



Gemeinsame Stellungnahme DJV / ver.di zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (BT-Drs. 16/12256)

1. Vorbemerkung: Rückschritt hinter die Bismarck'sche Konzeption des Krankengelds

Die Bundesregierung plant **Änderungen** an den seit 1. Januar 2009 geltenden Regelungen zum Krankengeld für Selbstständige, unständig Beschäftigte und nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte. Der Deutsche Journalisten-Verband (DJV), die Gewerkschaft ver.di und andere Organisationen wie der Bund freier Berufe hatten die **Aufhebung** dieser Regelungen verlangt.

Die seit dem 1. Januar 2009 geltenden Regelungen verändern – auch nach dem jetzt vorliegenden Kabinettsbeschluss – die seit 1884 geltenden Grundregeln des Krankenversicherungsrechts für den betroffenen Personenkreis, ausgerechnet im 125. Jahr ihres Bestehens. Die Bundesregierung will im Jahr 2009 ein Krankengeldsystem, das für Betroffene im Einzelfall schlechter ausfällt als im Jahr 1884. Die Bundesregierung behandelt den Anspruch auf Krankengeld damit praktisch als eine Nebensache im System der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dabei war der Anspruch auf Krankengeld ursprünglich der erste und wesentliche Anspruch, weswegen das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt wurde.

Eine Regierung unter Bismarck berücksichtigte im Jahr 1883 (1883 war das Jahr der *Gesetzgebung*), dass der Einkommensausfall infolge von Krankheit für die Betroffenen und ihre Familien das vordringliche Problem darstellt; die Krankheitskosten kamen erst an zweiter Stelle. Eine Bundesregierung im Jahr 2009 behandelt den Entgeltausfall bei Krankheit dagegen als Nebensache.

Wir zitieren aus dem **Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883 (in Kraft getreten 1884)**:

§ 6

Als Krankenunterstützung ist mindestens zu gewähren:

(...)

...im Falle der Erwerbsunfähigkeit, von dem dritten Tage nach dem Tage der Erkrankung ab für jeden Arbeitstag ein Krankengeld.

Dieser Anspruch entstand automatisch und nicht nach „freier Wahl“ oder „Option“ der Versicherungspflichtigen und -berechtigten.

1883 wurde also ein Regelanspruch auf Krankengeld eingeführt. Damals war klar, dass alle „Optionen“ und „Wahlmöglichkeiten“ nur dazu geführt hätten, dass die Versicherten auf eine – weitere, kostenträchtige – Versicherung verzichtet hätte,

entweder um Kosten zu sparen, oder wegen des Drucks der Arbeitgeber oder schlichtweg aus Unkenntnis.

Im Jahre 2009 dagegen sieht die Bundesregierung als Regelfall die Krankenversicherungspflicht ohne Krankengeldanspruch vor. Nur auf explizite „Wahl“ hin wird ein so genanntes Krankengeld gewährt, das mit dem eigentlichen gesetzlichen Krankengeld gar nichts mehr zu tun hat. Und nur auf explizite „Option“ hin wird das klassische gesetzliche Krankengeld gewährt, dieses aber nur ab der 7. Woche.

Im Jahr 1883 war dem Gesetzgeber klar, dass viele Personen in Deutschland keinen Anspruch auf eine Entgelt-/Lohnfortzahlung hatten. Daher der Anspruch schon lange vor der 7. Woche, mit dem 3. Tag. Im Jahr 2009 glaubt die Bundesregierung, dass es Personen ohne Entgeltfortzahlungsanspruch kaum noch gibt und vergisst sie einfach in der Gesetzgebung. Dabei ist der Tagelöhner in Deutschland immer noch Realität, - mit höchstlicher Absehung sogar an deutschen Rundfunkanstalten, - aber längst nicht nur dort, genauso auch an Krankenhäusern oder in den Häfen.

Durch den Entfall des Regelanspruchs auf Krankengeld verlieren Frauen auch ihren Anspruch auf Mutterschutzgeld, der an den Anspruch auf Krankengeld gekoppelt ist. Eine Bundesregierung schafft also klammheimlich einen Regelanspruch auf Mutterschutzgeld ab (an den auch der Anspruch auf den Zuschuss vom Arbeitgeber gekoppelt ist), der seit seinem In-Kraft-Treten im Jahr 1952, also mehr als 50 Jahren gesetzlicher Standard ist.

2. Die vorgesehene Änderung im AMG hat nur wenige positive Aspekte

Es ist grundsätzlich hinsichtlich der Selbstständigen und unständig Beschäftigten zu begrüßen, dass der Gesetzgeber mit den vorliegenden Änderungen *überhaupt* wieder das klassische gesetzliche Krankengeld für diesen Personenkreis einführt (als Alternative zu Wahlтарifen), da die Konzeption des „Wahlтарif-Krankengelds“ die Bezeichnung Krankengeld nicht einmal im Ansatz verdiente.

