

Christian Schürmann, Nicole Osterkamp, Kay Amling

Krankengeld-Wahltarife – Risiken und Nebenwirkungen für die Solidargemeinschaft

Der gesetzliche Anspruch auf Krankengeld wurde für Selbstständige zum 1. Januar 2009 durch die Einführung von Krankengeld-Wahlтарifen abgelöst. Nach Kalkulationsschwierigkeiten aufseiten der Krankenkassen und deutlichen Kostensteigerungen für ältere Versicherte hatte diese Regelung nur sieben Monate Bestand. Zukünftig haben Selbstständige die Wahlmöglichkeit zwischen dem gesetzlichen Krankengeldanspruch und zusätzlichen Krankengeld-Wahlтарifen. Der Beitrag analysiert die Hintergründe der Veränderungen.

Einleitung

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde der Anspruch auf Krankengeld für gesetzlich versicherte Selbstständige, unständig Beschäftigte, Künstler und Publizisten neu geregelt. Zum 1. Januar 2009 entfiel für diese Personengruppen der gesetzliche Anspruch auf Krankengeld, im Gegenzug wurden die Krankenkassen verpflichtet einen Tarif anzubieten, der die Absicherung von Einkommensverlusten bei Krankheit beinhaltet, den sogenannten „Wahlтарif Krankengeld“. Die gesetzlichen Änderungen zum Krankengeld haben weitreichende Folgen für Versicherte und Krankenkassen, die in der Folge exemplarisch auch im Hinblick auf zukünftige politische Entscheidungen zum Leistungskatalog untersucht werden.

Der Gesetzgeber hat lediglich vorgegeben, dass die Tarife kostendeckend kalkuliert werden müssen. Aufgrund fehlender weiterer gesetzlicher Vorgaben für die Kalkulation hat sich in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine große Tarifvielfalt entwickelt. So hat insbesondere die Wahl unterschiedlicher Altersstaffelungen große Auswirkungen auf die zu zahlenden Beiträge der Versicherten. Für ein kalendertägliches Krankengeld von 70 Euro schwanken die monatlichen Prämien im Kassenvergleich beispielsweise zwischen 9 und 72 Euro Monatsbeitrag.

Im Kassenwettbewerb eignen sich die Wahltarife nicht nur dazu, aktiv Risikoselektion zu betreiben, sondern sie fördern auch die Selbstselektion der Versicherten. Zwischenzeitlich hat der Gesetzgeber darauf reagiert, dass ältere Versicherte aufgrund von Altersstaffelungen und fehlenden Altersrückstellungen durch höhere Prämien stärker belastet wurden als jüngere Versicherte. Mit dem Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (AMG-Novelle) wurde den Versicherten ab 1. August 2009 die Wahl des bis zum 31. Dezember 2008 geltenden gesetzlichen Krankengeldanspruchs eingeräumt. Daneben wurden die Krankenkassen verpflichtet, diesen Versicherten mehr Wahlmöglichkeiten durch Krankengeld-Wahltarife anzubieten. Ab dem 1. August 2009 dürfen keine Tarife mit Altersstaffelung mehr angeboten werden. Die bestehenden altersabhängigen Krankengeld-Wahltarife endeten per Gesetz zum 31. Juli 2009.

Da es sich bei den unständig Beschäftigten und den Künstlern und Publizisten mit zehn Prozent der von der Einführung der Krankengeld-Wahltarife betroffenen Versicherten im Vergleich zum Personenkreis der Selbstständigen um eine vergleichsweise kleine Gruppe handelt, liegt der Fokus in diesem Beitrag auf den Selbstständigen.

Im Folgenden wird zunächst die bisherige Krankengeldabsicherung der Selbstständigen vorgestellt, um in der Folge die Veränderungen durch die Neuregelung zum 1. Januar 2009 beziehungsweise die Anpassung zum 1. August 2009 sowie die Wahlentscheidungen der Versicherten besser bewerten zu können. Anhand von empirischen Auswertungen wird gezeigt, welche Folgen die Neuregelungen für Krankenkassen und Selbstständige haben.

Krankengeldabsicherung für Selbstständige bis zum 31. Dezember 2008

Krankengeld ist eine existenzsichernde Geldleistung, die bei Arbeitsunfähigkeit an die Stelle des bisherigen Einkommens tritt. Anspruchsberechtigt sind insbesondere Arbeitnehmer, die bis zu 78 Wochen

Anspruch auf Krankengeld haben. Das Krankengeld wird in Höhe von 70 Prozent des bisherigen Bruttoeinkommens gezahlt, es gilt jedoch eine Begrenzung auf maximal 90 Prozent des Nettoeinkommens. Aufgrund der Begrenzung bis zur Beitragsbemessungsgrenze beträgt das Höchstkrankengeld im Jahr 2009 kalendertäglich 85,75 Euro. Bei Arbeitnehmern ist der Leistungsanspruch gesetzlich festgelegt. Hierfür ist der allgemeine Beitragssatz zu zahlen, der zum 1. Januar 2009 für alle Krankenkassen einheitlich auf 15,5 Prozent festgelegt und zum 1. Juli 2009 im Rahmen des Konjunkturpaketes auf 14,9 Prozent gesenkt wurde. Neben der größten Gruppe – den Arbeitnehmern – haben weitere Personengruppen, die bei Krankheit ihr Einkommen verlieren, Anspruch auf Krankengeld. Hierunter fallen die Selbstständigen, unständig Beschäftigte und Künstler und Publizisten.

