *durchschnittlicher* Prämienbedarf (der von jedem GVV anders fixiert werden kann) für Minderjährige aus den Vorarbeiten anderer Reformmodelle übernommen. In eigenen Schätzungen kamen wir zu einem Bedarfssatz etwa gleicher Größe.

**M Hinweis PKV-Exp. Steuer** **Antw.:** Ja, für die steuerfinanzierte Pauschalentlastung der Kinderbeiträge kann sich die Gegenfinanzierung aus den Steuermehreinnahmen ergeben, die bei der Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge zu GKV und SPV als Lohn entstehen.

**N Hinweis PKV-Exp. Demographie, Steigerung, Steuer** **Antw.:** In der Tat drohen aufgrund der demographisch vorprogrammierten Altersstrukturentwicklung die Steigerung der Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen und entsprechende Kostensteigerungen. Wenn diese höchst legitime, zudem in der Logik eines 6. Kondratieff-Zyklus auch angebotsunterstützte **Binnenmarkt-Nachfrage** nicht sachfremd – wegen haushaltspolitischer Sparzwänge oder unter dem Druck der vom globalen Wettbewerb geprägten -Strategien zur Lohnzusatzkosten-Senkung – abgewürgt werden soll, dann schafft der hybride oder doppelsäulige – teils systemintern, teils steuerfinanzierte – Querfinanzierungsansatz (Abschnitt 2 d. (4)) die **Freiheit und robuste Grundlage für eine in erster Linie bedarfsgetragene Entwicklung des Heil- und Pflege-Markts.**

**O Frage PKV-Exp. Was soll das?** **Antw.:** Dieser Ansatz, der konsequent auf mündige Bürger setzt, soll konsequent auch den Bürgern Sparanreize und Dispositionsfreiheit geben, die ihre Regelleistungsprämie nicht aus eigener Kraft zahlen können, die aber mit den Fremdmitteln in dem Sinn haushalten und die ihnen zugewiesene Pauschalgutschrift auch so einsetzen können, daß ihnen daraus neben der Regelleistungsprämie eines besonders preiswerten Anbieter-GVV noch ein Gutschrifts-Rest verbleibt.

Weniger "schockierend" wirkt der Gedanke mit folgender Formulierung: „Oder ihnen bleibt, falls diese Pauschalgutschrift die Prämienforderung ihres GVV übersteigt, ein persönlicher Gutschriftsüberschuss, den sie beispielsweise für Praxisgebühr, Zuzahlungen, Selbstbehalte oder den Kauf nicht erstattungsfähiger Medikamente einsetzen können.“

**P Frage PKV-Exp.:** Wer zahlt? **Antw.:** Die marktdurchschnittliche Bürgerprämie für die gem. Abschnitt 1. e. versicherten Bürger erhält der Auffangpool

# INITIATIVE MEHR GESUNDHEIT

---

- a) vom *Finanzamt* dieses Bürgers, sofern er nach FA-Erkenntnis nicht überfordert, also zahlungsfähig ist, mit dem Effekt, daß es den Bürger in Regreß nimmt,
- b) vom *Finanzamt / Steuerzahler*, soweit der Sozialtransfer zu Gunsten der Bedürftigen gem. Abschnitt 2 d. (3) oder (4), b) erfolgt.

Den systeminternen Pauschalzuschlag zur Bürgerprämie zahlen marktweit alle Versicherte (mit Ausnahme der bei der PKV noch nach altem Geschäftsmodell Voll-Versicherten), in der vom CBKAV geforderten Höhe; sie tragen also den Quersubventionierungs- bzw. Transferbedarf, der nach Abzug der Steuerfinanzierung verbleibt;

**Q Frage PKV-Exp.:** a) Übergang wie? b) Für alte keine AR vorhanden! **Antw.:** a) Der *Übergang* erfolgt zum Stichtag → Abschnitt 4 d. (1). b) Die Altersrückstellungslücke wird während der über 30 Jahre laufenden Interims-Phase gem. Abschnitt 4 d. (2) und (3) durch den Garantiefonds und das Bilanzausgleichsschema ausgefüllt.