

Deutscher Bundestag Drucksache 18/6364

18. Wahlperiode 14.10.2015

Antrag

der Abgeordneten Harald Weinberg, Matthias W. Birkwald, Sabine Zimmermann (Zwickau), Klaus Ernst, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Azize Tank, Birgit Wöllert, Kathrin Vogler, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge - Doppelverbeitragung vermeiden

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Mit den durch die rot-grüne Bundesregierung seit der Jahrtausendwende eingeleiteten Reformen wurde ein fundamentaler Kurswechsel in der Alterssicherungspolitik vollzogen. Ziel der Reformen war nicht mehr, den erarbeiteten Lebensstandard im Alter durch die gesetzliche Rentenversicherung sicherzustellen, sondern den Anstieg des Beitragssatzes bis zum Jahr 2030 auf höchstens 22 Prozent zu begrenzen. Als unmittelbare Folge dieser Entscheidung sinkt seitdem das Rentenniveau kontinuierlich. Um den Rückgang des Sicherungsniveaus der gesetzlichen Rentenversicherung annähernd kompensieren zu können, besteht die Notwendigkeit der zusätzlichen privaten und betrieblichen Vorsorge. Diese subventioniert der Staat über Zulagen und Steuervergünstigungen jährlich mit Milliardenbeträgen. *Warum steckt der Staat die jährlichen Milliardenbeträge nicht einfach direkt in die gesetzliche Rentenversicherung und verhindert so, dass Beteiligte (AG) an den Vergünstigungen teilhaben, die sie gar nicht benötigen. Man wird den Gedanken nicht los, dass es auch der Umverteilung von unten nach oben dient.*

Dabei hat sich jedoch gezeigt, dass die Ausweitung der betrieblichen Altersversorgung durch die Entgeltumwandlung über Direktversicherungen und andere Durchführungswege ein schlechtes Geschäft für die Versicherten war und ist.

Es gibt 2 Grundformen der betrieblichen Altersvorsorge

Grundform 1 Direktversicherung mit Versorgungszusage mit Zahlung einer „Rente“ nach Ausscheiden aus dem Arbeitsleben; über Untervarianten mit/ohne Entgeltumwandlung kenne ich mich nicht aus (deswegen keine Detaillierung)

Grundform 2 Direktversicherung mit Kapitallebensversicherung mit den 3 Untervarianten: **a)** Entgeltumwandlung aus dem Brutto-Entgelt **b)** Entgeltumwandlung aus dem Netto-Entgelt **c)** zusätzliches Arbeitsentgelt und keine Entgeltumwandlung
Aufgrund der hohen Kostenbelastung u. a. durch Abschluss- und Bestandsprovisionen sind die Altersvorsorgeprodukte nicht nur ineffizient und intransparent, auch die erhofften Erträge bleiben aus.

Vor allem sind sie intransparent; der „prognostizierte“ Kapitalwert für den Lebensfall wurde bei mir auf ca. 2/3 geschrumpft (ca. 50 TEUR). Die Kontrolle der Versicherungswirtschaft wurde besser, reicht aber immer noch nicht. Z.B. wurde der Wechsel auf den Euro von der Allianz genutzt, um die garantierte Überschussbeteiligung um ca. 5 TEUR zu kürzen (das ist Betrug).

Hinzu kommen die Risiken der Kapitalmärkte und die anhaltende Niedrigzinsphase. Die Entgeltumwandlung führt außerdem dazu, dass die Einnahmehasis der gesetzlichen Rentenversicherung geschmälert wird und somit die späteren Rentenansprüche für alle Versicherten niedriger ausfallen werden. Für die betriebliche Altersvorsorge schätzt die Bundesregierung die Beitragsausfälle in der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2015 auf etwa drei Milliarden Euro jährlich (BT-Drs. 18/4557, Frage 1). Hinzu kommen beträchtliche Steuerausfälle.

Also was soll dieser ganze blödsinnige und undurchschaubare Verschiebehahnhof; jenen, den es angeblich helfen sollte, hat es am wenigsten genutzt.

Zugleich wurde das Vertrauen der Versicherten in die betriebliche Altersversorgung weiter beschädigt. Denn seit dem 1. Januar 2004 unterliegen die aus einer Direktversicherung als Kapitallebensversicherung erbrachten Versorgungsbezüge wie alle Leistungen der betrieblichen Altersversorgung der vollen Beitragspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 248 SGB V), die von den Rentnerinnen und Rentnern alleine zu tragen ist (§ 250 Abs. 1 SGB V).

Das behaupten die GKV in betrügerischer Weise und werden dabei vom seit 1.11.2004 mit einem rechtsbeugenden Vorsitzenden Richter besetzten 12. Senat des BSG, bzw. den „untergeordneten“ SG und LSG, die ihre im GG verankerte

*Aufgabe der unabhängigen Rechtsprechung aus Karrieregeilheit verweigern, unterstützt. Die Formulierung „die aus einer Direktversicherung als Kapitallebensversicherung erbrachten Versorgungsbezüge“ offenbart die Rechtsbeugung: aus Kapitallebensversicherungen kommen keine laufenden Versorgungsbezüge, sondern einmalige Kapitalleistungen heraus (**Grundform 2**); und wenn Versorgungsbezüge heraus kommen, sind es keine Kapitallebensversicherungen (**Grundform 1**). Kapitalauszahlungen aus Lebensversicherungen sind die Auszahlung von Eigentum und werden auch durch ständige Wiederholung nicht zu Versorgungsbezügen (das ist die rechtsbeugende Gleichsetzung der **Grundformen 1 und 2**, s.o.)*
Die oftmals in Zeiten historisch niedriger Zinsen schon mageren Renditen werden dadurch zusätzlich geschmälert oder gar völlig aufgezehrt (vgl. „Schlechter als der Sparstrumpf, Süddeutsche Zeitung vom 25.03.2014).

Diese Gesetzesänderung erfolgte im Rahmen des sogenannten GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG), das gemeinsam von den Fraktionen von SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen in den Bundestag eingebracht und verabschiedet worden war. Die Neuregelung des § 229 Sozialgesetzbuch V **beendete eine bis dahin bestehende Möglichkeit**, Krankenversicherungsbeiträge auf die Versicherungsleistungen zu umgehen, indem die **Vertragsgestaltung ein Kapitalwahlrecht** vorsah.
Es wäre wirklich hilfreich zu wissen, wann diese vom BVerfG angemahnte Ungleichbehandlung tatsächlich beendet wurde. Im Gesetzentwurf (zu SGB V S. 139) wird sie laut Behauptung der GKV durch das Gesetz erst beseitigt; im unmittelbar nachfolgenden Satz war sie schon beseitigt.

Die Ungerechtigkeit, dass auf regelmäßige Zahlungen aus Lebens- und Rentenversicherungen (z. B. Leibrenten), nicht aber auf die einmalige Auszahlung einer Kapitalabfindung Beiträge zur Krankenversicherung erhoben wurden, wurde mit dem GMG beseitigt.

*Die Ungerechtigkeit bezieht sich auf Versorgungsbezüge (**Grundform 1**), die zur Beitragsvermeidung schnell noch in einmaliges Kapital umdeklariert wurden. Dagegen haben wir jetzt die Ungerechtigkeit, dass von vornherein und durch Entgelt finanzierte Kapitallebensversicherungen (**Grundform 2**), die schon einmal bei jährlicher Auszahlung der Gebühren verarbeitet waren, zweimal verarbeitet werden (das Belzebüblein wurde mit dem Teufel ausgetrieben).*

Die Neuregelung führt seit 2004 aber bei vielen Versicherten dazu, dass eine vom Unternehmen zu ihren Gunsten etwa in Form einer Kapitallebensversicherung abgeschlossene Direktversicherung und die daraus **resultierenden Vorsorgebezüge** im **Versicherungsfall** auch dann zu verarbeiten sind, wenn auf die erbrachten Versicherungsbeiträge zuvor bereits Krankenversicherungsbeiträge abgeführt worden waren.

*Aus einer in Form einer Kapitallebensversicherung abgeschlossenen Direktversicherung (**Grundform 2**) resultieren eben keine Versorgungsbezüge (**Grundform 1**), sondern ersparte Kapitalbeträge und sie werden nur in Ausnahmen im Versicherungsfall (Tod) an die Erben ausgezahlt, in der statistischen Mehrheit aber bei Erleben an den AN und das ist kein Versicherungsfall, sondern das Ende der Vertragslaufzeit.*

Im Ergebnis ist festzustellen, dass Millionen von Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmern doppelte Krankenversicherungsbeiträge auf ihre Lebens- oder Rentenversicherung zahlen müssen, und zwar auch dann, wenn der Vertrag über die Betriebsrente bereits vor Inkrafttreten des GMG am 1. Januar 2004 abgeschlossen worden war.

Da der Eigentumsübergang jeder jährlichen Gebühr auch jährlich stattgefunden hat, ist dies nach den Kriterien des BVerfG eine „echte Rückwirkung“ und somit ist das Gesetz grundgesetzwidrig.

Vollkommen zu Recht fühlen sich die Betroffenen vom Gesetzgeber betrogen. Für sie ist die Doppelverbeitragung nichts anderes als eine „kalte Enteignung“ durch einen ungerechtfertigten Eingriff in ihre finanzielle Lebensplanung zu Lasten der von ihrem Gehalt abgeführten Altersvorsorge.

Es ist planmäßiger Betrug durch die GKV (§263 StGB „Betrug“, in besonders schweren Fällen bis zu 10 Jahre). Es ist planmäßige Rechtsbeugung durch den 12. Senat des BSG (§339 StGB, schwerer Fall mit fortlaufender Wiederholung und ungesetzlicher Einflussnahme auf SG und LSG, bis zu 5 Jahre). Und es ist ... tja, was kann man den damals und heute JA-sagenden Abgeordneten strafrechtlich nachweisen ?

Denn nicht selten haben sie durch die an die Krankenkasse abzuführenden Beiträge ein Verlustgeschäft gemacht, da die Kapitalabfindung so nicht einmal mehr den eingezahlten Versicherungsbeiträgen entspricht (vgl. „betriebliche Altersvorsorge. Wie Rentner vom Staat abkassiert werden“, „Plusminus“ Sendung vom 25.03.2015).

Das Drei-Säulen-Modell aus gesetzlicher, privater und betrieblicher Altersvorsorge ist gescheitert (vgl. z. B.: „Die Illusion von der Lebensstandardsicherung. Eine Analyse der Leistungsfähigkeit des 'Drei-Säulen-Modells'“, Arbeitnehmerkammer Bremen 2015). Gleichwohl hält die Regierung daran fest. Ein Großteil der gesetzlich Versicherten ist auf die zusätzliche Altersvorsorge angewiesen, um die Lücke zu schließen, die durch die fortschreitende Senkung des Niveaus der gesetzlichen Rentenversicherung bedingt ist. Die Versicherten müssen sich darauf verlassen können, dass die von dem Gesetzgeber geschaffenen Rahmenbedingungen für ihrer Zusatzversicherung nicht nach Kassenlage der Krankenversicherung verändert werden.

Die Versicherten müssen sich vor allem darauf verlassen können, dass sich die Politik und das BVerfG an das GG gebunden fühlen.

Stattdessen wäre die konsequente Stärkung der gesetzlichen Sozialversicherungssysteme geboten. Die Einführung einer solidarischen Gesundheitsversicherung (Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege) würde soziale Gerechtigkeit schaffen, die Finanzierung der Krankenversicherung auf ein solides Fundament stellen und die Absenkung der Beiträge für alle Versicherten ermöglichen.

Eine solidarische und mit dem GG konforme Sozialversicherung hieße:

- *Jeder wird verbeitragt – bedeutet automatisch Erfüllung Gleichbehandlung nach GG*
- *Alle Einnahmen werden verbeitragt und zwar ausnahmslos dann, wenn sie entstehen (ins Eigentum übergehen), also zwangsläufig nur einmal – bedeutet automatisch: jeder nach seiner Leistungsfähigkeit*
- *Bevorzugungen von Besserverdienenden (Beitragsbemessungsgrenze) werden ersatzlos gestrichen*
- *Bevorzugung von Ärmsten ist erlaubt, wenn finanziell möglich – bedeutet „sozial“*

So oder so muss gelten: Die Beitragspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung darf bei **Versorgungsbezügen** nur **einmal anfallen**.

„Versorgungsbezüge“ dto

Demzufolge sollten entweder auf das Einkommen in der **Ansparphase** oder auf die **Auszahlung** der Versicherungsleistungen Beiträge gezahlt werden.

Das Wort „Ansparphase“ ist überflüssig, das richtige Wort ist: bei Eigentumsübergang

Wenn das Einkommen bei Eigentumsübergang verbeitragt wurde, dann braucht es kein „oder“ mehr. Wenn es beim Verbeitragen „vom Gesetzgeber selbstgeschaffene Hürden“ gibt (z.B. Beitragsbemessungsgrenze) dann weg damit, aber kein Nachher, denn Verbeitragung im Nachher ist Verbeitragung von längst entstandenem Eigentum und das ist Diebstahl.

Wurden die Beiträge für die betriebliche Altersversorgung aus **nicht beitragspflichtigem Einkommen** aufgebracht, dann sind nachträglich Beiträge zu zahlen.

Es sollte kein „nicht beitragspflichtiges Einkommen“ mehr geben. Dass dieser Blödsinn mit der Beitragsbemessungsgrenze gebastelt wurde, berechtigt nicht zum GG-widrigen Nachklappern.

Dass dieser Blödsinn mit der „Entgeltumwandlung aus Brutto-Gehalt“ gebastelt wurde, sollte zum Nachdenken anregen, aber nicht dazu, schon wieder das nächste Gesetzeschaos anzurichten. Die Gesetzeslage SGB V passt doch derart wenig mit den sonstigen gesetzlichen Regelungen zusammen, dass sich die GKV bis heute in internen Papieren nicht mal selbst erklären können, warum ihnen das Geld eigentlich zustehen soll.

Wurden die Beiträge aus Einkommen gezahlt, für das bereits Krankenversicherungsbeiträge abgeführt wurden, darf die Versicherungsleistung nicht erneut verbeitragt werden. Hier muss die Bundesregierung endlich Gerechtigkeit herstellen.

Nochmal: es sollte grundsätzlich und ohne Ausnahme bei Eigentumsübergang des Arbeitsentgeltes gezahlt werden, alles andere ist Krampf. Wenn die Bundesregierung Altersvorsorge fördern will, dann bitte direkt in den Topf der Betroffenen und nicht dieses „von hinten durch's Knie“. Am besten wäre der Wiederaufbau der „Rententöpfe“, dann braucht man sich über Verarmung nicht zu sehr zu sorgen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzesentwurf vorzulegen,

1. der die doppelte Beitragszahlung auf **Direktversicherungen und Versorgungsbezüge** beendet.

D.h. richtigerweise Direktversicherungen sind keine Versorgungsbezüge

Sollten bereits während der Ansparphase Sozialversicherungsbeiträge abgeführt worden sein, dürfen in der **Leistungsphase bzw. auf die Kapitalabfindung** keine Krankenversicherungsbeiträge mehr fällig werden,

dto; und nicht „sollten bereits, dann...“ nein Neuanfang: Umschalten auf „sollen immer“

2. eine **solidarische** Gesundheitsversicherung (Bürgerinnen- und Bürgerversicherung) einzuführen, um gerechte und finanzierbare Krankenversicherungsbeiträge für alle in Deutschland lebenden Menschen langfristig zu gewährleisten.

Berlin, den 14. Oktober 2015

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

Begründung

Was der damalige Verhandlungsführer der Unionsparteien und heutige bayerische Ministerpräsident Horst Seehofer nach durchdiskutierten Nachtsitzungen mit der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) als „eine der schönsten Nächte meines Lebens“ kommentierte, entpuppte sich bald für viele Versicherte als finanzieller Albraum. Nach der

Gesetzesbegründung des GMG werden "Rentner, die Versorgungsbezüge erhalten, in angemessenem Umfang an der Finanzierung der Leistungsaufwendungen für sie beteiligt." Da die eigenen Krankenversicherungsbeiträge der Rentnerinnen und Rentner nur noch circa 43 Prozent der Leistungsaufwendungen für sie decken, sei es daher - so wörtlich im Gesetzentwurf - "ein Gebot der Solidarität der Rentner mit den Erwerbstätigen, den Anteil der Finanzierung der Leistungen durch die Erwerbstätigen nicht noch höher werden zu lassen" (vgl. BT-Drs. 15/1525, S. 140).

Auch wenn es da wörtlich steht, ist es wörtlich die Unwahrheit

Betroffen von der doppelten Verbeitragung sind Millionen von Rentnerinnen und Rentnern. So gab es am Jahresende 2014 laut Statistik des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft GDV allein **7,636 Mio. Direktversicherungsverträge**.
*Na endlich mal eine Zahl. Wesentlich interessanter wäre aber: wie viele von **Grundform 1** und wie viele von **Grundform 2** ausgeschlüsselt nach **a, b** oder **c**. Es ist auffallend, dass die Executive darüber keinerlei Zahlen hat und dass sie auch kein Bedürfnis verspürt, welche zu bekommen.*

Bei bis Ende 2004 abgeschlossenen Verträgen, bei denen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die wirtschaftliche Last tragen (als Entgeltumwandlung), galt die **Regel**, dass während der Ansparphase dann keine Sozialversicherungsbeiträge zu zahlen waren, wenn die Beiträge aus **Sonderzahlungen wie z. B. Weihnachtsgeld oder Bonuszahlungen** entrichtet wurden.
Wer hat die Regel aufgestellt, wer hat sich an diese Regeln gehalten. Der Gesetzgeber sollte doch nicht über Regeln reden, sondern besser über Gesetze. Erst über die große Einteilung Grundformen 1, 2a, 2b, 2c das große Fragezeichen setzen und dann befindet man sich schon auf der Ebene Weihnachtsgeld.

In diesen Fällen müssten in der **Bezugsphase** Krankenversicherungsbeiträge fällig werden.

*Mit Zahlung der Gebühren durch den AG fand der Eigentumsübergang an den Kapitaleistungen auf den AN statt. Das ist schon wieder basteln an der Vergangenheit. Es gibt für die Grundform 2 keine **Bezugsphase**, das ist mit einer Überweisung von meinem „Festgeld“-Konto bei der Versicherung auf mein Konto bei der Bank gelaufen.*

Sofern eine Entgeltumwandlung über laufende Monatsbeiträge erfolgt ist, wurden **in der Regel** bereits während der Ansparphase Sozialversicherungsbeiträge abgeführt. In diesem Fall sollten die Rentenleistungen oder die Kapitalabfindung bei Auszahlung beitragsfrei sein.

Nicht „sie sollten sein“, sondern sie sind es.

Bei Direktversicherungen und Versorgungsleistungen, bei denen die **Arbeitgeber die wirtschaftliche Last tragen (als zusätzliche Arbeitgeberleistung)**, fielen während der Ansparphase grundsätzlich keine Sozialversicherungsbeiträge an.

Die „wirtschaftliche Last“, die die Arbeitgeber getragen haben, war bei Entgeltumwandlung „enorm“. Letztlich hat der AN die Last allein getragen und der AG hatte den Vorteil genossen, keine AG-Sozialversicherungsanteile zu bezahlen.

In diesen Fällen müssten in der Auszahlphase auf Rentenleistungen bzw. die Kapitalabfindung Beiträge abgeführt werden.

Nein, denn da lagen die Beträge über der Beitragsbemessungsgrenze, und die kann man nicht einfach mal rückwirkend aushebeln. Und wenn man den AG-Anteil an nicht gezahlten Sozialversicherungsanteilen wieder haben will, dann sollte man ihn sich beim AG holen (da muss man sich dann aber die Frage ebenfalls gefallen lassen, warum man den erst erlassen hat).

Seit 2005 sind Beiträge für die betriebliche Altersversorgung bei Entgeltumwandlung bis zur Höhe von vier Prozent der Beitragsbemessungsgrenze (West) der Rentenversicherung in der gesetzlichen Sozialversicherung sozialabgaben- und steuerfrei. Beiträge, die über die vier Prozent der Beitragsbemessungsgrenze hinausgehen, sind dagegen sozialabgabenpflichtig. Auch hier müsste in Bezug auf die Abführung der Krankenversicherungsbeiträge entsprechend differenziert werden.

Das große Ganze hat man nicht im Griff, aber basteln im Kleinen soll's bringen.

Den Versicherungsgesellschaften liegen Informationen über die Art der Vertragsgestaltung vor, denn bei Einrichtung einer betrieblichen Versorgung wird eine Vereinbarung zwischen Betrieb und Angestellten nötig. Diese ist Vertragsbestandteil, so dass **die Versicherer die entsprechenden Daten** an die **Krankenkassen** melden können.

Und damit ließe sich eine Verbeitragung bei Zufluss von Arbeitslohn bewerkstelligen. Und dann wäre jede nachträgliche Geldschinderei überflüssig. Da wäre es doch einfach angebracht, dass der Gesetzgeber sich auch mal für die Daten interessiert, damit er mal weiß worüber man überhaupt redet. Es hilft nämlich nicht, wenn die GKV die Daten haben, was die GKV an nichtssagendem Datenmüll bei der Executive abgeben (BMG R11 Statistik) ist eigentlich eine Frechheit.

1

aba Arbeitsgemeinschaft für betriebliche Altersversorgung e.V.

Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin

Postfach 61 01 91, 10922 Berlin Telefon: 030 33 858 11-0 Fax: 030 33 858 11-21

info@aba-online.de

www.aba-online.de

Vertretungsberechtigter Vorstand: Heribert Karch (Vorsitzender), Joachim Schwind (stellv. Vorsitzender), Dr. Georg Thurnes (stellv. Vorsitzender) Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg (Berlin)

Die aba ist der anerkannte deutsche Fachverband für Fragen der Zusatzversorgung.