In der Vergangenheit hatten Selbstständige die Wahl zwischen einer Versicherung ohne Krankengeld oder mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag oder ab dem 22. Tag. Während für den Krankengeldanspruch ab dem 43. Tag wie bei den Arbeitnehmern der allgemeine Beitragssatz gilt, musste für eine Versicherung mit Anspruch ab dem 22. Tag der erhöhte Beitragssatz und für den Verzicht auf Krankengeld der ermäßigte Beitragssatz gezahlt werden. Beim Verzicht auf Krankengeld mussten die Versicherten bestätigen, dass ihnen bei Arbeitsunfähigkeit kein Arbeitsentgelt zugeht. Die Beitragssätze wurden bis zum 31. Dezember 2008 von den Krankenkassen individuell festgelegt und schwankten erheblich, wie die Tabelle 1 deutlich zeigt.

Tabelle 1: Beitragssatzspannen 2008/2009 (alle Angaben in Prozent)

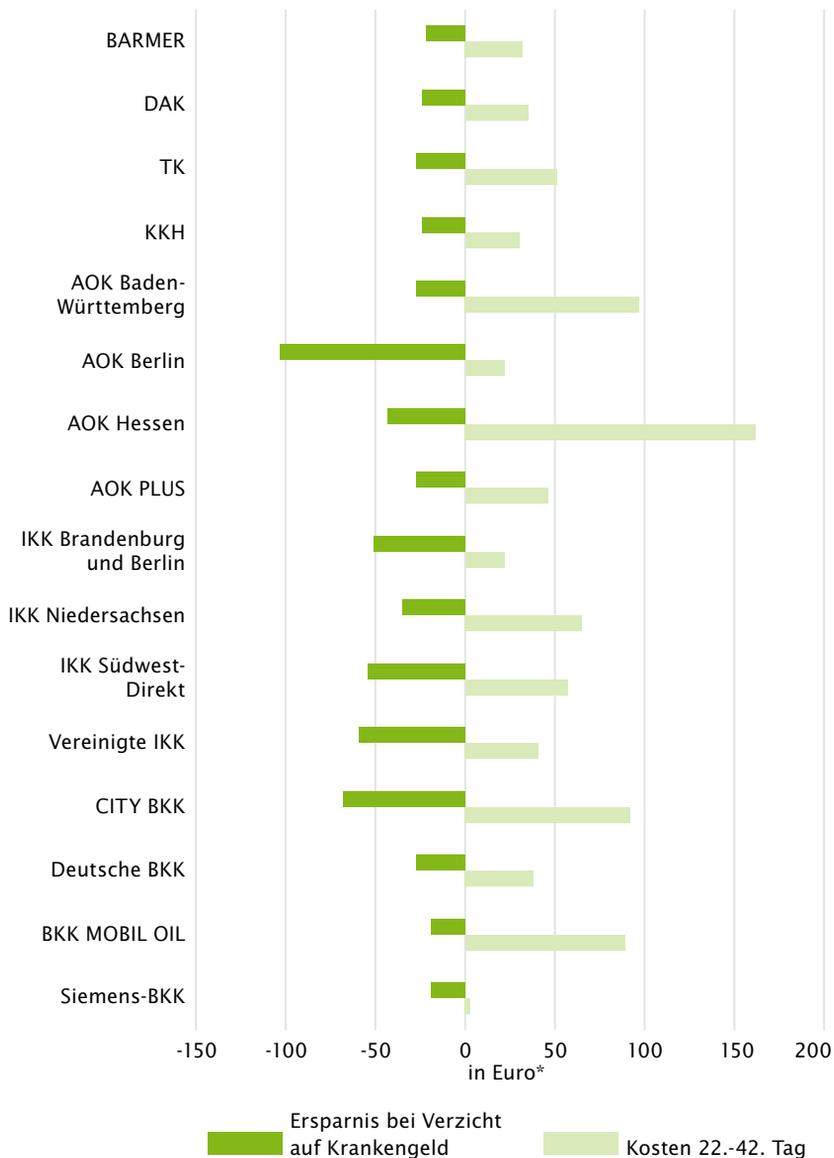
	kein Krankengeld- anspruch (ermäßigter Beitragssatz)	regulärer Anspruch ab dem 43. Tag (allgemeiner Beitragssatz)	vorzeitiger Anspruch ab dem 22. Tag (erhöhter Beitragssatz)
2008 (Spanne)	11,7 - 15,4	12,7 - 17,4	14,7 - 22,4
ab 1. Januar 2009	14,9	15,5	entfallen
ab 1. Juli 2009	14,3	14,9	entfallen

Bei der BARMER waren am 31. Dezember 2008 etwa 160.000 Selbstständige versichert. Mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag waren 12 Prozent, mit Anspruch ab 22. Tag waren 27 Prozent und ohne Anspruch auf Krankengeld waren 61 Prozent versichert. Diese Personen bilden die Grundlage für die nachfolgenden Auswertungen zu den Wahlтарifen ab dem 1. Januar 2009.

Die Abbildung 1 zeigt die Beitragsersparnis bei Verzicht beziehungsweise die Mehrkosten bei früherem Krankengeldanspruch im Vergleich zum Krankengeldanspruch ab dem 43. Tag exemplarisch für jeweils vier Krankenkassen einer Kassenart. Der allgemeine Beitragssatz liegt dabei auf der Nulllinie, die Beitragsersparnis beim Verzicht auf Krankengeld wird durch den linken Balken dargestellt und der erhöhte zusätzliche Beitrag für einen Anspruch ab dem 22. Tag wird durch den rechten Balken abgebildet. Berechnet wurden die Werte für ein beitragspflichtiges Brutto-Einkommen von 2.700 Euro im Monat. Bei Verzicht auf die Leistung Krankengeld schwankte die Ersparnis bei den 16 ausgewählten Krankenkassen zwischen 19 und über 100 Euro pro Monat. Hier liegt der Verdacht der Quersubvention in der Form nahe, dass einzelne Krankenkassen der Personengruppe der Selbstständigen aus Wettbewerbsgründen bei Verzicht auf den Krankengeldanspruch eine günstigere Absicherung als die tatsächliche Ersparnis angeboten haben.

