

## BUNDESSOZIALGERICHT

## Krankengeld trotz später Krankmeldung

Wenn der Arzt die Krankmeldung verschickt, trägt der Versicherte kein Risiko. Krankengeld gibt's auch, wenn beim Versand etwas schiefgeht.

**Kassel.** Übernimmt ein Arzt den Versand von AU-Bescheinigungen, darf die Krankenkasse einen verspäteten Zugang nicht automatisch dem Versicherten zur Last legen und das Krankengeld verweigern. Das gilt jedenfalls dann, wenn der Patient die Bescheinigung gar nicht in die Hand bekommt und davon ausgehen kann, dass die Kasse dies billigt, urteilte das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel.

Laut Gesetz setzt der Anspruch auf Krankengeld voraus, dass die AU-Bescheinigung innerhalb von sieben Tagen bei der Kasse eingeht. Für die Vorlage bei der Kasse ist nach einem BSG-Urteil aus 2018 der Versicherte zuständig – selbst wenn ihn bei einer Verspätung kein Verschulden trifft.

In dem nun vom BSG entschiedenen Fall ging es noch um die bis 2016 verbreiteten Freiumschläge, mit denen Arztpraxen ihre AU-Bescheinigungen direkt an die jeweilige Kasse schicken konnten.

Der Kläger wurde nach Herzinfarkt vom Hausarzt als arbeitsunfähig eingestuft. Die Bescheinigung wurde ihm nicht ausgehändigt, vielmehr hatte der Arzt sie mit Freiumschlag pünktlich direkt an die Kasse versandt. Doch der Brief kam nicht an, was erst nach zwei Wochen auffiel. Erst danach wollte die Kasse Krankengeld zahlen.

Das BSG bestätigte, dass zwar grundsätzlich der Versicherte das Übermittlungsrisiko trägt. Hier liege jedoch ein Ausnahmefall vor. Denn der Kläger habe die Bescheinigung ja gar nicht ausgehändigt bekommen. Er habe daher darauf vertrauen können, dass sein Hausarzt – wie damals üblich – die AU-Bescheinigung pünktlich an die Kasse verschickt. Angesichts der Freiumschläge hätten Arzt und Patient davon ausgehen dürfen, dass die Kasse dieses Vorgehen billigt. Eine Patientenpflicht, bei ihrer Kasse anzurufen und auf die zu erwartende AU-Bescheinigung hinzuweisen, bestehe nicht. (fl/mwo)



Bundessozialgericht  
Az.: B 3 KR 6/18 R und B 3 KR 18/18 R

## PKV kooperiert vermehrt mit Externen

Viele Privatversicherer erweitern ihre Dienstleistungsangebote und Gesundheitsprogramme. Damit wollen sie unter anderem eine bessere Versorgungsqualität erreichen. Die Kunden freuen sich.

## Von Ilse Schlingensiepen

**Köln.** Konkrete Hilfen für Versicherte spielen in der privaten Krankenversicherung (PKV) eine immer größere Rolle. In Kooperation mit externen Partnern wollen die Unternehmen die Kundenbindung stärken und eine aktivere Rolle in der Versorgung der Versicherten spielen. Sie hoffen, dadurch eine höhere Versorgungsqualität zu erreichen und letztlich die Kosten zu senken.

Vollversicherte Kunden der Debeka Krankenversicherung, bei denen der Arzt eine psychische oder psychosomatische Erkrankung diagnostiziert, haben künftig die Möglichkeit, sich eine zweite Meinung einzuholen. Der PKV-Marktführer kooperiert dabei mit der Klinikgruppe Median.

Bei Fachärzten und psychologischen Psychotherapeuten in zehn Median-Kliniken können sich die Versicherten Informationen zu ihrer Erkrankung und der Therapie holen. Nach einem zweistündigen Assessment erhalten sie einen schriftlichen Befundbericht und eine Therapieempfehlung.

„Wir schließen mit diesem Projekt eine wichtige Lücke bei der Versorgung unserer Versicherten und versprechen uns von der Kooperation, dass mögliche Fehleinschätzungen in diesem wichtigen Bereich vermieden werden“, erläutert Annabritta Biederbick, Leiterin der Hauptabteilung Krankenversicherung Vertrag bei der Debeka.

