



Erläuterungen zum Vorgehen von Krankenkassen im Zusammenhang mit Long-Covid, Post COVID

und anderen postinfektiösen Syndromen, wie z.B. ME/CFS

Basierend auf über 1000 Erfahrungsberichten von Patientinnen, Patienten und Angehörigen aus dem Projekt „Patienten-Feedback für Patientensicherheit“ wurde diese Patienteninformation erstellt.

Sie soll Betroffenen und Angehörigen Informationen vermitteln und dazu beitragen, das Vorgehen von Krankenkassen im Zusammenhang mit einer Long-Covid und Post COVID Erkrankung besser zu verstehen.



<https://patienten-feedback-fuer-patienten.de/>

Viele Menschen wenden sich an ihre Krankenkasse, wenn sie unter Long-Covid oder Post COVID leiden und deshalb Informationen und Unterstützung benötigen. Bei der Vielzahl von Fällen gibt es auch Konstellationen, bei denen der Austausch für die Betroffenen nicht zufriedenstellend verlaufen ist. Dabei geht es um Themen wie

- › Kostenübernahme
- › Krankengeld
- › Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung
- › Facharzttermine

Im Folgenden werden Beispiele aufgezeigt und erläutert.



1.

Kostenübernahme

Von den Berichtenden wird beklagt, dass die Kosten für bestimmte Medikamente, Diagnoseverfahren und Therapien von Krankenkassen nicht übernommen werden.

Beispiele aus den Erfahrungsberichten:

- › Sämtliche Medikamente, die ich seitdem nehme und die mir auch helfen, muss ich selbst bezahlen.
- › Alles, was irgendwie vielleicht Besserung bringt, muss man selber zahlen. Inzwischen mehrere tausend €. Nahrungsergänzungsmittel Akupunktur usw.
- › Keinerlei Kostenerstattung von Blutuntersuchungen, die für die Diagnostik nötig sind (Vitamine, Antikörper, Marker, Mineralstoffe, Bakterien, etc.)
- › Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die etwas nachweisen könnten: Spiroergometrie, funktionelles MRT, Untersuchung der Kapillaren... die werden nur nicht durchgeführt, da sie nicht von den Krankenkassen übernommen werden.
- › Die Kostenübernahme für Blutwäschen wurden abgelehnt.



Erläuterungen

Warum übernimmt meine Krankenkasse nicht die Kosten für bestimmte Medikamente, Diagnosestellung und Therapien?

Es liegt in den meisten Fällen nicht im Entscheidungsbereich Ihrer Krankenkasse, welche Kosten sie übernimmt. Kosten können beispielsweise nur für zugelassene Medikamente oder für nachgewiesene sichere Verfahren erstattet werden. Bei Long Covid werden inzwischen weltweit klinische Studien durchgeführt. Bei den meisten liegen jedoch noch keine Ergebnisse oder nur Ergebnisse aus kleinen klinischen Studien vor, so dass für noch keines dieser Medikamente eine Zulassung beantragt wurde.

Welche Medikamente werden von einer Krankenkasse bezahlt?

Alle Medikamente, die „verschreibungspflichtig“ sind, werden in der Regel von der Krankenkasse bezahlt. Man muss sich lediglich mit einer Zuzahlung beteiligen.

Welche Medikamente werden nicht von einer Krankenkasse bezahlt?

Arzneimittel, die „nicht verschreibungspflichtig“ sind, sind gesetzlich von der Leistungspflicht ausgeschlossen. Das bedeutet, dass Sie Medikamente selbst zahlen müssen, die man ohne Rezept bekommt - auch wenn sie ärztlich verordnet wurden. Arzneimittel werden auch nicht von Kassen übernommen, wenn ihr Nutzen nicht oder nicht ausreichend nachgewiesen ist oder weil sie sehr teuer bei geringem Nutzen sind.

Wer entscheidet darüber, für welche „nicht verschreibungspflichtigen“ Arzneimittel die Kosten von den Krankenkassen übernommen werden?

Das macht der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Er besteht aus Vertretern der Patienten, der Krankenkassen, der Ärzte, Zahnärzte, der Krankenhäuser und aus drei unabhängigen Vorsitzenden.

Welche Medikamente sind verschreibungspflichtig und welche nicht?

Ob ein Arzneimittel verschreibungspflichtig ist, regelt das Bundesministerium für Gesundheit in Abhängigkeit von den Risiken, die mit einem Arzneimittel einhergehen.



2.

Krankengeld

Die Betroffenen berichten über Probleme mit Krankengeldzahlungen und der Angst, dass das Krankengeld gestrichen wird.

Beispiele aus den Erfahrungsberichten:

- › Krankenkasse: Zu spät gezahltes Krankengeld. Zu wenig gezahltes Krankengeld. Erst nach häufigerem anrufen Klärung und Überweisung der Beträge
- › Die Krankenkasse will einem immer wieder das Krankengeld streichen.

Erläuterungen

Wann habe ich Anspruch auf Krankengeld?

Wenn Sie arbeitsunfähig krank sind, zahlt Ihnen Ihr Arbeitgeber in der Regel bis zu sechs Wochen Ihr Gehalt weiter. Sind Sie danach weiterhin krankgeschrieben, bekommen Sie ab diesem Tag Krankengeld von Ihrer Krankenkasse.

Was muss vorliegen, damit die Auszahlung reibungslos funktioniert?