Für einen Krankengeldanspruch ab dem 22. Tag mussten die Versicherten zwischen 3 und 162 Euro zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz zahlen. Auch hier lassen die extremen Spannen für eine vorzeitige Krankengeldabsicherung verschiedene Rückschlüsse zu. Zum einen kann die Beitragssatzspanne beim erhöhten Beitragssatz aufgrund unterschiedlicher Risikostrukturen beispielsweise von virtuellen (online) Krankenkassen mit überwiegend gesunden Versicherten oder von Versorgerkassen mit einer älteren und kränkeren Versichertenklientel entstehen, zum anderen können aber auch hier bewusst günstige oder teure Sätze angeboten worden sein, um für bestimmte Selbstständige attraktiv beziehungsweise nicht attraktiv zu sein.

Abbildung 1: Krankengeldbeiträge vor dem 1. Januar 2009



* berechnet wurden die Beiträge für ein Bruttoeinkommen von 2.700 Euro

Unterstellt man eine kostendeckende Kalkulation des ermäßigten und des erhöhten Beitragssatzes, so müssten sich diese Preisunterschiede auch in den Wahltarifprämien wiederfinden.

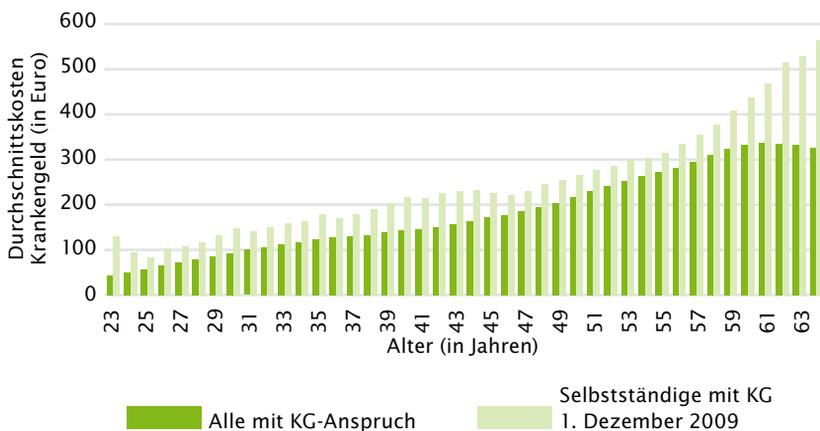
Neuregelung ab dem 1. Januar 2009 – Krankengeld-Wahltarife

Mit dem GKV-WSG wurde der gesetzliche Krankengeldanspruch der Selbstständigen aus dem Leistungskatalog gestrichen. Laut der Begründung im Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (Bundestagsdrucksache 16/3100 vom 24. Oktober 2006) haben Selbstständige oftmals kein Interesse an der Absicherung von Krankengeld. Mit der Einführung von Krankengeld-Wahltarifen sollte den Selbstständigen die Möglichkeit gegeben werden, einen individuellen Krankengeldanspruch zu erlangen, der den Interessen der Selbstständigen Rechnung trägt. Die gesetzliche Regelung gemäß § 53 Absatz 6 SGB V sah vor, dass die Krankenkassen den Selbstständigen ab dem 1. Januar 2009 Krankengeld-Wahltarife anbieten müssen, für die entsprechende Prämien zu zahlen sind. Mit Abschluss eines Krankengeldwahltarifs begann eine dreijährige Bindungsfrist an den Tarif und die Krankenkasse. Mit Ausnahme der Regelung, dass alle Wahltarife aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden mussten, sah das Gesetz keine weitere Konkretisierung zur Tarifkalkulation vor. Die Krankenkassen waren demnach in der Kalkulation der Krankengeld-Wahltarife weitgehend frei.

Bisher wählten nur 39 Prozent der Selbstständigen eine Krankengeldabsicherung. Selbstständige haben generell die Absicherungsmöglichkeit über private Krankentagegeldversicherungen. Diese sind insbesondere dann attraktiv, wenn das Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt und ein höheres Einkommen als das Höchstkrankengeld abgesichert werden soll oder wenn diese Tarife aufgrund von Alter und Gesundheitszustand günstiger als eine Absicherung in der GKV sind. Darüber hinaus gibt es Selbstständige, deren Einkommen beispielsweise aufgrund vertraglicher Gestaltungen auch bei Arbeitsunfähigkeit weitergezahlt wird. Auch die Ersparnis bei Verzicht auf das Krankengeld kann für Versicherte eine Rolle spielen.

Zur Kalkulation der Krankengeld-Wahltarife im Mai 2008 wurden die Ist-Kosten des Jahres 2007 herangezogen. Ermittelt wurden die Krankengeld-Kosten und das jeweilige beitragspflichtige Einkommen nach Alter sowie die bisher bei der BARMER gewählte Krankengeldvariante (ab dem 22. oder dem 43. Tag). Insgesamt lagen die Daten von mehr als 60.000 Selbstständigen für die Kalkulation vor, sodass grundsätzlich eine valide Kalkulation möglich war. Erwartungsgemäß zeigte sich, dass die Kosten ein sehr steiles Altersprofil aufwiesen (siehe Abbildung 2 Kostenprofil).

