



Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland

vom Vorstand der Bundesärztekammer
am 22.02.2013 beschlossen¹

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland	6
Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen durch die Einführung eines „Gesundheitsbeitrags“	6
Neuregelung der Familienmitversicherung	7
Neukonzeption des Gesundheitsfonds	7
Sozialverträgliche Stärkung der Eigenverantwortung.....	8
Für mehr Generationengerechtigkeit	9
Reform der privaten Krankenversicherung	9
Quellenverzeichnis	11
Anhang	12
Abgleich der Positionen.....	12

¹ Erarbeitet unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Gesundheitsökonomischen Beirats der Bundesärztekammer



Impressum

Herausgeber :

Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Herbert-Lewin-Platz 1

10623 Berlin

Gesundheitsökonomischer Beirat:

Dr. Thomas Drabinski, Institut für Mikrodaten-Analyse, Kiel

Prof. Dr. Günter Neubauer, IfG Institut für Gesundheitsökonomik, München

1 Präambel

2 Seit 1960 haben ca. 150 Gesetze und untergesetzliche Regelungen das Kranken-
3 versicherungssystem in Deutschland verändert. Davon haben sieben Gesetze den
4 heutigen Charakter des gesetzlichen (GKV) und privaten (PKV) Krankenversiche-
5 rungssystems geprägt.

6 Keine Gesetzgebung hat eine nachhaltig gleichgewichtige Stabilisierung des GKV-
7 Versicherungssystems bewirkt, sodass der Staat die Notwendigkeit für weitere In-
8 terventionen gesehen hat. Sowohl Regelungen zur Ausgabenbegrenzung (Erstat-
9 tung von Leistungen, wie z. B. Zahnarztbehandlung von Jugendlichen, In-vitro-
10 Fertilisation, Zuzahlungen bei Heil- und Hilfsmitteln) als auch zur Einnahmement-
11 wicklung (z. B. kostenfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern, teilweise
12 Befreiung von Rentnern, Einführung von Zusatzbeiträgen, Praxisgebühr) wurden
13 mal eingeführt und dann wieder abgeschafft. Letztlich haben die Neuregelungen im
14 Gesundheitswesen nur zu einem kurzen Effekt von Einsparungen bzw. Zusatzein-
15 nahmen für das Gesundheitssystem geführt, die aber nicht zu einer dauerhaften
16 Stabilisierung beigetragen haben.

17 Eine langfristige Strategie zur Lösung der Finanzprobleme hat es in all den Jahren
18 nicht gegeben. Im Gegensatz haben die Reformen, wie die Einführung des Ge-
19 sundheitsfonds, dazu geführt, dass die gesetzlichen Krankenkassen zu einer quasi
20 Einheitskasse konvergierten.

21 Die Herausforderungen für die kommenden Jahre sind aber bereits spürbar und
22 dürfen nicht weiter von der Politik verdrängt werden. Sollte es zu keiner grundlegen-
23 den, auf Langfristigkeit angelegten Reform des bestehenden Krankenversiche-
24 rungssystems in Deutschland kommen, so ist mit folgenden Entwicklungen in der
25 GKV zu rechnen:

26 • *Finanzielle Einnahmeprobleme durch demografische Veränderungen:*

27 Beängstigend und kurzfristig nicht umkehrbar ist die Abnahme der Gesamtzahl
28 der jungen Menschen. Seit 2007 ist die Zahl der unter 20-Jährigen kleiner als
29 die Zahl der über 65-Jährigen. Bis 2060 wird sich diese Differenz auf
30 12 Millionen erhöhen. Die Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung (ab 65
31 Jahren) in Deutschland ist für die nächsten 50 Jahre prognostiziert. Im selben
32 Zeitraum wird die Zahl der Erwerbsfähigen (20 bis 65 Jahre) von ca. 50 Millio-

33 nen (2012) um 17 Millionen auf ca. 33 Millionen (2060) zurückgehen (Drabinski,
34 2012 a, S. 15). Das derzeitige Beitragsaufkommen wird diesen Einnahmeausfall
35 nicht kompensieren können. Eine zurückgehende Zahl der erwerbstätigen Bei-
36 tragszahler führt zu einem Rückgang der Beitragseinnahmen. Damit ist das bis-
37 herige Umlagesystem überfordert.

