



immer abstrusere Modelle ins Gespräch. Unter dem Strich zeigt sich eines deutlich: Patientengrundrechte und die freie Berufsausübung des Arztes/Zahnarztes werden an die Wand gedrückt. Statt dessen werden Einkaufsmodelle für die Krankenkassen, eine Einschränkung der freien Arztwahl, Praxisnetzwerke, Arzneimittelpaß und zentrale Patientendatensammelstellen ins vermeintlich richtige Licht gerückt und dem Wähler mit dem Hinweis auf künftig mehr Transparenz schmackhaft gemacht. Die Kassen erhielten dadurch noch mehr Macht, als sie jetzt schon haben. Der Patient würde massiv in seinen Grundrechten verletzt. Sieht so eine zukunftssichere Ausgestaltung der Versicherungssysteme aus?

Löcher stopfen

Ohne Gesundheitsstrukturreform – und damit will sich Rot-Grün vor der Bundestagswahl 2002 keinesfalls belasten – steigen im nächsten Jahr mit Sicherheit die Krankenkassenbeiträge um durchschnittlich 0,5 Prozent, und gleichzeitig erhöhen sich die Lohnnebenkosten. Eine Reform im Gesundheitswesen ist vor dem Hintergrund hoher Sozialausgaben im Bereich der Arbeitslosigkeit, der Rentenversicherung, der GKV nicht mehr ohne ineinanderübergreifende, einschneidende Veränderungen zu sehen. Die Devise der Regierung: Löcher stopfen. Einige Beispiele: Mit den rund neun Milliarden DM Rücklage im Pflegeversicherungstopf sollen die Krankenkassen saniert werden, der Rentenbeitragsatz konnte nur aufgrund von Milliardenzuschüssen aus der Ökosteuern von ursprünglich 20,3 auf jetzt 19,1 Prozent des Bruttolohnes gesenkt werden und derzeit kursieren Überlegungen, Leistungen wie die künstliche Befruchtung oder das Mutterschaftsgeld gesamtgesellschaftlich aus den Steuern zu finanzieren. Angesichts hoher Arbeitslosenzahlen, angesichts der demographischen Entwicklung tun sich jedoch immer neue, immer größere Löcher auf.

Neuorientierung

Der Patient muß im Mittelpunkt stehen: als mündiger Bürger, der fähig ist, künftig eigenverantwortlich zu handeln. Und wenn die Bundesgesundheitsministerin mehr

Transparenz will, warum fängt sie nicht hier an? – Ein erster Ansatz wäre die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur Sozialversicherung als Lohn, wie es auch der Gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion, Dr. Dieter Thoma, fordert. Zum einen gäbe es mehr

Aufschluß über die Gesamtkosten der Krankenversicherung, zum anderen könnte damit der Druck von den Lohnnebenkosten genommen werden. Der Faden läßt sich weiter spinnen. Niedrigere Lohnnebenkosten schaffen wiederum neue Arbeitsplätze und eine gute Ausgangslage für die deutsche Wirtschaft. Und der Schritt wäre nicht einmal unpopulär. Anders sieht es mit der notwendigen Aufteilung in Kern- und Wahlleistungen aus. Kein Politiker will sich dabei zu weit aus dem Fenster lehnen und Leistungen streichen, die bislang noch auf Krankenchipkarte erhältlich sind. Die bisher gemachten Vorschläge – Tiefenpsychologie, Kieferorthopädien, Soziotherapie ausgliedern – sind nichts weiter als „Peanuts“ und bringen nicht den erwünschten Spareffekt.

Leistungsgrenzen

Rom ist bekanntlich nicht an einem Tag erbaut worden, doch die Politik muß es endlich schaffen, Leistungsumfang und Finanzvolumen in Einklang zu bringen. „Das Ausufer des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine wesentliche Ursache der Unfinanzierbarkeit des jetzigen Systems“, diagnostiziert der FVDZ-Grundsatzausschuß. Ergo: Um das Übel an der Wurzel zu packen, ist es unerlässlich, eine Leistungsgrenze zu bestimmen. Der Freie Verband hat sie bestimmt. In seinem Konzept der Vertrags- und Wahlleistungen, das sich konkret um eine Neuorientierung in der Zahnheilkunde im Bereich der sozialen Krankenversicherung

