

Arbeitnehmer und Rentner tragen steigende Kosten allein

Die paritätische Finanzierung der Kosten im Gesundheitswesen wird nach und nach ausgehebelt. Zusatzbeiträge und Zuzahlungen belasten immer mehr Menschen mit niedrigem Einkommen. Gesundheit wird zu einem Gut, das sich viele nicht mehr leisten können.

Derzeit werden alle Kostensteigerungen alleine von den Arbeitnehmern und Rentnern über den Zusatzbeitragsatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert. Dieser liegt derzeit durchschnittlich bei 1,1 % des Brutto-Monatseinkommens. Doch das wird angesichts des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts nicht ausreichen: Die Krankenkassen haben bereits Anhebungen angekündigt, sodass künftig bis zu 1,8 % von Arbeitnehmern und Rentnern zusätzlich aufgebracht werden müssen, während Arbeitgeber weiterhin geschont werden.

Hinzu kommt, dass zahlreiche Leistungen, die das gesamte Gesundheitssystem betreffen – Krankenhausstrukturfonds, Innovationsfonds, Patientenberatung, Prävention, beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehegatten, verbesserter Pflegeschlüssel im Krankenhaus – allein von den gesetzlich Krankenversicherten über deren Krankenkassenbeiträge finanziert werden, obwohl die gesamte Gesellschaft davon profitiert. Dies treibt die Beiträge zusätzlich in die Höhe.

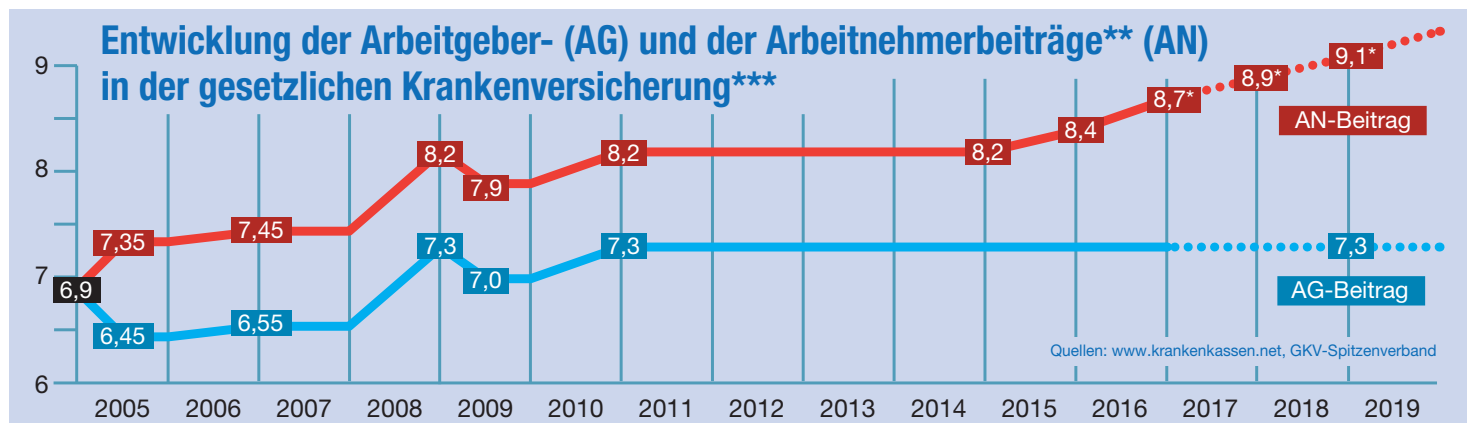
In der Arztpraxis werden Patienten zusätzlich zur Kasse gebeten. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) wie Knochendichtemessung oder PSA-Test werden ihnen als notwendige Vorsorge empfohlen und „verkauft“, doch die Krankenkassen übernehmen diese Kosten nicht.

Für notwendigen Zahnersatz bezahlen die Krankenkassen derzeit 50 % (bei regelmäßigen Vorsorgeunter-

suchungen bis zu 80 %) des Preises der so genannten Regelversorgung – einem einfachen und zweckmäßigen Zahnersatz. Allerdings ist die Regelversorgung zum letzten Mal vor zwölf Jahren angepasst worden und wird von den Zahnärzten in der Realität überhaupt nicht mehr angeboten. Patienten sind gezwungen, sich privatärztlich behandeln zu lassen, wenn sie eine zeitgemäße Versorgung erhalten wollen. Wer sich dies nicht leisten kann, muss auf Zahnersatz derzeit komplett verzichten.