38 • *Steigerungen des Beitragssatzes bzw. des Steueranteils:*

39 Bei einem Verzicht auf Steuersubventionen kann es bis 2060 zu Steigerungen
40 des Beitragssatzes auf ca. 21 % (Sachverständigenrat für Wirtschaft, 2012, S.
41 358) bis 35 % (Drabinski, 2012 a, S. 35) bei konstanten Bedingungen kommen.
42 Um den Beitragssatz bis 2060 konstant zu halten, muss der Anteil der Steuerfi-
43 nanzierung enorm steigen. Bei konstanten Bedingungen wird davon ausgegan-
44 gen, dass 2060 knapp die Hälfte der GKV steuerfinanziert wäre (Drabinski, 2012
45 a, S. 38). Diese Finanzierungsoption steht aber in Konkurrenz zu anderen staat-
46 lichen Aufgaben, sodass der steuerliche Anteil an der GKV-Finanzierung vor-
47 aussichtlich nicht auf diese Höhe angehoben werden kann.

48 • *Sinkende Einnahmen stehen steigenden Ausgaben gegenüber:*

49 Studienergebnisse zeigen deutlich, dass bestimmte Krankheiten und die Multi-
50 morbidity zunehmen werden. Alarmierend ist vor allem die Zunahme der Adipo-
51 sitasrate in der Bevölkerung und somit die Zunahme von damit verbundenen
52 Folgeerkrankungen, wie z. B. Diabetes mellitus, Herzkreislauf-Erkrankungen
53 u. a., insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, der zukünftigen Erwerbsge-
54 neration.

55 Die aktuellen Entwicklungen und Prognosen zeigen, dass großer Handlungsbedarf
56 besteht. Die bisherigen Einnahmen der GKV sind in zu großem Maße von der wirt-
57 schaftlichen Konjunkturlage abhängig:

58 • Mit Einführung des Gesundheitsfonds ist der Brutto-Beitragssatz (Beitragssatz
59 zzgl. Bundeszuschuss) von 14,9 % auf 17 % (15,5 % plus 1,5 %²) gestiegen.

60 • Es findet zunehmend eine Einkommensumverteilung von den Erwerbstätigen
61 hin zu den Nicht-Erwerbstätigen und Rentnern statt, die sich zukünftig noch ver-
62 stärken wird.

² 1,5 % entsprechen dem Bundeszuschuss aus Steuermitteln, umgerechnet auf den Bei-
tragssatz.

63 • Sozialpolitische Maßnahmen führen zu Einnahmeneinbußen.

64 • Versicherungsfremde Leistungen belasten weiter die Ausgabenseite.

65 Das bestehende Sachleistungsprinzip führt zur Vollkasko mentalität unter den Versi-
66 cherten. Die morbiditätsorientierten Zuweisungen des Gesundheitsfonds mindern
67 Anreize für gezielte Präventionsmaßnahmen durch die Krankenkassen. Die bisheri-
68 gen Eigenbeteiligungs- bzw. Zuzahlungsregularien sowie die Angebote der Kran-
69 kenkassen zu Wahltarifen und zur Kostenerstattung sind unattraktiv. Es gibt keinen
70 Anreiz für GKV-Versicherte, sparsamer mit den Ressourcen des Gesundheitswe-
71 sens umzugehen. Im Gegenteil: Gesetzliche Krankenkassen beginnen vermehrt,
72 „Wohlfühlmedizin“ zu finanzieren, was im Widerspruch zum Auftrag des SGB V ei-
73 ner ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung steht.

74 Insgesamt ist das GKV-System weder nachhaltig noch generationengerecht.

75 Auch die bisher vorgelegten Vorschläge zu einer Bürgerversicherung tragen in kei-
76 ner Weise zur Lösung der zukünftigen Finanzierung der GKV bei. Vielmehr wird im
77 Grunde nur das nachhaltig finanzierte PKV-System ausgezehrt und damit langfris-
78 tig zerstört.