Es ist auch zu begrüßen, dass der Gesetzgeber nun etwas klarer als „Beschäftigte mit Entgeltfortzahlungsanspruch“ auch solche Personen anerkennt, die diesen Entgeltfortzahlungsanspruch nicht aus dem Gesetz, sondern aus Tarifvertrag, Betriebsvereinbarung oder anderen vertraglichen Grundlagen haben. Dies führt dazu, dass etwa diejenigen arbeitnehmerähnlichen Personen, die an Rundfunkanstalten einen tarifvertraglichen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben, automatisch, d. h. ohne spezielle „Option“ einen Anspruch auf klassisches gesetzliches Krankengeld haben (so wie Arbeitnehmer).

Weiterhin ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber bei den Wahlтарifen nunmehr diskriminierende Tariffdifferenzen, etwa nach Alter oder Geschlecht, verbietet.

3. Es bleiben viele gravierende Kritikpunkte am AMG-Krankengeldentwurf

a) Krankengeld stets nur ab der siebten Woche?

aa) Probleme für den Kreis der arbeitnehmerähnlich Tätigen, beispielsweise im Rundfunk

Der wesentliche Kritikpunkt an der Regelung bleibt, dass der Anspruch auf Krankengeld frühestens ab der 7. Woche greift, obwohl es Gruppen gibt, die in Deutschland von einer Entgeltfortzahlung durch ihren Beschäftigungsgeber ausgeschlossen sind. Bekanntlich beschäftigen beispielsweise die Rundfunkanstalten seit Jahrzehnten freie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, von denen viele durch die Sozialversicherungsbehörden als Beschäftigte eingestuft werden. Die arbeitsrechtliche Einstufung dieser Mitarbeiter ist im Einzelfall umstritten, die Rundfunkanstalten konnten sich aber in vielen Prozessen immer wieder auch mit ihrer Ansicht durchsetzen, dass sich diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wegen der Programmgestaltung und relativ freier Einsatzplanung nicht in einem weisungsgebundenen Arbeitsverhältnis befunden haben.

Die freien Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rundfunk befinden sich also in einem von der Rechtsprechung (und den Gesetzen) geschaffenen Vakuum. Als intensiv Mitwirkende sind sie sozialversicherungspflichtig, als freie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterliegen sie aber nicht dem Entgeltfortzahlungsgesetz. Das bedeutet, dass sie die ersten sechs Wochen einer Krankheit ohne jeden Schutz sind. Zwar haben die Gewerkschaften an verschiedenen Rundfunkanstalten Tarifverträge zur Entgeltfortzahlung für Arbeitnehmerähnliche abschließen können (ZDF, SWR, SR), an anderen Rundfunkanstalten gibt es jedoch Widerstand. Geltende Tarifverträge für diesen Personenkreis sind teilweise umstritten, weil sie sich auf den Rechtszustand von vor 2009 beziehen. Die Durchsetzung der Entgeltfortzahlung durch Tarifkonflikt ist außerordentlich schwierig.

Der Gesetzgeber könnte dieses Dilemma für den Personenkreis der *arbeitnehmerähnlichen Personen* nur dadurch lösen, dass er entweder das Entgeltfortzahlungsgesetz explizit auf arbeitnehmerähnliche Personen (oder jedenfalls an durch Tarifverträge als arbeitnehmerähnlich anerkannte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) ausweitet oder aber – wie bis vor 2009 – Krankengeld ab dem ersten Tag auszahlt (und gegebenenfalls dafür vom Beschäftigungsgeber einen höheren Beitrag verlangt).

Es ist unerträglich, dass hier sogar der Standard der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung noch unterschritten wird. Damals war jedenfalls ein Anspruch ab dem 3. Tag vorgesehen. Da 90 Prozent aller Erkrankungen nicht länger als sechs Wochen dauern (Statistik: AOK-Bundesverband) bedeutet das, dass unter Bismarck in Hinblick auf das Krankengeld der soziale Schutz für bestimmte gesetzlich Krankenversicherte höher war als im Jahr 2009.

bb) Probleme auch für nicht arbeitnehmerähnlich Tätige

aaa) Viele Freie sind nicht arbeitnehmerähnlich

Erst recht problematisch ist die Regelung für Personen, die nicht unter die zum Teil ohnehin nur unbefriedigenden tarifvertraglichen Regelungen über die Entgeltfortzahlung fallen. Denn die Arbeitnehmerähnlichkeit, wie sie von Tarifverträgen definiert wird, kennt Unter- und Obergrenzen. Personen, die nicht auf 42 Abrechnungstage im Halbjahr kommen, fallen beispielsweise nicht unter den Tarifvertrag, auch wenn die hinter der Abrechnung steckende tatsächliche Beschäftigung vielleicht sogar das ganze Halbjahr dauerte. Umgekehrt verliert beispielsweise beim Rundfunk Berlin-Brandenburg derjenige freie Mitarbeiter seinen Status als arbeitnehmerähnliche Person, wenn er mehr als 36.000 Euro im Halbjahr verdient hat.

Sowohl Wenig- als auch Mehrverdiener werden also zum Teil willkürlich von Ansprüchen ausgeschlossen und haben damit keinerlei Entgeltfortzahlungsanspruch. Den Gewerkschaften DJV und ver.di ist eine Verbesserung dieser Situation auf tarifvertraglichem Wege nicht möglich, weil diese ja wiederum nur für arbeitnehmerähnliche Personen möglich ist und eine Ausweitung dieses Status von den Sendern vehement abgelehnt wird.