Zu unseren rund **1.200 Mitgliedern** zählen **Unternehmen** aller Größenordnungen, Träger der betrieblichen Altersversorgung und Verbände, wie etwa **Spitzenverbände der Arbeitgeber** und **Arbeitnehmer**.

Auch Einzelpersonen – Gutachter, Versicherungsmathematiker, Rechtsanwälte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer – sowie Interessenten aus dem europäischen Ausland gehören zu unseren Mitgliedern.

Aufgabe der aba ist die Zusammenfassung und Förderung aller **Bestrebungen** *[wessen ?]* auf dem Gebiet der betrieblichen Altersversorgung sowie die Mitwirkung bei ihrer sozialpolitischen, sozial- und steuerrechtlichen, versicherungsmathematischen und versicherungsrechtlichen Gestaltung. **Wir setzen uns dafür ein**, dass die **betriebliche Altersversorgung** in ihrer gesamten Bandbreite **gefördert** wird und ihre Rahmenbedingungen angesichts einer flexibler werdenden Arbeitswelt und zunehmender Internationalisierung weiterentwickelt werden.

Stellungnahme anlässlich der öffentlichen Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 27. Januar 2016 zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge Doppelverbeitragung vermeiden BT-Drucksache 18/6364

Sehr geehrter Herr Dr. Franke, sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst möchten wir uns herzlich bedanken für die Einladung zu der oben genannten Anhörung. Zur Vorbereitung der Anhörung übersenden wir Ihnen wunschgemäß unsere Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Der Antrag Betriebsrenten nicht gleichzeitig in der Finanzierungs- und der Leistungsphase mit **Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu belasten ist zu unterstützen. Korrekturen im Beitragsrecht sollten aber nicht allein auf diese Fälle beschränkt bleiben.**

1. Kontraproduktive zweimalige Belastung mit Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

a) Fortführung einer **Pensionskassen**zusage mit eigenen Mitteln

Eine nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses vom Arbeitnehmer aus seinem Nettoeinkommen weiter dotierte betriebliche Altersversorgung darf nicht zu einer gegenüber der privaten Vorsorge nachteiligen zweifachen Verbeitragung bei Kranken- und Pflegeversicherung (in der **Finanzierungs- und Leistungsphase**) führen. Während 2010 höchstrichterlich entschieden wurde, dass die Leistungen aus einer vom Arbeitgeber für den Arbeitnehmer bei einem Versicherungsunternehmen abgeschlossenen **Direktversicherung**, die der Arbeitnehmer nach seinem Ausscheiden aus dem Betrieb privat als Versicherungsnehmer fortführte, teilweise nicht beitragspflichtig sind, werden auf **Leistungen aus Pensionskassen** weiterhin Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung fällig, wenn der Arbeitnehmer nach Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis den Vertrag mit der Pensionskasse privat fortführt hat.

Es ist unklar auf welche Leistungen sich diese Aussagen beziehen sollen. Aus „Pensionskassen“ könnte man annehmen, dass Versorgungsbezüge gemeint sind. Nach 1 BvG 1660/08 ist geregelt, dass bei privater Fortführung von Kapitallebensversicherungen keine Beiträge dafür fällig werden. Wenn die private Fortführung bei Pensionskassen anders behandelt wird, ist das „Ungleichheit“ (eine Verletzung des GG).

Diese Ungleichbehandlung wird von der Rechtsprechung rein formal damit begründet, dass **der institutionelle Rahmen des Betriebsrentenrechts** beim „Durchführungsweg Pensionskasse“ anders als bei der Direktversicherung nie völlig verlassen werden könne.

Der AN zahlt sich aus seinem Geld eine Pension und muss dafür Beiträge zahlen; merkt niemand wie absurd das ist ? Das ist doch ein ernster Hinweis, dass „der institutionelle Rahmen des Betriebsrentenrechts“ dringend nach Verbesserung ruft.

Eine solche rechtliche Bewertung ist den Betroffenen nicht zu vermitteln. Darüber hinaus wird der vom Gesetzgeber ausdrücklich **im Betriebsrentenrecht vorgesehene Anspruch des Arbeitnehmers, nach Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis privat weiterzuführen** im Hinblick auf eine Pensionskassenversorgung unattraktiv.

Wer hat denn nur dieses erfunden: der AN darf sich aus seinem eigenen Geld eine Rente finanzieren; statt ihn aufzufordern, sein Geld auf sein Bankkonto einzuzahlen oder bei aktueller Finanzkrise unter das Kopfkissen zu legen..

b) Beitragsrechtliche Fehlanreize bei Riester-Betriebsrenten

Der Arbeitnehmer kann vom Arbeitgeber verlangen, dass von seinen künftigen Entgeltansprüchen bis zu 4 vom Hundert der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung durch Entgeltumwandlung für seine betriebliche Altersversorgung verwendet werden“ besagt §1 Absatz 1 Satz 1 BetrAVG. Soweit der Arbeitnehmer diesen Anspruch geltend macht, „kann er verlangen dass die Voraussetzungen für eine Förderung nach den §§ 10a, 82 Abs. 2 des Einkommensteuergesetzes erfüllt werden“ (sog. Riester-Rente). Von dieser Form der betrieblichen Altersversorgung machen jedoch gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer relativ selten Gebrauch, **da sie in einem solchen Falle sowohl in der Finanzierungs- als auch in der Leistungsphase mit Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung belastet würden, in der Leistungsphase sogar mit dem vollen Beitragssatz**. Auch diese Ungleichbehandlung der betrieblichen Altersversorgung gegenüber der privaten Vorsorge ist nicht nachzuvollziehen.

c) Pauschalbesteuerte Beiträge und echte Eigenbeiträge

Für Direktversicherungs- und Pensionskassenzusagen, die vor dem 1. Januar 2005 erteilt wurden, bestand die Möglichkeit der sogenannten Pauschalbesteuerung. In diesen Fällen wurden die Finanzierungsbeiträge mit einem Lohnsteuersatz von 20 % in der Finanzierungsphase belastet. Erfolgte die Finanzierung durch den Arbeitnehmer im Wege der Entgeltumwandlung aus Sonderzahlungen (zum Beispiel Weihnachtsgeld) so geschah dies sozialabgabenfrei. Erfolgte die Finanzierung allerdings aus laufendem Einkommen, so wurden und werden Sozialabgaben fällig. In diesen Fällen kommt es zu einer **Verbeitragung von Versorgungsaufwand und späterer Leistung**. An der Finanzierung seiner Betriebsrente kann sich der Arbeitnehmer auch durch sog. echte Eigenbeiträge beteiligen. Echte Eigenbeiträge liegen dann vor, wenn der Arbeitnehmer bereits versteuertes und zur Sozialversicherung verbeitragtes Einkommen als eigene Beiträge (aus Nettoeinkommen) in die bAV einfließen lassen möchte, § 1 Abs.2 Nr.4 BetrAVG. Auch in diesen Fällen kommt es zu **einer zweimaligen Verbeitragung in der Kranken- und Pflegeversicherung**.

2. Die Verbreitung der betrieblichen Altersversorgung hemmende volle Beitragspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Aber nicht nur die o.g. Fälle der Belastung von Versorgungsaufwand und Leistung mit Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung verhindern eine Ausweitung der betrieblichen Altersversorgung. Einen starken Fehlanreiz hat das GKV-Modernisierungsgesetz zum 1. Januar 2004 gebracht. Seit diesem Zeitpunkt müssen alle in der gesetzlichen Krankenversicherung **versicherten Bezieher von Betriebsrenten** auf ihre laufenden Versorgungsbezüge und Kapitalzahlungen den **vollen Beitragssatz zur Kranken- und Pflegeversicherung entrichten**. Bis zum 31. Dezember 2003 waren Kapitalleistungen beitragsfrei und auf laufende Versorgungsbezüge fiel nur der halbe Beitragssatz an. Ohne Vertrauensschutz- und Übergangsregelungen wurden alle Betriebsrenten in erheblichem Umfang „gekürzt“. Das Vertrauen in verlässliche Rahmenbedingungen der betrieblichen Altersversorgung stark beeinträchtigt. Gerade für Bezieher niedriger und mittlerer Einkommen hat die betriebliche Altersversorgung so an Attraktivität verloren.

Für eventuelle Rückfragen bzw. Erläuterungen in der Anhörung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit den besten Grüßen

Mit freundlichen Grüßen

**aba Arbeitsgemeinschaft für
betriebliche Altersversorgung e.V.**
Klaus Stieffermann
Geschäftsführer

Finanzjournalistin

Mitarbeiterin der Testredaktion (Altersvorsorge/Geldanlage) der Zeitschrift ÖKO-TEST

Pulheim, den 25.01.2016

Änderungen um Lesbarkeit durch Kommentierung nicht zu zerstören: Fußnoten in kleinerer Schrift und kursiv an den referenzierenden Stellen eingefügt; eingerahmte Aussagen in größerer Schrift ohne Rahmen

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE - Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge - Doppelverbeitragung vermeiden

Vorbemerkungen

Im Mittelpunkt des Antrags von der Fraktion DIE LINKE „Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge - Doppelverbeitragung vermeiden“ steht die Belastung von **arbeitnehmerfinanzierten Betriebsrenten** mit Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen. Darüber hinaus wird eine solidarische Gesundheitsversicherung gefordert. Die nachfolgende Stellungnahme konzentriert sich im Wesentlichen auf die Thematik der Belastung der **Betriebsrenten**. Auf den Vorschlag einer solidarischen Gesundheitsversicherung wird dagegen nicht eingegangen.

Eine arbeitnehmerfinanzierte Lebensversicherung mit Kapitalauszahlung ist keine Betriebsrente, es gibt keine Versorgungszusage und also keinen Versorgungsbezug und also keine Rente

Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Betriebsrenten

Die derzeitige **Belastung von Betriebsrenten** mit Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen geht vor allem auf das GKV-Modernisierungsgesetz zurück, das zum 01.01.2004 in Kraft trat. Mit dem seinerzeitigen Maßnahmenpaket wollte der Gesetzgeber systemwidrige Ungleichbehandlungen und Umgehungsmöglichkeiten bei der **Verbeitragung von Betriebsrenten und Versorgungsbezügen korrigieren bzw. beseitigen**. Insgesamt sollten die Maßnahmen, so die Gesetzesbegründung dazu führen, dass auch **Rentner mit Versorgungsbezügen** "in angemessenem Umfang an der Finanzierung der Leistungsaufwendungen für sie" beteiligt sind (vgl. *Begründung des Gesetzentwurfes zum GKV-Modernisierungsgesetz, S. 140 zu Ziffer 148, Bundestagsdrucksache 15/1525*). Zudem ging der Gesetzgeber davon aus, dass die eingeführten Regelungen zu einer "für alle gerechten Belastung" führen und nur Rentner, die "über **Versorgungsbezüge**.... als zusätzliche ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit steigernde Einnahmen verfügen" eine Mehrbelastung im Vergleich zu den bisherigen Regelungen tragen müssen

Es werden Betriebsrenten/Versorgungsbezüge behandelt, also Grundform 1.

Da der Blick damals aber allein auf die Verbeitragung der Leistungen zu Beginn bzw. **während der Rentenphase** gerichtet war, bleiben **sozialversicherungsrechtliche Ungleichbehandlungen** in der Finanzierungsphase von Betriebsrenten und Versorgungsbezügen seinerzeit außer Acht blieben. Allein aus diesem Grund wurde **die zuvor genannte Zielsetzung der damaligen Reformen mit dem Gesetz zugleich konterkariert**. Denn **von einer „für alle gerechten Belastung“ kann keine Rede sein**.

Die nun geforderte Reform sollte sich allerdings nicht darauf beschränken, die sichtbaren Ungerechtigkeiten zu beseitigen, sondern zu einer grundlegenden Reform genutzt werden, die zugleich das derzeit vorhandene, bunte Durcheinander in der sozialversicherungsrechtlichen Behandlung von Betriebsrenten beseitigt und ein einheitliches System für die Belastung mit Krankenversicherungsbeiträgen in allen Formen der staatlich geförderten Zusatzvorsorge erkennen lässt.

Da die Grund form 2 hier nicht behandelt wird, sind die vorhandene Ungerechtigkeiten noch größer als die „sichtbaren“.

Denn **in einigen Durchführungs- und Förderwegen der arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Altersversorgung (bAV)** kann es seit 2004 zu der - nicht nur - von der Fraktion DIE LINKE in ihrem Antrag beklagten **Doppelverbeitragung** kommen, weil **sowohl die Beiträge in der Finanzierungs- als auch die Leistungen in der Auszahlungsphase** mit Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag belastet werden.

Grundform 2 ist keine betriebliche Altersvorsorge im Sinne des Gesetzes, es gibt keine Auszahlungsphase.

Diese Form der **Doppelverbeitragung** ist eine relativ einmalige Situation im System der ergänzenden

privaten und betrieblichen Altersversorgung. Zumindest im Steuerrecht werden **entweder die Beiträge oder die Leistung, aber niemals beide zugleich abgabenrechtlich erfasst.**

Das gilt im Bereich der Krankenversicherung auch für private Riester-Renten. Hier werden die Beiträge, nicht aber die späteren Renten erfasst.

Das sollte künftig auch für Betriebsrenten gelten.

Betroffen von der **Doppelverbeitragung** in der bAV sind zudem **vor allem Gering- und Durchschnittsverdiener** mit einem Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze Krankenversicherung. Bei **Besserverdienern**, die Einkommen oberhalb der BBG Krankenversicherung umwandeln, **fällt eine echte Doppelverbeitragung dagegen nicht an.** (*Auch für privat Krankenversicherte hat die gesamte hier diskutierte Problematik keine Bedeutung, weil sie weder in der Anspar- noch in der Leistungsphase mit Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen belastet sind.*) Insofern existiert seit Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes eine **soziale Unwucht** im Bereich der arbeitnehmerfinanzierten Betriebsrenten, die vor allem **jene belastet, die von Altersarmut bzw. rückläufigen gesetzlichen Renten besonders betroffen sind.**

Darüber hinaus wurde seinerzeit versäumt, die Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes vor dem Hintergrund des 2002 eingeführten Altersvermögensgesetzes (AVmG) zu betrachten bzw. **das SGB V an die Zielsetzung des politisch gewollten Umbaus in der Alterssicherung der Deutschen anzupassen.** Das Alterssicherungssystem in Deutschland ist seit den Rentenreformen 2000/2001 am Leitbild der "Lebensstandardsicherung aus mehreren Säulen" ausgerichtet, wobei die ergänzenden Leistungen der zweiten Säule (staatlich geförderte Zusatzvorsorge, betrieblich oder privat) wegfallendes Einkommen der ersten Säule (gesetzliche Rente) ausgleichen müssen. Sonst lässt sich das bis 2002 erreichte Versorgungsniveau nicht halten. **Insofern belasten die Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes keinesfalls nur Rentner** mit zusätzlichen „ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit steigernden“ Einnahmen – so wie es der Gesetzgeber seinerzeit wollte. Im Gegenteil!

Die seinerzeit neu eingeführten Regelungen treffen vor allem Arbeitnehmer, die lediglich wegfallendes staatliches Renteneinkommen durch eine eigenfinanzierte Betriebsrente ersetzen. Deren Einkommen im Rentenbezug verteilt sich nun – wie politisch gewollt - auf zwei Bausteine, die **gesetzliche Rente und eine ergänzende Betriebsrente.** Kurz: Das Gesamtversorgungsniveau ist zwar nicht gestiegen, sondern **blieb bestenfalls konstant.** **Nur die Belastung mit Krankenversicherungsbeiträgen wurde signifikant erhöhten.**

Denn auch Bezieher einer **rein arbeitnehmerfinanzierten Betriebsrente** müssen seit 2004 **in der Rentenphase den vollen Beitragssatz in der Kranken- und Pflegeversicherung auf ihre Betriebsrente zahlen, also Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil.** Das entspricht derzeit - inklusive Pflegeversicherungsbeitrag - einer Belastung von bis zu **17,20 Prozent** (*14,6 Prozent allgemeiner Beitragssatz Krankenkasse plus 2,35 Prozent Beitragssatz Pflegeversicherung und ggf. 0,25 Prozent Zusatzbeitrag für Kinderlose*) plus Zusatzbeitrag je Krankenkasse.

Und diese doppelte Belastung müssen Betriebsrentner – anders als bei der gesetzlichen Rente, wo der Staat den Arbeitgeberanteil übernimmt – **ganz alleine schultern.** Denn **die seinerzeitigen Reformen im Umbau des Alterssicherungssystems wurden primär als Kostensenkungsprogramm für die Unternehmen genutzt.**

Diese können den entsprechenden Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung bei Bruttoentgeltumwandlung (*Steuer- und sozialabgabenfreien Entgeltumwandlung, gefördert nach § 3. Nr. 63 EStG, auch Brutto-Entgeltumwandlung genannt.*) komplett sparen und werden so bei den Lohnnebenkosten entlastet.

Das bedeutet: Arbeitgeber können dauerhaft Sozialabgaben sparen. Den Sozialkassen entgehen Beiträge in Milliardenhöhe (*Diese Belastung wurde von der Bundesregierung seinerzeit auf 3,3 Mrd. Euro geschätzt.*) **und die Mitarbeiter bekommen weniger Rente** - und das, obwohl sie bereits durch den seinerzeit beschlossenen Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung der Alterssicherung eine erhebliche Mehrbelastung schultern müssen (*Arbeitnehmer müssen seit 2002 mindestens vier Prozent mehr Beitrag für die Alterssicherung aufwenden, um das gleiche Versorgungsniveau wie vor den Rentenreformen zu erreichen. Und auch diesen Mehrbeitrag schultern sie allein, allenfalls unterstützt durch die seinerzeit eingeführte Förderung für die – quasi unerlässliche- Zusatzvorsorge. Die Unternehmen profitieren dagegen vom dauerhaft gesenkten Beitragssatz der Rentenversicherung. Einzelheiten siehe u.a. in DIW-Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 02/2012, "Was bringen Riester-Produkte dem Verbraucher, S. 117).*

Allein aus diesem Grund gehört jede Form der Doppelverbeitragung und Doppelbelastung von arbeitnehmerfinanzierten Betriebsrenten abgeschafft. Andernfalls werden Arbeitnehmer, die – wie politisch gewollt - über den Betrieb vorsorgen, um wegfallendes staatliches Renteneinkommen zu ersetzen,

unangemessen und überproportional belastet.

Obendrein herrscht in der sozialversicherungsrechtlichen Behandlung von Betriebsrenten auch noch ein buntes Durcheinander, das jede Systematik vermissen lässt. Einheitlich ist nur die Behandlung in der Rentenbezugsphase: Die doppelte Belastung mit Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag fällt bei allen Betriebsrenten an, unabhängig davon ob der Betrieb oder der einzelne Arbeitnehmer sie selbst finanziert und unabhängig vom Durchführungsweg. Doch je nach Förderweg bleiben die Beiträge mal sozialabgabenfrei (Bruttoentgeltumwandlung) mal sie werden zusätzlich erfasst (bei betrieblichem Riestern oder der Fortführung pauschal versteuerter Altverträge), sofern Arbeitnehmer sozialabgabenpflichtiges Gehalt unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze Krankenversicherung umwandeln.

Besonders betroffen sind wiederum Geringverdiener und Familien mit Kindern, die sich zum Beispiel für das betriebliche Riestern entscheiden (würden), weil sie von der Zulagenförderung mehr profitieren als von der steuerfreien Entgeltumwandlung. Doch die für diese Zielgruppen günstigere Förderung wird durch die Doppelverbeitragung wieder zunichte gemacht (Die Nutzung der Riester-Förderung spielt daher in der bAV eine eher untergeordnete Rolle. Nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft betriebliche Altersversorgung ab finden sich Anwartschaften mit Riester-Förderung vor allem bei Zusatzversicherungskassen (3,0 – 3,5%), Pensionskassen (1,4 – 2,1 Prozent) und Pensionsfonds (0,1 Prozent), wobei die Tendenz rückläufig ist. Für Direktversicherungen lassen sich keine Aussagen machen, da die Statistik der Zulagenstelle nicht zwischen privaten und betrieblichen Versicherungen unterscheidet.). Auch bei privater Fortführung von Verträgen aus ehemals sozialabgabenfreier Bruttoentgeltumwandlung kann es jedoch unter Umständen zu einer echten Doppelverbeitragung kommen (Einzelheiten siehe Übersicht: „Formen der staatlich geförderten Zusatzvorsorge und ihre Behandlung im Sozialversicherungsrecht“ auf Seite 8).

Schon diese Formen der Ungleichbehandlung, die einer **Bevorzugung von Besserverdienern gleichkommt**, widerspricht dem Solidaritätsprinzip der Sozialversicherungssysteme.

Soll eine **wirklich gerechte Belastung** von arbeitnehmerfinanzierten Betriebsrenten mit Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen erreicht werden, muss daher gleichzeitig die **sozialversicherungsrechtliche Ungleichhandbehandlung in den verschiedenen Durchführungs- und Förderwegen** beseitigt werden! Sonst bleiben weiterhin Stolperfallen im Gesetz, die zu einem echten Handicap für den Aufbau von Betriebsrenten werden können und einer gerechten Beitragsbelastung im Wege stehen.