79 Denn im Gegensatz zur GKV ist die PKV durch den systematischen Aufbau von
80 Altersrückstellungen demografiestabil aufgestellt. Ihr Reformbedarf liegt jedoch in
81 der fehlenden Portabilität der Rückstellungen und in der fehlenden Transparenz. Die
82 Vielzahl der Tarife auch innerhalb eines Krankenversicherungsunternehmens und
83 die aggressive Verkaufsstrategie der letzten Jahre haben dazu geführt, dass es ak-
84 tuell bei Tarifen zu überproportionalen Beitragssteigerungen gekommen ist. Weiter
85 haben Vergleichsstudien (z. B. Drabinski, 2012 b) gezeigt, dass das Leistungsange-
86 bot bisheriger Tarife sehr unterschiedlich ist und zum Teil unter dem Niveau von
87 gesetzlichen Krankenkassen liegt.

88

89 **Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Kranken-** 90 **versicherungssystems in Deutschland**

91 Vor dem Hintergrund der zukünftigen Entwicklungen setzt sich die deutsche Ärzteschaft für eine langfristige Sicherung der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens ein. Dabei ist sie der Überzeugung, dass der Fortbestand der Dualität von
92 gesetzlicher und privater Krankenversicherung eine moderne und qualitativ hochstehende Patientenversorgung sichert. Dies ist der Maßstab, an dem die Ärzteschaft
93 die Finanzierungskonzepte in ihrer „Versorgungsadäquanz“ messen wird.
94

97 Aus Sicht der deutschen Ärzteschaft sind folgende Anforderungen an zukünftige
98 Finanzierungskonzepte zu erfüllen:

99 ***Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen durch die Einführung eines „Gesundheitsbeitrags“*** 100

101 Der derzeitige Versichertenanteil wird zu einem festen, einkommensunabhängigen
102 Gesundheitsbeitrag weiterentwickelt, der vom Versicherten an seine Krankenkasse
103 gezahlt wird. Die Beitragsbemessungsgrundlage erstreckt sich auf sämtliche Einkommensarten eines Haushalts und nicht nur allein auf das sozialversicherungspflichtige Einkommen³. Die Höhe des Gesundheitsbeitrags würde aufgrund aktueller
104 Zahlen bei ca. 135 Euro (IfG, 2012, S. 16) bis 170 Euro (Drabinski, 2009, S. 58)
105 durchschnittlich über alle Krankenkassen monatlich liegen.
106

108 An dem Arbeitgeberanteil wird in Höhe des bereits jetzt festgeschriebenen gesetzlichen einkommensabhängigen Beitragssatzes von 7,3 % (bis zur heutigen Beitragsbemessungsgrenze) festgehalten. Die bundesweite Festlegung des Arbeitgeberbeitrags gibt Sicherheit bei der Kalkulation der Lohnnebenkosten.
109
110
111

112 Um eine zu hohe Belastung von beitragspflichtigen Versicherten mit niedrigem Einkommen zu verhindern, wird der Gesundheitsbeitrag auf eine Belastungsgrenze von
113 einem maximalen beitragspflichtigen Anteil von 9 % des gesamten Haushaltseinkommens beschränkt (Drabinski, 2009, S. 58); das entspricht der aktuellen heutigen
114 Belastungsgrenze von 10,2 % des sozialversicherungspflichtigen Einkommens
115 (8,2 % Beitragssatz zzgl. 2 % Belastungsquote). Dieser Sozialausgleich wird durch
116
117

³ Der Gesundheitsbeitrag ist innerhalb einer Kasse für alle Versicherten gleich hoch. Liegt der Gesundheitsbeitrag oberhalb der Belastungsgrenze von 9 % des gesamten Haushaltseinkommens des Versicherten, wird die Differenz über den Sozialausgleich finanziert.

118 allgemeine Steuern über den Gesundheitsfonds finanziert (Bundeszuschuss)⁴.
119 Dadurch wird die jetzt im GKV-System verankerte Umverteilung auf das Steuersys-
120 tem übertragen, was als gerechtere gesellschaftliche Lösung angesehen wird. Denn
121 ein Einkommensausgleich kann in einem Steuersystem zielgenauer geleistet wer-
122 den. Damit wird das Solidarprinzip durch einen Sozialausgleich ergänzt.

123 Der Gesundheitsbeitrag variiert zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Dieser
124 wird unabhängig von Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen erhoben und ist inner-
125 halb einer Kasse für alle Versicherten gleich. Zu prüfen ist, ob ggf. regionale Unter-
126 schiede in der Beitragshöhe, aufgrund unterschiedlicher Versorgungsangebote,
127 zweckmäßig sind. Die Höhe der Gesundheitsbeiträge ist durch die jeweilige Aufsicht
128 zu genehmigen.