Darüber hinaus sind freie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter Umständen für verschiedene Auftraggeber tätig und kommen daher nicht auf die notwendige Mindestzahl von Beschäftigungstagen, die für eine Einstufung als arbeitnehmerähnlich nach dem Tarifvertrag erforderlich wäre.

bbb) Viele unständig und befristet Beschäftigte arbeiten bei Arbeitgebern ohne Tarifvertrag und benötigen daher Krankengeld ab dem ersten Tag

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass viele sozialversicherungspflichtig beschäftigte freie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Arbeitgebern tätig sind, mit denen kein Tarifvertrag für arbeitnehmerähnliche Personen abgeschlossen werden konnte, so beispielsweise die freien Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei RTL. Gleiches gilt für befristet Beschäftigte, die wegen kurzer Beschäftigungsdauer keinen Entgeltfortzahlungsanspruch erlangen.

Viele der Betroffenen werden wie „Tagelöhner“ eingesetzt bzw. von ihren Arbeit-/„Auftrag“-gebern so behandelt. **Gerade auch für diesen Personenkreis war 1884 der Krankengeldanspruch eingeführt worden. Müssen wir wirklich zu der Erkenntnis gelangen, dass bezogen auf diesen Personenkreis und diesen Sozialanspruch der Gesetzgeber unter Bismarck weitsichtiger und sozialer war als die heutige Bundesregierung?**

Alle diese Personen wären auch bei der jetzt vorgesehenen Neuregelung, die eine „Option“ für klassisches gesetzliches Krankengeld gibt, immer noch die ersten sechs Wochen ohne Leistung. Ihre Arbeitgeber werden jetzt vom Gesetzgeber sogar dafür belohnt, dass er ihnen nichts zahlt. Bis 2009 wurde der Arbeitgeber in solchen Fällen durch einen erhöhten Beitragssatz anteilig belastet, so dass sich die Verweigerung der Entgeltfortzahlung für ihn nicht wirklich auszahlte. Dies muss wieder eingeführt werden.

► Der seit dem 1. Januar 2009 geltende § 45 Absatz 2 Nr.3 SGB V, der Beschäftigte ohne Entgeltfortzahlungsanspruch vom Anspruch auf Krankengeld ausschließt, ist daher ersatzlos zu streichen.

Erhöhter Beitragssatz für Arbeitgeber, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne Entgeltfortzahlung einsetzen

Dabei erscheint es als nachvollziehbar, dass ein Krankengeldanspruch ab dem ersten Tag **nicht aus dem normalen Beitragssatz** finanziert werden kann. Es wäre nicht verständlich, warum reguläre Arbeitnehmer/Beschäftigte, hauptberuflich Selbstständige und die nach dem KSVG Versicherten den normalen Beitragssatz zahlen, aber Krankengeld erst ab der 7. Woche erhalten, während unständig Beschäftigte zum gleichen Beitragssatz Leistungen schon ab dem ersten Tag erhalten. Für Arbeitgeber wäre dies zudem ein Anreiz, Personen die Entgeltfortzahlung zu verweigern, da es ja keinerlei Nachteil in Form eines erhöhten Beitragssatzes gäbe. Dagegen wäre ein erhöhter Beitragssatz auch ein Signal an Arbeitgeber, dass sich solche Kostenspar-Strategien nicht auszahlen. Sonst wären solche Arbeitgeber, die eine Entgeltzahlung für sechs Wochen tarifvertraglich vereinbaren, mehr belastet als diejenigen Arbeitgeber, die eine Entgeltfortzahlung einfach verweigern. Fakt ist natürlich auch, dass den Krankenkassen ohne erhöhten Beitragssatz mehrstellige Millionenbeiträge verloren gehen, die sie nicht nur von Journalisten, sondern auch anderen Berufsgruppen einnehmen.

Allerdings kann es nicht sein, dass diejenigen, denen eine Entgeltfortzahlung verweigert wird, dies auch noch mitfinanzieren. Daher sollte der erhöhte Beitragssatz in diesem Fall **ausschließlich vom Arbeit-/Beschäftigungsgeber** erhoben werden. Das entspricht im Übrigen dem Prinzip der Umlagekassen bei den Krankenkassen für die Lohnfortzahlung und den Mutterschaftslohn in Kleinbetrieben, bei denen die Beiträge auch nur von den Betrieben, nicht aber den Beschäftigten erhoben werden.

