



Verbraucherzentrale
Hamburg

Neue Regelungen zum Krankengeld belasten Versicherte unverhältnismäßig

Hintergrundpapier zu den geplanten Maßnahmen des
GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG)

22. Juni 2026

Beschwerde einer Versicherten über Techniker Krankenkasse (TK) im April 2026

„Ich möchte hiermit eine Beschwerde wegen des Verhaltens der TK Sachbearbeiterin [...] einreichen. Ich möchte in der Zukunft weder angerufen, noch weiter betreut werden. Meine Einwilligung, dass die TK mich anrufen darf, nehme ich hiermit bis auf weiteres zurück.

Mich am 18. Tag meines Krankengeldbezuges gegenüber der TK wegen meiner Krankheit derart rechtfertigen zu müssen, meinen Gesundheitszustand und geplante Behandlungen detailliert darlegen zu müssen und von der Sachbearbeiterin hinterfragt zu werden, entspricht zum einen nicht dem von der TK mir per Schreiben zugesagten „Unterstützungsangebot“, zum anderen führt eine derartige Gesprächsführung zu gesundheitlich nachträglichem Stress und gesundheitlichen Schäden.

Ich bin seit Anfang Februar erkrankt. Die Behandlungskosten von mehr als 1000 € der Antibiotikainfusionsbehandlung gegen Borreliose habe ich selbst getragen (...) Ich wurde krankgeschrieben, da meine Hausarztpraxis seit Ende Mai geschlossen ist. [...] legte mir zweimal im Gespräch mit Nachdruck nahe, mit meiner Ärztin die Antragstellung für eine Erwerbsunfähigkeitsrente zu besprechen und beharrte auf diesen Punkt. Zitat „dass, das nicht so weitergehen könne, da ich ja schon 2024 länger erkrankt war und der Krankenkasse durch meine wiederholte Arbeitsunfähigkeit Kosten entstehen“. Meinen Einspruch gegen die von ihr forcierte Vorgehensweise (Antragstellung auf Erwerbsunfähigkeitsrente), dass ich eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Behandlung wünsche und mit großem persönlichen Engagement und großem finanziellen Aufwand meine Genesung aktiv voranbringe, ließ [...] nicht gelten. [...] bestand darauf, dass, obwohl ich noch mitten in der Behandlung bin, zeitnah ein Arztbericht an den Medizinischen Dienst (MD) zu schicken ist, damit dieser einschätzen kann „ob nicht eine Erwerbsunfähigkeitsrente zu beantragen ist“. [...] rügte mich schon vorab bzgl. meiner Mitwirkungspflicht und teilte mir mit, dass die TK nicht die Kosten für den Arztbericht für den MD tragen würde.

Eine Stunde nach dem Gespräch erhielt ich im TK Postfach ein Schreiben mit Mitteilung der Einstellung des Krankengelds, wenn nicht fristgerecht binnen zwei Wochen, ein Arztbericht von mir an den MD geschickt wird. Ich rief daraufhin bei der TK an, um eine längere Frist zu erbitten. Zu dieser Anfrage liegt mir seit mehr als 48 Stunden keine Antwort von der TK vor.

Der Stress durch das Verhalten von [...] führte zu einer eindeutigen Verschlechterung meines gesundheitlichen Zustands, die erarbeiteten Fortschritte wurden wesentlich beeinträchtigt. Symptome von Herzrasen, Kreislaufprobleme und Druck am rechten Ohr, Schwindel sowie anhaltende Geräusche im rechten Ohr traten 2 Stunden nach dem Gespräch mit [...] auf. Deshalb am nächsten Tag Aufsuchen d. Akutsprechstunde bei der Vertretungsärztin meiner Hausärztin. Überweisung von ihr als Hausarztvermittlungsfall an den HNO-Arzt - stationäre Einweisung in die Kardiologie.