129 ***Neuregelung der Familienmitversicherung***

130 Die Familienmitversicherung muss in der gesetzlichen Krankenversicherung neu
131 geregelt werden. So werden die Ausgaben der Kinder bis zur GKV-Altersgrenze
132 durch den Bundeszuschuss über einen neu zu konzipierenden Gesundheitsfonds
133 finanziert.

134 Weiter werden Personen, die sich in Elternzeit befinden oder Familienangehörige
135 pflegen, beitragsfrei mitversichert. Auch dieser Beitragsanteil wird durch den Bun-
136 deszuschuss über den Gesundheitsfonds finanziert. Dafür werden erwerbsfähige
137 Erwachsene, die nicht die Kriterien erfüllen, beitragspflichtig.

138 ***Neukonzeption des Gesundheitsfonds***

139 Die deutsche Ärzteschaft fordert die Reduktion des Gesundheitsfonds. Aus der
140 Kombination eines transparenten pauschalen Gesundheitsbeitrags, der autonom
141 festgelegt wird, und der Zuweisung von Geldern – basierend auf der Versicherten-
142 struktur – erhalten die Krankenkassen die benötigte Gestaltungsfreiheit zurück, die
143 durch die derzeitige Verstaatlichung der GKV-Finanzierung und der damit verbun-
144 denen Entmündigung der Krankenkassen und der Versicherten nicht gegeben ist.

⁴ Zweckgebundener Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds, und zwar ausschließlich zur Finanzierung des Sozialausgleichs.

145 In den neu konzipierten Gesundheitsfonds fließen bei GKV-Versicherten⁵ der lohn-
146 abhängige Arbeitgeberbeitrag, die Zuweisungen der gesetzlichen Rentenversiche-
147 rung zur Krankenkasse sowie die Steuermittel für den Ausgleich sozial- und fami-
148 lienpolitischer sowie versicherungsfremder Leistungen.

149 Aus dem Gesundheitsfonds werden zum einen der Sozialausgleich für Versicherte
150 mit niedrigem Einkommen und zum anderen die Aufwendungen für die Familienmit-
151 versicherung sowie die versicherungsfremden Leistungen finanziert.

152 Weiter wird über einen Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Kranken-
153 kassen eine Anpassung an die unterschiedlichen Risiken der Versichertenstruktur
154 vorgenommen. Die Verteilung eines Risikostrukturausgleichs beruht auf folgenden
155 Kriterien: Alter, Geschlecht, regionale Versorgungsunterschiede, Erwerbsminderung
156 und morbiditätsorientierte Verteilungskriterien.

157 Diese Neukonzeption stärkt die Subsidiarität des Gesundheitssystems. Es kommt
158 damit zu einer deutlichen Reduktion des Gesundheitsfonds.

159 ***Sozialverträgliche Stärkung der Eigenverantwortung***

160 Erfahrungen aus anderen Ländern haben gezeigt, dass nur spürbare finanzielle
161 Eigenbeteiligungen eine steuernde Wirkung entfalten und zur Vermeidung von über-
162 flüssiger Inanspruchnahme beitragen können. Die gesetzlichen Krankenkassen ha-
163 ben bereits heute rechtliche Möglichkeiten, über Wahltarife die Eigenverantwortung
164 (z. B. Tarife mit Selbstbehalten, Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen in Kombinati-
165 on mit Beitragsrückerstattungen) zu steigern (SGB V § 53). Sie werden aber nur im
166 geringen Ausmaß genutzt, da sie unattraktiv ausgestaltet sind.

167 Ziel muss es sein, die Angebote der gesetzlichen Krankenkassen zukünftig so aus-
168 zubauen, dass durch attraktive Angebote die eigene Gesunderhaltung und Eigen-
169 verantwortung der Versicherten gefördert werden. Dazu gehört auch die Steigerung
170 der Attraktivität von Kostenerstattung und Kostenbeteiligung in der GKV.

⁵ Der Arbeitgeberbeitrag (bzw. bei Rentnern der Anteil der GRV) bei Privatversicherten wird direkt an die Arbeitnehmer (bzw. Rentner) ausgezahlt.