Für die Auszahlung benötigt die Krankenkasse von Ihnen bestimmte Informationen. Wenn Sie danach gefragt werden, geben Sie so schnell wie möglich eine Rückmeldung, damit es nicht zu Verzögerungen kommt. Nach Ihrem Besuch in der Praxis bekommt die Krankenkasse die Krankmeldung in der Regel noch am selben Tag elektronisch übermittelt.

Wie lange bekomme ich Krankengeld?

Sie können wegen derselben Krankheit für bis zu 78 Wochen innerhalb von drei Jahren Krankengeld bekommen. Kommt während Ihrer Arbeitsunfähigkeit eine andere Krankheit dazu, verlängert dies nicht die Zahlung von Krankengeld.

Kann die Krankenkasse mein Krankengeld streichen?

Eine Krankenkasse darf die vom Arzt attestierte Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst (MD) überprüfen lassen. Wenn der MD feststellt, dass der Versicherte wieder arbeitsfähig ist, kann die Krankengeldzahlung eingestellt werden. Darüber hinaus kann die Krankenkasse Krankengeld z.B. auch wegen fehlender Mitwirkung versagen oder entziehen.



3.

Reha und berufliche Wiedereingliederung

Berichtet wird auch, dass Betroffene von ihren Krankenkassen aufgefordert werden, eine Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen oder sich beruflich wiedereinzugliedern. Insbesondere die Betroffenen, die nicht Reha-fähig sind, empfinden diese Aufforderungen als Bedrängung.

Beispiele aus den Erfahrungsberichten:

- › Krankenkasse verlangt Reha-Antrag, obwohl für ME/CFS keine passenden Einrichtungen erreichbar sind und Reha zum jetzigen Zeitpunkt große Verschlimmerungsgefahr beinhaltet
- › Im Frühjahr drängte die Krankenkasse auf Wiedereingliederung

Erläuterungen

Warum schaltet die Krankenkasse den Medizinischen Dienst (MD) ein?

Die Krankenkasse hat die Möglichkeit, eine vorliegende Arbeitsunfähigkeit durch eine gutachterliche Stellungnahme des MD beurteilen zu lassen. Der MD überprüft dabei den Krankheitsverlauf und empfiehlt der Krankenkasse geeignete Maßnahmen für den Versicherten, wie beispielsweise die Durchführung einer Reha.

Kann die Krankenkasse mich zwingen, eine Reha zu machen?

Ihre Krankenkasse darf Sie zur Reha auffordern: Wenn der MD zu dem Ergebnis kommt, dass eine Reha angebracht ist, dann fordert die Krankenkasse Sie auf, eine Reha beim Rentenversicherungsträger zu beantragen.

Wie verhalte ich mich, wenn ich mich von meiner Krankenkasse unter Druck gesetzt fühle?

Bei Anrufen können Sie die Krankenkasse bitten, eine schriftliche Aufforderung oder einen Fragebogen zu schicken. Dann können Sie die Fragen in Ruhe schriftlich beantworten.



4.

Facharzttermine:

In Einzelfällen wurde berichtet, dass die Krankenkasse bei der zeitnahen Organisation von Facharztterminen nicht behilflich sein konnte.

Beispiele aus den Erfahrungsberichten:

- › Selbstverständlich habe ich auch den Terminservice meiner Krankenkasse genutzt, leider ist es ihm auch nicht gelungen, frühere Termine für mich zu buchen.

Erläuterungen

Wie bekomme ich einen Termin beim Facharzt?

Die Terminservicestelle der Kassenärztliche Vereinigungen (KV) vermitteln Patienten mit einer dringlichen Überweisung innerhalb von vier Wochen einen Termin beim Facharzt. Versicherte einer gesetzlichen Krankenversicherung finden auf der Überweisung einen Code, der die Berechtigung für eine schnelle Überweisung nachweist.

Wie kann ich die Terminservicestelle kontaktieren?

Die Terminservicestelle erreichen Sie

- › online über <https://www.116117-terminde.de/>
- › die 116117 App oder
- › telefonisch über 116117.

Kann mir meine Krankenkasse helfen, einen Termin beim Facharzt zu bekommen?

Gesetzliche Krankenkassen können ihre Versicherten mithilfe eines eigenen Terminservices bei der Suche nach Facharztterminen unterstützen. Hierbei handelt es sich um ein freiwilliges Serviceangebot. Die Krankenkassen haben demnach keinen Anspruch auf freie Terminkapazitäten bei Fachärzten, sondern unterstützen ihre Versicherten bei der Arztrecherche und den Terminanfragen. Im Falle von Akutterminen und Terminen bei Psychotherapeuten, kann der Terminservice nicht unterstützen. Hier können sich Patienten an die Terminservicestelle der KV wenden.



Patientenfeedback für Patientensicherheit

Deutsche Gesellschaft für
Patientensicherheit gemeinnützige GmbH

August-Bebel-Straße 13
72762 Reutlingen

Dr. med. Marcus Rall
Geschäftsführer

Telefon: +49 (0)7121 159 58 00
E-Mail: marcus.rall@patientensicherheit.de

Verbundkoordination:

Techniker Krankenkasse (TK)
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg

Hardy Müller
Beauftragter der TK für Patientensicherheit

Telefon: +49 (0)40 6909 2439
E-Mail: hardy.mueller@tk.de

Kooperationspartner:

Inworks GmbH
Hörvelsinger Weg 39
89081 Ulm

Markus Tannheimer
Geschäftsführer

Telefon: +49 (0)731 938070
E-Mail: info@inworks.de