Die Vorgehensweise der TK und die dadurch notwendig gewordenen zeitintensiven Arztbesuche haben mich als chronisch Erkrankten eindeutig geschwächt. Es geht mir schlechter als vor dem Anruf der TK bzw. [...], u.a. auch weil ich mich durch die Androhung der Einstellung des Krankengeldes weiterhin existenziell bedroht fühle. Auch vor dem Hintergrund der Einsparungen im öffentlichen Gesundheitswesen ist ein solches Verhalten der TK weder gerechtfertigt noch zielführend. Aufgrund des beschriebenen Vorgangs entstehen der TK nun noch zusätzliche Behandlungskosten von Arztpraxis, Klinik und ggf. eine Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit. Solche Entwicklungen zu vermeiden, sollte eine Priorität für die gesetzliche Krankenkasse sein. Ich würde mir wünschen, dass Sie meine Beschwerde dementsprechend würdigen.“

I. Einleitung

Mit dem geplanten GKV-BStabG (Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung) sind auch mehrere Änderungen beim Krankengeld geplant. Krankengeld ist eine zentrale Lohnersatzleistung der gesetzlichen Krankenversicherung und sichert den Lebensunterhalt von Beschäftigten und anderen Versicherten, wenn sie wegen Krankheit länger arbeitsunfähig sind.

Für Betroffene ist das Krankengeld eine existenzsichernde Leistung. Sie ist die einzige Leistung im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), die den Versicherten direkt zugutekommt, ohne den Umweg über einen Leistungserbringer.

Die Ausgaben für das Krankengeld betragen 2024 insgesamt 6,58 Prozent der gesamten Leistungsausgaben¹. Zum Vergleich: Für die Behandlungen in Krankenhäusern waren es in Summe 33,1 Prozent, für ärztliche Behandlungen 16,1 Prozent und für Arzneimittel 17,4 Prozent. Auch 2025 lag der Anteil des Krankengeldes laut Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) insgesamt lediglich bei 6,4 Prozent.

Zwar sind die Ausgaben für das Krankengeld gestiegen, dennoch ist es kein Kostentreiber. Denn die gestiegenen Kosten liegen vor allem in gestiegenen Löhnen und Gehältern der Versicherten und damit auch in einem höheren Beitragsaufkommen.²

Dennoch sind bei dieser Leistung von Seiten des Gesetzgebers erhebliche Einschnitte geplant. Die vorgesehenen Neuregelungen würden Millionen Versicherte unmittelbar betreffen.

II. Zusammenfassung

Die geplanten Änderungen beim Krankengeld schwächen den sozialen Schutz kranker Menschen, ohne dass eine Missbrauchsproblematik belegbar ist. Zugleich werden die Eingriffsmöglichkeiten der Krankenkassen ausgeweitet.

Das Krankengeld ist eine existenzsichernde Leistung für erwerbstätige Versicherte. Mit einem Anteil von rund 6,5 Prozent an den Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zählt es nicht zu den wesentlichen Kostentreibern. Reformen sollten daher gezielt tatsächlichen Missbrauch verhindern und nicht pauschal zulasten von Versicherten gehen. Besonders kritisch sind diese geplanten Änderungen anzusehen:

¹ https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2025_q4/300dpi_5/GKV-Kennzahlen_Leistungsbereiche_Prozent_2024_300.jpg, abgerufen am 02.06.2026 um 21.38 Uhr

² <https://www.aok.de/pp/gg/daten-und-analysen/krankengeld/>, abgerufen am 15.06.2026 um 11:18 Uhr: „Die Gründe für den Anstieg liegen vor allem in der Entwicklung von Löhnen und Gehältern. Höhere Gehälter führen bis zur Bemessungsgrenze automatisch zu höheren Krankengeldzahlbeträgen pro Tag“, erklärt Reinhard Schwanke, Experte im AOK-Bundesverband.“ ... Das Krankengeld war bei der Gründung der GKV im Jahr 1883 die erste und zentrale Leistung, damit kranke Arbeiter nicht direkt in die Mittellosigkeit fielen. Die Regelung trat am 1. Dezember 1883 in Kraft und war Teil des ersten Sozialversicherungssystems weltweit, das auf Solidarität basierte. Die Leistung soll Versicherte in die Lage versetzen, trotz Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausbehandlung oder bestimmter stationärer medizinischer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen ihren Lebensunterhalt zu bestreiten.“