Darüber hinaus wäre es wünschenswert, alle Formen der staatlich geförderten Zusatzvorsorge auch im Sozialversicherungsrecht einheitlich zu behandeln, damit die Ziele des AVmG auch mit allen Vorsorgeformen der zweiten Säule gleichermaßen umgesetzt werden können. Das ist derzeit nicht der Fall. Betrachtet man lediglich die Rahmenbedingungen – und lässt etwaige qualitative Unterschiede bei den Produkten außen vor (Bei Direktversicherungen bestehen ohnehin keine signifikanten Unterschiede zwischen Tarifen für die Privat – und für die betriebliche Vorsorge. Denn beim Gros der Tarife handelt sich schlicht um private Rentenversicherungen, die lediglich mit dem Etikett „Direktversicherung“ versehen wurde, aber weder kostengünstiger sind, noch im Bedingungswerk an betriebliche Erfordernisse angepasst wurden.) - , dann ist - aus Sicht sozialversicherungspflichtiger Arbeitnehmer mit einem Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze - die Privatvorsorge eigentlich gegenüber der betrieblichen vorzuziehen. Denn allein der doppelte Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag im Rentenbezug führt dazu, dass die **Nettorente vom Betrieb letztlich niedriger ausfällt als das Nettozusatzesinkommen aus einer privaten Riester-Rente und ggf. sogar aus einer ungeförderten Privatrente** (Einzelheiten siehe Heinrich Bockholt, Riester-Rente oder betriebliche Altersvorsorge – was ist wann für wen besser geeignet, Deutsches Institut für Altersvorsorge 2013, sowie ÖKO-TEST, Ausgabe 6/2013, „Fehler im System“).

Denn **die Mehrbelastung von Betriebsrenten von derzeit bis zu 18,9 Prozent im Vergleich zur Privatvorsorge** kann selbst ein kostengünstiges und leistungsstarkes betriebliches Versorgungswerk nicht ausgleichen.

Es reicht daher auch nicht aus, die Arbeitgeber zu verpflichten, die bei der Bruttoentgeltumwandlung vom Betrieb gesparten Sozialabgaben den Arbeitnehmern als Zuschuss zur Entgeltumwandlung mitzugeben - wie aus Teilen der CDU/CSU gefordert wird. Das würde zwar die doppelte Beitragsbelastung im Rentenbezug bei Bruttoentgeltumwandlung ausgleichen, wäre aber trotzdem nur ein **Kurieren an Symptomen**. Denn es hilft nur bei einem Förderweg (Bruttoentgeltumwandlung), beseitigt auch hier aber keinesfalls alle Stolperfallen im Abgabenrecht. Obendrein bleiben weitere, zum Teil gravierende Nachteile außer Acht, die Arbeitnehmer bei Bruttoentgeltumwandlung einkalkulieren müssen.

Für sie ist die Sozialabgabensparnis in der Finanzierungsphase nämlich – anders als für die Unternehmen (Und natürlich auch für den Vertrieb, der bei Betriebsrenten vor allem mit den angeblichen Fördervorteilen bei Entgeltumwandlung im Vergleich zur Privatvorsorge wirbt.) - ein echtes **Danaergeschenk**. Sie führt zwar einerseits dazu, dass das Nettoeinkommen bei Entgeltumwandlung weit weniger belastet wird als bei der staatlich geförderten Privatvorsorge. Doch dieser vermeintliche Vorteil wird andererseits mit **niedrigeren Ansprüchen auf gesetzliche Rente**, und zwar nicht nur auf Altersrente, sondern auch auf Erwerbsminderungsrente (!), sowie

niedrigeren Ansprüchen beim Kranken- und beim Arbeitslosengeld und ggf. auch niedrigerem Elterngeld oder mit einem niedrigeren Arbeitgeberzuschuss bei Altersteilzeit erkauft.

Wiederum gilt: **Vor allem Geringverdiener und Familien mit Kindern können sich diese Einbußen nicht leisten!**

Hinzu kommt, dass – wie im Antrag bereits zutreffend geschildert wird – **auch die Einnahmesituation der gesetzlichen Rentenversicherung durch die Bruttoentgeltumwandlung geschmälert wird** und zu einer **Leistungsreduktion aller Versicherten** führt. In der Kranken- und Pflegeversicherung löst die **Sozialabgabenfreiheit bei Bruttoentgeltumwandlung dagegen insgesamt einen erhöhten Beitragsbedarf** aus, was sich in steigenden Beitragsätzen niederschlägt.

Aus Arbeitnehmersicht fällt vor allem der Erwerb niedriger Ansprüche auf gesetzliche Rente schwer ins Gewicht. Eigentlich soll mit Entgeltumwandlung ja wegfallendes staatliches Renteneinkommen ausgeglichen werden. Durch die Sozialabgabenfreiheit wird aber noch eine weitere Kürzung bei der gesetzlichen Rente erzeugt. So lassen sich Versorgungslücken nicht schließen! **Denn unter Anrechnung der Minderung bei der Gesetzlichen Rente sinkt die Bruttorente aus Entgeltumwandlung um ca. 12 bis 20 Prozent** (Prozentualer Effekt allein aus niedrigeren Rentenansprüchen. Einzelheiten siehe Dr. Ulrich-Arthur Birk, emeritierter Professor der Universität Bamberg, "Lohnt sich Entgeltumwandlung in der betrieblichen Altersversorgung? – Eine kritische Replik auf den Beitrag von Dr. Thomas Schanz, Stuttgart in BetrAV 1/2014, Seite 21 ff." sowie ÖKO-TEST Magazin 06/2013, „Fehler im System“, S. 115). Zusammen mit der doppelten Beitragslast bei den Krankenversicherungsbeiträgen gehen daher mehr als ein Drittel der angesparten Leistung wieder verloren.

Hinzu kommt, dass die ursprüngliche Annahme, leistungsstarke Betriebsrenten könnten die Kürzung bei der gesetzlichen Rente locker kompensieren, aufgrund der Kapitalmarktentwicklung nicht gehalten werden kann. Im Gegenteil! Selbst die noch 2007 vom Sachverständigenrat unterstellte Nettoverzinsung von vier Prozent nach Kosten wird vom Gros der Direktversicherungen, die bei Klein- und Mittelbetrieben zur Entgeltumwandlung angeboten werden, nicht mehr erreicht. Im Gegensatz zur gesetzlichen Rente, die immerhin eine Rendite von 3,0 bis 3,4 Prozent bietet („Die Rendite der gesetzlichen Rente“, Broschüre der DRV Bund vom 01.05.2013), lag **die Rendite von typischen Direktversicherungen 2015 nur noch bei 2,96 Prozent** (Brutto-Durchschnittsrendite von Kollektivtarifen bei Auszahlung als Kapitalleistung (inkl. aller Überschüsse) zu Rentenbeginn. Auf Basis allein der garantierten Kapitalleistung lag die Rendite im Schnitt sogar nur bei 0,51%. ÖKO-TEST-Magazin 09/2015, Test Betriebliche Altersvorsorge, S. 127). Für 2016 werden noch niedrigere Werte erwartet.

Was aus Sicht des Verbraucherschutzes zudem besonders bedenklich ist: **Auf die diversen Nachteile, die Arbeitnehmer bei der steuer- und sozialabgabenfreien Entgeltumwandlung einkalkulieren müssen, werden die Beschäftigten oft nicht einmal hingewiesen** - weder bei Vertragsabschluss zu Beginn der Entgeltumwandlung noch später. Denn sowohl in den Produktunterlagen als auch im Vertrieb werden ausschließlich die "Fördervorteile" in der Ansparphase aufgezeigt und die Nachteile im Rentenbezug verschwiegen (Wenn überhaupt, finden sich in den Produktunterlagen allenfalls versteckte Hinweise im Kleingedruckten, die aber so intransparent und unverständlich formuliert sind, dass der Laie sie nicht erfasst. Die Fördervorteile werden dagegen fett herausgestellt.). Das gilt sogar für tarifliche Versorgungswerke wie zum Beispiel die Metallrente. So musste die Zeitschrift ÖKO-TEST noch vor drei Jahren feststellen, dass der Förderrechner auf der Website der Metallrente seinerzeit zu völlig verzerrenden Ergebnissen kam, weil die Nachteile der steuer- und sozialabgabenfreien Entgeltumwandlung komplett verschwiegen wurden ("Fehler im System, ÖKO-TEST-Magazin Ausgabe 06/2013, S. 115).

Aus Arbeitnehmersicht ist daher geradezu widersinnig, zugunsten der Entgeltumwandlung auf den Aufbau der vollen gesetzlichen Rentenansprüche zu verzichten. Nur eine Zusatzvorsorge on top hilft bei der Lebensstandardsicherung bzw. zur Vermeidung von Altersarmut. Doch auch für die Sozialversicherungssysteme selbst überwiegen die Nachteile, wenn die Beiträge zum Aufbau von Betriebsrenten abgabenfrei bleiben. (Einzelheiten siehe insbesondere in der Stellungnahme von Prof. Dr. Winfried Schmähl auf den Antrag zur Beibehaltung der Sozialabgabenfreiheit bei Entgeltumwandlung von 2007, Bundestagsdrucksache 16 (11) 764. Unter anderem warnte Schmähl schon damals davor, dass durch die Abgabenfreiheit der Entgeltumwandlung vor allem solche Arbeitnehmer begünstigt werden, die vergleichsweise gut verdienen, während alle anderen (einschließlich der Rentner) belastet werden. Die derzeitigen Zahlen der aba und des statistischen Bundesamtes bestätigen denn auch, dass vor allem Besserverdiener die Entgeltumwandlung nutzen. Siehe „Nicht zu kurz springen – für eine echte Reform der betrieblichen Altersversorgung“ – Positionspapier der aba vom Mai 2015.)

Eine gerechte Belastung von **Direktversicherungen** (und anderen **arbeitnehmerfinanzierte Betriebsrenten**) mit **Krankenversicherungsbeiträgen** kann daher nur erreicht werden, wenn **a) durch die Zusatzvorsorge über den Betrieb keine weiteren Lücken bei der gesetzlichen Rente aufgerissen werden, und**

b) jene Leistungen, die wegfallendes staatliches Renteneinkommen ersetzen sollen, in der Rentenphase nicht auch noch zusätzlich belastet werden

c) jede Form von Doppelverbeitragung ausgeräumt wird.

Das bedeutet:

- Die **Sozialabgabenfreiheit** bei Bruttoentgeltumwandlung sollte – so wie ursprünglich geplant - **wieder abgeschafft werden**.
- **Im Gegenzug** müssen **arbeitnehmerfinanzierte Betriebsrenten in der Rentenphase** - genau wie private Riester-Renten - **kranken- und pflegeversicherungsbeitragsfrei** bleiben.
- **Alternativ** käme auch **eine Erhöhung der Freigrenze für geringfügige Betriebsrenten in § 226 Abs. 2 SGB V** in Betracht. Derzeit entfällt der Krankenversicherungsbeitrag auf Betriebsrenten, wenn die monatlichen Einnahmen aus allen beitragspflichtigen Versorgungsbezügen insgesamt 1/20 der der monatlichen Bezugsgröße im SGB nicht übersteigen. Das entspricht 2016 einem monatlichen Betrag von 145,25 Euro. Diese Freigrenze könnte soweit angehoben werden, dass zumindest Durchschnittsverdiener eine abgabenfreie Betriebsrente ansparen können. Dazu müsste die Freigrenze im Minimum verdoppelt werden

Obendrein muss geregelt werden, dass **der Gesetzgeber auch im Sozialversicherungsrecht nicht nachträglich in bereits bestehende Verträge und aufgebaute Anwartschaften eingreifen kann**, sondern allenfalls mit Folgewirkung für Zukunft.

Die GKV-Reform 2003 war insofern beispiellos, als der Staat hier **ohne Vorwarnung und ohne Rücksichtnahme auf rentennahe Jahrgänge rückwirkend in bereits bestehende Verträge eingegriffen hat**. **Mit einem Federstrich wurde so die Altersvorsorgeplanung vieler Bürger zunichte gemacht!** Insbesondere Betriebsrentner mit Altverträgen, die in Form einer einmaligen Kapitalabfindung ausgezahlt werden, mussten von einem Tag auf den anderen hinnehmen, dass die Auszahlung - allein durch den Eingriff der Sozialversicherungsträger - fast um ein Fünftel gekürzt wurde!

Die Folgen sind bitter. Denn in den momentanen Zeiten sinkender Überschüsse fließen nach Abzug der Krankenversicherungsbeiträge oft nicht einmal die gezahlten Beiträge zurück – und das völlig unabhängig davon, ob diese in der Finanzierungsphase bereits verbeitragt wurden oder nicht.

Hinzu kommt, dass **mit der Einbeziehung von Kapitaleistungen in die Krankenversicherungspflicht keinesfalls eine Gleichbehandlung mit laufenden Betriebsrenten erreicht wurde!** Im Gegenteil! Die willkürliche Verteilung der Kapitalsumme auf zehn Jahre führt dazu, dass die früher beitragsfreien Kapitaleistungen **nun über Gebühr mit Krankenversicherungsbeiträgen belastet werden**.

Hier wird das erste Mal über Grundform 2 geredet

Die Empörung der Betroffenen ist daher mehr als verständlich. Der Gesetzgeber macht so nicht nur die Planung der Altersvorsorge für seine Bürger zu einem Vabanquespiel. Vor dem Hintergrund des Umbaus im Alterssicherungssystem sind derart gravierende Einschnitte in das Versorgungsniveau auch von rentennahen Jahrgängen sozialpolitisch vielmehr geradezu ein Skandal. Denn rentennahe Jahrgänge haben - anders als jüngere - überhaupt keine Möglichkeit mehr, auf derartige Eingriffe zu reagieren und die Verluste eventuell noch auszugleichen.

Kein Wunder daher, dass das **Vertrauen in die eigenfinanzierte betriebliche Altersversorgung nachhaltig erschüttert wurde**. Dieses Vertrauen wird sich auch kaum wieder aufbauen lassen, **solange weiterhin rückwirkende Eingriffe in bestehende Verträge allein nach Kassenlage der Sozialversicherung möglich bleiben** und die bei Abschluss der Verträge geltenden Rahmenbedingungen nicht weitgehend verlässlich sind!

Diese rückwirkenden Eingriffe sind eben nicht möglich, wenn man nicht betrügt (GKV), keine Rechtsbeugung betreibt (BSG) und wenn man das Grundgesetz beachtet (BVerfG). Eine rückwirkende Verbeitragung von ins Eigentum übergegangenem Kapital (Grundform 2) ist Diebstahl. Das Gesetz, welches dies angeblich erlaubt ist grundgesetzwidrig.

Zu dem Problemen im Einzelnen:

Doppelverbeitragung

Besonders betroffen von der Doppelverbeitragung in der betrieblichen Altersversorgung sind **pauschal versteuerte Direktversicherungen**, deren Anspruchsgrundlagen bereits vor Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes begründet wurden (Altzusagen) und **die von Arbeitnehmern aus laufendem, krankenversicherungspflichtigem Gehalt finanziert**

werden bzw. wurden. Wer es sich dagegen leisten konnte, die **Betriebsrente** aus zusätzlichem Gehalt in Form von Einmalbeiträgen (Urlaubsgeld, 13. Gehalt bzw. Weihnachtsgeld) zu finanzieren, blieb in der Finanzierungsphase sozialabgabenfrei.

Reden wir hier jetzt über Grundform 2 oder über Grundform 1 ?

Von der Doppelverbeitragung sind aber nicht nur ältere, pauschal versteuerte Direktversicherungen betroffen. **Auch bei der 2002 eingeführten Entgeltumwandlung über Direktversicherungen, Pensionskassen oder Pensionsfonds kann es zu Doppelverbeitragungen kommen - je nach Durchführungs- und Förderweg.** Das ist auf den ersten Blick umso erstaunlicher als der Gesetzgeber sich **2007** ausdrücklich für die **Beibehaltung der Sozialabgabenfreiheit bei Entgeltumwandlung** ausgesprochen hat und **dies ausdrücklich mit der Vermeidung von Doppelverbeitragung begründete.** *(Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales zur Bundestagsdrucksache 16/4633, Drucksache 16/6983 vom 07.11.2007, S. 10)* **Denn die Doppelverbeitragung, so der BDA in seiner damaligen Stellungnahme, führe dazu " die arbeitnehmerfinanzierte betriebliche Altersvorsorge im Vergleich zu allen anderen Spar- und Vorsorgeformen schlechter zu stellen** *(Beitragsfreiheit erhalten, Doppelbelastung verhindern, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände Abt. Soziale Sicherung, Juni 2007).* Nach einer intensiven Debatte über die Aufhebung der Befristung entschied man sich daher, die (vermeintliche) Attraktivität der steuer- und sozialabgabenfreien Entgeltumwandlung, auch Bruttoentgeltumwandlung genannt, nicht zu gefährden.

Allerdings wurden seinerzeit versäumt, die Grundlage für eine einheitliche sozialversicherungsrechtliche Behandlung aller staatlich geförderten Vorsorgeformen zu schaffen und zugleich alle Formen der Doppelverbeitragung zu eliminieren. Bedingt durch das **Zusammenspiel verschiedener Gesetzesvorschriften und höchstrichterlicher Entscheidungen herrscht mittlerweile nämlich ein buntes Durcheinander in der sozialversicherungsrechtlichen Behandlung der verschiedenen Formen und Wege zum Aufbau einer staatlich geförderten Zusatzvorsorge.** Dabei wird die eigenfinanzierte **Vorsorge über den Betrieb vom Sozialversicherungsrecht im Vergleich zur Privatvorsorge benachteiligt oder sogar mit Doppelverbeitragung "bestraft"** wird. Das Ausmaß der Ungleichbehandlung variiert allerdings je Durchführungs- und Förderweg. Vereinzelt sind bei arbeitnehmerfinanzierten Betriebsrenten regelrecht systemwidrige Ungleichbehandlungen zu beobachten.

So müssen zum Beispiel auch Arbeitnehmer, die ihre ursprünglich steuer- und sozialabgabenfrei angesparte **Betriebsrente** nach Ausscheiden aus dem Betrieb mit eigenen Beiträgen fortsetzen wollen - was das Betriebsrentenrecht ausdrücklich zulässt, unter Umständen mit Doppelverbeitragung rechnen. Denn falls der Betrieb seinerzeit den "falschen" Durchführungsweg, Pensionskasse oder Pensionsfonds, für seine Mitarbeiter ausgewählt hat, bleibt auch der privat fortgeführte Teil des Vertrages in der späteren Auszahlphase - anders als bei Direktversicherungen - bleibt nicht abgabenfrei.

Alle Details der unterschiedlichen sozialversicherungsrechtlichen Behandlung zeigt die nachfolgende Übersicht "Formen der staatlich geförderten Zusatzvorsorge und ihre Behandlung im Sozialversicherungsrecht"

Formen der staatlich geförderten Zusatzvorsorge und ihre Behandlung im Sozialversicherungsrecht *)

Spar- bzw. Vorsorgeform	Beitragspflicht in der Finanzierungsphase	Beitragspflicht in der Rentenphase	Doppelverbeitragung **)
Direktversicherung/Pensionskasse Altzusage vor 2002 bzw. bis 31.12.2004 (ggf.mit Steuerförderung nach § 40b EStG)	ja, voll beitragspflichtig, wenn Beiträge aus laufendem Gehalt ¹⁾ , Ausnahme: Beiträge aus Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, 13. Gehalt) bis zum Höchstbetrag von 1.752 € abgabenfrei ²⁾	Ja, Rente, Kapitalabfindung voll beitragspflichtig; Betriebsrentner trägt Beitragspflicht allein (Arb-G. und Arb-N-Anteil)	ja, Ausnahme: Beiträge aus Einmalzahlungen
Direktversicherung/Pensionskasse/ Pensionsfonds, Entgeltumwandlung mit Steuerförderung nach § 3. Nr. 63 EStG (Bruttoentgeltumwandlung)	nein, Beiträge bis 4% Beitragsbemessungsgrenze (WEST) der Rentenversicherung abgabenfrei	Ja, Rente, Kapitalabfindung voll beitragspflichtig; Betriebsrentner trägt Beitragspflicht allein (Arb- G. und Arb-N-Anteil)	nein
Direktversicherung/Pensionskasse/ Pensionsfonds, Entgeltumwandlung mit Riester-Förderung	ja, voll beitragspflichtig ¹⁾	Ja, Rente, Kapitalabfindung voll beitragspflichtig; Betriebsrentner trägt Beitragspflicht allein (Arb- G. und Arb-N-Anteil)	ja, (kaum relevant, weil dieser Förderweg in der bAV selten gewählt wird)
private Fortführung der bAV-Verträge aus Bruttoentgeltumwandlung ³⁾ nach Ausscheiden aus dem Betrieb:			
Direktversicherung	ja, voll beitragspflichtig ¹⁾	nein ⁴⁾	nein
Pensionskasse	ja, voll beitragspflichtig ¹⁾	Ja, Rente, Kapitalabfindung voll beitragspflichtig ⁵⁾ , Betriebsrentner trägt Beitragspflicht allein (Arb-G. und Arb-N-Anteil)	ja
Pensionsfonds	ja, voll beitragspflichtig ¹⁾	Ja, Rente, Kapitalabfindung voll beitragspflichtig ⁶⁾ , Betriebsrentner trägt Beitragspflicht allein (Arb-G. und Arb-N-Anteil)	ja
Private Riester-Rente	ja, voll beitragspflichtig ¹⁾	nein	nein
ungeförderte Privatvorsorge (Dritte Säule)	ja, voll beitragspflichtig ¹⁾	nein	nein

*) begrenzt auf die Beitragspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung für gesetzlich pflichtversicherte Arbeitnehmer und Renten bei Entgeltumwandlung und/oder privater Vorsorge

**) echte Doppelverbeitragung in dem Sinne, dass sowohl die Beiträge als auch die Leistungen belastet werden

1) bei Beiträgen aus Gehalt bis Beitragsbemessungsgrenze Krankenversicherung, Beitrag tragen ArbN und ArbG je zur Hälfte,

2) bei Durchschnittsbildung bis zu 2.148 €

3) Fortführung von bAV-Verträgen mit ursprünglicher Förderung nach § 3.Nr. 63 EStG

4) sofern die Versicherungsnehmereigenschaft auf den ArbN übertragen wurde

5) Frage derzeit vor dem Bundesverfassungsgericht (Az: 1 BvR 249/5) wegen der Ungleichbehandlung im Vergleich zur Direktversicherung

6) weil Versicherungsnehmereigenschaft nicht auf ArbN übertragbar ist.