Unständig Beschäftigte gibt es in den verschiedensten Branchen – etwa im Journalismus, der Krankenpflege oder unter Hafendarstellern. Diese unterliegen meist keinen Tarifverträgen und haben auch wenig Zeit, sich mit "Optionen" und "Wahltarife" zu beschäftigen. Diese würden also nichts versichern, wenn Krankengeld eine reine Wahl- oder Optionsfrage wäre. Genauso geht es natürlich um Erwerbstätige mit sehr kurzen Fristverträgen, die auch keinen Entgeltfortzahlungsanspruch haben (laut Arbeitsrecht). Hier ginge den Kassen also schon durch diese „Freiwilligkeit“ viel Geld verloren. Fristbeschäftigte würden zudem durch den Gesetz doppelt diskriminiert: Nicht nur haben sie wegen der Fristbeschäftigung keine wirklichen Arbeitnehmerrechte bzw. wagen sie nicht durchzusetzen, weil sie den Verlust der Anschlussbeschäftigung fürchten, sondern zusätzlich verweigert der Gesetzgeber ihnen auch noch den Anspruch auf Krankengeld.

Wenn die Personengruppe der unständig und Fristbeschäftigten nicht automatisch Krankengeld ab dem 1. Tag erhält, wird sie selbst gar nichts versichern. Hier handelt es sich um Hunderttausende. Der Automatismus ist also ein sehr wichtiger Punkt bei dieser Problematik.

Ebenso wichtig ist der erhöhte Beitragssatz. Damit sich die Beschäftigung unständig Beschäftigter nicht auch noch beitragsmäßig für den Arbeitgeber auszahlt und natürlich wegen der Beitragsgerechtigkeit, **muss** hier so lange ein erhöhter - ausschließlich vom Arbeitgeber zu tragender – Beitragssatz erhoben werden, so lange keine Entgeltfortzahlung besteht. Außerdem müssen die Krankenkassen das Krankengeld ab dem 1. Tag auch finanzieren und dafür eine anlassbezogene Kalkulation von Versicherungsbeiträgen vornehmen können.

Wenn die Krankenkassen automatisch von **allen** Abrufbeschäftigten, unständig Beschäftigten, kurzfristig Beschäftigten und Fristbeschäftigten den erhöhten Beitragssatz erheben, kommt genug Geldmittel bei den Kassen an, mit dem sie das Krankengeld ab dem 1. Tag wieder finanzieren können.

Es ist in diesem Zusammenhang daran zu erinnern, dass der Gesetzgeber bei Kleinbetrieben die Problematik der Lohnfortzahlung durch Umlageverfahren geregelt hat. Es ist nicht nachzuvollziehen, dass der Gesetzgeber in der Lage ist, geeignete Lösungen für Kleinbetriebe zu finden, aber keinerlei Möglichkeit zu sehen scheint, eine entsprechende oder jedenfalls die bisher praktizierte Lösung für den genannten Personenkreis zu finden.

Dabei stellt sich die Frage, ob ein erhöhter Beitragssatz hinsichtlich der Höhe in das Belieben der Kassen gestellt werden kann. Um hier einer Beliebigkeit vorzubeugen, wäre anzuraten, diesen erhöhten Beitragssatz – vergleichbar dem Regelbeitragssatz – einheitlich festzulegen.

► Der bis zum 1. Januar 2009 geltende § 242 SGB V ist wieder einzuführen, als Absatz 5 des geänderten § 242 SGB V neuer Fassung

§ 242 Absatz 5 SGB V: „Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ist ein Zusatzbeitrag des Arbeitgebers zu erheben.“

Abtretungsanspruch der Krankenkassen

Zu empfehlen ist eine gesetzliche Regelung, nach der die Krankenkassen in Fällen, in denen sie Krankengeld (vor-)leisten, obwohl der / die Erwerbstätige aus ihrer Sicht im entgeltzahlungsberechtigten Arbeitnehmerstatus beschäftigt war, Rückgriff beim Arbeitgeber nehmen können. Es ist selbstverständlich nicht einzusehen, dass Arbeitgeber das Entgelt bei Krankheit dauerhaft auf Krankenkassen verlagern. Ein hoher Zusatzbeitrag für die Arbeitgeber dieser Beschäftigten mag allerdings schon dafür sorgen, dass dieses Problem nicht ausfirt. Unter solchen Voraussetzungen könnte auch auf die Einführung eines solchen Abtretungsanspruchs verzichtet werden.

► **Der § 45 SGB V ist daher durch einen neuen Absatz 5 zu ergänzen:**

„Versicherte, die Krankengeld von der Krankenkasse erhalten, treten die für diesen Zeitraum entstandenen Ansprüche auf Entgeltfortzahlung gegenüber ihrem Arbeitgeber an die Krankenkasse ab, soweit es sich nicht um Zuschüsse zum Krankengeld handelt, begrenzt auf die Höhe des insoweit geleisteten Krankengeldes.“

b) „Wahltarif-Krankengeld“ ist keine Alternative, verdient nicht einmal die Bezeichnung „Krankengeld“

aa) Der „Wahltarif“ als Regeltarif führt zu katastrophalen Versicherungs- und Leistungslücken, auch bei Müttern

Im Kabinettsentwurf haben Selbstständige und unständig Beschäftigte im Regelfall überhaupt keinen Krankengeldanspruch. Nur wenn sie sich explizit entweder für einen Wahltarif **oder** für „klassisches gesetzliches Krankengeld“ entscheiden, also aktiv werden, entsteht ein solcher Anspruch. Krankengeld als „freiwilliger“ Anspruch führt in einer Zeit knapper Haushaltskassen dazu, dass sich die Mehrzahl der Berechtigten **nicht versichern wird**; bei einem Teil wird es schlicht an Unkenntnis, Überforderung (angesichts der Wahlmöglichkeiten) scheitern oder zum Aufschieben der Entscheidung führen. Viele **Frauen** werden auch nicht wissen, dass ihr **Anspruch auf Mutterschaftsgeld (und der Anspruch auf den Zuschuss des Arbeitgebers)** an diese oder jene Entscheidung gekoppelt ist.