- **Versichertenschutz und Datenschutz:** Krankenkassen sollen Versicherte künftig im Krankheitsfall ohne vorherige Einwilligung kontaktieren dürfen. Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen jedoch, dass telefonische Kontakte häufig Drucksituationen erzeugen und zu problematischen Datenerhebungen führen können. Schutzregelungen, die erst 2021 (§ 275 Absatz 1b SGB V) bewusst eingeführt wurden, würden damit wieder ausgehebelt.
- **Kürzung des Krankengeldes bei Jobverlust:** Wer während einer Arbeitsunfähigkeit seinen Arbeitsplatz verliert, soll künftig geringere Leistungen erhalten. Ein Missbrauchsproblem ist nicht belegt: Versicherte schreiben sich nicht selbst krank; der Medizinische Dienst äußert nur in einem kleinen Teil der Fälle Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit – und arbeitsunfähige Menschen können sich gerade nicht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stellen.
- **Teilkrankengeld:** Die Möglichkeit einer schrittweisen Rückkehr in den Beruf ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings wird ein teilweiser Krankengeldbezug voll auf die maximale Bezugsdauer von 78 Wochen angerechnet. Dadurch verkürzt sich die Leistungsdauer faktisch, was die Attraktivität des Modells erheblich mindert.
- **Ältere Erwerbstätige:** Künftig sollen Bezieherinnen und Bezieher höherer Teilrenten vom Krankengeld ausgeschlossen werden. Dabei arbeiten viele Rentnerinnen und Rentner aus finanzieller Notwendigkeit weiter. Die Neuregelung führt zu einer sozialpolitisch schwer nachvollziehbaren Ungleichbehandlung.
- **Selbstständige:** Die Reform nutzt nicht die Chance, Selbstständige automatisch gegen Verdienstaufbruch aufgrund von Krankheit abzusichern. Viele wissen nicht, dass sie ohne eine gesonderte Wahlerklärung keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Die bestehende Versorgungslücke bleibt damit bestehen. Im Gegenteil – eine nicht zielführende Wartezeit wird eingefügt.

Fazit: Die geplante Reform behauptet Probleme, mit deren vorgeblicher Lösung sie aber neue Risiken für kranke Menschen schafft. Erforderlich sind Nachbesserungen zugunsten von Versichertenschutz und sozialer Sicherheit.

Die Verbraucherzentrale Hamburg fordert daher:

- **Beibehaltung der Einwilligungspflicht** bei der Kontaktaufnahme durch Krankenkassen;
- **keine Kürzung des Krankengeldes** bei Verlust des Arbeitsplatzes während einer Arbeitsunfähigkeit;
- **anteilige Anrechnung** beim Teilkrankengeld statt einer vollen Anrechnung auf die Bezugsdauer;
- **Erhalt des Krankengeldanspruchs** für arbeitende Rentnerinnen und Rentner;
- **automatische Absicherung von Selbstständigen** mit Krankengeld.

III. Geplante Maßnahmen im Detail

1. Neufassung des Beratungs- und Unterstützungsangebots (§ 44 SGB V)

- **Bisherige Regelung:** Krankenkassen benötigen für eine telefonische Kontaktaufnahme die ausdrückliche schriftliche oder elektronische Einwilligung der Versicherten.
- **Geplante Regelung:** Krankenkassen sollen Versicherte auch ohne vorherige Einwilligung kontaktieren dürfen.

Es war eine wichtige Errungenschaft des Jahres 2021, die Möglichkeiten der Krankenkassen einzuschränken, telefonisch Kontakt zu arbeitsunfähig erkrankten Versicherten aufzunehmen und sie unter Druck zu setzen. Tatsächlich versuchen Krankenkassen aus unserer Sicht immer wieder, telefonisch Kontakt mit ihren Versicherten herzustellen und sie im Gespräch zu „übereinnahmen“, um an Informationen zu gelangen. Dabei entsteht zumindest indirekt der Eindruck, die Betroffenen stünden unter Generalverdacht, zu Unrecht Krankengeld zu beziehen – entweder weil sie gar nicht krank seien oder eigentlich bereits in die Rente gehörten.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Prof. Ulrich Kelber, berichtete 2020 über unzulässige Datenerhebungen bei Versicherten (siehe Anhang) und konnte im 30. Tätigkeitsbericht 2021 (siehe Anhang) über den Erfolg der gesetzlichen Änderungen berichten.