171 ***Für mehr Generationengerechtigkeit***

172 Zur Herstellung von Generationengerechtigkeit soll jede Generation aus sich selbst
173 heraus für ihre Gesundheitskosten aufkommen. Mit der Überlastung jüngerer Gene-
174 rationen zur Finanzierung älterer Generationen muss Schluss sein.

175 Um mehr Generationengerechtigkeit im Gesundheitssystem herzustellen, wird
176 grundsätzlich ein Gesundheits-Sparkonto aus Steuermitteln für alle in Deutschland
177 geborenen Kinder eingerichtet. Das Gesundheits-Sparkonto federt als kapitalge-
178 decktes Ansparprogramm die finanziellen Folgen der zukünftigen demografischen
179 Entwicklung ab.

180 ***Reform der privaten Krankenversicherung***

181 Im Gegensatz zum Umlageverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung, die ein
182 grundlegendes Nachhaltigkeitsproblem hat, ist die grundsätzliche Finanzierungs-
183 struktur der privaten Krankenversicherung zukunftsorientiert. Daher ist im Gegen-
184 satz zu gegenwärtig diskutierten Vorschlägen einer Bürgerversicherung die deut-
185 sche Ärzteschaft für den Erhalt der privaten Vollversicherung. Der Reformbedarf
186 wird nicht in der Grundstruktur der Finanzierung gesehen, sondern vielmehr im Be-
187 reich der bisher fehlenden Portabilität der Rückstellungen und der Transparenz bei
188 den Tarifen.

189 Die deutsche Ärzteschaft setzt sich dafür ein, dass die Privatversicherten ihre Al-
190 tersrückstellungen im vollen Umfang zwischen privaten Versicherungsunternehmen
191 mitnehmen können.

192 Bei den privaten Krankenversicherungen ist es bei einigen Versichertengruppen zu
193 massiven Tarifsteigerungen gekommen. Auch ist der Versicherungsschutz zwischen
194 den Altverträgen sehr unterschiedlich und unterschreitet zum Teil das Leistungsni-
195 veau der gesetzlichen Krankenversicherungen. Daher müssen entsprechende Maß-
196 nahmen durchgeführt werden, die die Tarifwelt nachhaltig und transparent verbes-
197 sern.

198 Verpflichtend sollte ein ausreichender individueller Versichertenschutz in der priva-
199 ten Krankenversicherung durch Mindestkriterien für Versorgungsleistungen festge-
200 legt werden. Dieser muss so gestaltet werden, dass er einen transparenten Ver-
201 gleich zwischen den PKV-Tarifen und den Leistungen der GKV den Versicherten
202 ermöglicht. Bei der Vermittlung von Versichertenverträgen müssen die Berater über

- 203 eine entsprechende Mindestqualifikation verfügen, um Versicherte ausreichend über
204 Versicherungsschutz und die Konsequenz von Tarifen zu informieren.
- 205 Weiterhin muss das Provisionssystem zur Verbesserung der privaten Krankenversi-
206 cherungen nachhaltig geändert werden.
- 207

208 **Quellenverzeichnis**

- 209 Arbeitskreis go360 (2008) Gesundheitssparkonto 360. Durch die Evolution zur Re-
210 volution. Konzeptioneller Grundriss. März 2008.
- 211 Drabinski T (2009) Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag als Wettbewerbsinstru-
212 ment. Band 15, Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse.
- 213 Drabinski T (2012a) GKV 2060. Band 20, Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-
214 Analyse.
- 215 Drabinski T (2012b) GKV/PKV-Systemgrenze: Bestandsaufnahmen – Allgemeiner
216 Teil. Band 21, Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse.
- 217 IfG – Institut für Gesundheitsökonomik (2012) Kompass Gesundheitspolitik. Vereini-
218 gung der Bayerischen Wirtschaft.
- 219 Sachverständigenrat für Wirtschaft (2012) Stabile Architektur für Europa – Hand-
220 lingsbedarf im Inland. Siebtes Kapitel: Soziale Sicherung: Weiterhin Re-
221 formbedarf trotz guter Finanzlage. Jahresgutachten 2012/13 des Sach-
222 verständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Ent-
223 wicklung.
- 224