Quelle: eigene Zusammenstellung auf Basis von BetrAVG, SGB V, EStG, VAG sowie Rechtsprechung

Copyright: Barbara Sternberger-Frey

Überproportionale Belastung bei Kapitalleistungen

Nach eigenen Angaben wollte der Gesetzgeber mit Einbeziehung der Kapitalleistung seinerzeit nur Umgehungsmöglichkeiten im Beitragsrecht der Krankenkassen - und damit eine Gerechtigkeitslücke schließen. Die damals eingeführten Regelungen legen aber die Vermutung nahe, dass es dem Gesetzgeber seinerzeit doch mehr auf die Generierung von Beiträgen ankam als auf eine gerechte Verteilung der Beitragslast!

Es wurde nicht nur eine Ungerechtigkeit beseitigt, sondern eine neue geschaffen

Denn wenn es nur darum gegangen wäre, ein Schlupfloch zur Vermeidung von Krankenversicherungsbeiträgen zu schließen, müssten Betriebsrenten unabhängig von der Form der Auszahlung zumindest gleich behandelt werden. Das ist aber nicht der Fall. Denn um eine Gleichbehandlung zu erreichen, hätte der Gesetzgeber für die **Verbeitragung von Kapitalleistungen mindestens die gleiche Rentenbezugsdauer unterstellen müssen** wie bei der gesetzlichen Rente – und die lag schon 2003 im Schnitt bei 16,7 Jahren, mittlerweile sind es 18,9 Jahre,

Wird hier vermutet, dass der Gesetzgeber sehr wohl einen Missbrauch der Schließung der Umgehungsmöglichkeit vorsah oder sind die Renten aus Schließung der Umgehungsmöglichkeit gemeint ?

Durch die Verteilung der Kapitalleistung auf eine Laufzeit von nur zehn Jahren wird dagegen eine überproportionale Beitragsbelastung erzeugt und die Entscheidung von Arbeitnehmern für eine **Auszahlung von Betriebsrenten in Form der Kapitalleistung** statt in Form einer lebenslangen regelrecht „bestraft“.

Dazu ein Beispiel:

Angenommen ein Betriebsrentner hat die Wahl, zwischen einer monatlichen Betriebsrente von 169 Euro garantiert bzw. rund 288 Euro mit Überschüssen (*wobei die Leistung jedes Jahr um 2,25 Prozent steigen soll, wenn die Überschüsse es zulassen*) oder einer Kapitalabfindung von garantiert 52.681 Euro bzw. mit Überschüssen von 89.847 Euro. Entscheidet er sich für die monatliche Rente und fließen die Überschüsse wie versprochen, muss er jeden Monat 55,72 Euro an Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag abführen – und zwar ein Leben lang (Bei Annahme eines Gesamtbeitragssatzes von 18,90 Prozent bestehend aus Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag samt Zusatzbetrag. Der Betrag steigt zudem Jahr für Jahr prozentual um die in Aussicht gestellte Rentenerhöhung.). Entscheidet er sich für die Kapitalleistung, wird dagegen 1/120 zigstel des Auszahlungsbetrags als Bemessungsgrundlage genommen. Das bedeutet, die Krankenkasse tut so, als würde der Betriebsrentner eine garantierte Rente von 439 Euro bzw. von 748,72 Euro (auf Basis des Gesamtkapitals mit Überschüssen) erhalten. **Schon die Bemessungsgrundlage ist also 2,6 mal so hoch wie die tatsächliche Rentenleistung.** Infolgedessen fallen **jeden Monat** mit 141,51 Euro Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag auch **fast dreimal so hohe Abgaben an wie bei Wahl der Rentenleistung.** Das aber nur für die Dauer von zehn Jahren. Doch bis zum Ablauf dieser Zeit summiert sich die Mehrbelastung bei Bezug der Kapitalleistung auf mindestens 9.575 Euro (*In der Modellrechnung ist unterstellt, dass der Versicherer die versprochene Rentenerhöhung auch jedes Jahr wie versprochen umsetzt. Entfällt die Rentenerhöhung oder fällt sie geringer aus, weil die Überschüsse ausbleiben – derzeit keine ungewöhnliche Situation - wäre die Mehrbelastung sogar noch größer.*).

Würden die Krankenkassen bei Kapitalleistungen dagegen die durchschnittliche Rentenbezugsdauer von 19 Jahren unterstellen, wäre die Mehrbelastung zwar immer noch nicht vollkommen ausgeglichen. Sie wäre aber wenigstens bis auf 1.343,54 Euro geschrumpft. Eine ausgeglichene Behandlung von Rente und Kapitalleistung wäre im Modellfall nach rund 20 Jahren und vier Monaten erreicht.

Besonders ärgerlich dabei: Auf diesen Nachteil bei der Wahl der Kapitalleistung werden Arbeitnehmer offenbar von den Betrieben und den Versorgungswerken bzw. den Versicherern **nicht oder nicht ausreichend hingewiesen.**

Also endgültige Feststellung, es wird von der Umgehung mit „Wahl der Kapitalleistung“ in Grundform 1 geredet.

Bei den Verbraucherzentralen mehren sich daher die Fälle mit Betriebsrentnern, die nach Erhalt des Beitragsbescheids der Krankenkasse völlig verzweifelt in die Beratung kommen – und dann feststellen müssen, **dass sie bei Wahl der lebenslange Rente besser bedient gewesen wären.** Doch für eine Revision der Entscheidung ist es dann leider zu spät. Die Beratung kann und muss daher vor Rentenbeginn erfolgen, wenn die Entscheidung pro oder contra Kapitalleistung ansteht.

Auch die Ungleichbehandlung der Kapitalleistung gehört daher abgeschafft. Das gilt umso mehr als allein die Unwissenheit der Arbeitnehmer bei Wahl der Kapitalleistung nach geltendem Recht zu massiven Versorgungsverlusten im Vergleich zur Wahl der Rentenleistung führen kann.

**Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 27. Januar 2016
 zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE, BT-Drs. 18/6364: Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge - Doppelverbeitragung vermeiden**

1. Wer ist betroffen?

Das Argument, die volle Beitragspflicht zur GKV auf Leistungen der betrieblichen Altersversorgung (bAV) treffe Leistungen, die aus schon einmal beitragspflichtigem Arbeitseinkommen geschaffen worden sind, gilt vor allem für **Anwartschaften** in der bAV, die vor 2004 begründet wurden; aber auch für einige nach 2004.

Anders als bei der Direktzusage des Arbeitgebers werden bei der Direktversicherung, den Pensionskassen und den Pensionsfonds sowie auch den Unterstützungskassen Beiträge nicht selten auch von den Arbeitnehmern gezahlt. Zum Stand 2001 vor der Reform von 2002 wurden 26% der Systeme der bAV in der Privatwirtschaft ausschließlich durch Arbeitnehmer und 27% gemischt von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert (BMGS (Hrsg.) Forschungsbericht Nr. 304, S. 81). Nur für Aufwendungen des Arbeitgebers, nicht die des Arbeitnehmers galt seit 1974 die Möglichkeit der Pauschalbesteuerung gemäß § 40 b EStG, an die der Gesetzgeber seit dem 6.7.1977 mit § 2 Abs. 1 Nr. 3 ArEV (BGBl I, 1208) die Freiheit von Sozialversicherungsbeiträgen anknüpfte. Zusätzlich zum Lohn gezahlte pauschalbesteuerte Zuwendungen zur bAV waren in der Sozialversicherung betragsfrei bis zu einem jährlichen Höchstbetrag (bis 1989 2.400 DM, danach 3.000 DM und ab 1996 bis heute 3.408 DM = 1.752 €). Außerhalb von Sonder- und Einmalzahlungen mussten Beiträge der Arbeitnehmer aus dem beitragspflichtigen Einkommen gezahlt werden. In der Diskussion um die Besteuerung der **Altersrenten** wies der VDR 2001 deshalb zu Recht darauf hin, dass fast alle eigenen Beiträge der Arbeitnehmer zur bAV aus versteuertem (und damit auch beitragspflichtigem) Einkommen erfolgen würden (VDR, DRV 2001, 633, 671).

Erst mit der stärkeren Förderung der privaten Altersvorsorge durch das Altersvermögensgesetz v. 26.6.2001 (BGBl I, S. 1310) ist erstmals neben der Fortschreibung der Befreiungsmöglichkeiten der Arbeitgeberzuwendungen (bis zu 4 % der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze zur GRV) auch die Möglichkeit eingeführt worden, dass die Einzahlungen der Arbeitnehmer zur bAV bis zu dieser Grenze beitragsfrei sind, wenn sie im Wege der (Brutto-) Entgeltumwandlung erfolgen (§ 115 SGB IV, § 2 Abs. 1 Nr. 3 ArEV). Auf die Entgeltumwandlung haben die Arbeitnehmer einen Anspruch (§ 1a BetrAVG); die Durchführung ist für den Arbeitgeber aber nicht ohne Aufwand. Ob alle oder die meisten Beiträge der Arbeitnehmer zur bAV seit 2002/2004 in dieser beitragsfreien Form geleistet werden, ist fraglich, aber zu vermuten. Nicht befreit sind:

- (1) Einzahlungen jenseits der 4%-Grenze; sie müssen aus dem vorbeitragsnettoeinkommen zu bestreiten.
- (2) Die Regelung wurde erst 2004 auf die Direktversicherung übertragen; Altverträge/Altzusagen mussten auf die neuen Anforderungen umgestellt werden (lebenslange Rentenzahlung in der Leistungsphase, Begünstigung nur bestimmter Hinterbliebener); sonst galt das alte Recht weiter.
- (3) Weiterhin ist die alte „Nettoentgeltumwandlung“ vor allem bei der Direktversicherung weniger den Pensionskasse oder dem Pensionsfonds üblich, d. h. die Beiträge der Arbeitnehmer zur werden oft aus dem Nettoverdienst gezahlt. Dann sind die Riesterförderung oder der Sonderausgabenabzug möglich. Zumindest die Riesterförderung spielt in der bAV allerdings eine geringe Rolle.
- (4) Von der Beitragsbefreiung der Entgeltumwandlung profitieren jene Arbeitnehmer nicht, die ohnehin schon den Höchstbeitrag zur GKV zahlen müssen.

Von den **Anwartschaften** der bAV im Jahre 2011 beruhten 58% auf beitragsfreier Entgeltumwandlung (darin 45% nach § 3 Nr. 63 EStG und 13% nach § 40b EStG) (BMAS (Hrsg.), Situation und Entwicklung der betrieblichen Altersversorgung in Privatwirtschaft und öffentlichem Dienst (BAV 2011) Forschungsbericht 429, 2012, S. 112).

Die Aussagen Kap. 1 beziehen sich ausschließlich auf Betriebsrenten = Versorgungsbezüge (Grundform 1)

2. Was war Grund für die Einführung der vollen Beitragslast 2004 ?

Mit Einführung des SGB V durch das Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.1988 (BGBl 1988 I S. 2477) mussten Versicherte in der KVdR, die 9/10 der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens GKV Mitglied waren, statt des früheren vollen nur noch den halben allgemeine **Beitragssatz auf Versorgungsbezüge** bezahlen (§ 248 Abs. 2 SGB V). Damit sollten diese freiwilligen Mitglieder die gleiche Vergünstigung bei der Beitragsbemessung wie vergleichbare Pflichtversicherte erhalten (BT-Drs. 11/2237 S. 226, Art. 1 zu § 257).

Bereits vier Jahre später wurde § 248 Abs.2 SGB V zum 01.01.1993 durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) v. 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266) aufgehoben, mit einem Vertrauensschutz für bestimmte Altfälle.

2.1. Alte Regelung des GSG von 1992 von verfassungswidrig

Am 15.3.2000 entschied das Bundesverfassungsgericht (1 BvL 16-20/96 und 18/97, BVerfGE 102, 68, 92ff.), dass die 1993 wieder eingeführte Ungleichbehandlung zwischen pflicht- und freiwillig Versicherten Rentnern in der KVdR, die vorher beide langfristig Mitglieder in der GKV waren, gegen Art. 3 Abs. 1 GG verstieße. Es ließ dem Gesetzgeber ausdrücklich freie Hand, ob er die Ungleichbehandlung dadurch beseitigt, dass die langfristig **freiwillig Versicherten nur den halben Beitrag für Versorgungsbezüge** zahlten oder ob die volle Beitragspflicht auch auf die Pflichtversicherten der KVdR übertrug. Die vom BVerfG angeordnete Rechtsfolge, dass die Neuregelung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V von 1992 aufgehoben ist und das alte Recht von 1988 zu gelten habe, wenn nicht bis zum 1.4.2002 eine Neuregelung getroffen wird, trat mit dem 1.4.2002 ein. Der Gesetzgeber nahm dies in Kauf, „die vom Bundesverfassungsgericht geforderten Regelungen sollten...in den Kontext einer grundlegenden Neuregelung des Beitragsrechts für alle versicherten Gruppen gestellt werden“ (BT-Drs. 14/8099 S. 3).

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 (BGBl I S. 2190) wählte dann die andere vom BVerfG angesprochene Alternative und führte mit Wirkung vom 1.1.2004 für *alle* Versicherte der KVdR den **vollen Beitragssatz für Versorgungsbezüge** der bAV ein (§ 248 S.1 SGB V).

2.2. Überprüfung der Neuregelung des GMG 2003 durch das BVerfG

Da das Bundesverfassungsgericht diese Lösung ausdrücklich als eine Möglichkeit angesehen hatte, die Ungleichbehandlung von pflicht- und freiwillig Versicherten zu beseitigen, wundert es nicht, dass sowohl das BSG 2006 (10. Mai 2006, Az: B 12 KR 3+5+7+9+13+23/05 R) wie auch das Bundesverfassungsgericht 2008 und 2010 in mehreren Entscheidungen diese Neuregelung als verfassungsgemäß, vor allem als vereinbar mit Art. 3 Abs. 1 GG ansahen:

- (1) Aufstockung der halben Beitragspflicht auf die volle Beitragspflicht verfassungsgemäß, Vergleich mit der hälftigen Beitragslast bei den Renten der GRV abgelehnt (1. Senat 2. Kammer, 28. Februar 2008, Az: 1 BvR 2137/06);
- (2) Einbezug der Altersvorsorgebezüge in Form von Einmalzahlungen zu Recht voll beitragspflichtig, kein relevanter Unterschied zwischen Dauerrente und Einmalzahlung (BVerfG 1. Senat 2. Kammer vom 07. April 2008 – 1 BvR 1924/07);
- (3) Abschaffung des halben Beitragssatzes für bestimmte freiwillig versicherte Rentner mit früherem Vertrauensschutz verfassungsgemäß (BVerfG 1. Senat 2. Kammer, 28. Mai 2008, Az: 1 BvR 2257/06; wiederholt in BVerfG 1. Senat 2. Kammer, 13. Juni 2008, Az: 1 BvR 1413/07).
- (4) 2010 hielt es auch für sachgemäß, dass die volle Beitragspflicht für eine Direktversicherung galt, die der Arbeitnehmer nach Beendigung seines Arbeitsverhältnisses mit eigenen Beiträgen weiterführte. Hier sah es die Ungleichbehandlung gegenüber einer Lebensversicherung, die der Arbeitnehmer selbst abschließt und die im Alter völlig beitragsfrei bleibt, noch nicht als Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG an (BVerfG 1. Senat 3. Kammer 6.09.2010 - 1 BvR 739/08). Das sei, so in der letzten Entscheidung, erst der Fall, wenn der Arbeitnehmer nach dem Ausscheiden die Direktversicherung auch auf seinen Namen umschreiben ließ (BVerfG 1. Senat 3. Kammer 28.09.2010 - 1 BvR 1660/08).

Diese haarscharfe Trennung von 2010 nach einem rein formalen Vorgang, wurde vor allem mit der notwendigen Typisierung in einer Massenverwaltung gerechtfertigt die einmal noch, das andere Mal aber nicht mehr verhältnismäßig und unzumutbar sei.

Das Kap. 2 beschäftigt sich ausschließlich mit der Thematik „halber- oder voller Beitragssatz“ und der Gleichbehandlung von Freiwillig- und Pflicht-Versicherten. Das hat mit Doppelverbeitragung nichts zu tun.

3. Spielraum des Gesetzgebers und Vorgaben an eine Neuregelung

Die Beitragspflicht zur KVdR ist schwierig stimmig zu lösen, was die vielen unterschiedlichen gesetzlichen Modelle vor 2004 zeigen, auf die das BSG 2006 und BVerfG 2008 hinweisen konnten.

3.1. Vorgaben über Art. 3 Abs. 1 GG nach der Rechtsprechung des BVerfG

Die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts von 2008/2010 und alle vorhergehenden Entscheidungen des BSG von 2006 konzentrierten sich ganz auf die Prüfung am Maßstab des Art. 3 Abs. 1 GG und gingen davon aus, dass es die Regel sei, auf jedes beitragspflichtige Einkommen auch den vollen Beitragssatz anzuwenden. Diese Gleichheitsprüfung in den Urteilen von 2008 fand viel Kritik, weil hier die Vergleichspaare und –maßstäbe je nach Konstellation verschieden waren und die Besonderheiten KVdR nicht hinreichend gewürdigt würden (Klaus Kukat, BetrAV 2012, 121-122; Astrid Wallrabenstein, SGB 2009, 227-231; Rolf Winkel, SozSich 2008, 157-158; Friedhelm Hase, SuP 2008, 312-315). Die sehr formale Differenzierung in den Urteilen von 2010 wurde dagegen in der Literatur weitgehend akzeptiert. Das zeigt nur, wie flexibel der Prüfungsmaßstab ist.

Aber einige Probleme der Gleichbehandlung bleiben bestehen und lassen sich auch nicht als verhältnismäßig ansehen. So ist es ein Problem, weshalb in der aktiven Phase Spar-/Beitragsleistungen aus Entgeltumwandlung in der bAV von der Beitragspflicht zur GKV (und GRV) befreit sind, andere Spar-/Beitragsleistungen zur Altersvorsorge (z. B. oberhalb der 4%-Grenze, freiwillig oder pflichtversicherte Mitglieder ohne bAV oder bei Mitgliedern nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) aber nicht. Die Freistellung der Entgeltumwandlung von der Beitragspflicht zur GKV ist eine „Verschonungssubvention“, aber nicht durch Abgabeverzicht des Steuerfiskus, sondern eine Privilegierung bestimmter GKV-Versicherter, die zu Lasten der anderen GKV-Versicherten geht, die diese Beitragsfreistellung über eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes mittragen müssen (dazu Schmähl/Oehlschläger, Abgabefreie Entgeltumwandlung aus sozial- und verteilungspolitischer Perspektive, 2007). Sie wird erheblich weniger praktiziert von Frauen, Versicherten in Ostdeutschland und bei KMU (BMAS (Hrsg.), Forschungsbericht 429, 2012, S. 20 ff.) und von Geringverdienern (Blank, Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, 3/2014, S. 129, 132 ff.).

3.3. Verbot der Doppelverbeitragung

Erst in dem Verfahren von 2010 hat das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich zurückgewiesen, es gebe ein Verbot der doppelten Verbeitragung im Beitragsrecht der GKV (BVerfG 1. Senat 3. Kammer vom 06. September 2010 – 1 BvR 739/08, Rn. 10 und 11):

„Zwar hat das Bundesverfassungsgericht für das Steuerrecht den Grundsatz entwickelt, dass steuerbares Einkommen nur beim erstmaligen Zufluss beziehungsweise bei der erstmaligen Realisierung zu versteuern sei (BVerfGE 105, 73 <122>). Für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung als eines Versicherungssystems gelten jedoch andere Grundsätze.

*Die Beitragserhebung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist für die pflichtversicherten Arbeitnehmer auf die berufsbezogenen Einkünfte maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze nach Maßgabe eines einheitlichen Tarifs beschränkt. Dem gezahlten Beitrag steht der umfassende und unbegrenzte Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem ersten Tag der Mitgliedschaft gegenüber. Dieser Versicherungsschutz besteht nicht nur während des Erwerbslebens, sondern wird durch die Krankenversicherung der Rentner auch nach dem Eintritt in den Ruhestand zur Verfügung gestellt. Er wird durch Beiträge finanziert, die wiederum nach den erwerbsbezogenen Einkünften bemessen werden. Dies sind bei den Rentnern Renten und der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge). Die Frage, ob diese Versorgungsbezüge ihrerseits aus bereits mit Krankenversicherungsbeiträgen belastetem Arbeitsentgelt finanziert worden sind, ist für die Frage der Beitragspflicht in der Krankenversicherung der Rentner nicht maßgebend. Die Äquivalenz von Beitrag und Risikoabsicherung ist durch einen Beitrag auf berufsbezogene **Versorgungsbezüge** des Rentners nicht gestört.“*

Diese Argumentation ist äußerst knapp. Seit den Grundlagenentscheidungen des BVerfG zur Beitragspflicht in der KVdR von 1988 (BVerfG 6.12.1988 - 2 BvL 18/84, Rn. 34 ff., BVerfGE 79, 223, 228), auf die es sich 2000 (ebda. Rn. 85 ff., BVerfGE 102, 68, 93 ff.) wie 2008 bezog (28.2.2008 - 1 BvR 2137/06, Rn. 24) bezogen hat, hat das BVerfG immer betont, dass die Beitragspflicht zur KVdR wie auch der Versorgungsleistungen der bAV durch die Leistungsfähigkeit der freiwillig wie pflichtversicherten Versicherten begründet würde; wenn die Leistungsfähigkeit beider Gruppen typischerweise gleich

einzuschätzen sei, verstieße eine unterschiedliche Behandlung gegen Art. 3 Abs. 1 GG. Das BSG hat auf der Basis dieses Grundsatzes sogar betont, es sei im Hinblick auf Art. 3 GG unproblematisch, dass *alle* (Alters-)Einkommen beitragspflichtig werden; vielmehr sei begründungspflichtig, dass bestimmte Alterseinkommen (rein private Lebensversicherungen, Versorgungsleistungen in Form von Einmalzahlungen) nicht beitragspflichtig seien (BSG SozR 3-2500 § 229 Nr. 8, S. 48; BSG v. 18.12.1984, SGB 1986, 23 ff. m. zust. Anm. von Manfred Löwisch/Kordula Bernards).