Seither haben überraschende telefonische Anfragen bei arbeitsunfähigen Versicherten deutlich abgenommen. Auch werden kaum noch Fragebögen zur Arbeitsplatzbeschreibung mit der Bitte um Beantwortung an die Krankenkasse verschickt. Stattdessen werden diese überwiegend korrekt mit einem Umschlag für den Medizinischen Dienst (MD) versandt, sodass Versicherte ihre Angaben direkt an den MD übermitteln können. Denn die Krankenkassen verfügen nicht über die fachliche Kompetenz zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit; diese liegt ausschließlich beim Medizinischen Dienst.

Statt die beiden einzigen zulässigen Fragen – ob eine Wiederaufnahme der Arbeit absehbar ist und welche diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen einer Rückkehr an den Arbeitsplatz entgegenstehen – grundsätzlich schriftlich zu stellen, erhalten Versicherte beispielsweise von der Techniker Krankenkasse (TK) zunächst ein Schreiben mit der Aufforderung: „Wir möchten mit Ihnen telefonieren.“ Lassen sich ahnungslose Versicherte darauf ein, wird im Gespräch häufig versucht, mehr Informationen zu erhalten als gesetzlich erlaubt ist. Besonders problematisch ist, dass dem Schreiben lediglich eine Einwilligungserklärung für die telefonische Kontaktaufnahme beiliegt; eine Möglichkeit zur Ablehnung ist nicht vorgesehen – eine Form des „Nudging“. Erst wenn Versicherte sich darauf nicht einlassen, werden ihnen die Fragen schriftlich gestellt – gerne auch schon vor Ablauf der sechswöchigen Entgeltfortzahlung und mitunter mehrfach. Die Schreiben sind dabei häufig so formuliert, dass Versicherte den Eindruck gewinnen, sie könnten durch „kooperatives“ Verhalten eine Einschaltung des Medizinischen Dienstes vermeiden.

Schon hier zeigt sich, dass versucht wird, die gesetzgeberische Intention hinsichtlich der Kontaktaufnahme zu unterlaufen.

Es gibt noch eine weitere Möglichkeit für Krankenkassen, Versicherte telefonisch zu erreichen: das Beratungs- und Unterstützungsangebot nach § 44 Abs. 4 SGB V. Dieser Absatz wurde 2015 als Anspruch der Versicherten eingeführt. Zwar gehört die Beratung der Versicherten bereits nach § 1 SGB V zu den Aufgaben der Krankenkassen, und ein Krankengeldfallmanagement existierte schon zuvor. § 44 Abs. 4 SGB V setzt diesem jedoch Grenzen und schafft einen datenschutzrechtlichen Rahmen. Maßnahmen und die dafür erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information und mit Einwilligung der Versicherten erfolgen.

Nach dem Kabinettsentwurf soll § 44 Abs. 4 SGB V nun grundlegend geändert und Reformvorschlag Nr. 54 umgesetzt werden. Künftig sollen Krankenkassen Versicherte ohne vorherige Einwilligung kontaktieren dürfen. Sie sollen lediglich in „geeigneter Weise“ über ihr Recht informiert werden, einer weiteren Kontaktaufnahme zu widersprechen. Dabei wird offensichtlich nicht berücksichtigt, wie Krankenkassen solche Vorschriften in der Praxis handhaben. Die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme wurden 2021 aus guten Gründen in § 275 SGB V eingeschränkt. Nun drohen diese Beschränkungen über § 44 SGB V in verschärfter Form wieder aufgehoben zu werden. Aus einem Anspruch der Versicherten würde ein Anspruch der Krankenkassen. Es ist zudem völlig unklar, wie die Krankenkassen über das Widerspruchsrecht informieren werden. Unsere Beratungserfahrungen lassen hier das Schlimmste befürchten. Versicherten wird Angst gemacht, eine existenzsichernde Leistung zu verlieren, und sie werden als Belastung für die Solidargemeinschaft dargestellt.