Abbildung 2: Kostenprofil des Krankengeldes nach dem Alter



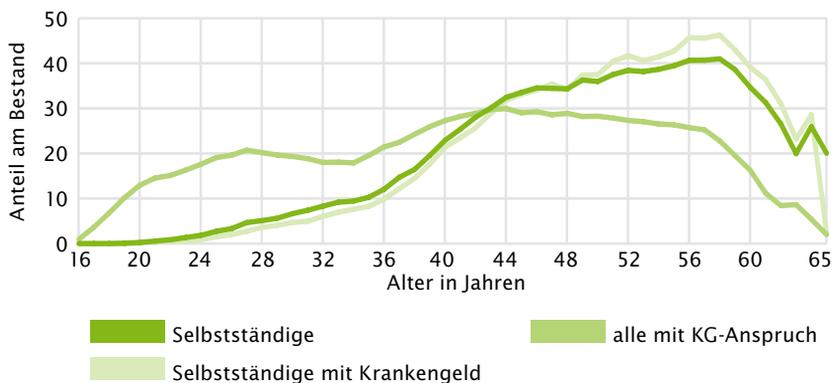
Der Kostenunterschied der Selbstständigen im Vergleich zu allen mit Anspruch auf Krankengeld versicherten Personen ergibt sich aus dem höheren Einkommensniveau der Selbstständigen und den Kosten, die sich aus dem Anspruchsbeginn ab dem 22. Tag ergeben. Diese beiden Faktoren erklären den Kostenunterschied zu allen Krankengeldanspruchsberechtigten in der GKV.

Aus Abbildung 2 wird deutlich, dass ältere Versicherte ab dem 60. Lebensjahr bei kostendeckender Kalkulation je Versichertenjahr sehr hohe Prämien zahlen müssten. Lässt man dagegen das Alter unberücksichtigt und bietet nur einen einheitlichen Tarif an, ergeben sich Wettbewerbsnachteile, die noch detailliert beschrieben werden. Um diese Probleme zu umgehen, bliebe bei der Kalkulation nur die Lösung, sinnvolle Altersklassen zu bilden. Werden sehr kleine Klassen gebildet, bleibt das Problem der deutlich höheren Prämien bei kostendeckender Kalkulation je Klasse in den älteren Jahrgängen bestehen. Wenn die letzte Altersstufe von 60 bis 65 Jahren gebildet wird, wäre der Tarif rein rechnerisch um 30 Prozent teurer als bei einer Kalkulation für die Altersgruppe der 50 bis 65-Jährigen.

Erschwerend kommt hinzu, dass Selbstständige ein hohes durchschnittliches Alter im Vergleich zu anderen Personengruppen aufweisen. Im Normalfall erfolgt zunächst eine Ausbildung, ein Studium oder in handwerklichen Berufen die Meisterprüfung und meist auch mehrere Jahre Berufserfahrung in einem Angestelltenverhältnis. Hinzu kommt, dass der Staat die Selbstständigkeit im Rahmen der Hartz-Gesetze massiv gefördert hat, wodurch auch sehr viele ältere Arbeitslose angesprochen wurden.

Die Abbildung 3 zeigt die Altersverteilungen aller Krankengeldanspruchsberechtigten der GKV und die Gruppe der Selbstständigen sowie der Selbstständigen mit Krankengeldanspruch am 1. Dezember 2008. Es ist erkennbar, dass die Kurve der Selbstständigen mit Krankengeld ab etwa einem Alter von 48 Jahren oberhalb der Kurve aller Selbstständigen liegt. In jüngeren Jahrgängen sind die Selbstständigen deutlich unterrepräsentiert, was zwangsläufig zu einem überproportionalen Anteil bei den Älteren führt.

Abbildung 3: Verteilung der Mitglieder nach dem Alter (in Prozent)



Anmerkung: Die Summe aller Punkte einer Kurve ergibt 100 Prozent.

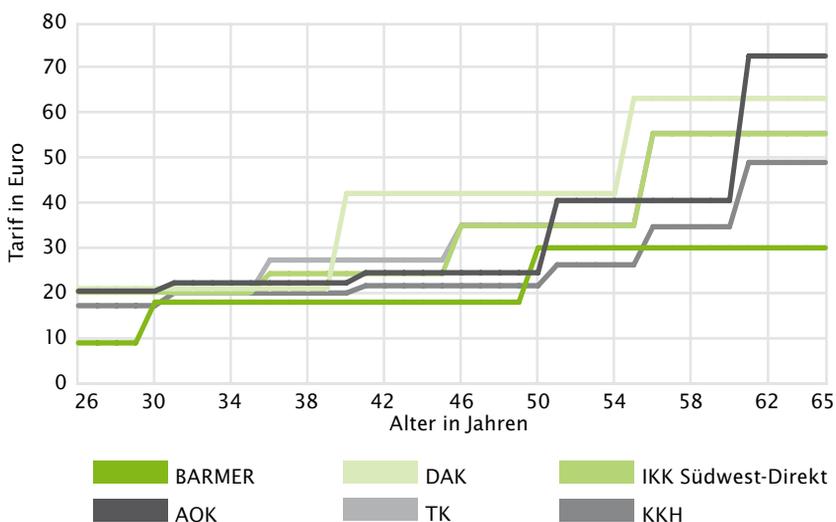
Aus dem höheren Durchschnittsalter folgt in der Kalkulation, dass sich vergleichsweise hohe Prämien ergeben, da das Umlageprinzip (hier junge Versicherte zahlen für ältere Versicherte anstelle von Altersrückstellungen) innerhalb der Tarife nicht greift. Vergleicht man die Altersverteilung der Selbstständigen mit der Altersverteilung der Selbstständigen mit Krankengeldanspruch, wird deutlich, dass die Bereitschaft, Krankengeld abzuschließen, mit zunehmendem Alter ansteigt.