Die Ausgestaltung der Beitragsgrundlage in der GKV nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip ist auch sachgerecht, da die GKV seit Jahrzehnten ca. 94 % ihrer Leistungen unabhängig von der Höhe und Dauer der vorherigen Beitragszahlung und dem vorherigen Arbeits- und Erwerbseinkommen erbringt. Es ist deshalb auch gerechtfertigt, Beiträge nicht mehr ausschließlich vom Lohn bzw. Lohnersatz zu erheben. Dass mit der Fundierung der Beitragszahlung zur GKV in der Leistungsfähigkeit der Versicherten der Unterschied zur Steuer dennoch hinreichend gewahrt bleibt (linearer Tarif, Zweckbindung, kein Zufluss in den allgemeinen, sondern den eigenen Etat der Sozialversicherung - Parafiskalität), wurde und wird in der Literatur zu den Grundlagen der Beitragspflicht zur Sozialversicherung und zur Bürgerversicherung intensiv diskutiert und kann hier nur erwähnt werden.

Es ist nun aber gerade auch der Grundsatz die Abgabenerhebung nach Leistungsfähigkeit, der in der Rechtsprechung des BVerfG (BVerfGE 105, 73, 122) begründete, dass ein Einkommen im Lebenslauf nicht zweimal besteuert werden darf. Daraus folgt, dass Einkommen, das aus versteuertem Einkommen entstanden ist, später nur mit seinem Ertragsteil besteuert werden kann. So konnte das BSG in seiner Entscheidung v. 16.12.2003 für die Beitragserhebung des laufenden Einkommens feststellen: „Das Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung kennt an keiner Stelle eine mehrfache Beitragserhebung auf ein und dieselbe beitragspflichtige Einnahme“ (BSG v. 16.12.2003 - B 12 KR 20/01 -, unter 4.a., sowie BSG v. 16.12.2003 - B 12 KR 25/03). Es leitet diesen Grundsatz als Systemprinzip aus dem aktuellen Recht ab, um dann eine Abweichung im Einzelfall (doppelte Beitragserhebung auf dasselbe Einkommen durch Pauschalbeitrag aus geringfügigem Arbeitseinkommen und Beitrag als freiwilliges Mitglied der KVdR) an Art. 3 Abs. 1 GG scheitern zu lassen. Deshalb musste das BSG sich nicht mit einer allgemeinen verfassungsrechtlichen Begründung dieses Grundsatzes noch mit seiner Anwendung auf intertemporale Einkommensverschiebungen (Ansparen von Altersversorgungen) auseinandersetzen.

Natürlich kann man argumentieren, dass die Beitragserhebung zur GKV einem anderen System der Ausgestaltung auf der Basis der Leistungsfähigkeit der Versicherten folgt. Aber die Unterschiede sind nicht dergestalt, dass sie die Übertragung des Grundsatzes auf das Beitragsrecht der GKV verbieten.

Im Grundsatz liegen die Unterschiede zwischen dem Leistungsfähigkeitsprinzip in der GKV einerseits und dem Leistungsfähigkeitsprinzip im Steuerrecht andererseits vor allem darin, dass das Beitragsrecht zur GKV nur einige Einkommen und diese nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze heranzieht (Arbeitsentgelt bzw. Erwerbseinkommen, Altersrente und Vorsorgebezüge), während das Steuerrecht alle Einkommen unbegrenzt heranzieht. Dieser Unterschied rührt vom Ursprung der GKV her, als in sehr viel stärkerem Maße als heute bei Krankheit Lohnersatzleistungen gewährt wurden und deshalb gerade auch die Höhe der Beiträge von der Höhe des Arbeitsentgelts abhängig waren. Da die lohnäquivalente Leistung des Krankengelds nunmehr noch 5-6 % aller Leistungen der GKV ausmacht, ist diese Beschränkung der Beiträge auf Lohn- und Lohnersatz Einkommen – wie das Bundesverfassungsgericht zu Recht festgestellt hatte (BVerfGE 102, 68 (93/94) - nur noch schwer legitimierbar und vermag kaum Abweichungen gegenüber Grundsätzen zu rechtfertigen, die aus dem Leistungsprinzip folgen. Eine Äquivalenz zwischen Beitrag und Leistung, wie sie das BVerfG in der Entscheidung v. 6. September 2010 erwähnt, gibt es im Recht der GKV nicht; insoweit widersprechen sich die Entscheidung von 2010 und die von 2000 und 1988.

Soweit ersichtlich gibt es allenfalls zwei immanente Besonderheiten der GKV, speziell der KVdR. Da die GKV traditionell nur aus Beiträgen auf das Lohn-/Erwerbseinkommen finanziert wird, sollen die Rentner auch im Alter auch nur Beiträge auf Alterseinkommen zahlen, das einen Bezug zum Lohn-/Erwerbseinkommen hat. Dies Argument von BSG und BVerfG überzeugt nicht. Bei normalen Arbeitnehmern dürften alle Sparleistungen zur Altersvorsorge wohl aus dem Lohn-/Erwerbseinkommen geleistet werden. BSG und BVerfG behelfen sich dann damit, dass irgendwie der Arbeitgeber noch Initiator des Vorsorgeregimes sein muss, auch wenn hier nichts mehr von ihm selbst geleistet wird und es den Arbeitnehmern völlig frei steht, ob sie sich an dem vom Arbeitgeber initiierten System mit ihrem Einkommen beteiligen oder nicht. Weshalb das ausreichen soll, ist schwer verständlich.

Zweitens ließe sich noch vorbringen, dass das Beitragsrecht der GKV auch die Renten der GRV mit dem **vollen Beitragssatz** belegt, obwohl auch diese Renten zumindest zum größten Teil aus beitragspflichtigem Einkommen angespart worden sind. Hier liegt der Unterschied aber gerade darin, dass die Pflichtversicherten sowohl in der Phase des aktiven Lebens wie als GRV-Rentner selbst nur die Hälfte des Beitrags tragen.

Zumindest folgt aus dem Grundsatz der Leistungsfähigkeit und dem Verbot der doppelten Verbeitragung, dass strenge

Anforderungen an die Differenzierung zu stellen sind, weshalb bis heute bestimmte Vorsorgeleistungen, die aus beitragspflichtigem Entgelt in der Ansparphase entstanden sind, in der Auszahlungsphase noch einmal zur Beitragszahlung herangezogen werden, andere in der Anspar- oder der Auszahlungsphase aber nicht. Unter Geltung des Prinzips der Leistungsfähigkeit und des Art. 3 Abs. 1 GG sind keine wirklich überzeugenden Unterschiede zu finden.

3.4. Besondere Lastentragungspflicht der Rentner?

Sehr problematisch ist bei BSG und BVerfG das Argument, dass auch schon der Gesetzgeber verwandt hat, „die Beitragszahlungen der Rentner hätten 1973 noch zu gut 70 % deren Leistungsaufwendungen abgedeckt, inzwischen bestritten sie nur noch ca. 43 % dieser Aufwendungen. Es sei daher ein Gebot der Solidarität der Rentner mit den Erwerbstätigen, den Anteil der Finanzierung der Leistungen durch die Erwerbstätigen nicht noch höher werden zu lassen (BT-Drs. 15/1525, S.140)“ (ähnlich BVerfG 28. Februar 2008, Az: 1 BvR 2137/06, Rn 38). Denn das verkennt, dass die GKV wie die GRV auf einem „Generationenvertrag“, einem solidarischen Finanzierungszusammenhang zwischen Alten und Jungen beruht, wonach die Rentner in der Zeit, als sie jung waren, mit ihren Beiträgen die Leistungen an die damaligen Rentner solidarisch mitfinanziert hatten, um sich später darauf verlassen zu können, dass das System auch noch funktioniert, wenn sie Rentner sind und sie wiederum auf die solidarische Finanzierung durch die Jungen vertrauen können. Das die „Selbstfinanzierungs-“ und „Umverteilungs-Quoten“ zwischen den Generationen sich jeweils ändern, ist in einem solchen System zwangsläufig der Fall. Zudem ist die obige „Rechnung“ des BVerfG/Bundestags falsch, berücksichtigt sie doch z. B. nicht, dass sich in jenem Vergleich die „Alterslast“ der GKV geändert hat und weiter ändern wird, weil durch die zunehmende selbständige Erwerbstätigkeit der Frauen die Mitversicherung von Familienangehörigen durch die Rentner stark zurückgegangen ist und noch weiter zurückgehen wird.

Zumindest aber entbindet das Argument den Gesetzgeber nicht, dieses System der zusätzlichen Finanzierungslast der Rentner strikt nach Art. 3 GG auszugestalten, d. h. z. B. das Verbot der doppelten Beitragsbelastung zu beachten, zumindest abzumildern, und zu rechtfertigen, weshalb bestimmte Mitglieder der KVdR mit ihrem Einkommen ganz oder teilweise oder gar nicht von der Beitragspflicht ausgenommen sind.

4. Mögliche Lösungen

Eine Wiedereinführung des halben Beitragsatzes auf alle Leistungen der bAV ist also möglich und sachgerecht. Dabei sind allerdings alle Versicherten, die die 9/10 Belegung in der zweiten Erwerbsphase vor Bezug der GRV-Rente erfüllen, gem. der Entscheidung des BVerfG von 2000 gleich zu behandeln. Denn sie haben vorher wie die Pflichtversicherten langfristig zur Finanzierung der GKV beigetragen.

Pauschal alle Leistungen der bAV einzubeziehen, d. h. auch solche, die voll oder zum großen Teil aus vorher nicht beitragspflichtigem Entgelt finanziert worden sind, rechtfertigt sich aus der Maßgabe einer notwendigen verwaltungsmäßigen Typisierung, die hier nicht belastet, sondern begünstigt, und zum anderen daraus, die Altersvorsorge zusätzlich zur GRV-Rente unabhängig vom Modus der bAV zu fördern.

Natürlich kann auch auf der Basis der Einkünfte der Einrichtungen der bAV nach dem Maß der Eigenfinanzierung aus beitragspflichtigem Einkommen differenziert werden. Das kann sicherlich leichter für die selbst vom Arbeitnehmer gezahlten Beiträge gelten, wie es auch das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung v. 28.09.2010 (1 BvR 1660/08) für möglich hielt. Ob auch ohne Rückgriff auf andere Daten (Steuerdaten) die Frage geklärt werden kann, ob der Zahlungsbetrag in der aktiven Phase beitragspflichtig war oder nicht, wäre zu klären. Auf jeden Fall ist eine solche Lösung sehr viel aufwändiger.

5. Ein stimmiges System der Finanzierung der GKV, insbesondere der KVdR?

Der Protest gegen die Beitragspflicht von Leistungen der bAV zur KVdR rührt wohl vor allem daher, dass für die Versicherten der GKV schon lange nicht mehr einsichtig ist, warum welches Einkommen beitragspflichtig bzw. nicht beitragspflichtig ist. Es gibt kein Äquivalenzverhältnis gibt zwischen Beiträgen auf Lohn- und Lohnersatzeneinkommen einerseits und den Leistungen andererseits, die zu 94% keinen Bezug auf den vorherigen Lohn nehmen. Deshalb ist die überkommene Finanzierungsart nicht mehr vernünftig; sie besteht nur noch kraft Tradition, verliert dann aber immer an Überzeugungskraft, wenn etwas geändert wird, Einkommen neu belastet, andere befreit werden. Fast zwangsläufig wird dann gefragt: „Warum wir, aber nicht die?“

Die einzig sozialpolitisch plausible Grundlage für Beiträge zur GKV ist die Erhebung nach der Leistungsfähigkeit. Sie liegt den zahlreichen Modellen einer Bürgerversicherung in der KV in unterschiedlichem Maße zu Grunde. Insoweit erscheint mir der Verweis auf die Modelle einer Bürgerversicherung in der BT-Drs. 18/6364 berechtigt.

Ansprechpartner:**BDA | DIE ARBEITGEBER**

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Doppelverbeitragung künftig vermeiden**Stellungnahme zum Antrag der Linkspartei "Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge - Doppelverbeitragung vermeiden" vom 14. Oktober 2015 (BT-Drs. 18/6364)**

21. Januar 2016

Zusammenfassung

Die im Antrag der Bundestagsfraktion die LINKE erhobene Forderung, dass bei betrieblicher Altersvorsorge nur einmal Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung erhoben werden dürfen, ist richtig. Daher sollten tatsächlich vorliegende Fälle von Doppelverbeitragungen, insbesondere im Rahmen der Riesterförderung bei betrieblicher Altersvorsorge, beseitigt werden. *Natürlich, weil der Betrug mit Riesterrenten muss doch weiter gehen, da muss man schon noch ein wenig nachjustieren.*

Im Einzelnen**1. Bei privater und betrieblicher Altersvorsorge doppelte Beitragspflicht vermeiden**

Private und betriebliche Altersvorsorge sollten stets nur einmal mit Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen belastet werden: Entweder durch Belastung des Einkommens, das der Finanzierung der Altersvorsorge dient, oder durch Belastung der **Versorgungsleistung**. Eine darüber hinaus gehende Belastung würde der Bereitschaft zur ergänzenden Altersvorsorge schaden, weil sie dadurch ungerechtfertigt für den Einzelnen zu höheren Beitragslasten führen würde als bei einem Verzicht auf ergänzende Altersvorsorge.

Die Vermeidung der Doppelverbeitragung muss dabei für die Zukunft in allen Fällen unterbunden werden, in denen sie nach bisherigem Recht eintritt:

a. Riestergeförderte betriebliche Altersvorsorge

Bei Inanspruchnahme der Riesterförderung innerhalb der betrieblichen Altersvorsorge (§ 1a Abs. 3 BetrAVG) werden derzeit sowohl die Beiträge als auch die **späteren Leistungen** mit Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen belastet.

Die Beseitigung dieses Hemmnisses würde die Zulagenförderung auch im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge künftig attraktiver machen, wovon insbesondere Geringverdiener profitieren würden. Diese Angleichung würde die Attraktivität der betrieblichen Altersvorsorge auch für Familien mit Kindern erheblich steigern. Sie würden ihre Beiträge und die Zulagen in die in der Regel kostengünstigen und effizienten betrieblichen Versorgungswerke einbringen, statt auf die private Altersvorsorge ausweichen zu müssen. So kämen die Vorteile der betrieblichen Altersvorsorge stärker auch bei der Arbeitnehmergruppe an, die besonders auf kostengünstige Lösungen angewiesen ist.

b. Entgeltumwandlung aus beitragspflichtigem Einkommen

Zu einer Doppelverbeitragung kommt es heute auch in den Fällen, in denen die Entgeltumwandlung für betriebliche Altersvorsorge aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt erfolgt. Dies ist der Fall, wenn der beitragsfreie Zuwendungsrahmen in Höhe von 4 % der Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung (West) durch Beiträge des Arbeitnehmer bzw. Arbeitgebers bereits ausgeschöpft ist. Beiträge, die über diese 4 %-Grenze hinausgehen, müssen dann aus beitragspflichtigen Einkommensbestandteilen aufgebracht werden.

c. Privat fortgeführte Pensionskassen- bzw. Pensionsfondszusagen

Auch bei (nach Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis) privat fortgeführten Pensionskassen- bzw. Pensionsfondszusagen kommt es derzeit regelmäßig zu einer Doppelverbeitragung von Finanzierungsaufwand und späteren Versorgungsbezügen.

Anders als bei Direktversicherungen wird bei Versorgungsbezügen von Pensionsfonds und -kassen hinsichtlich der Kranken- und Pflegeversicherungsbeitragspflicht nicht dahingehend differenziert, ob es sich um betrieblich und damit in der Regel beitragsfrei finanzierte Versorgungsbezüge handelt oder um privat und damit regelmäßig aus beitragspflichtigem Einkommen finanzierte Versorgungsbezüge handelt. Eine Differenzierung bei der Verbeitragung von Versorgungsbezügen nach betrieblich gezahlten und nach Ausscheiden privat eingezahlten Beiträgen hat das Bundessozialgericht (BSG, 23. Juli 2014 - B 12 KR 28/12 R) nur für privat fortgeführte Direktversicherungen zugelassen, nicht aber für privat fortgeführte Pensionskassenverträge.

Das glaube ich unbesehen. Und wieder der 12. Senat des BSG, der das Recht zurechtbiegt, wie es ihm gefällt. Die Differenzierung hat übrigens nicht das BSG zu gelassen, sondern da musste erst ein Urteil des BVerfG her, das diese Differenzierung erzwingt (1 BvR 1660/08)

Die Unterscheidung zwischen Pensionskassen (und somit inzident auch Pensionsfonds) und Direktversicherung allein aufgrund eines abstrakten „institutionellen Bezugs“ ist nicht überzeugend. Sie benachteiligt die Durchführungswege Pensionskasse sowie Pensionsfonds und ist für die Versorgungsempfänger ungerecht. Technisch kann hier eine Differenzierung in gleicher Weise für Zukunft erfolgen wie bei der Direktversicherung.

In anderen Worten: die BDA befürwortet bzgl. der privat eingezahlten Beiträgen die Gleichbehandlung von Versicherten nach Grundform 1 mit denen nach Grundform 2 und damit die Wiederherstellung der Gleichbehandlung von Versicherten nach Grundtyp 1 entsprechend GG. Die „institutionelle Bezug“ des BSG ist eine faule Ausrede zur Rechtsbeugung.

d. Bis 2004 begonnene Direktversicherungen bzw. Pensionskassenzusagen

Auch bei Direktversicherungsverträgen und Pensionskassenzusagen, die - oftmals weit - vor dem 31. Dezember 2004 begonnen wurden, kann es zu einer Doppelverbeitragung kommen. Allerdings dürfte dies eher ausnahmsweise als regelmäßig der Fall sein. So wird in der Begründung des Antrags selbst eingeräumt, dass arbeitgeberfinanzierte Direktversicherungsverträge eben nicht doppelt mit Beiträgen belastet wurden. Gleiches gilt auch für Entgeltumwandlungen aus Sonderzahlungen.

Hier bleibt unklar auf welche Art von Versicherungen Bezug genommen wird. Arbeitgeberfinanziert bzw. aus Arbeitsentgelt finanziert waren sie ja wohl alle

Insofern ist es nicht einfach, Fälle tatsächlicher Doppelverbeitragungen zu identifizieren.

Da kann der BDA aber kräftig geholfen werden.

Belastbare quantitative Daten, wie viele Verträge von einer doppelten Beitragspflicht betroffen sind, fehlen allerdings.

Genau, da haben die GKV ganze Arbeit geleistet und die Executive (BMG) hat nichts dagegen getan.

Eine Korrektur dürfte in Anbetracht der oft jahrzehntelang zurückliegenden Zeiträume auch gesetzlich schwierig umsetzbar sein und ggf. neue Ungleichbehandlungen schaffen,

Das hängt ganz von der Qualität der Korrektur ab, noch so ein Schlamper-Gesetz wird wohl tatsächlich schwierig umsetzbar sein.

Ein „Feinjustieren“ ist bei dem angerichteten Chaos gar nicht mehr möglich; es blickt doch jetzt schon keiner mehr durch. Die GKV können sich doch heute schon nicht mehr erklären, auf welcher rechtlichen Basis sie Geld haben wollen.

da bereits erfolgte Doppelverbeitragungen kaum rückabgewickelt werden könnten.

Da irrt die BDA ganz gewaltig. Jeder Betroffene kann nachweisen, wie viel ihm gestohlen wurde.

Außerdem würde eine solche – auch mit Kosten verbundene – Maßnahme allein die Situation für "Altfälle" verbessern

Das wäre dann allein eine selbstverständlich mit Kosten verbundene Lösung für ca. 6 Millionen „Altfälle“.

Beim Thema Geld für Rentner ist die rote Linie überschritten, da hört der Spaß für die BDA denn doch auf.

und keinen Beitrag zur weiteren künftigen Verbreitung der betrieblichen Altersvorsorge leisten.

2. Keine Solidarische Gesundheitsversicherung

Die im Antrag enthaltene Forderung, eine "solidarische Gesundheitsversicherung" einzuführen, wird nicht konkretisiert. Soweit damit in der Vergangenheit diskutierte Modelle einer Bürgerversicherung gemeint sind, ist sie jedoch abzulehnen,

Na also, da entsinnt sich die BDA denn doch noch rechtzeitig, wessen Vertretung sie ist. Also diese Gleichbehandlung der Besserverdienenden mit den armen Schluckern ...

schon weil damit die Abschaffung der aufgrund ihrer Altersrückstellungen besser auf die künftige demografische Entwicklung vorbereitete private Krankenversicherung verbunden wäre.