Die Begründung der Kommission, die Einholung einer ausdrücklichen Einwilligung verursache einen hohen administrativen Aufwand und Verwaltungskosten, halten wir für nicht überzeugend. Vielfach erfolgt die Kommunikation bereits papierlos über Apps. Zudem ließe sich das Beratungsangebot problemlos mit dem Bescheid über die Krankengeldberechnung oder einem Schreiben nach § 275 Abs. 1b SGB V verbinden.

Auch wenn sich naturgemäß eher Menschen mit Beschwerden an uns wenden als solche, die ihre Krankenkasse loben, fällt auf, dass nahezu ein Viertel unserer Beratungen zum Krankengeld erfolgt. Viele erkrankte Menschen sind zutiefst verunsichert, kennen ihre Rechte und Pflichten nicht und haben den Eindruck, dass die Krankenkassen sie bewusst im Unklaren lassen und ihnen immer wieder vermitteln, dass ihr Krankengeldanspruch gefährdet sein könnte.

2. Herabsetzung des Krankengeldes

- **Bisherige Regelung:** Wer während einer Arbeitsunfähigkeit seinen Arbeitsplatz verliert, etwa durch Auslaufen einer Befristung oder eine Kündigung, erhält weiterhin Krankengeld in unveränderter Höhe.
- **Neue Regelung:** Endet das Beschäftigungsverhältnis während einer Arbeitsunfähigkeit, wird das Krankengeld gekürzt.

Damit wird eine zentrale Schutzfunktion des Krankengeldes geschwächt. Menschen, die krank sind und gleichzeitig ihren Arbeitsplatz verlieren, sollen künftig geringere Leistungen erhalten – ausgerechnet in einer Phase, in der sie besonders schutzbedürftig sind.

Die Finanzkommission Gesundheit begründet die Neuregelung mit möglichen Fehlanreizen. Sie unterstellt, Versicherte könnten sich krankschreiben lassen, um anstelle von Arbeitslosengeld das höhere Krankengeld zu beziehen. Diese Annahme überzeugt jedoch aus mehreren Gründen nicht.

Versicherte schreiben sich nicht selbst krank. Die Arbeitsunfähigkeit wird von Ärztinnen und Ärzten festgestellt. Deren Beurteilung in Zweifel zu ziehen und ihnen zu misstrauen, würde letztlich auch die gesamte AU-Bewertung durch behandelnde Ärzte herabwürdigen. Bestehen Zweifel, können die Krankenkassen jederzeit den Medizinischen Dienst einschalten.

Auch die Daten sprechen gegen einen systematischen Missbrauch. Nach Angaben des MD Bund³ wurde lediglich in 6,3 Prozent der Fälle empfohlen, die Arbeitsunfähigkeit nicht weiter anzuerkennen. Dabei handelt es sich um eine Minderheit. Zudem beziehen sich diese Zahlen nicht speziell auf Versicherte, die während ihrer Erkrankung ihren Arbeitsplatz verlieren.

Hinzu kommt, dass Arbeitslose grundsätzlich arbeitsfähig sind und sich um eine neue Beschäftigung bemühen können. Menschen im Krankengeldbezug können dies gerade nicht – sonst wären sie nicht arbeitsunfähig. Der behauptete Fehlanreiz ist daher nicht belegt. Die Kürzung trafe nicht missbräuchliche Leistungsbezüge, sondern Menschen, die sich in einer gesundheitlich und wirtschaftlich besonders belastenden Situation befinden.

Hinzu kommt, dass das Krankengeld in Deutschland mit 70 Prozent des Arbeitsentgelts bereits unter dem Niveau fast aller Vergleichsländer liegt; lediglich Finnland weist ein niedrigeres Niveau auf. Darauf verweist der Abschlussbericht zum Teilkrankengeld des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2018 (S. 153)⁴.

Die Neuregelung belastet somit Menschen, die krank sind und gleichzeitig ihren Arbeitsplatz verlieren. Zudem bestehen Zweifel an ihrer rechtlichen Bewertung. Alle Betroffenen sind arbeitsunfähig und haben einen vergleichbaren Bedarf, würden künftig aber unterschiedlich hohe Leistungen erhalten. Damit wird die Arbeitslosigkeit sanktioniert und nicht ein nachgewiesener Missbrauch des Krankengeldes.