Die Selbstständigen zahlen ihre Beiträge in jüngeren Jahren als Angestellte oder Arbeiter nach dem allgemeinen Beitragssatz und wechseln erst später in die Selbstständigkeit. Bis zum 31. Dezember 2008 erhielten die Krankenkassen für jeden Versicherten mit Anspruch auf Krankengeld Zuweisungen für Krankengeld entsprechend dem Alter und Geschlecht der Versicherten aus dem Risikostrukturausgleich. Mit der gesonderten Absicherung der Personengruppe der Selbstständigen in Krankengeld-Wahltarife nehmen diese auch nicht mehr am übergreifenden Risikoausgleich teil. Das höhere Krankengeldrisiko der Selbstständigen muss stattdessen allein von den Selbstständigen getragen werden.

Einen einzigen altersunabhängigen Tarif zu kalkulieren bedeutet, dass die wenigen jungen Selbstständigen bereits höhere Prämien zahlen müssten. Für große Krankenkassen ergeben sich hieraus zwei Probleme. Zum einen würden sich Versicherte, die sich in jungen Jahren selbstständig machen, besser stellen, wenn sie eine private Krankengeldversicherung abschließen, da bei dieser ihre gesamte Lebensleistung individuell berücksichtigt wird. Zum anderen ist die Klientel bei einigen virtuellen Krankenkassen deutlich jünger, sodass sich bei der Kalkulation eines altersunabhängigen Tarifs niedrigere Sätze ergeben.

Die Kalkulation eines altersunabhängigen Tarifs neben der Kalkulation altersabhängiger Tarife von Konkurrenzkassen würde die Abwanderung von jüngeren Selbstständigen zu Konkurrenzkassen mit günstigeren Absicherungsmöglichkeiten fördern.

Abbildung 4: Tarifvergleich, Krankengeld ab 43. Tag, Auszahlungsbetrag 70 Euro



Ein Vergleich von Tarifen einiger Krankenkassen in Abbildung 4 zeigt, dass es in der Tarifgestaltung bestimmte Gemeinsamkeiten gibt, aber auch große Unterschiede. Grundsätzlich haben die Krankenkassen sich dazu entschieden, Altersklassen zu bilden. Unterschiedlich sind jedoch die gewählten Zuschnitte. Während die BARMER drei Klassen gebildet hat, unterschieden andere Krankenkassen bis zu sechs. Größere Auswirkung hatte die Klassenwahl insbesondere in der ältesten Klasse. Die BARMER wählte die älteste Klasse ab 50 Jahren, andere Krankenkassen boten Tarife ab 55, 56, oder auch 61 Jahren an. Dies führte dazu, dass Wettbewerber für ältere Selbstständige sehr unattraktive Tarife anboten. In der Spitze musste ein Selbstständiger mit 61 Jahren für einen Krankengeldanspruch von 70 Euro ab dem 43. Tag mehr als 70 Euro Prämie im Monat zahlen. Die von der BARMER kalkulierte Prämie für diese Absicherung betrug ab dem 50. Lebensjahr einheitlich 30 Euro. Diese großen preislichen Unterschiede können in der Folge zu Wechselbewegungen insbesondere von älteren Selbstständigen zu Krankenkassen mit günstigeren Angeboten führen. Es besteht die Gefahr, dass der auf den Daten der bisherigen Versicherten kalkulierte Tarif nicht mehr kostendeckend ist, wenn insbesondere Versicherte mit hohem Krankengeldrisiko den Tarif und damit auch die Krankenkasse wechseln. Da alle Krankenkassen kontrahieren müssen, ist der Zugang der Versicherten auch nicht zu steuern und damit nicht kalkulierbar.

Tabelle 2: Tarifgestaltung ab 50. Lebensjahr (in Euro)

	70 Euro Krankengeld pro Tag ab dem 43. Tag		
	50 Jahre	56 Jahre	61 Jahre
AOK Baden-Württemberg	24,50	40,46	72,38
TK	35,00	55,30	55,30
BARMER	30,00	30,00	30,00
DAK	42,00	63,00	63,00
KKH	21,63	34,65	48,86
IKK Südwest Direkt	34,90	55,20	55,20

Quelle: Internetseiten der Krankenkassen

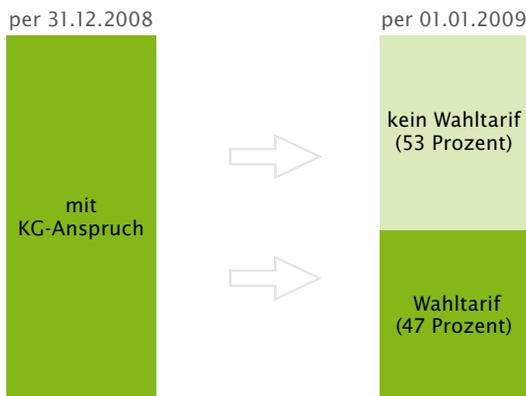
Die Krankenkassen boten sehr unterschiedliche Tarife an, die mehr Wahlmöglichkeiten für die Mitglieder brachten. Neben dem bisherigen Anspruchsbeginn ab dem 22. oder 43. Tag wurden auch Tarife ab dem 15. oder 92. Tag angeboten. Die Techniker Krankenkasse (TK) bot einen Tarif an, der nach oben nicht wie üblich auf 78, sondern auf 26 Wochen begrenzt war. Dieser Tarif deckte Grundrisiken sehr gut ab, jedoch nicht den zwar seltenen, aber teuren Fall einer Langzeiterkrankung. Der Tarif der BARMER ab dem 92. Tag deckte zwar keine Kurzerkrankungen bis zu drei Monaten, dafür aber zu günstigen Konditionen das Risiko einer sehr langen Erkrankung ab. Die DAK erstattete einen Monatsbeitrag zurück, wenn kein Krankengeld bezogen wurde.