225 **Anhang**

226 ***Abgleich der Positionen***

227 Die Forderungen des Ulmer Papiers, des 111. DÄT 2008 (in Ulm), und des 115.

228 DÄT 2012 wurden wie folgt im Forderungskatalog berücksichtigt:

Positionen (mit direktem Bezug zur Finanzierung)	Enthalten
Ulmer Papier (Teil B – Finanzierung)	
Eigenverantwortung der Bürger und die Subsidiarität sozialen Schutzes bei der Beschaffung der finanziellen Mittel berücksichtigen	√
Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht zur Abdeckung mindestens der Grundbedürfnisse Berücksichtigung eines Lösungsprinzips, welches davon ausgeht, dass nicht jedes Gesundheitsrisiko solidarisch versichert sein muss	√
Konzentration auf das Versicherungsprinzip (Abdeckung des Krankheitsrisikos) und Ausschluss versicherungsfremder sozialpolitisch motivierter Transferleistungen Rückbesinnung auf die Aufgabe als Versicherungssystem ohne gesellschaftspolitische Aufgaben (Stichwort: versicherungsfremde Leistungen)	Kein Ausschluss von VFL: Sicherung der Finanzierung über Steuern
„Zuwahl“-Rechte des Patienten über den geregelten Versicherungsschutz hinaus zur autonomen Bestimmung seiner Gesundheitsversorgung	√
Diskriminierungsfreie Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen mit Steuerungscharakter	√
Die Steuerungsfähigkeit des Systems muss die Teilhabe der Versicherten am medizinisch-technischen Fortschritt nachhaltig ermöglichen und auf die demografischen Herausforderungen reagieren	√

Positionen (mit direktem Bezug zur Finanzierung)	Enthalten
Flexibilität in der Inanspruchnahme der Versorgungsmöglichkeiten	keine Aussage
Verbreiterung der Einnahmehasis der GKV auf sämtliche Einkommensarten	√
Sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen	√
Familienmitversicherung nur für erziehende Elternteile	√
Stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von Kindern	√
Alterungsrückstellungen durch Gesundheitssoli und demografiebezogener Ausgleichsfaktor für die Krankenversicherung der Rentner Die stetig steigende Quersubventionierung der KVdR durch die GKV muss durch einen demografiebezogenen Ausgleichsfaktor sowie durch den Aufbau eines Systems zur Alterungsrückstellung durch einen „Gesundheitssoli“ sukzessive reduziert werden.	Gesundheits-sparkonto
Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV Die geplante Angleichung der privaten Krankenversicherung an das GKV-System ist der falsche Weg. Ziel muss es sein, einen Wettbewerb der Systeme durch Modernisierung der GKV und Stärkung der PKV zu eröffnen.	√
Forderungen des 115. DÄT 2012	
Für den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems aus privater und gesetzlicher Krankenversicherung	√
Gegen Einführung eines staatlich erzwungenen Einheitssystems: „Bürgerversicherung“ als Irrweg	√
Beide Versicherungssysteme sind zu stärken und dort, wo es notwendig ist, an die Herausforderungen der Zukunft anzupassen.	√
Problem der GKV, insbesondere Einnahmeseite, durch Reform innerhalb des Systems lösen	√

Positionen (mit direktem Bezug zur Finanzierung)	Enthalten
Uneingeschränkter Erhalt der privaten Vollkostenversicherung	√
Vertraglich garantierter PKV-Leistungsumfang und Patientenautonomie als Messlatte	√
Zugang zur PKV muss möglichst vielen Bürgern offen stehen	keine Aussage
Höhere Leistungsfähigkeit durch Wettbewerb der Systeme, Vereinheitlichung birgt Gefahr einer Nivellierung auf abgesenktem Niveau	√
Wahlfreiheit und Eigenverantwortung des Patienten	√
Erhalt des solidarischen Systems der Krankenversicherung	√
Einkommen, sozialer Status und Wohnort dürfen nicht den Umfang und die Qualität der Krankenversorgung bestimmen	(√) Aber: regionale Unterschiede bei Beiträgen (s. Zeile 148-9)
Einbeziehung aller Einkommensarten in die Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens	√
Echter Wettbewerb im dualen System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung	√
Unterstützung der solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland	√