3. Teilarbeitsunfähigkeit / Teilkrankengeld

- **Bisherige Regelung:** Wer seine Arbeit nur teilweise oder nur einzelne Tätigkeiten ausüben kann, gilt insgesamt als arbeitsunfähig.
- **Neue Regelung:** Künftig soll es Abstufungen geben. Wer zu 25, 50 oder 75 Prozent arbeitsunfähig ist, kann anteilig Krankengeld beziehen und zugleich im entsprechenden Umfang weiterarbeiten und Arbeitsentgelt erhalten.

Vergleichbare Regelungen gibt es bereits in anderen Ländern. Auch für Deutschland wurde 2018 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ein entsprechender Bericht vorgelegt.⁵

Problematisch erscheint allerdings die Ausgestaltung im Kabinettsentwurf. Zwar soll ein anteiliger Bezug von Krankengeld möglich sein, bei der Bezugsdauer ist jedoch keine anteilige Anrechnung vorgesehen. Wer beispielsweise zu 50 Prozent arbeitet und zu 50 Prozent Krankengeld bezieht,

³ https://www.medicinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/16_Zahlen_Daten_Fakten/2024_Zahlen-Daten-Fakten.pdf Seite 4, abgerufen am 15.06.2026 um 12:09 Uhr

⁴ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Abschlussbericht_Teilkrankengeld_IGES.pdf, abgerufen am 02.06.2026 um 21.30 Uhr

⁵ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Abschlussbericht_Teilkrankengeld_IGES.pdf, abgerufen am 02.06.2026 um 21.30 Uhr

verbraucht dennoch einen vollen Tag seines auf maximal 78 Wochen begrenzten Anspruchs auf Krankengeld.

Damit würde sich der Zeitraum, in dem Krankengeld bezogen werden kann, faktisch verkürzen. Schon deshalb könnten viele Versicherte von der neuen Möglichkeit keinen Gebrauch machen. Ein teilweiser Bezug von Krankengeld sollte auch nur anteilig auf die maximale Bezugsdauer angerechnet werden.

4. Krankengeldausschluss bei Altersrente

- **Bisherige Regelung:** Wer arbeitet und seine Altersrente nur zu 99,9 Prozent bezieht, ist weiterhin mit Krankengeld versichert.
- **Neue Regelung:** Der Bezug einer Altersrente von mehr als zwei Dritteln führt zum Ausschluss vom Krankengeld.

Die Regelung des § 50 SGB V sollte ursprünglich den gleichzeitigen Bezug von Leistungen verhindern, die demselben Zweck dienen, nämlich dem Ersatz von Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen.

Schon diese Regelung erscheint jedoch nicht mehr zeitgemäß. Oft reichen Renten heute nicht aus und liegen im Bereich des Bürgergeldes oder sogar darunter: Männer (Neuzugang): erhalten im Schnitt etwa 1.295 Euro, Frauen (Neuzugang): erhalten im Schnitt etwa 863 Euro; Regelaltersrente (ohne lange Beitragsjahre): liegt bei rund 743 Euro. Viele Rentnerinnen und Rentner arbeiten weiter, weil sie auf das zusätzliche Einkommen angewiesen sind. Müssen sie künftig auf mehr als ein Drittel ihrer Rente verzichten, um weiterhin gegen den Verdienstausfall bei Krankheit abgesichert zu sein, sind sie gezwungen, noch mehr zu arbeiten, um ihren Lebensunterhalt zu sichern.

Dies benachteiligt insbesondere diejenigen, die ihre Altersvorsorge im Wesentlichen auf die gesetzliche Rente gestützt haben. Wer dagegen über Mieteinnahmen, Kapitalerträge oder andere Einkünfte verfügt, ist von dieser Problematik weniger betroffen.