*Der DJV kann anhand statistischer Daten zweifelsfrei beweisen, dass vermeintlich positive Wahl- und/oder Optionsfreiheit zur massiven Unterversicherung führt. In einer Umfrage unter über 3.000 freien Journalistinnen und Journalisten wurde festgestellt, dass die Anzahl der so genannten „Riester“-Verträge lediglich von **knapp 17 Prozent** aller freien Journalisten genutzt wurde, und das obwohl „mit Riester“ Geld an die Betroffenen ausgekehrt wird.*

Wie kann die Bundesregierung allen Ernstes erwarten, dass bei einer Regelung, die kurzfristig betrachtet für die Betroffenen erst mal nur eine Ausgabe und vor allem ein Aktivwerden verlangt, die Abschlussquoten höher sein würden?

Es muss der Politik klar sein, dass sie hier den Abschied vom Kranken- und Mutterschaftsgeld für viele Anspruchsberechtigte sehenden Auges organisiert. Das zeugt von Verantwortungslosigkeit.

Es muss im Übrigen auch klar sein, dass dies die ganze Bandbreite der Selbstständigen und „atypisch“ Beschäftigten trifft. Es ist also umgekehrt zwingend, in jedem Falle einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld bei gesetzlich Krankenversicherten festzuschreiben, der nur auf Antrag und auf Nachweis einer geeigneten Ersatzlösung in Form eines entsprechenden Wahltarifs oder aber einer privaten Krankentagegeldversicherung entfällt, und nur für die Dauer dieser Ersatzlösungen, bei deren Kündigung wieder Krankengeldpflicht auflebt (zu lösen durch Meldepflichten der privaten Krankenversicherungen für den Fall einer Kündigung eines privaten Ersatztarifs).

► Auch aus diesem Grund ist die ersatzlose Streichung des § 45 Absatz Nr.3 SGB erforderlich.

bb) Inhalte des Wahltarifs nicht definiert

Der Gesetzgeber will weiterhin an der Konzeption seiner Wahltarife zum Krankengeld festhalten. Was diese eigentlich im Kern ausmacht, ist den Kassen aber völlig freigestellt, also beispielsweise ob im Fall der Erkrankung von Kindern Krankengeld auch ab dem 1. Tag zu zahlen wäre. Hier variieren schon heute die Wahltarife extrem. Für den Verbraucher/„Kunden“ ist es beim besten Willen kaum möglich, eine zeitnahe Evaluation vorzunehmen. Es ist absolut notwendig, einen Mindeststandard für Wahltarifleistungen festzulegen. Ansonsten besteht auch die Gefahr zahlreicher Prozesse vor Sozialgerichten, der Zeit und Personal von Krankenkassen und Gerichten binden wird.

Der Begriff des Krankengelds ist über Jahrzehnte durch den Gesetzgeber geformt worden, so dass Versicherte bei einem „Wahltarif Krankengeld“ bestimmte Mindeststandards erwarten dürfen. Alles andere widerspräche den Grundsätzen des Verbraucherschutzes und Versicherungsrechts.

cc) Beitragsfreiheit Wahltarif nicht festgelegt

Die Wahltarife führen während der Bezugszeit nicht zwingend zu einer Beitragsfreiheit, entsprechend haben schon bei den derzeit verabschiedeten und vom Bundesversicherungsamt genehmigten Tarifen einige Kassen, auch AOKen, festgelegt, dass nur der Grundbetrag zur Kasse, nicht aber der Beitrag für den Wahltarif entfällt. Das führt zu inakzeptablen Belastungen der Versicherten gerade zu dem Zeitpunkt, zu dem die Betroffenen besonders wenig Geld haben (der Entgeltausfallersatz ist der Sinn des Krankengelds; hier muss der Versicherte aber groteskerweise mit dem Entgeltersatz seinen Wahltarif weiter bezahlen).

► Daher ist in § 224 SGB V ein neuer Absatz hinzuzufügen:

„3. Krankengeld, das auf Grund eines Wahltarif gezahlt wird, ist beitragsfrei. In der Satzung der Krankenkasse ist zu regeln, dass bei Versicherten, die einen Wahltarif mit ihrer Krankenkasse vereinbart haben, die Kosten des Wahltarifes für den Zeitraum des Bezugs von Krankengeld auf Grund von Wahltarif von der Krankenkasse zu tragen sind.“

dd) Wirkung auf Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung sowie Einkommensteuerrecht nicht definiert

Der Gesetzgeber hat nicht definiert, wie sich der Bezug des Wahltarifs Krankengeld auf die Sozialversicherung (Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung) und die Einkommensteuer auswirkt. Vom Prinzip müsste das Gleiche gelten wie für das klassische gesetzliche Krankengeld; nur muss dies dann auch im Gesetz festgeschrieben werden. Derzeit ist die Frage der Beitragspflicht zur Rentenversicherung zwischen der Deutschen Rentenversicherung und dem GKV-Spitzenverband strittig. Die eher freihändige Festlegung durch den GKV-Spitzenverband (in Hinblick auf Beiträge zur Rentenversicherung) in dieser Frage erscheint als fragwürdig, weil eine solche gewichtige Frage Aufgabe des Bundesgesetzgebers sein muss.

