

Leistungsverweigerung der gesetzlichen Krankenkassen: Irreführung der Bürger oder Wahlkampf?

Seit mehr als 10 Jahren weist der Vorstand der DGVP kontinuierlich auf die Rationierungswut der gesetzlichen Krankenkassen hin. Neue Zahlen belegen nun die rasant ansteigende Leistungsverweigerung zu Lasten der versicherten Patienten.

Seit mehr als 10 Jahren weist der Vorstand der DGVP kontinuierlich auf die Rationierungswut der gesetzlichen Krankenkassen hin. Neue Zahlen belegen nun die rasant ansteigende Leistungsverweigerung zu Lasten der versicherten Patienten.

Am 19. August 2013 berichtete die Süddeutsche Zeitung über eine interne Studie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Aus dieser Studie geht hervor, dass im letzten Jahr bei den von Krankenkassen beim MDK beauftragten Gutachten extrem viele Absagen erfolgten. Unter den insgesamt 1,5 Millionen Gutachten zur Arbeitsunfähigkeit entschied die MDK in 16 Prozent aller Fälle, also über 230.000 Mal, entgegen der Ärztemeinung, dass Arbeitnehmer wieder arbeiten könnten. Bei über einem Drittel (39 Prozent) von 700.000 Prüfungen zu Reha-Leistungen kam der MDK zu dem Ergebnis, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine Reha-Maßnahme nicht erfüllt seien. Auch bei der Verschreibung von Hilfsmitteln, wie zum Beispiel Hörgeräten, wurden über einem Drittel der Patienten (37 Prozent) ihre ärztlich verordneten Hilfsmittel verweigert.

Die Erklärung für diese katastrophalen Ergebnisse ist einfach: Als unmittelbarer und finanziell abhängiger Partner der gesetzlichen Krankenkassen ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) ein Verbündeter der Krankenkassen. Dies hat sich seit der Einführung des Gesundheitsfonds als Geldsammelstelle der Beiträge der Versicherten in der GKV noch verschärft. Das Management der individuellen gesetzlichen Krankenkasse ist nachhaltig bemüht, einen Zusatzbeitrag zu vermeiden. Die wenigen Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erhoben hatten, wurden von den Versicherten durch den Wechsel zu einer anderen Krankenkasse bestraft. Die logische Konsequenz für das Management der gesetzlichen Krankenkassen ist es deshalb, die Rationierung und Ausgrenzung von Leistungen verdeckt durchzuführen, um Kosten zu senken und Zusatzbeiträge zu verhindern.

Dem DGVP ist durch die Anrufe der Mitglieder seit vielen Jahren die willkürliche direkte und indirekte Leistungsverweigerung der gesetzlichen Krankenkassen unter Mitwirkung des MDK bekannt. Dies betrifft nicht nur die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, sondern auch die der Pflegeversicherungen. Deshalb bringt die DGVP diese Problematik seit vielen Jahren kontinuierlich als Botschaft in die Öffentlichkeit. In persönlichen Gesprächen mit Führungskräften des Deutschen Gesundheitswesens und der gewählten politischen Vertreter der Bürger setzt sich die DGVP seit Jahren für eine Abschaffung dieser die Qualität schädigenden Methoden der gesetzlichen Krankenkassen ein.

Leider ohne maßgebliche Resonanz, da die Kostensenkungsdiktate im Vordergrund des Gesundheitswesens stehen und nicht die Interessen der Bürger, Versicherten und Patienten. Die Versicherten werden um die gesetzlich festgelegten Leistungen betrogen. Durch die Rationierungen von Leistungsansprüchen der Bürger hat der Spitzenverband der GKV ca. 30 Milliarden Euro angespart. Dies wird dann als Erfolg von der jetzigen Bundesregierung und dem Gesundheitsminister Bahr u.a. auf dem Ärztetag in Hannover dargestellt. Reine Heuchelei.

Die Auswirkungen einer erheblich schlechteren Versorgung der Bürger, Versicherten und Patienten durch das politisch veranlasste Verhalten der gesetzlichen Krankenkassen bleiben dabei weitestgehend unerwähnt.

Interessant ist nun, dass besonders die fortwährend zurückhaltend agierenden Sozialverbände

plötzlich in Wahlkampfzeiten erkennen, dass Leistungsverweigerungen der gesetzlichen Krankenkassen in hunderttausendfacher Form längst vorhanden sind. Leider viel zu spät. Besonders perfide: Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) hatte in ihrem Jahresbericht im Sommer auf die Vielzahl von unfairen Gutachten der MDK hingewiesen. Bei insgesamt 75.000 Beratungsgesprächen kam für die UPD in 4900 Fällen der Verdacht auf, dass hier Versicherten Leistungen verwehrt werden, die ihnen zustehen. Wenn man nun in Betracht zieht, dass es sich bei der UPD ebenso wie bei der MDK um eine finanziell von den gesetzlichen Krankenkassen abhängige Institution handelt, verwundert es auch nicht, dass die UPD lediglich 6,6 % der geprüften Gutachten als ungerechtfertigt empfindet. Diese Zahl steht in einem klaren Widerspruch zu den über 30 %, bzw. 16 % von dem MDK ausgestellter negativer Gutachten und stellt die Tatsachen auf den Kopf. Eine weitere Heuchelei.

Diese Zusammenhänge und Abhängigkeiten und ihre Folgen sind seit vielen Jahren bekannt. Wir brauchen Bündnisse der Bürger, Versicherten und Patienten, um gegen dieses betrügerische Verhalten der gesetzlichen Krankenkassen agieren zu können. Alles andere ist eine Irreführung der Bürger und ein betrügerisches Verhalten der gesetzlichen Krankenkassen an ihren Beitragszahlern - den Versicherten und dies mit der Duldung und Unterstützung der gewählten Volksvertreter.

Pressekontakt:

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten/ DGVP e.V. für Gesundheit

Telefon: 06247 / 904 499 7

Fax: 06247 / 904 499 9

E-Mail: presse@dgvp.de

Internet: www.dgvp.de

dgvp logo