Hinzu kommt, dass Rentnerinnen und Rentner, die ihre Altersrente nur zu 99,9 Prozent beziehen, weiterhin Beiträge zur Rentenversicherung entrichten. Sie erhalten damit einerseits eine Absicherung im Krankheitsfall über das Krankengeld und erwerben andererseits zusätzliche Rentenansprüche, was durchaus erwünscht sein kann. Vollrentnerinnen und Vollrentner haben zwar keinen Anspruch auf Krankengeld, zahlen dafür aber auch keine Beiträge mehr zur Rentenversicherung.

5. Wahlerklärung für Selbstständige

- **Bisherige Regelung:** Freiwillig Versicherte sind grundsätzlich ohne Krankengeld versichert. Sie können die Leistung aber beziehen, wenn sie eine sogenannte Wahlerklärung abgeben.
- **Neue Regelung:** Ein Anspruch auf Krankengeld entsteht grundsätzlich erst nach einer Wartefrist von drei Monaten.

Die Finanzkommission Gesundheit begründet ihren Reformvorschlag damit, dass eine Wahlerklärung bislang auch noch kurz vor einer absehbaren Arbeitsunfähigkeit – etwa vor einer geplanten Operation – abgegeben werden kann. Dadurch könnten Fehlanreize entstehen und das Solidarprinzip belastet werden. Deshalb empfiehlt die Kommission, Selbstständige grundsätzlich mit Krankengeld zu versichern und zugleich eine Verzichtsmöglichkeit sowie eine Wartezeit vorzusehen. Zahlen darüber, ob die bisherige Regelung tatsächlich in relevantem Umfang genutzt wird, liegen allerdings nicht vor.

Die vorgesehene Wartezeit dürfte zudem kaum geeignet sein, ein solches Verhalten wirksam zu verhindern. Wer beispielsweise eine elektive Knieoperation plant, könnte die dreimonatige Frist einfach abwarten und anschließend Leistungen beziehen. Die Wartezeit würde ihren Zweck somit verfehlen.

Eine Ausnahme soll lediglich für Unfälle gelten. Solche Ausnahmen sind von den privaten Versicherungen bekannt: Sie betreffen sehr unwahrscheinliche Risiken und dienen häufig eher als Verkaufsargument denn als tatsächlicher Mehrwert für Versicherte. Für eine Sozialversicherung erscheint ein solcher Ansatz wenig überzeugend.

Viel wichtiger ist die Absicherung von Selbstständigen, die unerwartet einen Herzinfarkt, einen Schlaganfall oder eine andere schwere Erkrankung erleiden.

Der Kabinettsentwurf greift den Vorschlag der Finanzkommission nur teilweise auf. Künftig soll zwar eine Wartezeit von drei Monaten gelten, an der bisherigen Konstruktion wird jedoch festgehalten: Selbstständige müssen weiterhin aktiv eine Wahlerklärung abgeben, um einen Anspruch auf Krankengeld zu erwerben.

Gerade darin liegt aus unserer Sicht ein Problem. Viele Selbstständige wissen gar nicht, dass sie ohne eine solche Wahlerklärung keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Zwar zahlen sie einen ermäßigten Beitragssatz von 14 Prozent, häufig ist ihnen jedoch nicht bewusst, dass der niedrigere Beitrag mit einem geringeren Versicherungsschutz verbunden ist. Für lediglich 0,6 Prozentpunkte mehr könnten sie sich gegen den Verdienstaustausch bei Krankheit absichern.

Bei einem Verdienst an der Beitragsbemessungsgrenze von 5.812,50 Euro im Jahr 2026 entspricht dies einem zusätzlichen Beitrag von lediglich 34,88 Euro im Monat. Es ist ein Paradebeispiel für eine gute Versicherung: Mit einem vergleichsweise geringen Beitrag lassen sich existenzbedrohende Risiken absichern.

Schätzungen zufolge verfügen nur wenige gesetzlich krankenversicherte Selbstständige über einen Krankengeldanspruch. Dabei stellt das Krankengeld eine wichtige Form der Existenzsicherung dar, auf die gerade Selbstständige im Krankheitsfall angewiesen sein können. Der Kabinettsentwurf nutzt daher die Gelegenheit nicht, alle Selbstständigen in diese wichtige Form der Existenzsicherung einzubeziehen.