... da greifen wir denn doch lieber wieder zur klassischen Lüge, wegen der „demografischen Entwicklung“ müssen wir die Grundfesten der Ungleichheit und Ungerechtigkeit schon noch stehen lassen; „sozial“ ? das kann man auf dem Mond machen.

5**Stellungnahme****der Deutschen Rentenversicherung Bund**

vom 21. Januar 2016

zum

Antrag der Fraktion DIE LINKE**Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge – Doppelverbeitragung vermeiden**

(BT-Drucks. 18/6364 v. 14.10.2015)

Der Antrag beschäftigt sich mit der **Einbeziehung** von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung sowie der diese Leistungsansprüche begründenden Beitragszahlungen **in die Bemessungsgrundlage** für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung. Er stellt fest, dass bei Durchführung der Betrieblichen Altersversorgung in Form einer **Direktversicherung** sowohl von den Rentenleistungen im Alter **als grundsätzlich auch von den zum Erwerb des Anspruchs auf diese Leistungen dienenden Beitragszahlungen** der Arbeitnehmer in der Erwerbsphase Pflichtbeiträge an die GKV abzuführen sind.

Das ist nicht zu bezweifeln, dass für die Beitragszahlungen an Direktversicherungen Beiträge zu entrichten sind, allerdings nur insoweit sie nicht die (noch gültige) Beitragsbemessungsgrenze überschreiten.

Nur soweit die **Anwartschaften** in der Betrieblichen Altersversorgung im Rahmen einer Entgeltumwandlung erworben wurden, seien die dafür aufzuwendenden Entgelteile – innerhalb bestimmter Grenzen – von der Beitragspflicht in der GKV ausgenommen.

Mit den ersten beiden Sätzen konnte man meinen wir reden über alle Grundformen, jetzt wird schon wieder eingeschränkt auf Grundform 1.

Die Antragsteller fordern, dass die – von ihnen so bezeichnete – „doppelte Beitragspflicht“ bei Direktversicherungen und ihren Leistungen beendet werden soll. Die Beitragspflicht solle entweder auf die Einkommen in der Ansparphase oder auf die **Rentenleistungen** in der Auszahlungsphase begrenzt werden: Sofern die Beiträge zur betrieblichen Altersversorgung aus **nicht beitragspflichtigem Einkommen** erfolgen, seien auf die Betriebsrente GKV-Beiträge zu entrichten;

Wenn die Beiträge aus nicht beitragspflichtigem Einkommen bezahlt wurden, ist zu fragen, warum waren sie nicht beitragspflichtig. Wenn man dann i.d.R. Jahrzehnte später behauptet, sie seien jetzt beitragspflichtig, hat man den Grund zu ihrer Nicht-Beitragspflicht nachträglich ausgehebelt. Erstens ist das verbotene Rückwirkung und zweitens, warum schafft man dann die Gründe zur Nicht-Beitragspflicht gleich ab ?

wenn dagegen die Beiträge zur Direktversicherung aus Einkommen gezahlt würden, auf das bereits GKV-Beiträge abgeführt wurden, dürfe die Versicherungsleistung nicht erneut verbeitragt werden.

Kern des Antrags ist somit eine Fragestellung, die im Wesentlichen den Bereich der Krankenversicherung berührt; die Deutsche Rentenversicherung Bund ist insoweit nicht direkt angesprochen. Soweit allerdings in dem Antrag auf Fragen der Entgeltumwandlung zu Gunsten des Aufbaus von **Anwartschaften** in der Betrieblichen Altersversorgung eingegangen wird, ist auch die gesetzliche Rentenversicherung betroffen. Unsere Stellungnahme bezieht sich **allein auf diesen Aspekt** des Antrags. *Es wird also definitiv nur Grundform 1 betrachtet.*

Im Rahmen der Entgeltumwandlung werden „künftige Entgeltansprüche eines Arbeitnehmers in eine wertgleiche **Anwartschaft auf Versorgungsleistungen**“ im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung umgewandelt (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 Betriebsrentengesetz). Die so umgewandelten Entgeltbestandteile werden nicht dem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsentgelt zugerechnet, soweit sie 4 % der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (gRV) nicht übersteigen; dementsprechend sind für diese Entgelteile keine Beiträge zur gesetzlichen Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung zu entrichten. *Die ist einer der vom Gesetzgeber geschaffenen Gründe, warum für Entgelte keine Beiträge erhoben werden.*

Dies **führt einerseits zu entsprechenden Einnahmehausfällen** in den betroffenen Sozialversicherungszweigen. Soweit in den jeweiligen Systemen Leistungen lohn- bzw. beitragsorientiert gestaltet sind, **mindern sich andererseits auch die individuellen Leistungsanwartschaften bzw. –ansprüche aus diesen Sozialversicherungssystemen** für Versicherten, die auf diese Weise Anwartschaften in der Betrieblichen Altersversorgung erwerben.

Der Gesetzgeber muss sich fragen lassen, warum er dann diesen Grund geschaffen hat („von hinten durchs Knie geschossen“) und warum er ihn nicht wenigstens wieder abschafft. Und es drängt sich eine zweite Frage auf: wer ist der tatsächliche Nutznießer dieser geschaffenen gesetzlichen Regelung ?

In Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung ergeben sich im Zusammenwirken mit den rentenversicherungsrechtlichen Regelungen im Einzelnen folgende Effekte:

- Die Entgeltumwandlung führt für Versicherte, die diese Möglichkeit wahrnehmen, zu entsprechend **geringeren Altersrentenansprüchen** in der GRV. Dem stehen allerdings jene Altersrentenansprüche gegenüber, die durch die Entgeltumwandlung in der Betrieblichen Altersversorgung erworben werden. **Ob diese** zusätzlichen Betriebsrentenansprüche die geminderten Ansprüche in der GRV **ausgleichen oder überkompensieren**, ist u.a. von Beginn und Dauer der Entgeltumwandlung abhängig, von den in der Betrieblichen Altersversorgung abgesicherten Risiken sowie von der Beitragsrendite der GRV und dem jeweiligen betrieblichen Alterssicherungssystem. Zu berücksichtigen sind zudem die unterschiedlichen Dynamisierungsregelungen in der GRV und der Betrieblichen Altersversorgung.
Und wieder die Frage: wer ist Nutznießer dieser Schwächung der GRV ?
- Die Beitragsfreiheit der Entgeltumwandlung führt darüber hinaus bei den Versicherten, die diese Möglichkeit wahrnehmen, **zu einer geringeren GRV-Rente im Falle einer vorzeitigen Erwerbsminderung**. Die Minderung des Rentenanspruchs durch die Entgeltumwandlung ist im Falle einer Erwerbsminderungsrente im Regelfall höher als bei der Altersrente, da die durch die Entgeltumwandlung bedingte Minderung des rentenversicherungspflichtigen Entgelts nicht nur die in den Beschäftigungszeiten mit Entgeltumwandlung erworbenen Rentenansprüche mindert, sondern auch die Bewertung der Zurechnungszeiten. Auch hier sind zudem die unterschiedlichen Dynamisierungsregelungen in der GRV und der Betrieblichen Altersversorgung zu berücksichtigen.
Und wieder die Frage: wer ist Nutznießer dieser Schwächung der GRV-Rente bei der Erwerbsminderung?
- Die Beitragsfreiheit der Entgeltumwandlung führt schließlich für alle Versicherten und Rentner der gRV – auch für diejenigen, die selbst keine Entgeltumwandlung praktizieren wollen oder können – zu einer **Minderung ihrer (aktuellen oder künftigen) Rentenansprüche in der gRV**. Ursache hierfür ist, dass die jährliche Anpassung des Aktuellen Rentenwertes – der die Rentenhöhe maßgeblich bestimmt – sich u.a. an der Entwicklung der durchschnittlichen sozialversicherungspflichtigen Entgelte orientiert. Jede Ausweitung des Volumens der beitragsfreien Entgeltumwandlung dämpft auf diese Weise die Entwicklung des Aktuellen Rentenwertes und **mindert insoweit die aktuellen und künftigen Rentenansprüche aller Versicherten und Rentner**. Dies betrifft im Übrigen nicht nur Rentenansprüche bzw. -ansprüche, die durch abhängige Beschäftigung erworben wurden, sondern auch solche, die durch die **Erziehung von Kindern, Pflegezeiten oder andere Tatbestände** begründet sind.
Und wieder die Frage: wer ist Nutznießer dieser Schwächung des Rentensystems?

Die Stellungnahme bezieht sich ausschließlich auf Renten. Sie zeigt allerdings in aller Deutlichkeit, wie gesetzliche Regelungen des Betriebsrentengesetzes das Rentensystem zum Schaden von Versicherten und Renten schwächen. Es stellt sich die Frage: Wer ist Nutznießer dieser Gesetzgebung ? (Hilfestellung: Ist es die Versicherungswirtschaft ? Stichworte: Riester, ...)

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zu**Antrag der Fraktion DIE LINKE, BT-Drucksache 18/6364****Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge – Doppelverbeitragung vermeiden**

21.01.2016

Zur Frage der Doppelverbeitragung**1 Zur Doppelverbeitragung im eigentlichen Sinn**

Mit Doppelverbeitragung sind im Bereich der betrieblichen Altersversorgung die Fälle gemeint, in denen sowohl auf der Beitragsseite als auch auf der Leistungsseite Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung erhoben werden. **In aller Regel** sind Beiträge zur betrieblichen Altersversorgung abgabenfrei, die Leistungen werden verbeitragt.

Nein ist gibt die 3 Untervarianten: a) Entgeltumwandlung aus dem Brutto-Entgelt b) Entgeltumwandlung aus dem Netto-Entgelt c) zusätzliches Arbeitsentgelt und keine Entgeltumwandlung in der Grundform 2. Und offensichtlich gibt es diese in der Grundform1 genauso, obwohl der Kommentierende sich mangels genauer Kenntnis nicht darüber spekuliert.

Hierfür wird nach § 248 SGB IV der volle Beitrag erhoben, der allein von den Rentnerinnen und Rentnern zu zahlen ist.

Gleichwohl gibt es einige Konstellationen, in denen es tatsächlich zu einer doppelten Verbeitragung kommt.

Über die prozentualen Anteile der Grundformen (2) und ihrer Untervarianten (je 3) kann nur spekuliert werden, da die GKV keine Daten liefern und die Executive keine Datenlieferung erzwingt.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund wendet sich gegen jede Doppelverbeitragung, da hierdurch Wertungswidersprüche zutage treten: Einerseits sollen die Beschäftigten die betriebliche Altersversorgung nutzen, um sich gegen das **gewollt sinkende Rentenniveau** in der gesetzlichen Rentenversicherung abzusichern, andererseits wird die Vorsorgeleistung durch Entgeltumwandlung wesentlich unattraktiver gemacht, wenn die Beitragsleistung aus verbeitragtem Einkommen finanziert wird und die **Rentenzahlung** nochmals verbeitragt wird.

Es wird also nur Grundform 1 betrachtet.

1.1 Beiträge zu Direktversicherungen und Pensionskassen nach § 40 EStG a.F.

Beiträge, die nach § 40 EStG alter Fassung besteuert wurden und aus laufendem Entgelt umgewandelt wurden, waren nach altem Recht zu verbeitragen, während die **Versorgungsbezüge** nach dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) mit dem vollen Beitragssatz zu verbeitragen. Die Regelung wurde ohne Vertrauensschutz eingeführt und führt nach Auffassung des DGB zu unbilligen Ergebnissen.

Hier besteht aus Sicht des DGB gesetzgeberischer Handlungsbedarf, eine Lösung dieses Problems dürfte aber mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein. **Es dürfte bereits schwerfallen zu erfassen, wer und wie viele überhaupt von der Regelung betroffen sind**, das erschwert die Einschätzung der Kosten einer Neuregelung.

Wenn der Gesetzgeber und die Executive sich weiterhin von der GKV am Nasenring durch die Gegend führen lassen, dürfte es tatsächlich schwer fallen.

Zudem würde eine gesetzliche Lösung **voraussichtlich nur die zukünftigen Verbeitragungen** betreffen, die Betroffenen der **letzten zwölf Jahre** würden von einer Neuregelung nicht profitieren.

Das könnte der Politik so passen. Peinlich nur, dass der DGB in das gleich Horn stößt.

Da Beiträge zur betrieblichen Altersversorgung aus naheliegenden Gründen über einen langen Zeitraum angespart werden, sollte der Gesetzgeber sich jedoch **nicht auf eine Lösung durch Zeitablauf verlassen**.

„Aussitzen als Form der Politik“ war noch nie eine wirkliche Lösung.

1.2 Fortsetzung mit eigenen Beiträgen bei Pensionskassen

In Fällen, in denen sich die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer nach dem Ausscheiden von seinem Recht Gebrauch macht, das Versicherungsvertragsverhältnis mit eigenen Beiträgen fortzuführen, finanziert er diese Fortführung mit seinem **Nettoeinkommen, also verbeitragtem Einkommen**.

Das **Bundessozialgericht** hat in seinem Urteil vom 23. Juli 2014 entschieden, dass die Leistungen aus der Pensionskasse in

voller Höhe verarbeitet werden müssen. Zur Begründung führte es an, der Durchführungsweg der Pensionskasse würde bei der Fortführung nie verlassen, sei also bei der **nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vorzunehmenden institutionellen Abgrenzung** also immer noch der betrieblichen Altersversorgung zuzurechnen.

Es war der rechtsbeugende 12. Senat des BSG. Was für eine abartige und schäbige Begründung für die Rechtsverweigerung ist das doch.

Danach zählen zu den **Renten** der betrieblichen Altersversorgung alle Bezüge von Institutionen, bei denen in typisierender Betrachtung ein Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu diesem Versorgungssystem und dem Erwerbsleben besteht. *Verbeitragtes Einkommen ist in das Einkommen des AN übergegangen und gehört ausschließlich diesem. Es sind also keine Bezüge von Institutionen, sondern Bezüge vom AN an den AN. Dies gilt unabhängig davon ob der Betrag überwiesen wird, wenn der AN noch im Arbeitsleben steht oder nicht.*

Die Modalitäten des individuellen Rechtserwerbs bleiben dabei ebenso unberücksichtigt wie die Frage eines nachweisbaren Zusammenhangs mit dem Erwerbsleben im Einzelfall. Ausgehend davon sind Leistungen, die von einer Pensionskasse gewährt werden, beitragsrechtlich stets Bezüge der betrieblichen Altersversorgung.

Während also bei Direktversicherungen bei privater Fortführung als Versicherungsnehmer nur der Anteil zu verarbeiten ist, der auf die Beitragszahlung im Beschäftigungsverhältnis zurückzuführen ist, kommt es bei der Fortführung von Pensionskassenverträgen immer zu einer Verarbeitung der Leistung.

Der 12. Senat des BSG leitet zwar in BSG B 12 KR 1/06 R vom 13.09.2006 rechtsbeugend her, dass Kapitalerträge auch Versorgungsbezüge sind; das gilt aber nicht für die Übertragung der Eigenschaften bei privater Fortführung; in diesem Fall ist der Gleichheitsgrundsatz nach Art 3. Abs. 1 GG einfach lästig.

Diese **formalistische Betrachtungsweise** überzeugt nicht und führt zu einer nicht nachvollziehbaren Ungleichbehandlung. *Die Betrachtungsweise ist nicht formalistisch, sondern rechtsbeugend und grundgesetzwidrig.*

Gegen das Urteil des Bundessozialgerichts ist unter dem Aktenzeichen 1 BvR 249/15 Urteilsverfassungsbeschwerden erhoben worden.

Was ja nur konsequent ist.

Hier sehen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften ebenfalls gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

Das ist in 1. Linie kein gesetzgeberischer Bedarf, sondern der Bedarf das Strafgesetzbuch in die Hand zu nehmen. Für Rechtsbeugung sieht §339 StGB Freiheitsstrafen von 1 bis 5 Jahren vor und wer wollte daran zweifeln, dass die fortlaufende Rechtsbeugung in den Jahren 2004 bis 2011 durch den Vorsitzenden Richter Hartwig Balzer und seit 2011 durch Hans-Jürgen Kretschmer extreme kriminelle Energie verrät und die massive Einflussnahme auf Gerichtsurteile der SG und LSG ein Strafmaß am oberen Anschlag verlangen.

1.3 Riesterprodukte in der betrieblichen Altersversorgung

Auch wer die Riesterförderung im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung in Anspruch nehmen möchte, muss verbeitragtes Nettoeinkommen dafür einsetzen. Dies macht die Entgeltumwandlung gerade für Geringverdienerinnen und Geringverdienern unattraktiv.

Das zeigt, für wie blöd der Gesetzgeber die Wähler einstuft.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern daher die Einführung eines **steuerfinanzierten Förderbeitrags** für Geringverdienerinnen und Geringverdiener in der betrieblichen Altersversorgung.

Im Rahmen dessen ließe sich auch die Doppelverbeitragung lösen. Dies ist einer der Ansatzpunkte, die der DGB bei der Diskussion um die Reform der betrieblichen Altersversorgung einfordert.

Bitte nicht noch ein Pfüsch an dem ganzen Gemurkse. Drei Regeln und der ganze Murks (BetrAVG) kann auf den Misthaufen der Geschichte:

1. Arbeitsentgelt wird grundsätzlich und ohne jede Ausnahme verbeitragt bei Eigentumsübergang; die Verbeitragung plus Versteuerung macht aus dem Brutto- ein Nettogehalt.

2. Abschaffung aller Ausnahmen; wer mehr hat, zahlt auch mehr (Solidarprinzip) (wenn später mal Geld übrig ist, dann nur an die Geringverdiener mit direkter Wirkung auf ihr Netto-Gehalt und nicht über den Umweg von Absahmern)

3. Die permanente Absenkung des Rentenniveaus zum Wohle der Versicherungswirtschaft wird rückgängig gemacht.

Die „betriebliche Altersvorsorge“ hat ihren Namen nicht verdient.

Soll die betriebliche Altersversorgung für Geringverdienerinnen und Geringverdiener attraktiv gemacht werden, wäre dies eine **wichtige Stellschraube**, zumal die dritte Säule der Alterssicherung, die **steuerlich geförderte private Vorsorge, nach unseren Analysen gescheitert** ist.

Wie soll jemand vorsorgen, der sehen muss wie er den nächsten Monat schafft. Wieso soll jemand sparen, wenn er sieht,

dass sich der Staat ungehemmt beim Angesparten bedient und dabei auf das GG pfeift. Wieso soll jemand vorsorgen, wenn er sieht, dass ihm das Angesparte durch planmäßige Inflation zunichte gemacht wird.

Colorandi causa gibt der DGB allerdings zu bedenken, dass die Entgeltumwandlung für Geringverdienerinnen und Geringverdiener **nur sehr eingeschränkt tauglich** ist, das **sinkende Rentenniveau** der gesetzlichen Rentenversicherung aufzufangen, weil die Entgeltumwandlung **das beitragspflichtige Einkommen – und damit die Rentenanwartschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung – verringert**.

2 Zur Doppelverbeitragung im weiteren Sinn

Etwas unpräzise ist auch dann von einer Doppelverbeitragung die Rede, wenn von der Regelung gesprochen wird, wonach für Leistungen der betrieblichen Altersversorgung der volle Beitragssatz fällig wird, der von der Rentnerin bzw. dem Rentner allein zu tragen ist. Es handelt sich hier **im strengen Wortsinn** nicht um eine Doppelverbeitragung, sondern um eine Diskussion um die Höhe des (in der Regel nur einmal) zu tragenden Beitrages.

Das ist nicht unpräzise, sondern falsch.

Der DGB ist der Auffassung, dass zur vor dem Jahr 2004 geltenden Regelung zurückgekehrt werden sollte. Durch die **Verbeitragung mit dem vollen Beitragssatz werden Rentnerinnen und Rentner übermäßig belastet**, weil der Beitrag nicht paritätisch getragen werden kann.

Der Gesetzgeber macht die betriebliche Altersversorgung dadurch unattraktiv, obwohl es sein erklärtes Ziel ist, die Verbreitung der betrieblichen Altersversorgung zu fördern. Die Verbeitragung mit dem vollen Beitragssatz schadet der Akzeptanz der betrieblichen Altersversorgung, die eigentlich dazu dienen soll, die Lücken in der Alterssicherung zu schließen, die das sinkende Rentenniveau der gesetzlichen Rentenversicherung reißt.

Nochmals: „betriebliche Altersversorgung“ weg und „Rentenniveau rauf“

Zur Frage der Bürgerversicherung

Eine nachhaltige und solidarische Finanzreform der GKV muss an den strukturellen Ursachen der Finanzierungsschwächen ansetzen und die soziale Nachhaltigkeit sicherstellen. Oberstes Ziel ist die nachhaltige Gewährleistung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung aller Bürgerinnen und Bürger. Dazu gehört die Entwicklung und Verfügbarkeit von Strukturen und Leistungen einer hochwertigen und vollständigen, den medizinischen Fortschritt ermöglichenden und berücksichtigenden Krankenversorgung. Zweitens sollen **einseitige finanzielle Belastungen der GKV-Mitglieder** überwunden werden. Dafür ist es erforderlich, das Sachleistungs- und Solidarprinzip in der GKV zu stärken. Das trägt dazu bei, dass alle Menschen im Lande ohne Ansehen ihrer sozialen Lage jederzeit einen durch Rechtsanspruch gesicherten und barrierefreien Zugang zu dieser Krankenversorgung haben.

Diese Punkte sind als Weiterentwicklung der GKV als einheitliches, solidarisch finanziertes und öffentliches Krankenversicherungssystem zu verstehen. Vom DGB und seinen Mitgliedsgewerkschaften, aber auch von Verbänden und Parteien wird diese Weiterentwicklung auch mit dem Begriff Bürgerversicherung verbunden. Leitgedanke ist eine Ausweitung der **solidarischen Finanzierungsgrundlagen**, so dass sich alle Bürgerinnen und Bürger **nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit am Solidarausgleich beteiligen**.