Der Sozialverband VdK fordert

- **Rückkehr zur Parität.** Die Arbeitgeber müssen an der Finanzierung der Kostensteigerungen in der GKV genauso beteiligt werden wie Arbeitnehmer und Rentner.
- **Hände weg vom Gesundheitsfonds.** Leistungen für das gesamte Gesundheitssystem müssen von allen Bürgern bezahlt werden und nicht nur von den GKV-Versicherten.
- **Prüfung aller IGeL-Leistungen.** Sinnvolle Leistungen müssen in den Katalog der GKV aufgenommen werden, sinnlose dürfen nicht mehr angeboten werden.
- **Zeitgemäßer Zahnersatz.** Die Regelversorgung, nach der die GKV ihre Festzuschüsse berechnet, muss auf dem heutigen Stand der Zahnmedizin erfolgen.



* Prognose GKV-Spitzenverband ** incl. Zusatzbeitrag (ab 2015 durchschnittlicher Zusatzbeitrag) *** in Prozent des monatlichen Bruttoeinkommens

Medikamentenverzicht wegen Zuzahlungen

Gesetzlich versicherte Erwerbstätige und Rentner müssen erhebliche Kosten für Arznei- und Hilfsmittel selbst tragen. Gerade Menschen, die chronisch krank sind und ein geringes Einkommen haben, sind durch Zuzahlungen oft so stark belastet, dass sie auf notwendige Medikamente verzichten.

Für jedes auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen verordnete Arznei-, Hilfs- oder Heilmittel muss ein Patient 10 % des Preises zuzahlen – mindestens 5, maximal 10 Euro. Zwar gibt es eine Begrenzung, nach der Patienten pro Jahr nur bis zu 2 % ihres Bruttoeinkommens zuzahlen müssen, chronisch Kranke 1 %. In der Realität sind gerade chronisch Kranke erheblich durch Zuzahlungen belastet, müssen fast ein Drittel mehr Zuzahlungen leisten im Vergleich zu Menschen ohne chronische Erkrankung. Ältere zwischen 61 und 70 Jahren leisten rund 70 % mehr Zuzahlungen als 18- bis 30-Jährige.

Der VdK erfährt immer wieder von Mitgliedern, dass sie Rezepte für notwendige Medikamente nicht einlösen, weil sie sich die Zuzahlung nicht leisten können, oder die Einlösung aufschieben, bis sie wieder genügend Geld haben. Oft wird auch die Dosierung reduziert, damit das Medikament länger „vorhält“ und das Folgerezept erst später eingelöst werden muss.

Weitere versteckte Mehrkosten

Neben diesen offiziellen Zuzahlungen haben sich über die Jahre weitere Mehrkosten eingeschlichen, die die Patienten noch deutlich mehr belasten, aber nicht unter die Zuzahlungsbegrenzung fallen. So müssen nicht verschreibungspflichtige Medikamente in der Regel selbst bezahlt werden. Trotz der geringen Einzelbeträge sind das für chronisch kranke Patienten mit kleinen Renten oder niedrigen Einkommen oft hohe Ausgaben. Der VdK fordert daher, verordnete Arzneimittel in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzunehmen.



Wer regelmäßig Medikamente braucht, muss oft beträchtliche Summen aus der eigenen Tasche zuzahlen.

Auch bei rezeptpflichtigen Medikamenten führt ein kompliziertes System von Festbeträgen dazu, dass viele Patienten z. T. hohe Eigenanteile tragen müssen. Wenn ein Arzt ein Medikament verordnet, dessen Preis über einem von den Krankenkassen festgelegten Festbetrag liegt, bezahlt der Patient die Differenz aus eigener Tasche. Zwar darf der Apotheker innerhalb einer Festbetragsgruppe ein verordnetes Medikament gegen ein gleichwertiges günstigeres austauschen. Doch wenn es aufgrund seiner Zusammensetzung nicht vollständig vergleichbar ist, darf es auch nicht ausgetauscht werden – und der Patient muss den vollen Preis bezahlen. Viele Patienten können dies nicht, zumal es hier keine Zuzahlungsbegrenzung gibt, und verzichten daher auf das Medikament. Der VdK fordert, dass ärztlich verordnete Arzneimittel, die der Apotheker nicht austauschen darf, von der Krankenkasse voll übernommen werden.

Hilfsmittel – entweder selbst bezahlen oder schlechte Qualität

Auch bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln sind Patienten gezwungen, z. T. hohe Eigenanteile zu tragen. So übernimmt beispielsweise eine Krankenkasse lediglich um die 16 Euro im Monat für eine Vollversorgung mit Inkontenzprodukten. Die Rechnung des Lieferanten für den Patienten ist jedoch um ein Vielfaches höher. Wenn der Patient dies nicht bezahlen kann und auf der Kassenleistung besteht, erhält er niedrigste Qualität.

VdK-Mitglieder berichten etwa, dass sie Einlagen in Inkontenz-Windeln legen, um diese länger nutzen zu können. Auch bei Rollatoren und Rollstühlen ist für die Kassenleistung kaum ein taugliches Modell zu bekommen – z. B. nur ohne Kippschutz. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen nur für Kassenmodelle die Wartungskosten übernehmen. Der Rechtsanspruch auf vollen Behinderungsausgleich existiert somit nur in der Theorie.