

**Editorial – Thema der Woche****Montag, 4. Dezember 2017**

„Also wat is en Bürgerversicherung?“ möchte man mit Bömmel (aus der „Feuerzangenbowle“) angesichts der aktuellen GroKo-Positionierungen fragen. Nur die Antwort ist leider nicht so einfach. Es wird nämlich mit dem Schlagwort „Bürgerversicherung“ so viel Falsches, Richtiges, Ideologisches, Taktisches in einen Topf geschmissen, dass kaum noch zu erkennen ist, was an der in Deutschland (und nur hier!) praktizierten Trennung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung sinnvoll und was vielleicht auch sinnlos oder gar schädlich sein mag. Hier also mal der Versuch, auf *einer* Editorial-Seite die Mythen und Argumente zumindest ein bisschen zu sortieren:

Das Totschlag-Argument der **Zwei-Klassen-Medizin** ist in meinen Augen ziemlich unsinnig. Im Wesentlichen handelt es sich um Komfortleistungen – wie die Verkürzung von Wartezeiten –, die in der PKV gewährt werden. *Medizinisch* werden GKV-Versicherte vermutlich nicht signifikant schlechter versorgt als PKV-Versicherte. Allerdings dürfte in der PKV ein gerüttelt Maß an Überversorgung herrschen. Ob man angesichts dieser Befürchtungen tatsächlich „erstklassig“ versorgt werden möchte, wage ich mal zu bezweifeln. Außerdem: Wollen wir wirklich eine „Einheitsversorgung“? Medizinisch ja, unbedingt. Aber sonst? Es gibt ja schließlich auch unterschiedliche Hotels (Grundleistung: Übernachtung) und verschiedene Autos (Grundleistung: motorisierter Individualverkehr von A nach B). Also: Die Grundleistung (medizinische Versorgung „state of the art“) muss klar sein. Aber jenseits davon? Warum nicht eine *Mehrklassen-Versorgung* – an der sich dann aber bitte gerne auch meine Gesetzliche Krankenkasse beteiligen kann?

Die **PKV subventioniert die GKV**? Ein Uralt-Argument aus dem PKV-Lager. Ja, die Privaten zahlen vor allem in der ambulanten Versorgung deutlich mehr, als die Gesetzlichen. Aber wo genau tun sie das? Natürlich vor allem dort, wo viele Privatversicherte leben. Dort hat aber in der Regel auch die GKV keinerlei Versorgungsprobleme. Die PKV „subventioniert“ also in Regionen, wo dies nicht nötig wäre. Und in strukturschwachen Regionen mit wenig PKV-Versicherten? Da verlässt sich die PKV komplett auf die Versorgungsstruktur, die die GKV ihr zu Verfügung stellt. Wer subventioniert jetzt wen – und zwar besonders, wenn's drauf ankommt? Viel gravierender scheint mir aber, dass die unterschiedlichen Vergütungssysteme die Versorgungslandschaft entzerren. Sehr „schön“ ist beispielsweise in Berlin zu beobachten, dass es die Ärzte nach Zehlendorf und Grunewald zieht, während die Versorgung in Marzahn und Neukölln dünn wird. Oper und Philharmonie sind gleich gut zu erreichen. Muss also an was anderem liegen. An der Verteilung der PKV-Versicherten vielleicht?

Die **PKV als Innovationstreiber**? Ja, könnte sein. Natürlich geht in der PKV manches schneller. Nur bedeutet ja Innovation nicht unbedingt auch Fortschritt. Ich habe also nichts dagegen, dass – wie in der GKV üblich – ein wenig geprüft wird, ob sich Innovationen tatsächlich als Segnungen für die Solidargemeinschaft erweisen. Ich will aber durchaus zugestehen, dass es durchaus sein könnte, dass es Innovationen in einem einheitlichen Versorgungssystem schwerer haben könnten, ihren Weg zum Patienten zu finden. Aber um einen gewissen Innovationsdruck aufrecht zu erhalten, bräuchte es nicht unbedingt zwei Systeme. Denkbar wäre auch eine gewisse Tarifvielfalt innerhalb eines Systems. Dazu müsste es aber erlaubt sein, Mehrklassen-Versorgung überhaupt mal zu *denken*.

Also: *Ein Markt* hat aus meiner Sicht deutliche Vorteile. Ob privat oder gesetzlich (oder teils/teils), ist dabei ziemlich egal. Die Spielregeln müssen allerdings die gleichen sein. Ideologische Diskussionen um eine „Bürgerversicherung“ führen uns hier definitiv nicht weiter.