Für die Realisierung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems ist es erforderlich, die bislang außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personengruppen nach und nach in ein einheitliches Versicherungssystem einzubeziehen. Das Geschäftsmodell „Private Krankenvollversicherung“ der PKV-Unternehmen entzieht den gesetzlichen Krankenkassen wichtige Beitragseinnahmen. Außerdem sind beihilfeberechtigte Personen (Beamtinnen und Beamte) faktisch Zwangskunden der PKV-Unternehmen, die in weiten Einkommensbereichen auch den über der GKV liegenden Kostensteigerungen nahezu schutzlos ausgeliefert sind.

Da für die vollständige Realisierung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems ein **langer Übergangszeitraum erforderlich ist, sollte möglichst umgehend eine Einbeziehung der PKV-Unternehmen in einen systemübergreifenden Finanzausgleich erfolgen**. Dadurch würden sofort deutlich mehr Finanzierungsgerechtigkeit hergestellt und positive Beitragssatzeffekte erzielt werden.

Man mache es wie in der Wirtschaft: 1. wird das Ziel (Soll) festgelegt, 2. Es wird definiert wie man vom Ist zum Soll kommt. – Und da das Ist bisher nur äußerst dürftig bekannt ist müssen die GKV gezwungen werden endlich die notwendigen Daten zu liefern (Schritt 1a).

Es wird festgestellt, dass man vieles nicht so genau weiß, man träumt aber davon mit dem Drehen an ein paar Stellschrauben die „betriebliche Altersvorsorge“ wieder flott zu machen. Dabei wird übersehen, dass dieses Schiff nie flott war, die Übel treten eben erst zu Tage, nachdem die Leistungen bei immer mehr Arbeitnehmern fällig werden.

7 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes
vom 21.01.2016

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für
Direktversicherungen und Versorgungsbezüge –
Doppelverbeitragung vermeiden“
(Bundestagsdrucksache 18/6364)**

**Öffentliche Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit**
am 27.01.2016

I. Inhalt des Antrags

Der zur Anhörung gestellte Antrag der Fraktion DIE LINKE „Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge – Doppelverbeitragung vermeiden“ zielt zum einen auf eine gesetzliche Änderung, die doppelte Beitragszahlungen auf Leistungen aus Direktversicherungen und auf sonstige Versorgungsbezüge beenden soll. Soweit bereits während der Ansparphase derartiger Leistungen vom Versicherten Sozialversicherungsbeiträge auf Einnahmen zur Finanzierung dieser Leistungen abgeführt wurden, dürften – so der Antrag – in der Leistungsphase für Renten oder Kapitalabfindungen keine Krankenversicherungsbeiträge mehr fällig werden. Zum anderen zielt der Antrag auf die Einführung einer „Bürgerinnen- und Bürgerversicherung“.

Zur Frage der thematisierten „Doppelverbeitragung“ bei Versorgungsbezügen nimmt der GKV-Spitzenverband wie folgt Stellung.

II. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes finden die angesprochen „Doppelverbeitragungen“ derartiger **Versorgungsbezüge** nur **in sehr begrenztem Ausmaß** statt. **Sie können** zwar angesichts der bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen **nicht in Gänze ausgeschlossen werden**, dürften jedoch hinsichtlich des Mengengerüsts **eher zu vernachlässigen** sein.

*Zitat aus der Begründung des Antrages: „So gab es am Jahresende 2014 laut Statistik des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft GDV allein **7,636 Mio. Direktversicherungsverträge**.“*

*Auf Basis aktueller Zahlen des BMG R11 Statistik (16.2.16) ergeben sich etwa **20 Milliarden Euro**, die durch Doppelverbeitragung eingenommen wurden, wobei zu bedenken ist das die dort verfügbaren Daten nicht minimalsten Anforderungen gerecht werden. Die „nicht budgetierte Differenz“ (s.u.) ergibt sich aus den Berechnungen des Haushaltsausschusses des Bundestages hat lt. BT DS 15/1586 am 08.09.2003 zu den finanziellen Auswirkungen des geplanten GMG Gesetzes.*

Budget / Reale Einnahmen (Mrd. Euro)																					
Datenquellen: ¹⁾ BT-DS 15/1586 Seite 2 ²⁾ Information vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG R11 Statistik) 16.02.2016															Summe						
Budgetierung lt. GMG Gesetzentwurf ¹⁾					1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6						
Reale Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus Arbeitseinkommen für Pflichtversicherte mit und ohne Rentenbezug (Kto. 2025) ²⁾	1,50	1,53	1,79	2,00	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8						
nicht budgetierte Differenz					0,56	0,64	0,72	0,96	1,19	1,39	1,64	1,71	1,75	1,82	3,50	3,50	19,38				
					2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2004-2015

*Laut Reportage des ARD Magazins PlusMinus handelte es sich im März 2015 bereits **33 Mrd. Euro**. Zusätzliche Einnahmen pro Jahr geschätzt 2-3 Mrd. Euro (Tendenz steigend).*

*Wenn das „**in sehr begrenztem Ausmaß**“ ist, dann ist der Spruch der Deutschen Bank „über die 50 Mio Peanuts“ nun wirklich von GKV-Spitzenverband um Größenordnungen geschlagen.*

Dies aus folgenden Gründen:

Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Förderung eines kapitalgedeckten

Altersvorsorgevermögens (Altersvermögensgesetz - AVmG) vom 26.06.2001 wurde vom 01.01.2002 an u. a. der Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Altersvorsorge geregelt; im Kern wurde dem Arbeitnehmer ein individueller Anspruch auf betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung mit sofortiger gesetzlicher Unverfallbarkeit eingeräumt. Die ursprüngliche Befristung dieser Regelungen wurde mit dem Gesetz zur Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge und zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch vom 10.12.2007 aufgehoben.

Der Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung erfolgt in den vom Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrentengesetz – BetrAVG) genannten Durchführungswegen Direktzusage, Unterstützungskasse, Direktversicherung, Pensionskasse sowie Pensionsfonds. *Das ist die Grundform 1. Es gibt aber auch die Grundform 2 einer Kapitallebensversicherung und diese werden nicht durch das Betriebsrentengesetz geregelt, weil es eben keine Renten sind, sondern angesparte Kapitaleleistungen.*

Beiträge, die vom Arbeitnehmer im Zusammenhang mit Entgeltumwandlungen zugunsten einer Direktversicherung geleistet werden, sind in Höhe von bis zu 4 % der Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung (2016: 2.976,00 EUR jährlich bzw. 248,00 EUR monatlich) vom Arbeitsentgelt ausgenommen, wobei es unerheblich ist, ob die Aufwendungen aus laufendem Arbeitsentgelt oder aus Einmalzahlungen finanziert werden.

Die GKV vergisst zu erwähnen, dass sowohl die Bezahlung aus dem Brutto- als auch aus dem Nettogehalt Entgeltumwandlung genannt wird.

Die im Rahmen dieser Freibeträge vorgenommenen Entgeltumwandlungen sind also im Zeitpunkt der Umwandlung beitragsfrei in der Sozialversicherung. Die daraus im Leistungsfall generierte Leistung gilt als Versorgungsbezug, der entsprechende Beitragspflichten bemessen nach dem Zahlbetrag der Leistung auslöst. Im Ergebnis kann in diesen „klassischen“ Sachverhaltskonstellationen eine „Doppelverbeitragung“ ausgeschlossen werden.

Zur Aufklärung des prozentualen Anteils von „klassischen Sachverhaltskonstellationen“ an der Gesamtsumme der Verträge nach Grundform 1 könnte die GKV ja beitragen, statt hier Märchen zu „klassischen Sachverhaltskonstellationen“ zu erzählen.

Zu einer „Doppelverbeitragung“ kann es dagegen in den Fällen kommen, in denen Arbeitnehmer über den maximalen Entgeltumwandlungsbetrag hinaus den Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung betreiben.

Wenn die Entgeltumwandlung aus dem Nettogehalt erfolgt, dann findet selbstverständlich eine Doppelverbeitragung statt.

Die in der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage zur Rolle der betrieblichen Altersversorgung im Drei-Säulen-Modell vom 02.04.2015 (Bundestagsdrucksache 18/4542) auf Grundlage der vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellten Informationen legen jedoch den Schluss nahe, dass diese Problematik eher theoretischer Natur ist; jedenfalls lag im Kalenderjahr 2010 der durchschnittliche Betrag der Entgeltumwandlung bei jährlich 1.389 Euro (alte Bundesländer einschließlich Berlin) bzw. 1.004 Euro (neue Bundesländer), während die Arbeitnehmer im Jahr 2010 für ihre betriebliche Altersversorgung jährlich bis zu 2.640 Euro beitragsfrei einsetzen konnten.

Ohne dass in der Ansparphase aufgrund der Entgeltumwandlung Beitragsfreiheit eingetreten wäre, kann es darüber hinaus in den Fällen zu einer Verbeitragung der aus der kapitalgedeckten Altersversorgung generierten Leistung kommen, in denen höherverdienende Arbeitnehmer Entgelte oberhalb der jeweils maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze umgewandelt haben. In diesen Fällen kann jedoch keine „Doppelverbeitragung“ eintreten, weil für die Entgelte oberhalb der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze bereits in der Ansparphase Beitragsfreiheit bestand.

Hier findet tatsächlich keine „Doppelverbeitragung“ statt, sondern eine rückwirkende Aushebelung der gesetzlich gültigen Beitragsbemessungsgrenze. Wenn in der Ansparphase Beitragsfreiheit bestand, kann man nicht Jahrzehnte später kommen und sagen „war nicht so gemeint“. In der Grundform 2 ist das angesparte Kapital mit Zahlung jeder jährlichen Gebühr in das Eigentum des AN übergegangen. „War nicht so gemeint“ heißt Stehlen vom Privateigentum.

Soweit Arbeitnehmer bereits vor dem Inkrafttreten des Altersvermögensgesetzes an der Finanzierung der betrieblichen Altersversorgung beteiligt wurden, ergab sich eine ähnliche Situation. Vor dem Hintergrund der damaligen Regelungen der Arbeitsentgeltverordnung waren Zuwendungen, die zusätzlich zu Löhnen und Gehältern (insbesondere Urlaubs- und Weihnachtsgelder) gewährt wurden, bei pauschaler Besteuerung dem Arbeitsentgelt nicht zuzurechnen und in der Folge beitragsfrei in der Sozialversicherung.

„LStDV § 2: Arbeitslohn sind alle Einnahmen, die dem Arbeitnehmer aus dem Dienstverhältnis zufließen. Es ist unerheblich, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form die Einnahmen gewährt werden.“ Auch wenn Arbeitsentgelte von der Besteuerung ausgenommen werden, sind sie Arbeitsentgelte. Weshalb eine Steuerbefreiung eine Beitragsbefreiung nach sich zieht bleibt ein Rätsel.

Die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung hatten in wiederholter Rechtsauslegung klargestellt, dass Entgeltumwandlungen zu Gunsten einer Direktversicherung ebenfalls nicht dem Arbeitsentgelt zuzurechnen seien, soweit von einem wirksamen und tariflich zulässigen Lohn- und Gehaltsverzicht auszugehen sei.

Ziemlich anmaßend, dass sogar die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung wiederholt Rechtsauslegung gespielt haben.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass eine „Doppelverbeitragung“ dergestalt, dass sowohl während der Ansparphase einer betrieblichen Altersversorgung als auch während des späteren Leistungsbezuges Beiträge erhoben werden, auf **wenige atypische Sachverhaltskonstellationen** beschränkt ist.

Sowohl die „klassischen“ als auch die „atypische Sachverhaltskonstellationen“ sind nicht definiert und somit weitere Bausteine im Puzzle mit Wortschöpfungen und Haarspaltereien.

So ist denkbar, dass Arbeitnehmer sich aus bereits verbeitragtem Arbeitsentgelt (Nettoarbeitsentgelt) an dem Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung beteiligt haben. **Erkenntnisse darüber, ob und in welchem Umfang diese angesichts der bestehenden Rahmenbedingungen eher unwahrscheinliche Variante in der Praxis anzutreffen ist, liegen dem GKV-Spitzenverband nicht vor.** Insgesamt ist daher auch festzustellen, dass die Einnahmeausfälle der Krankenversicherung, die aus einer gesetzlichen Anpassung im Sinne des Antrags resultieren würden, nicht beziffert werden können.

*Wenn die Buchstaben denken könnten, würden sie jetzt **knallrot vor Scham** werden.*

Der **GKV-Spitzenverband weist ergänzend darauf hin**, dass das Sozialversicherungsrecht - konkret angesprochen wird hier das Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - ein Verbot der „Doppelverbeitragung“, das die Antragsteller offenbar aus dem Steuerrecht herleiten, **nicht kennt**.

Das ist richtig: „Moral und Anstand kennen wir im GKV nicht“.

Die dafür geltenden Grundsätze sind nicht auf das Beitragsrecht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung übertragbar. Ein Versorgungsbezug löst in der GKV entsprechende Beitragspflichten bemessen nach dem Zahlbetrag der Leistung aus, und zwar unabhängig von der Frage, in welcher Weise dieser Versorgungsbezug finanziert wurde. Das **Bundessozialgericht hat in diesem Sinne wiederholt entsprechend geurteilt** (vgl. u. a. BSG vom 21.09.2005 – **B 12 KR 12/04 R** – mit Hinweis auf weitere Urteile).

Das Bundessozialgericht treibt fortlaufende Rechtsbeugung seit Nov.2004 bis heute zunächst unter dem Vorsitzenden Richter Hartwig Balzer und seit 2011 unter Hans-Jürgen Kretschmer

Die Regelungen zur Heranziehung von Renten und der Rente vergleichbaren Einnahmen (**Versorgungsbezüge**) zur Beitragspflicht beruhen insgesamt auf einem Begriff der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, der grundsätzlich allein auf die aktuell zufließenden Einkünfte abstellt. Der Ansatz, zur Erfassung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bei versicherungspflichtigen Rentnern **an alle diejenigen aktuell zufließenden Einkünfte anzuknüpfen**, die bei typisierender Betrachtung mit der Erwerbstätigkeit in hinreichendem Zusammenhang stehen, steht im Einklang mit den Strukturprinzipien der GKV.

Kapitalauszahlungen nach Grundform 2 sind keine Versorgungsbezüge, also keine der Rente vergleichbaren Einnahmen und unterliegen somit nicht dem Betriebsrentengesetz. Hier ist die unwahre Aussage (Rechtsbeugung) versteckt, dass Kapitalauszahlungen nach Grundform 2 erst mit der Auszahlung in das Eigentum des AN übergehen.

Sofern der Gesetzgeber der politischen Forderung folgen will, die nach diesseitiger Einschätzung wenigen, aber doch möglichen Fälle so genannter „Doppelverbeitragung“ gesetzlich auszuschließen, zöge dies einen gewissen, nicht unerheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand nach sich, den primär die Arbeitgeber bzw. die Zahlstellen dieser Leistungen zu tragen hätten. *Der Aufwand sich von den Organisationen der Durchführungswege Direktzusage, Unterstützungskasse, Direktversicherung, Pensionskasse sowie Pensionsfonds die Vertragsunterlagen geben zu lassen, dürfte keine Unterschied machen, ob man sie sich bei Abschluss des Vertrages oder nach Eintritt der Leistung holt. Allerdings sollten sie dann von der Executive eingeholt werden, denn bei den GKV führt dies einfach zu Alzheimer im Spätstadium.*

Denn für eine entsprechende beitragsrechtliche Berücksichtigung müssten die betreffenden Arbeitgeber bzw. die Zahlstellen gegenüber den Einzugsstellen die jeweils gezahlte Leistung getrennt ausweisen, und zwar in den Teil, der aus **zuvor beitragsfrei gestelltem Arbeitsentgelt** finanziert wurde, und in den Teil, der sich **aus bereits mit Sozialversicherungsbeiträgen belasteten Eigenbeiträgen** des Arbeitnehmers speist.

Wieso das jetzt; am Beginn der Stellungnahme findet das doch „in sehr begrenztem Ausmaß statt“, „kann zwar nicht in Gänze ausgeschlossen werden“ und „dürfte jedoch hinsichtlich des Mengengerüstes eher zu vernachlässigen sein“

Insofern müsste der Gesetzgeber hier eine Güterabwägung vornehmen.

Die Güterabwägung führt hoffentlich dazu, dass dieser ganze Humbug insgesamt abgestellt wird.

Wie zu erwarten, ist die Stellungnahme die Sammlung an Unwahrheiten, Verdrehungen, Worthülsen, bewussten Auslassungen, Ahnungslosigkeiten, Rechtsanmaßungen, etc. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bei schwerem bandenmäßigem Betrug nach § 263 StGB 5 Jahre Freiheitsentzug fällig werden.

Rosenthaler Str. 31 10178 Berlin 26.01.2016

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge – Doppelverbeitragung vermeiden“, BT-Drs. 18/6364 am 27. Januar 2016 in Berlin

Inhalt des Antrags

Der vorliegende Antrag zielt darauf ab, sog. „doppelte Beitragszahlungen“ auf Direktversicherungen und Versorgungsbezüge im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung zu beenden, indem **Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur noch einmal entrichtet werden**; entweder während der Ansparphase auf Erwerbseinkommen oder während der Bezugsphase im Alter auf Versicherungsleistungen. Darüber hinaus soll eine solidarische Gesundheitsversicherung eingeführt werden, um für alle Einwohner langfristig gerechte und finanzierbare Krankenversicherungsbeiträge zu gewährleisten.

Gegenstand der Stellungnahme: Drei ordnungspolitische Betrachtungen

Diese Stellungnahme beschränkt sich darauf, drei zentrale Dimensionen des Antrags aus einer **dezidiert ordnungspolitischen Perspektive der GKV** zu betrachten. Dabei würden umfassende Ausführungen zur Ausgestaltung einer solidarischen Gesundheitsversicherung (Bürgerversicherung) sowohl den Rahmen dieser Stellungnahme als gewiss auch der einstündigen Anhörung sprengen.

Der GKV fühlt sich also zur Ordnungspolitik berufen – ich dachte das macht in unserer Gewaltenteilung die Legislative. Da versteht man doch warum im Gesetzentwurf zum GMG so massiv ihre gesetz- politischen Änderungswünsche einbringen (DB-DS 15/1525 S.139, Zu Nr.143 (§229))

1. Zum Verhältnis zwischen GKV-Finanzierung und anderen Politikzielen

Im vorliegenden Antrag wird überwiegend aus Sicht der Alterssicherungspolitik argumentiert. Die in Frage stehenden Regelungen der Erhebung und Bemessung von Beiträgen zur GKV im Kontext bestimmter Formen der betrieblichen Alterssicherung stammen aus dem zum 01.01.2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz und **gelten somit seit mittlerweile zwölf Jahren**, *Ist das jetzt ein Argument für irgendwas ? Es gibt kein Gewohnheitsrecht auf Rechtsbeugung und GG-Widrigkeit* in denen sich zudem das Bundesverfassungsgericht schon **mehrfach mit verschiedenen Aspekten** dieser Thematik befasst hat.

Die Zählweise für „mehrfach“ ist von einigen Naturvölkern bekannt: 1, 2, viele

Diese Beschlüsse des BVerfG hatte ich bereits in meiner Email vom 13.11.2015 kommentiert. Also nochmals kurz:

- 1 BvR 739/08: Das Bundesverfassungsgericht lehnt diese Beschwerde ab mit mehrfachem Hinweis, dass die juristische Frage ja bereits im Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichtes (1 BvR 1924/07) geklärt sei. **1 BvR 739/08 als also eigentlich nur ein Verweis auf 1 BvR 1924/07.**
- in 1 BvR 1660/08 28.09.2010 beschlossen, dass Kapitalerträge aus einer privat fortgeführten Direktversicherung (Versicherungsnehmer = Versicherter) nicht mehr verbeitragt werden dürfen.

Das entscheidende Urteil des BVerfG ist das **1BvR 1924/07** vom 07.04.2008. Darin lehnt das Gericht die Beschwerde zweier Beschwerdeführer ab, die gegen die Gleichsetzung von Renten ähnlichen, monatlich gezahlten Versorgungsbezügen mit Einmalzahlungen des angesparten Kapitals aus Direktversicherungen klagen. In der Urteilsbegründung wird akribisch hergeleitet warum monatliche Versorgungsbezüge und einmalige Kapitalzahlungen gleich behandelt werden müssten. In dieser Urteilsfindung macht das BVerfG allerdings 5 entscheidende Fehler, bei denen man sich schon sehr bemühen muss, sie als „mangelnde Sorgfaltspflicht“ und nicht als „grob fahrlässig“ zu bewerten:

- **Grund 1:** Die hergeleitete Gleichsetzung bzw. Gleichbehandlung von einerseits fortlaufenden Renten = Versorgungsbezügen aus betrieblicher Altersvorsorge und andererseits einmalig ausgezahlten Kapitaleinstellungen aus betrieblichen Direktversicherungen ist **willkürlich**. Nach der gleichen Logik müssten auch alle anderen Formen der Risiko-Lebensversicherung und jegliche Form der langfristigen Kapitalanlage mit höherer Verzinsung in Abhängigkeit von der Anlage-Laufzeit wie Renten behandelt werden. Die Begründung, beides sei aus Arbeitsentgelt gespeist und diene der Altersvorsorge ist eine Pseudoargumentation. Jegliche Andere Formen von fester langfristiger Geldanlage kann ebenfalls aus Arbeitsentgelt finanziert sein und kann ebenfalls der Alterssicherung dienen. Umgekehrt kann die Kapitalauszahlung aus einer Direktversicherung für eine Weltreise oder zur Finanzierung einer enormen Orgie dienen.
- **Grund 2:** Das Grundprinzip der Beitragsberechnung ist, dass die Verbeitragung eines Kapitalwertes/Arbeitsentgeltes bei Zufluss in das Eigentum stattzufinden hat. Der Zufluss bei Direktversicherungen erfolgt jährlich mit Zahlung der Gebühren an die Versicherung.