Nachteile der neuen Wahlfreiheit sind die dreijährige Bindung an die jeweilige Krankenkasse, die mit dem Abschluss eines Krankengeldwahltarifs verbunden ist, und dass die Tarife einer Krankenkasse nur für die Versicherten der Krankenkasse wählbar sind. Das schränkt die Wahlfreiheit schon wieder deutlich ein, denn wer ansonsten mit seiner Krankenkasse zufrieden ist, dem fällt ein Krankenkassenwechsel mit allen Familienversicherten in der Regel deutlich schwerer.

Die Entscheidungen der Versicherten

In der Regel können die Versicherten frei entscheiden, ob sie einen Wahltarif abschließen oder auf die Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung verzichten. Dabei spielen gewiss auch unterschiedliche Bedürfnisse oder Motive eine zentrale Rolle. Von den Selbstständigen, die vor dem 1. Januar 2009 ohne Krankengeldanspruch versichert waren, haben 95 Prozent keinen Wahltarif abgeschlossen. Das Interesse einer zukünftigen Absicherung ist demnach bei diesem Personenkreis gering. Unterstellt man hieraus ableitend, dass ein Versicherter eine einmal getroffene Entscheidung zunächst beibehält, so scheint die Wahl der Selbstständigen, die bereits in der Vergangenheit mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren, vorhersehbar. Die Abbildung 5 zeigt jedoch, dass nur 47 Prozent einen Wahltarif gewählt haben.

Abbildung 5: Wahlentscheidung der bisher Krankengeld-Versicherten



Die Zahl der Selbstständigen mit Krankengeldanspruch sank zum 1. Januar 2009 also drastisch. Die bereits im Vorfeld getätigte Prämienkalkulation auf Basis aller Versicherten mit Krankengeldanspruch drohte damit in ein Ungleichgewicht zu geraten.

Ein Grund könnte die fehlende Bekanntheit der Leistung „Krankengeld“ sein. Es ist aber auch möglich, dass Versicherte, die in der Vergangenheit noch nie Krankengeld bezogen haben und ihren Gesundheitszustand als gut einstufen, bewusst auf eine Absicherung verzichten, da der Abschluss eines Wahltarifs subjektiv betrachtet keinen zusätzlichen Nutzen bringt. Hierfür spricht auch, dass alle Versicherten, die am 31. Dezember 2008 im Krankengeldbezug waren, ab dem 1. Januar 2009 einen Wahltarif abgeschlossen haben, um die weitere Krankengeldzahlung abzusichern. Auch die Unsicherheit in der aktuellen Wirtschaftskrise könnte das zögerliche Verhalten der Versicherten erklären. Gleichmaßen dürfte die Entscheidung auch von der Tatsache beeinflusst worden sein, dass der Abschluss eines Wahltarifes mit einer Bindungsfrist von drei Jahren an die jeweilige Krankenkasse einhergeht. Dies könnte viele Versicherte zurückschrecken beziehungsweise zunächst

abwarten lassen. Auch die frühzeitig von den Medien angekündigten Veränderungen ab dem 1. August 2009 werden die abwartende Haltung noch verstärkt haben.

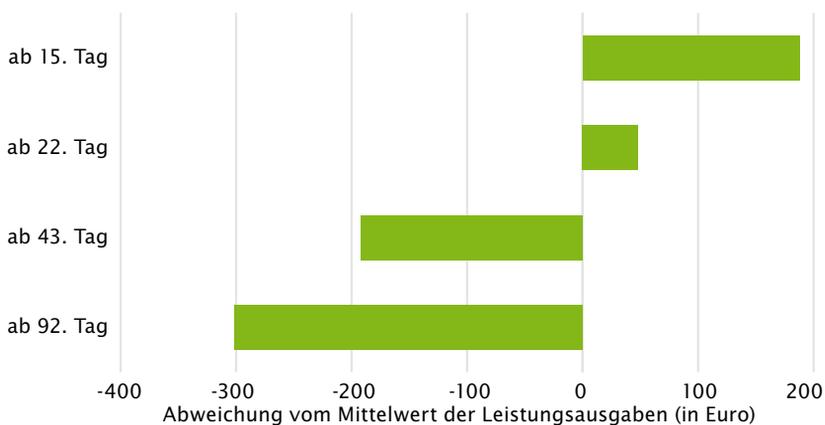
Auf Versicherungsmärkten besteht darüber hinaus generell eine Informationsasymmetrie zwischen Versicherung und Versicherten. Der Versicherte kann sein individuelles Krankengeldrisiko in der Regel besser abschätzen als die Versicherung. Bei einer einheitlichen Prämie, die sich an den Durchschnittskosten aller Versicherten orientiert, ist eine Absicherung für Versicherte mit hohem Krankheitsrisiko in der Regel günstig, während eine Absicherung aus Sicht von Versicherten mit niedrigem Krankheitsrisiko als teuer wahrgenommen wird. In der Folge wird eine deutlich größere Anzahl der Personen mit hohen Risiken eine Absicherung wählen, während Personen mit niedrigen Risiken dazu neigen, andere Absicherungen zu wählen oder auch ganz auf eine Absicherung zu verzichten (siehe dazu Breyer, Zweifel und Kifmann 2004: 185).

