30 % Steigerung bei den Zuzahlungen in nur fünf Jahren

GKV-Patienten müssen immer tiefer in die eigene Tasche greifen

Neun von zehn gesetzlich Versicherten hatten im vergangenen Jahr Ausgaben für medizinische Leistungen getätigt, die ihre Kasse nicht oder nicht komplett erstatten. Diese Eigenbeteiligungen fallen immer höher aus, wie eine Umfrage zeigt.

Die Belastung der gesetzlich Versicherten durch Eigenbeteiligungen ist in den vergangenen fünf Jahren deutlich gestiegen. Zurzeit geben Erwachsene neben den Krankenkassenbeiträgen durchschnittlich 448 € im Jahr für medizinische Leistungen aus. 2012 waren es noch 344 €. Das ist eine Steigerung um stolze 30,2 %. Dies zeigt eine bevölkerungsrepräsentative Befragung des Meinungsforschungsinstituts TNS-Infratest im Auftrag der Continentale Krankenversicherung, die diese Studie seit dem Jahr 2000 jährlich durchführen

lässt. In diesem Jahr waren 1.365 Menschen ab 25 Jahren einbezogen, darunter 170 Privatversicherte. Die Teilnehmer wurden telefonisch befragt.

30 % zahlten für Vorsorge

Von den 1.195 gesetzlich Versicherten gaben lediglich 10 % an, dass sie in den zurückliegenden zwölf Monaten nichts aus eigener Tasche für Gesundheitsleistungen bezahlt haben. 75 % hatten dagegen in der Apotheke zuzahlen müssen, 59 % beim Zahnarzt. Kosten für Brillen und Sehhilfen waren bei 45 % angefallen, für Heilmittel wie Physiotherapie oder Massagen mussten 34 % bezahlen. Eigenleistungen beim Haus- oder Facharzt – etwa für Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen – waren mit 30 % bei einem knappen Drittel der Befragten zu berapen gewesen. Eine Krankenhausbehandlung schlug bei 23 % der Befragten finanziell zu Buche, eine kieferorthopädische Therapie bei 15 %. Für Heilpraktiker und Naturheilkunde hatten 12 % Geld ausgegeben.

Bei den 448 €, auf die sich die Eigenbeteiligungen im Schnitt summiert hatten, sind die Ausgaben für kieferorthopädische Behandlungen sowie für Brillen und Sehhilfen nicht berücksichtigt. „Kosten für Kieferorthopäden werden bei erfolgreicher Behandlung zumindest zum Teil im Nachhinein von den Kassen erstattet“, heißt es in der Begründung. „Bei den Kosten für Brillen und Sehhilfen wiederum ist die Abgrenzung der medizinisch notwendigen von modisch motivierten Ausgaben schwierig.“ In-

klusive dieser beiden Leistungsbereiche belief sich die durchschnittliche Eigenbeteiligung auf 701 €.

Aus dem in der Continentale-Studie 2012 ermittelten Wert für Eigenbeteiligungen wurden 36 € herausgerechnet, die damals durchschnittlich für die Praxisgebühr gezahlt wurden. Deshalb sind die 448 € und die 344 € vergleichbar.

Senioren zahlen am meisten dazu

Nach der Erhebung gaben GKV-Versicherte ab 60 Jahren mit durchschnittlich 577 € besonders viel für Selbst- und Zuzahlungen aus, bei Jüngeren waren es dagegen „nur“ 375 €. Die höchsten Summen fielen mit durchschnittlich 390 € beim Zahnarzt an, die niedrigsten bei den niedergelassenen Ärzten mit 126 €.

68 % der Kassenpatienten gaben an, trotz der Zuzahlungen noch nie auf eine medizinische Leistung verzichtet zu haben, genauso viele wie fünf Jahre zuvor. 4 % haben aus finanziellen Gründen schon oft Leistungen wegen der Zuzahlungen nicht wahrgenommen oder verschoben. Bei 12 % war das selten der Fall, bei 16 % sehr selten.

Als Grund für die unterlassene oder aufgeschobene Inanspruchnahme von Leistungen gaben 35 % der Befragten an, dass sie sich die Zuzahlung nicht leisten konnten. „Im Vergleich zu 2012 hat sich die Situation diesbezüglich jedoch verbessert“, so die Autoren der Studie. Damals hatte diesen Grund noch jeder Zweite genannt.

Für 48 % war in der aktuellen Befragung ausschlaggebend, dass sie die Leistung dann doch nicht so wichtig fanden. Für 12 % spielten beide Faktoren eine Rolle. Der Leistungsverzicht aus Geldmangel trifft vor allem Frauen (47 %), Nichtberufstätige (45 %) und Geringverdiener (56 %).

Ilse Schlingensiepen

Vor allem Patienten, die jeden Cent umdrehen müssen, können sich manche medizinische Leistung nicht mehr leisten.

© Alexander Rath/Fotolia