► Hier ist in den jeweiligen Regelungen zur Beitragspflicht hinter dem Wort Krankengeld hinzuzufügen: „Das gilt auch für Krankengeld, das von einer Krankenkasse auf Grund eines Wahltarifs geleistet wird“

Gleiches gilt für den Bereich des Einkommensteuerrechts, wo Krankengeld steuerfrei, gleichwohl unter Progressionsvorbehalt gestellt wird.

► Hier ist in § 32b EStG hinter dem Wort Krankengeld einzufügen: „Das gilt auch für Krankengeld, das von einer Krankenkasse auf Grund eines Wahltarifs geleistet wird“

Hinzu kommt das Problem, das die Beitragspflicht derzeit für den Verbraucher nicht erkennbar ist. Wahltarifleistungen werden von den Krankenkassen ohne Hinweis auf mögliche Abzüge oder weiterlaufende (Wahltarif-)Beiträge beworben. Das verstößt gegen alle Grundsätze des Verbraucherschutzes und Versichertenrechts: Die Krankenkassen müssen auch dazu verpflichtet werden, Netto-Auszahlungsbeträge mit Hinweis auf notwendige Versteuerung und krankenversicherungsrechtliche Auswirkungen explizit darzustellen.

► § 53 SGB V ist durch einen neuen Absatz Nr.10 SGB V zu ergänzen: „Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei allen Bekanntmachungen ihrer Wahltarife deutlich und nachvollziehbar auf Abzüge und steuerrechtliche Auswirkungen des Bezugs von Wahltarifleistungen aufmerksam zu machen. Dazu sind den Versicherten nachvollziehbare Beispielfälle darzustellen, die diesen den effektiven Auszahlungsbetrag der Krankenkasse verdeutlichen.“

ee) Bindungsfristen

Die Bindungsfristen für Wahltarife liegen derzeit bei drei Jahren. Diese Regelung bestand schon vor der Neuregelung des Krankengeldrechts und hat damit also keinen sachlich zwingenden Zusammenhang mit dem Thema Krankentagegeld, an dem festzuhalten wäre.

Bindungsfristen von drei Jahren sind zudem im heutigen Recht unüblich. Kein Versicherter, keine Verbraucherin rechnet bei der unbefangenen Wahl einer Krankenkasse und einer ihrer Tarife damit, dass hiermit eine solch lange Bindung begründet wird. Es ist nicht zu erkennen, warum die Krankenkassen eine derart lange Bindung benötigen. Sie müssen in der Lage sein, ihre Tarife auch unter Inkaufnahme von Fluktuationen aufzustellen. Auch Autoversicherungen müssen sich damit abfinden, dass jeder Versicherte seine Versicherung bis zum 30.11. kündigen kann mit Wirkung zum Ende des Jahres. Daher ist eine Änderung dieser Regelung mindestens in Bezug auf die Wahltarife erforderlich.

Allerdings ist auch die 18-Monats-Bindung nach Neueintritt in eine Kasse viel zu lang; maximal ein Jahr, danach aber Kündigungsmöglichkeit jeweils zum 30.11. wäre vollkommen ausreichend für die Krankenkassen.

Es erscheint in jedem Falle als abwegig, wenn der Gesetzgeber von „Wahl“tarifen spricht, gleichzeitig die so Versicherten durch übermäßig lange Bindungsfristen zum Verbleib in ihrer Krankenkasse zwingt. Freie Wahl ist nur dann möglich, wenn eine falsche Wahl alsbald rückgängig gemacht werden kann. Insofern verstößt die Verwendung des Begriffs „Wahl“ auch gegen alle Grundsätze des Verbraucherschutzes.

► Daher ist in § 53 Absatz 6 Satz 1 zu ändern: „Wahltarife sind für die Dauer eines Jahres bindend, eine Kündigung ist nach Ablauf dieser Bindefrist jeweils bis zum 30.11. eines Jahres mit Wirkung zum 31.12. des gleichen Jahres möglich. Dies gilt hinsichtlich des zusätzlichen Wahltarifs abweichend vom § 175 Absatz 4 SGB V auch für den Fall eines Wechsels in eine Krankenkasse, wenn zugleich mit dem Eintritt in die Krankenkasse dieser Wahltarif gewählt wurde.“