IV. Anhang

29. Tätigkeitsbericht 2020 des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die

Informationsfreiheit (Anlage 7.15, Seite 80): „Für generell unzulässig erachte ich (fern-)mündliche Versichertenanfragen. An mich gerichtete Versichertenbeschwerden zeigen, dass insbesondere die telefonischen Versichertenanfragen von einigen Krankenkassen wiederholt zu unkontrollierten, teilweise druckerhöhenden Datenerhebungen genutzt werden. Mir wurde von unzulässigen Fragen zur gesundheitlichen und familiären Situation, sozialen Problemen oder Details aus Reha- oder Krankenhausentlassungsberichten sowie den Überredungsversuchen zu einem Krankenkassenwechsel berichtet.“

30. Tätigkeitsbericht 2021 des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die

Informationsfreiheit (Anlage unter 5.11, Seite 54): „Nunmehr hat der Gesetzgeber mit einer Ergänzung des § 275 SGB V durch das am 20. Juli 2021 in Kraft getretene GVWG meine seit Jahren vertretene restriktive Rechtsauffassung zu den Datenerhebungsbefugnissen der Krankenkassen bestätigt. Der neu eingefügte Abs. 1b konkretisiert die Datenerhebungsbefugnisse im Vorfeld einer MD-Beauftragung und beschränkt sie durch eine abschließende Aufzählung. So dürfen Krankenkassen für den Zweck der Feststellung, ob bei Arbeitsunfähigkeit eine gutachtliche Stellungnahme des MD einzuholen ist, im jeweils erforderlichen Umfang grundsätzlich nur die bereits nach § 284 Abs. 1 SGB V rechtmäßig erhobenen und damit bereits vorliegenden versichertenbezogenen Daten verarbeiten. Sollte die Verarbeitung bereits bei den Krankenkassen vorhandener Daten für die Beurteilung, ob der MD zur Prüfung der Arbeitsunfähigkeit eingeschaltet werden soll, nicht ausreichen, dürfen die Krankenkassen gemäß § 275 Abs. 1b S. 2 SGB V abweichend vom oben Ausgeführten bei den Versicherten nur versichertenbezogene Angaben →→ dazu, ob eine Wiederaufnahme der Arbeit absehbar ist und gegebenenfalls zu welchem Zeitpunkt eine Wiederaufnahme der Arbeit voraussichtlich erfolgt, und →→ zu konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit entgegenstehen, im jeweils erforderlichen Umfang erheben und verarbeiten. Auch auf meine erheblichen datenschutzrechtlichen Bedenken im Hinblick auf die von diversen Krankenkassen praktizierten telefonischen Versichertenanfragen, die teilweise unzulässige Fragen nach gesundheitlichen, sozialen oder familiären Problemen beinhalteten und unzulässigen Druck auf arbeitsunfähige Versicherte ausübten (vgl. ebenfalls 29. TB, Nr. 7.15), hat der Gesetzgeber reagiert. Nach § 275 Abs. 1b S. 3 SGB V dürfen Krankenkassen die oben genannten zulässigen Angaben nach einer absehbaren Arbeitswiederaufnahme sowie konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei den Versicherten grundsätzlich nur schriftlich oder elektronisch erheben. Eine telefonische Erhebung ist nur zulässig, wenn die Versicherten in die telefonische Erhebung zuvor schriftlich oder elektronisch eingewilligt haben. Die Krankenkassen haben jede telefonische Erhebung beim Versicherten zu protokollieren. Hierauf und insbesondere auf das Auskunftsrecht nach Art. 15 DSGVO sind die Versicherten hinzuweisen. Ich begrüße die gesetzlichen Klarstellungen ausdrücklich und werde im kommenden Berichtszeitraum mein Augenmerk auf die gesetzeskonforme Umsetzung der Vorgaben durch die Krankenkassen richten.“

Impressum

Herausgegeben von:

Verbraucherzentrale Hamburg e.V.

Kirchenallee 22, 20099 Hamburg

T +49 24832-0

info@vzhh.de

vzhh.de

Für den Inhalt verantwortlich:

Abteilung Gesundheit und Patientenschutz

Yvonne Vollmer

patientenschutz@vzhh.de

Stand:

Juni 2026