Psychische Erkrankungen spielen in der privaten Krankenversicherung eine immer größere Rolle. Deshalb bietet die Debeka betroffenen Kunden bereits mehrere Hilfsangebote. Sie erhalten innerhalb von zehn Tagen einen Termin beim Psychotherapeuten. Versicherten mit einer leichten Depression stellt der Versicherer das Online-Therapieprogramm „novego“ zur Verfügung. Auch für die Nachsorge gibt es ein Angebot.



Für eine bessere Versorgungsqualität setzen Privatversicherer zunehmend auf Kooperationen und Vernetzung. © NATALL MIS / GETTY IMAGES / ISTOCK



Wir schließen mit diesem Projekt eine wichtige Lücke bei der Versorgung unserer Versicherten.

**Annabritta Biederbick**  
Leiterin der Hauptabteilung Krankenversicherung Vertrag bei der Debeka

Bei den Versicherten stoßen die Initiativen in der Regel auf eine positive Resonanz. Diese Erfahrung macht auch die Gothaer Krankenversicherung. Sie erweitert ihre Palette an Gesundheitsprogrammen jetzt um Angebote für Vollversicherte mit schwerem allergischen Asthma. Erkrankte mit einer gesicherten Diagnose können ein zwölfmonatiges Coaching des Gesundheitsberatungsunternehmens 4sima in Anspruch nehmen. Sie sollen lernen, ihre Atemmesswerte zu kontrollieren und besser mit ihrer Krankheit umzugehen.

Die Patienten erhalten zudem das Messgerät „Vivatmo me“ von Bosch Healthcare Solutions, das ihnen ermöglicht, den Entzündungsgrad ihrer Atemwege selbst festzustellen. Die Werte können sie auch in der „Vivatmo“-App speichern, die sie als digitales Asthma-Tagebuch nutzen können. Außerdem liefert die App Informationen über den Pollenflug.

„Wir setzen mit dieser Kooperation konsequent unseren Weg fort, die Gothaer Krankenversicherung als Gesundheitsdienstleister zu positionieren“, sagt der Vorstandsvorsitzende Oliver Schoeller.

## KARTE DES MONATS

## Hausarzt-MVZ in Thüringen dicht gesät

Thüringen ist nicht nur Hochburg bei MVZ ohne Bezug zu Fachgruppen, sondern auch bei Hausarzt-MVZ. Das zeigt die Karte des Monats.

**Neu-Isenburg.** Nicht einmal 7200 Einwohner kommen in Weimar auf ein Hausarzt-MVZ (hMVZ). Damit ist die hMVZ-Dichte in der Goethe-Stadt bundesweit am höchsten. In Baden-Württemberg dagegen gibt es Landkreise mit bis zu 400 000 Einwohnern, in denen kein einziges MVZ mit hausärztlicher Beteiligung zugelassen ist.

Die Kooperationsform hausärztliches MVZ ist auch im Vergleich der Bundesländer in Thüringen am höchsten. Dort kommen landesweit knapp 20 000 Einwohner auf ein MVZ, in dem mindestens ein Allgemeinmediziner oder Internist die ärztliche Grundversorgung sichert – so die Definition für hMVZ in der aktuellen Karte des Monats, die auf „Ärzte Zeitung online“ jetzt freigeschaltet worden ist. Baden-Württemberg ist auch unter den Bundesländern wieder das Land mit der geringsten hMVZ-Dichte: Fast 100 000 Einwohner kommen hier auf ein Versorgungszentrum mit hausärztlicher Beteiligung.

Die Karte des Monats ist eine gemeinsame Initiative von Rehm Research und „Ärzte Zeitung“. Die Daten basieren auf dem ATLAS MEDICUS® des Datendienstleisters.

Die Farbstufen auf der Karte stellen Abweichungen vom Durchschnittswert dar. Aus Sicht der Praxen kann eine rot eingefärbte Region ein möglicher Indikator für einen schärferen Wettbewerb um die Patienten sein. Dabei ist zu beachten, dass entscheidend für den Wettbewerb um Patienten der Versorgungsgrad in einer Region ist, denn natürlich konkurrieren auch Einzelpraxen und andere Kooperationsformen um Patienten.