ff) Karenzzeiten bei Wechsel

Der Gesetzgeber fordert einerseits die freie Wahl der Krankenkassen für Versicherungsberechtigte. Diese wiederum haben aber für Leistungen wie dem Krankengeld mittlerweile in vielen Fällen Karenzzeiten eingeführt, in denen sie für Neumitglieder nicht zahlen wollen, wenn diese beispielsweise einen Wahltarif Krankengeld gewählt haben. Diese Karenzzeiten sind für die Betroffenen nicht nur überraschend, weil sie häufig darüber vor dem Wechsel nicht informiert wurden. Sie sind vielmehr auch für informierte Versicherte ein veritabler Hinderungsgrund, die Kasse zu wechseln, denn wer möchte schon zu einer anderen Kasse, wenn ihm dafür ein halbes Jahr Karenzzeit droht? Karenzzeiten verhindern praktisch die Wahlfreiheit. Darüber hinaus überraschen sie die Versicherten und verstoßen damit gegen alle Grundsätze des Verbraucherschutzes.

Diese Karenzzeiten haben auch keinerlei Grundlage im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Argumentation der Kassen lautet in diesen Fällen, es gäbe keinerlei Vorgaben für Wahltarife. Daher kann der Gesetzgeber nur dadurch reagieren, dass er sie verbietet.

► Daher ist in § 53 Absatz 6 einen neuen Satz 3 hinzuzufügen: „Die Krankenkassen müssen in ihrer Satzung ihre Leistungen, auch solche auf Grund von Wahltarifen, ohne Karenzzeiten oder sonstige Einschränkung oder Voraussetzung ausgestalten.“

gg) Unstimmigkeiten für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte

Die Ungereimtheiten in der „Wahltarif“-Konzeption der Bundesregierung zeigen sich auch bei den „Wahltarifen“ der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten. Während sich bei den KSVG-Versicherten der Beitrag nach dem voraussichtlichen Arbeitseinkommen richtet, soll es bei dem ab der 3. Woche geltenden Wahltarif nunmehr aber das Arbeitseinkommen des Vorjahres sein bzw. ein bei der Vereinbarung des Wahltarifs zu Grunde zu legendes Steuerjahr. Das hat die Folge, dass die Krankenkasse neben viel Schriftverkehr (Vorlage der Steuererklärung etc.) Krankengeld in zwei Varianten leisten muss. Sofern Wahltarif gewählt, erfolgt die Zahlung ab der dritten bis einschließlich der sechsten Kalenderwoche auf Basis der Steuererklärung des Jahres des Wahltarifabschlusses, ab der siebten Woche dann auf Basis des von der Künstlersozialversicherung zu Grunde gelegten voraussichtlichen Arbeitseinkommens. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 6.11.2008 (B 1 KR 35/07) bei nach dem KSVG Versicherten das Krankengeld grundsätzlich nach dem der Beitragsbemessung jährlich im Voraus zu Grunde gelegten Arbeitseinkommen zu bemessen ist. Zwei unterschiedliche Anspruchshöhen sind daher weder mit den Grundprinzipien der

Rechtsprechung vereinbar und im Übrigen nicht systemgerecht. Hinzu kommt die erhebliche Bürokratie durch die Festlegung zweier verschiedener Bemessungsgrundlagen. Wie bisher auch ist bei den nach dem KSVG Versicherten die von der Künstlersozialkasse zu Grunde gelegte Höhe des Arbeitseinkommens zu berücksichtigen.

► Daher ist in § 53 Absatz 6 Satz 1 SGB V am Ende der Zusatz einzufügen: „die Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherten Personen sind von der Höhe her nach der Schätzung des voraussichtlichen Arbeitseinkommen zu berechnen, das der Beitragsbemessung nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz zu Grunde zu legen ist.“

Darüber hinaus ist nicht verständlich, warum die Krankenkassen für die nach dem KSVG-Versicherten Wahltarife erst ab der dritten (und bis zum Ablauf der sechsten) Woche einführen sollen, und nicht auch ab dem ersten oder jedenfalls dritten Krankheitstag bis zum Ablauf der sechsten Woche anzubieten haben. Beim bis zum 31.12.2008 geltenden Rechtszustand war noch teilweise nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber die so genannte „Vorversicherung“ erst ab der dritten Woche anbieten wollte, weil dies gegenüber den sonstigen Selbständigen eine Privilegierung darstellte. Da seit dem 1. Januar 2009 Krankenkassen aber auch den sonstigen Selbständigen Wahltarife ab dem ersten Krankheitstag anbieten können, für nach dem KSVG Versicherte dies aber erst der dritten Woche anbieten müssen, werden die KSVG-Versicherten bei den Angeboten der Kassen nunmehr häufig diskriminiert, weil für sie keine Wahltarif-Angebote „1.Tag bis 42. Tag“ oder ähnlich konzipiert werden, sondern lediglich Angebote für den Zeitraum ab der dritten Woche.

► Daher ist in § 53 Absatz 6 Satz 1 das Wort „dritten“ durch „ersten“ zu ersetzen.