Private Krankenversicherungen begegnen dieser Informationsasymmetrie in der Regel durch den Einsatz von Risikoprüfungen (Selbstauskunft, medizinische Auskünfte) und durch die Festlegung risikoäquivalenter Prämien. Diese Möglichkeiten haben die Krankenkassen bei der Kalkulation von Wahlтарifen jedoch aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nicht. Als Informationen stehen den Krankenkassen lediglich Informationen über die bisherige Inanspruchnahme der zuvor mit Anspruch auf Krankengeld Versicherten zur Verfügung. Die BARMER-Auswertung zeigt jedoch, dass sich nicht alle bisher mit Anspruch auf Krankengeld Versicherten für den Abschluss eines Krankengeldwahlтарifs entschieden haben. Während diejenigen, die ein großes Krankengeldrisiko haben, sich für den Abschluss entschieden haben, nimmt eine Vielzahl von Versicherten das Risiko, nicht versichert zu sein, in Kauf oder wählt eine private Absicherung.

Befragungen zum Gesundheitszustand (beispielsweise im soziökonomischen Panel, SOEP) ergaben eine hohe Sicherheit hinsichtlich der

Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands (Paquet 2007). Abbildung 6 veranschaulicht die Auswertungen der Leistungsausgaben im Bereich Krankengeld aus dem Jahr 2007 für diejenigen Versicherten, die einen Wahltarif gewählt haben. Dabei wurde die Abweichung zum Mittelwert betrachtet.

Abbildung 6: Zusammenhang von Tarifwahl und Krankengeldausgaben



Es wird deutlich, dass sich Versicherte mit höheren Krankengeldausgaben in der Vergangenheit verstärkt für Tarife mit einem früheren Krankengeldanspruch entschieden haben. Versicherte mit niedrigeren Ausgaben wählten eher Tarife mit einem späteren Anspruchszeitpunkt. Insbesondere die Begrenzung des Risikos für Nichtversicherte, auch zu einem späteren Zeitpunkt noch einen Wahltarif mit einer Karenzzeit von vier Monaten wählen zu können, erschwert die Kalkulation der Krankenkassen. Aus Sicht der Privaten Krankenversicherung (PKV) ist die Kalkulation von Wahlтарifen in der GKV generell problematisch, da die Prinzipien Einkommensbezug, Solidarprinzip und Kontrahierungszwang in der GKV keinen Schutz vor Selbstselektion bieten (vergleiche Schulze-Ehring und Weber 2007: 8).

Die Kalkulation ist für gesetzliche Krankenkassen aufgrund des Verbots von Risikoprüfungen und Risikozuschlägen schwieriger als beispielsweise die Kalkulation privater Krankentagegeldversicherungen. Erschwerend kommt hinzu, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine Annahmeverpflichtung (Kontrahierung) haben, der keine Abschlussverpflichtung der Versicherten gegenübersteht (vergleiche Weber 2009: 11). Für die Krankenkassen war die Kalkulation der Krankengeld-Wahltarife daher eine Rechnung mit vielen Unbekannten. Ob sich die Tarife der Krankenkassen tatsächlich tragen, wird sich erst zu einem späteren Zeitpunkt zeigen, wenn die Daten über die Einnahmen und Ausgaben vollständig zur Verfügung stehen. Die Erkenntnisse aus diesem Artikel für die Selbstständigen lassen sich auch auf die unständig Beschäftigten sowie die Künstler und Publizisten übertragen.

Neuregelung zum 1. August 2009

Im Rahmen der AMG-Novelle hat der Gesetzgeber auf die Benachteiligung älterer Versicherter durch teure Tarife und die Versorgungslücke durch kleinere Krankenkassen, die entgegen der gesetzlichen Verpflichtung keine Tarife angeboten haben, reagiert und ab 1. August 2009 die Rückkehr zum gesetzlichen Krankengeldanspruch gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes durch eine Wahlerklärung ermöglicht. Die Absicherung des Krankengeldrisikos soll aber auch weiterhin über Krankengeld-Wahltarife möglich sein. Hier ist jedoch die Prämienhöhe unabhängig von Alter, Geschlecht und Krankheitsrisiko zu kalkulieren (Bundestagsdrucksache 16/13428 vom 17. Juni 2009). Die bisherigen Tarife mit Altersstaffelungen entfallen, unterschiedliche Prämien nach Geschlecht oder Gesundheitszustand wurden von den Krankenkassen auch zuvor nicht angeboten.

Hier stellt sich die Frage danach, welche Bedeutung diese neuen Regelungen für die Krankenkassen haben. Die Wahltarife der Krankenkassen müssen künftig mit dem gesetzlichen Krankengeldanspruch zum allgemeinen Beitragssatz ab dem 43. Tag konkurrieren. Während die Krankengeldausgaben nach dem gesetzlichen Anspruch im Rahmen des

Gesundheitsfonds zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden, müssen sich die Krankengeld-Wahltarife auch weiterhin selber tragen. Einen Krankengeldwahltarif ab dem 43. Tag mit einer Prämie oberhalb des allgemeinen Beitragsatzes anzubieten, wird damit unsinnig. Durch das Verbot von Prämienunterschieden nach Alter werden die Krankengeld-Wahltarife ab dem 1. August 2009 im Vergleich zu den bisher bestehenden Wahltarifen zwangsläufig für jüngere Selbstständige teurer und für ältere günstiger.