Die Karte ist auf jeden Fall ein guter Indikator dafür, dass je nach Region unterschiedliche Kooperationsformen dominieren. Denn die Probleme, Einzelpraxen abzugeben, sind wegen der Scheu vieler junger Ärzte sich allein niederzulassen überall gleich, vor allem auf dem Land. (ger)

## Antibabypille: Ärzte nehmen Beschwerden oft nicht ernst

**Hamburg/ London.** Rund 1,4 Millionen Frauen in Deutschland nehmen eine für sie ungeeignete Antibabypille. Darauf deutet eine bundesweite Studie der britischen Online-Arztpraxis Zava unter 751 Frauen hin. Demnach gaben neun von zehn Frauen an, bereits unter Nebenwirkungen gelitten zu haben. Lediglich 22 Prozent sprechen ihre Beschwerden jedoch bei ihrem Arzt an. Auch weil ihre Beschwerden häufig nicht ernst genommen werden. Immerhin 22 Prozent der Frauen geben an, dass ihr Arzt die Symptome als typische Beschwerden abtue. Zehn Prozent der Ärzte schließen einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden und der Pille sogar komplett aus. Immerhin 50 Prozent der Mediziner prüfen, ob ein Pillenwechsel sinnvoll ist. (mu)

## DSGVO: Behörde kündigt Strafe in Millionenhöhe an

**Berlin/ Stuttgart.** Bisher sind die Bußgelder für Verstöße gegen die europäische Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gering ausgefallen – verglichen mit der jetzt vom Land Berlin angekündigten Strafzahlung gegen ein Unternehmen. Nach Angaben der Deutschen Presseagentur könnte diese einen zweistelligen Millionenbetrag erreichen. Bislang standen an der Spitze demnach mit jeweils 50 000 Euro Berlin und Baden-Württemberg. Hier äußerte sich der Landesdatenschutzbeauftragte Stefan Brink besorgt über Datenschutzverletzungen in Arztpraxen. Seine Behörde teilte mit, das Hauptproblem seien Verschlüsselungstrojaner. Häufig würden auch Patientenberichte oder Röntgenbilder an falsche Personen übermittelt. (mu/apa)

## Digitale Gesundheitsdaten: HEK setzt auf IBM-Lösung

**Köln.** Die Krankenkasse HEK setzt bei der elektronischen Gesundheitsakte auf die Lösung von IBM, mit der auch die Techniker Krankenkasse sowie einige weitere Krankenkassen aus dem gesetzlichen und privaten Lager arbeiten. Ab Oktober können die HEK-Versicherten ihre Gesundheitsdaten in der Akte „smarthealth“ speichern und selbst managen. Zugriff auf die Informationen erhalten die Nutzer nach der digitalen Identifizierung über die HEK Service-App. Die Daten werden nach Angaben der Kasse Ende-zu-Ende verschlüsselt und auf Servern gespeichert, die in Deutschland stehen. „Weder die HEK noch IBM oder die behandelnden Ärzte können die Daten einsehen“, betont die HEK. (iss)

## Tarife: Ottonova reagiert auf Kundennachfrage

**Köln.** Der digitale Krankenversicherer Ottonova hat seine Vollversicherungstarife überarbeitet. Das junge Unternehmen hat in seinem First Class Tarif einen Vorsorgebonus integriert: Kunden können innerhalb von drei Jahren bis zu 360 Euro für präventive oder kurative Gesundheitsleistungen erhalten. Erstattet werden etwa Ausgaben für Gesundheits-Apps oder -programme. First Class-Kunden können für Krankenhausaufenthalte auch die Unterbringung im Zweibettzimmer wählen. Der Versicherer hat sich zudem vom Primärarztssystem verabschiedet, Kunden können jetzt ohne Überweisung durch den Hausarzt oder Vermittlung von Ottonova direkt zum Facharzt gehen. Das Unternehmen vertreibt nur noch die neuen Tarife. (iss)