Weiterhin unstimmt ist das Konzept der Wahltarife bei den nach dem KSVG Versicherten, wenn diese – wie verbreitet – nebenbei oder gelegentlich auch in einer unständigen Beschäftigung tätig sind. Hier stellt sich die Frage, ob diese nun einen Wahltarif Krankengeld für unständig Beschäftigte oder aber für nach dem KSVG Versicherte abschließen sollen bzw. überhaupt können. Für jemanden, der sowohl unständig beschäftigt tätig ist als auch nach dem KSVG versichert ist, macht der Abschluss eines Wahltarifs für unständig Beschäftigte ab dem ersten Tag in dieser Konstellation keinen Sinn, weil dieser von der Höhe des Tarifs für 78 Wochen konzipiert ist (und damit in der Regel über 100 Euro monatlich kostet), während der Anspruch auf Krankengeld nach dem KSVG aber ab der 7. Woche zu laufen beginnt und damit eigentlich nur ein Anspruch für den Zeitraum vom ersten bis zum 42. Tag erforderlich wäre, was als eigenständiger Kurzzeit-Wahltarif eigentlich erheblich günstiger ausfallen müsste.

► Auch dieser Punkt zeigt, dass die beste Lösung darin liegt, Krankengeld ab dem ersten Tag zu leisten.

4. Die soziale Situation der Kultur- und Medienschaffenden

Zunächst ist vorzuschicken, dass es bei der Problematik des Krankengelds um alle Selbständigen und unständig bzw. kurzfristig Beschäftigten in Deutschland geht. Sicherlich stellt sich allerdings für die Politik die Frage, warum die Kritik aus dem Bereich der Beschäftigten im Bereich der Kultur und Medien besonders nachhaltig ausfällt.

Im Bereich der Kultur- und Medienschaffenden finden sich besonders viele prekär Beschäftigte und gering verdienende Selbständige. Das wurde nicht zuletzt auch durch den Bericht der Enquete-Kommission Kultur in Deutschland festgestellt. In vielen Bereichen der

sozialen Absicherung dieser Berufsgruppen besteht Handlungsbedarf. Die Enquetekommission forderte beispielsweise Verbesserungen beim System der Arbeitslosenversicherung für unständig Beschäftigte.

Die Berufsgruppen im Bereich Kultur und Medien hatten eigentlich von der Bundesregierung erwartet, dass auf der Grundlage des Berichts der Enquetekommission Verbesserungen für ihre Problemlage angegangen würden. Stattdessen ist aber durch die Abschaffung des Regelkrankengelds und die Sperre des Krankengeldbezugs für die ersten sechs Wochen die Situation gerade dieser Berufsgruppen gravierend verschlechtert worden. Um es auch noch einmal in Zahlen zu fassen, darf nachstehend die soziale Situation dieser Berufsgruppen am Beispiel freier Journalistinnen und Journalisten erläutert werden, wobei auch noch zu unterstreichen ist, dass ihre – geringen – Einkünfte im Vergleich zum gesamten Kultur- und Medienbereich sogar noch als „überdurchschnittlich“ zu bewerten wären.

Die soziale Situation der Betroffenen am Beispiel freier Journalistinnen und Journalisten

Freie Journalistinnen und Journalisten verdienen durchschnittlich 2.147 Euro monatlich (vor Steuern), mit starken Abstufungen innerhalb des Bundesgebiets. Sie verdienen gegenüber dem Durchschnitt der Arbeitnehmer unterdurchschnittlich. Aus diesen Monatsverdiensten kann ein eigener Rücklagebetrag für den Fall der Krankheit kaum erwirtschaftet werden. Daher sind die Freien fast zwingend auf eine Krankengeldregelung über die Krankenversicherung (Kasse oder privat) angewiesen.

Bundesland	Euro
Rheinland-Pfalz	2.836
Niedersachsen	2.756
Bayern	2.288
Nordrhein-Westfalen	2.270
Baden-Württemberg	2.205
Sachsen	2.012
Hamburg	1.948
Berlin	1.917
Brandenburg	1.902
Schleswig-Holstein	1.726
Hessen	1.624
Thüringen	1.554
Bremen	1.433
Sachsen-Anhalt	1.219
Mecklenburg-Vorpommern	919
Saarland	825

(Quelle: DJV-Umfrage 2008 unter über 3.000 „Freien“)

Bei der Auswertung ist zu berücksichtigen, dass sich aus der Umfrage ergeben hat, dass nur 20 Prozent der Freien auch Urlaubsgeld beziehen, d. h. Urlaubs- und sonstige Ausfallzeiten sind für über drei Viertel der Betroffenen aus dem o. a. Honorar zu bezahlen.

Eine Entgeltfortzahlung gibt abgesehen von wenigen Rundfunkanstalten für das Gros der „Freien“ nicht. Krankheit bedeutet immer Einkommensausfall. Weil viele der „Freien“ auch keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld haben, ist auch eine „Flucht ins Arbeitslosengeld“ keine Alternative bei Krankheit.

Die Berufsgruppe kann mit Fug und Recht als „Medienprekariat“ bezeichnet werden.

Damit dürfte klar sein, dass die Abschaffung des Regelkrankengelds mit den „Freien“ die schon jetzt schutzloseste Schicht in der Erwerbsbevölkerung trifft. Das ist rückgängig zu machen.

Berlin, 13. März 2009 (Ergänzte Fassung vom 25. April 2009)