Während der Abschluss für ältere Versicherte interessanter wird und die Abschlussquote dementsprechend ansteigen dürfte, verschlechtert sich für jüngere Selbstständige die Konkurrenzfähigkeit der Wahltarife im Vergleich zu einer Absicherung in der PKV. Durch die neue gesetzliche Regelung im Rahmen des AMG wird die Solidarität im Bereich der Krankengeldabsicherung weiter ausgehöhlt. Wurde bisher also im Rahmen der gesetzlichen Regelung durch das GKV-WSG toleriert, dass überwiegend Versicherte mit schlechterem Gesundheitszustand ihr Krankengeldrisiko absicherten, während gesündere Versicherte auf den Abschluss eines Wahltarifs verzichteten, wird sich der Trend zu einer Absicherung in der PKV oder zum Verzicht auf Krankengeld bei gesunden Versicherten zwangsläufig verstärken.

Fazit

Die zum 1. Januar 2009 eingeführten und zum 1. August 2009 modifizierten Wahltarife zeigen deutlich, dass die Ausgliederung von Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung gut durchdacht werden muss, da sich in der Umsetzung ansonsten schwerwiegende Folgen für die Versicherten, aber auch für die Krankenkassen ergeben. Die Belastung älterer Versicherter durch hohe Prämien, aber auch die Kalkulationsunsicherheit der Krankenkassen bei gleichzeitigem Kontrahierungszwang und Abschlussfreiheit aufseiten der Versicherten zeigt die Schwächen dieser gesetzlichen Regelung auf. Während die Benachteiligung älterer Versicherter durch die Rückkehroption zum gesetzlichen Krankengeldanspruch zurückgenommen wurde, bleiben die

Kalkulationsschwierigkeiten auch weiterhin bestehen, da die Wahltarife zukünftig mit dem gesetzlichen Anspruch konkurrieren und die Gefahr besteht, dass die Tarife durch das generelle Ansteigen der Beiträge bei jüngeren Versicherten im Vergleich zur PKV nicht konkurrenzfähig sind. Angesichts der historisch bedingten heterogenen Versichertenstruktur sind die Krankenkassen auf versichertenspezifische Zuschnitte der Tarife angewiesen, wenn wie im Falle der Wahltarife kein Ausgleich über den Risikostrukturausgleich erfolgt.

Wie werden die Krankenkassen angesichts des Kontrahierungszwanges – und zwar bei gleichzeitiger Abschlussfreiheit auf Versichertenseite – mit der neuen Aufgabe umgehen? Im Extremfall bestimmt das Angebot die Nachfrage: Als Konsequenz könnten Krankenkassen der Kalkulationsunsicherheit entgehen, indem sie auf Selbstständige mit gesetzlichem Krankengeldanspruch oder mit unversichertem Krankengeldrisiko setzen. Wenn die Krankengeldwahltarifprämien derart hoch kalkuliert werden, dass sie auch für Versicherte mit hohem Krankengeldrisiko unattraktiv sind, werden die Versicherten den gesetzlichen Krankengeldanspruch wählen oder zu kostengünstigeren Wettbewerbern wechseln.

Es zeigt sich, dass die Übertragung von PKV-Elementen auf die GKV ohne entsprechende PKV-Mechanismen wie Gesundheitsprüfung und risiko-äquivalente Beitragsgestaltung zu einer Entsolidarisierung führt. Junge gesunde Versicherte haben in diesem System die Möglichkeit, sich der Solidarität gegenüber kränkeren Versicherten zu entziehen, während die Prämien derjenigen, die eine Absicherung dringend benötigen, ansteigen. Aus diesem Grund sollte grundsätzlich an der Versicherungspflicht, die die Basis eines Solidarsystems bildet, festgehalten werden.

In der Gesundheitspolitik gibt es seit dem GKV-WSG Tendenzen, die beiden Systeme Gesetzliche und Private Krankenversicherung partiell anzugleichen. In der GKV sollen Selbstbehalte, Kostenerstattung, die Krankengeldabsicherung oder die Kostenübernahme von Arzneimitteln besonderer Therapieeinrichtungen den Versicherten über Wahltarife

mehr Wahlmöglichkeiten bieten und damit den Wettbewerb sowohl mit anderen Krankenkassen als auch mit den privaten Versicherungen fördern. Aufseiten der PKV ist das deutlichste Beispiel die Einführung des Basistarifs, der mit dem Leistungsanspruch der GKV vergleichbar und auf den Höchstbeitrag der GKV begrenzt ist. Die Einführung von Wahlтарifen und Basistarif haben jedoch gezeigt, dass sich einzelne Elemente ohne Veränderung der Rahmenbedingungen nur schwer auf das jeweilig andere System übertragen lassen. Mischformen zwischen GKV und PKV funktionieren aufgrund der Systemunterschiede zwischen Solidar- und Äquivalenzprinzip in der Regel nicht.

Literatur

- Breyer, F., P. Zweifel und M. Kifmann (2004): Gesundheitsökonomik. Konstanz und Zürich.
- Paquet, R. (2007): Die janusköpfige Chance. Wahlтарife als Wettbewerbsrisiko für die GKV. In: Gesellschaftspolitische Kommentare. Nummer 4/07. S. 3-6.
- Schulze-Ehring, F., und C. Weber (2007): Wahlтарife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft. WIP-Diskussionspapier. Nummer 4/07.
- Weber, C. (2009): Grundversorgung und Zusatzversicherung. Ein Zukunftsmodell für die Gesundheitspolitik? In: Gesellschaftspolitische Kommentare. Ausgabe 3. S. 8-12.