- **Grund 3:** Bei Beitragsberechnung ist die Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen, solange sie gesetzliche Gültigkeit hat. Die willkürliche Verschiebung der Verbeitragung in die Rentenphase mit geringeren Einkünften ist eine ungesetzliche Umgehung der Beitragsbemessungsgrenze.
- **Grund 4:** Die pauschalisierende Feststellung, dass die finanzielle Belastung für die Versicherten zumutbar sei, ist willkürlich. Da die Kapitalleistungen bereits jährlich in das Eigentum des Versicherten übergangen, durfte dieser damit planen zu tun, was immer er wollte (nur einfach auszahlen lassen konnte er es ohne Kündigung wegen der eingeschränkten Verfügungsgewalt nicht). Der Versicherte kann z.B. planen dieses Geld als "Notgroschen" zu betrachten, weil seine zu erwartende Rente die Weiterführung eines einigermaßen erträglichen Lebens nicht erlaubt. Oder er konnte (wie ich) planen das Geld zur Abzahlung der Restschulden aus einem Hypothekenkredit einzusetzen, weil er nämlich die von der Politik viel geforderte Private Altersvorsorge betrieben hat und weil er von seiner Rente nicht gleichzeitig seinen Lebensunterhalt bestreiten kann und gleichzeitig in seinem angestammten Umfeld die Miete bezahlen kann.
- **Grund 5:** Da das Eigentum an den jährlich gezahlten Gebühren, der jährlichen Verzinsung und der jährlich mitgeteilten garantierten Überschussbeteiligung mit Zahlung der Gebühr in das Eigentum des Versicherten übergeht entfaltet das GMG nicht etwa eine „unechte Rückwirkung“, sondern ist eine verfassungswidrige „echte Rückwirkung“. Sie wirkt auf den bis Ende 2003 erreichten Kapitalwert der Direktversicherung, indem es ihn um den Verbeitragungswert reduziert. Diese echte Rückwirkung heißt nichts anderes als:

das GMG ist verfassungswidrig

Deren – zumindest für die Antragstellerin – aktuelle Bedeutung rührt offensichtlich daher, dass die Regelungen im Kontext des sog. „Drei-Säulen-Modells“ der Alterssicherung aus gesetzlicher Rentenversicherung, betrieblicher Altersversorgung und privater Altersvorsorge insbesondere im Hinblick auf die Attraktivität der zweiten Säule zunehmend als problematisch angesehen werden, zumal in Verbindung mit weiteren Einflussfaktoren wie insbesondere dem seit der Weltfinanzkrise anhaltend niedrigen Zinsniveau.

Die Probleme der zweiten Säule kommen also aus dem niedrigen Zinsniveau und nicht aus der Doppelverbeitragung.

Die Finanzierung der GKV ist in erster Linie den Zielen der Stabilität, Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit im Hinblick auf den Krankenversicherungsschutz verpflichtet und insofern ein denkbar ungeeigneter Anknüpfungspunkt zur Kompensation von – tatsächlichen oder vermeintlichen – Defiziten in anderen Politikfeldern, wie in diesem Fall der Alterssicherung. (Prof. Dr. Klaus Jacobs, WIdO 2)

Tatsächliche oder vermeintliche Defizite in der Alterssicherung haben auf keinen Fall etwas mit dem missbräuchlichen Abkassieren durch die GKV zu tun, wobei diese Rechtsbeugung sicherlich nur vermeintlich ist (und da ich mich hier selbst zitiere, habe ich es schon längst verkündet und also ist es wahr).

Sofern es als erforderlich angesehen wird, die Attraktivität von ergänzenden „Säulen“ der Alterssicherung zu erhöhen, um – zusammen mit dem Sicherungsniveau der gesetzlichen Rentenversicherung – für den Großteil der Arbeitnehmer ein insgesamt als ausreichend empfundenes Gesamtsicherungsniveau im Alter zu erreichen, darf dies nicht auf Kosten der Finanzstabilität der GKV erfolgen.

Also man kann sich ja bemühen das ungerechtfertigte Abkassieren einzugrenzen und meinetwegen auch auf „Sicherungsniveau“ zu halten (was ist das: nicht noch weiter senken ?) aber an unser Geld geht es dabei nicht wir haben uns mit den Zusatzmilliarden gerade so schön eingerichtet.

Dies umso weniger, als die Beitragszahler der GKV in der Vergangenheit bereits mehrfach zu einer sachlich inadäquaten (Mit-) Finanzierung von Aufgaben aus anderen Politikfeldern herangezogen wurden [1] – sei es durch die mehrfache Minderung der Beitragszahlungen für Arbeitslose mit der faktischen Wirkung der Übernahme eines spürbaren Teil des Arbeitslosigkeitsrisikos durch die GKV oder [2] sei es durch die zunehmende Beitragsfinanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben; drei Beispiele dafür aus der laufenden Legislaturperiode sind [3] die vollständige Finanzierung des Innovationsfonds, einschließlich Aufgaben der Versorgungsforschung (Versorgungsstärkungsgesetz), [4] die Finanzierung von allgemeiner Gesundheitsförderung und Prävention, einschließlich Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Präventionsgesetz) sowie [5] die Finanzierung eines Strukturfonds zur Umstrukturierung von Krankenhäusern in lokale Gesundheits- und Pflegezentren oder Hospize (Krankenhausstrukturgesetz) (vgl. Greß 2015).

Zunächst 5 Beispiele dafür wie sich die Politik am Geldsäckel der GKV für Versicherungsfremde Leistungen hemmungslos bedient („großer Geldverschiebepark der Executive“). Dann aber zu unterstellen „die Beitragszahler wurden heran gezogen“; nein: die Beitragszahler wurden von der GKV nicht gefragt. Die GKV haben's gegeben, die Politik hat's genommen. GKV: Macht ihr uns unser GMG Abkassiergesetz und zickt bei Missbrauch nicht herum, dann sind wir großzügig mit dem Geld anderer (der Mitglieder) – das nennt man „Veruntreuung“ (§266 StGB bis zu 5 Jahre)

2. Inkonsistente GKV-Beitragsregularien, aber keine „doppelten Beiträge“

Bei der GKV-Finanzierung gilt das Solidarprinzip der Finanzierung (Beiträge nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit). Dieses Prinzip wird i.d.R. umgesetzt, indem die aktuell bezogenen Brutto-Erwerbs- und -Erwerbsersatz-Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze verrechnet werden – soweit vorhanden mit Beteiligung des Arbeitgebers bzw.

Rentenversicherungsträgers, sonst allein vom Mitglied (etwa auch bei Selbstständigen).

Durch Missbrauch des GMG haben es sich die GKV geholt, wo sie meinten am leichtesten an Geld zu kommen. Mit Solidarprinzip hat das absolut nichts zu tun. Es ist unverfroren etwas „wird i.d.R. umgesetzt“ zu nennen, wenn es millionenfach gebrochen wird.

Bei der Beitragserhebung und -bemessung in der GKV gibt es eine Reihe von Inkonsistenzen sowie – tatsächliche oder vermeintliche, zumindest aber potenzielle – Ungerechtigkeiten.

Die GKV sollen endlich ihre Zahlen rausrücken, dann braucht hier nicht mehr über „vermeintliche“ und „zumindest potentielle Ungerechtigkeiten“ phantasiert zu werden.

Dazu zählt auch, wenn Leistungen aus einer betrieblichen Direktversicherung beitragsfrei sind, soweit ein Arbeitnehmer die Versicherung nach seinem Ausscheiden aus dem Betrieb privat als Versicherungsnehmer fortgeführt hat, aber beitragspflichtig, wenn die Versicherung nach dem Ausscheiden des Arbeitnehmers formal weiter über die betriebliche Pensionskasse geführt worden ist, denn die ökonomische Leistungsfähigkeit unterscheidet sich in diesen beiden Fällen nicht.

Und schon wieder Ablenkung: es geht nicht um die ökonomische Basis, sondern „wem gehört das Geld“ und wenn die GKV längst ins Eigentum übergegangenes ehemaliges Entgelt verrechnen, dann ist das Diebstahl.

Das gilt aber zum Beispiel auch, wenn gleich hohe Einnahmen aus privaten Rentenverträgen oder Lebensversicherungen erzielt werden, die derzeit ebenso wenig beitragspflichtig sind wie Einnahmen aus sonstigen Vermögenserträgen oder aus Vermietung und Verpachtung. Auch hier wird eine gleiche bzw. vergleichbare ökonomische Leistungsfähigkeit von Versicherten ungleich behandelt.

Das ist nicht verniedlichend „eine in einer Reihe von Inkonsistenzen“, sondern ein Bruch des in Art. 3 Abs. 1 garantierten Grundrechtes.

Der Sachverhalt der sog. „Doppelverbeitragung“ verstößt dagegen nicht grundsätzlich gegen das Solidarprinzip der GKV-Finanzierung (Beiträge nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verbeitragung). Ein Altersrentner, der neben einer gesetzlichen Rente zusätzliche Einnahmen aus weiteren Quellen bezieht, ist ceteris paribus ökonomisch leistungsfähiger als ein anderer Rentner, bei dem dies nicht der Fall ist – und zwar ganz unabhängig davon, woher die zusätzlichen Einnahmen im Einzelfall stammen und wie sie ggf. angespart worden sind.

Vielleicht ist ja in Rente des Rentners zu wenig zum Leben und zu viel zum Sterben. Und vielleicht wusste das der Rentner, als er noch arbeiten ging und vielleicht hat er ja deswegen auf einen Zusatz zur Rente gespart und sich vieles nicht gegönnt, was der Nichtsparende in den Tag hinein lebend mitgenommen hat.

Wie moralisch krank im Hirn muss man sein, um so etwas ungefiltert hinzuschreiben.

Insofern ist die Feststellung des Bundesverfassungsgerichts nachvollziehbar, wonach der Grundsatz, Einkommen nur einmal zu versteuern (Verbot der Doppelbesteuerung von Einkommen) zwar für das Steuerrecht gelte, nicht aber auch für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, für die als Versicherung andere Grundsätze gelten würden (BVerfG, 1 BvR 739/08 vom 06.09.2010, Rz. 10).

Wiederholung: 1 BvR 739/08 letztlich nur ein Verweis auf 1 BvR 1924/07

Würde ein Verbot der sog. „Doppelverbeitragung“ in der GKV konsequent angewandt, müssten letztlich auch gesetzliche Renten weitgehend von der GKV-Beitragspflicht freigestellt werden, denn die Rentenansprüche werden im Wesentlichen über Beitragszahlungen auf Bruttoentgelte erworben, die gleichzeitig auch – bei unterschiedlichen Beitragsbemessungsgrenzen – Grundlage von Beitragszahlungen zur GKV sind.

Ein richtiger und frappierender Gedanke !!! Wann wurde die Verbeitragung der Renten eingeführt ?

Es wäre kein Schaden, wenn eine dringend notwendige Reform nicht nur die Sozialversicherung, sondern auch die Rentenversicherung umfassen würde. Die „Wohltaten einer betrieblichen Altersvorsorge“ mit gekoppelter ständiger Senkung des Rentenniveaus braucht kein normaler Mensch. Die Nutznießer waren die Versicherungswirtschaft und die Arbeitgeber.

Spätestens in diesem Fall müsste über die quantitative Bedeutung einer entsprechenden Reform der Beitragsregularien in der GKV nicht mehr spekuliert werden – sie wäre erkennbar eklatant. (Prof. Dr. Klaus Jacobs, WIdO 3)

Wahnsinn, dass die „vermeintliche oder potentielle Inkonsistenzen“ dann nach 2 Seiten Text plötzlich „eklatante quantitative Bedeutung“ annehmen können. Aber was will er sagen ? Finger weg – es ginge um einen Menge Geld ? Kann ich nur sagen: tut es schon lange, und zwar um unseres.

Dabei sei deutlich darauf hingewiesen, dass es nicht darum geht, dass die Gruppe der Rentner einen möglichst großen Anteil „ihrer“ Leistungsausgaben in der GKV durch ihre Beitragszahlungen selbst trägt. Verbeitragt wird, wenn das Entgelt in das Eigentum des AN übergeht.

Diese Sichtweise unterstellt die Existenz einer **Äquivalenzbeziehung zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben** für eine **Teilgruppe** der GKV-Versicherten, die mit dem Solidarprinzip der GKV nicht vereinbar ist. Diese Feststellung gilt umso mehr, als die Rentner – in einer Zeitverlaufsperspektive – in aller Regel während ihrer Erwerbsphase einer Versicherten-Teilgruppe mit insgesamt positiven Deckungsbeiträgen angehört haben.

Bei konsequentester Umsetzung der Äquivalenzbeziehung wären die Teilgruppen die Einzelindividuen – nur dann braucht es kein GKV mehr.

Sollte der Herr noch nie etwas von der guten alten Umlage-Finanzierung gehört haben ? Mit den Mehreinnahmen der arbeitenden Generation werden die Mindereinnahmen der nicht mehr arbeitenden ausgeglichen. Dass man dies zum Wohl der Versicherungswirtschaft (Riester-Renten) zerstört hat, spricht nicht gegen deren Machbarkeit

3. Konsistente Gesamtreform statt Partikularlösungen

Die in dem vorliegenden Antrag thematisierte Frage der Verbeitragung von **Leistungen aus Direktversicherungen** im Rahmen der betrieblichen Alterssicherung betrifft insgesamt **nur einen kleinen Ausschnitt** aus einem sehr viel größeren **Gesamtspektrum von Inkonsistenzen** bei den bestehenden Beitragsregularien der GKV.

Immer wenn es an Geld der Versicherten geht, wird das verniedlicht zu Inkonsistenzen.

Wie „ökonomische Leistungsfähigkeit“ der Versicherten als Grundlage der Beitragsbemessung im Hinblick auf eine stabile, nachhaltige und gerechte Finanzierung der GKV zeitgemäß zu operationalisieren ist, bedarf einer grundlegenden **Überprüfung und Revision**. So gibt es derzeit etwa bei den berücksichtigten **Einkommensarten Unterschiede zwischen Pflicht- und freiwilligen Versicherten**, die ebenso nicht mehr zeitgemäß erscheinen wie die bereits unter Nr. 2 genannten Unterschiede bei der Beitragsbelastung unterschiedlicher Formen betrieblicher und privater Leistungen der Altersversicherung bzw. -vorsorge.

Generell erscheint es insbesondere überfällig, dass die allein aus historischen Gründen noch bestehende Fixierung der GKV-Finanzierung auf Kriterien des Erwerbslebens aufgegeben wird, zumal diese Kriterien beim übergroßen Teil der GKV-Leistungen nicht die geringste Rolle spielen.

Wie er bei all den verharmlösenden Aussagen zu derart richtigen Aussagen gelangen kann, wird für immer ein Rätsel bleiben.

Unübersehbarer Reformbedarf in Bezug auf eine zeitgemäße Neuordnung der Beitragsregularien besteht etwa auch bei den **Selbstständigen**, die heute sowohl in der GKV wie in der privaten Krankenversicherung die Kerngruppe der **Beitragsschuldner bilden**, weil die bestehenden Regelungen insbesondere für die seit Anfang der 2000er Jahre deutlich gewachsene Gruppe der Solo-Selbstständigen mit niedrigen Einkommen oft keine bezahlbaren Krankenversicherungsbeiträge mehr ermöglichen, während gleichzeitig viele Selbstständige mit hohen und sehr hohen Einkommen nicht an der solidarischen Finanzierung des **Krankenversicherungsschutzes beteiligt sind**. Dies kann nicht so bleiben, wenn die Solidargemeinschaft der GKV nicht überfordert werden soll (vgl. Haun/Jacobs 2016).

In Bezug auf eine konsistente Revision der bestehenden Beitragsregularien muss jedoch vor Illusionen gewarnt werden. Angesichts der längerfristigen Ausgabenentwicklung der GKV kann ein umfassender Leistungskatalog in Zukunft nur dann einigermaßen beitragsstabil finanziert werden, wenn die Beitragsgrundlagen der Versicherten im Sinne eines erweiterten Verständnisses von „ökonomischer Leistungsfähigkeit“ tendenziell ausgeweitet werden – und nicht etwa eingeschränkt, wie in dem Antrag gefordert. Konkret: So wünschenswert – gerade aus Sicht der Alterssicherung – die Reformperspektive erscheinen mag, **die Belastung von Leistungen der betrieblichen Alterssicherung durch Krankenversicherungsbeiträge in Richtung der Regelungen für Leistungen der private Altersvorsorge anzugleichen (sprich: Beitragsfreiheit)**, so notwendig dürfte eher der **umgekehrte Angleichungsprozess sein**.

Die betriebliche Alterssicherung ist gescheitert. Die Versicherten, denen sie letztlich nichts nutzen sollte, weil man ihnen am Ende das, was man ihnen vorgab zu geben, wieder wegnehmen wollte, werden ihr nicht hinterher trauern. Die in Wahrheit Versorgten, die Versicherungswirtschaft und die Arbeitgeber, werden es überstehen.

Literatur

Greß S (2015), Haushaltssanierung auf Kosten der Beitragszahler: Ein Trend verstetigt sich. In: G+G Wissenschaft (GGW), Heft 4/2015, S. 16-22
Download unter: http://www.wido.de/ggw_4_2015_inhalt.html

Haun D, Jacobs K (2016), Die Krankenversicherung von Selbstständigen: Reformbedarf unübersehbar. In: G+G Wissenschaft (GGW), Heft 1/2016, S. 22-30
Download unter: http://www.wido.de/ggw_1_2016_inhalt.html

Stellungnahme

anlässlich der öffentlichen Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 27. Januar 2016 zu dem

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge – Doppelverbeitragung vermeiden

BT-Drucksache 18/6364

1 Zusammenfassung des Antrags

Mit dem Antrag fordern die Antragstellerinnen und Antragsteller die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der zum Einen die so genannte doppelte Beitragszahlung auf **Direktversicherungen und Versorgungsbezüge** beendet sowie zum Anderen eine solidarische Gesundheitsversicherung in Form der Bürgerinnen- und Bürgerversicherung einführt.

Die so genannte **Doppelverbeitragung** der Krankenversicherungsbeiträge bei Direktversicherungen und Versorgungsbezügen gehe auf die Gesetzesänderungen im Rahmen des so genannten GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zurück. Seit 2004 unterliegen die aus einer Direktversicherung als Kapitallebensversicherung erbrachten **Versorgungsbezüge wie alle Leistungen der betrieblichen Altersversorgung der vollen Beitragspflicht** zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 248 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuch – SGB V), die von den Rentnerinnen und Rentnern alleine zu tragen ist (§ 250 Abs. 1 SGB V). Die GMG-Neuregelung des § 229 SGB V **beendete** eine bis dahin **bestehende Möglichkeit**, Krankenversicherungsbeiträge auf die Versicherungsleistungen **zu umgehen**, indem die Vertragsgestaltung ein Kapitalwahlrecht vorsah.

Es wäre wirklich hilfreich zu wissen, wann diese vom BVerfG angemahnte Ungleichbehandlung tatsächlich beendet wurde. Im Gesetzentwurf (zu SGB V S. 139) wird sie laut Behauptung der GKV durch das Gesetz erst beseitigt; im unmittelbar nachfolgenden Satz war sie schon beseitigt.

Denn auf die regelmäßigen Zahlungen aus Lebens- und Rentenversicherungen (z.B. Leibrente) wurden Beiträge zur Krankenversicherung erhoben, nicht aber auf die einmalige Auszahlung einer Kapitalabfindung. Die GMG-Neuregelung des § 229 SGB V, die der Beseitigung dieser Umgehungsmöglichkeiten bei der Beitragspflicht für Versorgungsbezüge diente, **habe aber auch dazu ge-führt**, dass die – aus einer Direktversicherung resultierenden – **Versorgungsbezüge im Versicherungsfall auch dann zu verbeitragen seien, wenn auf die erbrachten Versicherungsbeiträge zuvor bereits Krankenversicherungsbeiträge abgeführt worden waren.**

Wesentlicher ist: das hat dazu geführt, dass die GKV seit 2004 in betrügerischer Absicht nicht nur die „Umgehungs-Kapitalzahlungen“, sondern auch Kapitalzahlungen aus von vornherein in Kapitallebensversicherungen abgeschlossenen Verträgen als „Versorgungsbezüge“ bezeichnen, das BSG seit 11/2004 Rechtsbeugung betreibt und das BVerfG das äußerst beschämende Fehl-Urteil 1 BvG 1924/07 gefällt hat, mit welchem es selbst seinen nach Art. 93 GG zugewiesenen Auftrag missachtet hat.

Betroffen von einer so genannten doppelten Verbeitragung seien Millionen von Rentnerinnen und Rentnern. So habe es am Jahresende 2014 laut einer Statistik des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) allein 7,636 Millionen Direktversicherungsverträge gegeben. Die Antragstellerinnen und Antragsteller sind der Auffassung, dass die Beitragspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung bei Versorgungsbezügen nur einmal anfallen dürfe. Entweder solle auf das Einkommen in der Ansparphase **oder auf die Auszahlung der Versicherungsleistungen Beiträge gezahlt werden.**

Verbeitragung bei Auszahlung in Zukunft ist schon deswegen keine gute Idee, weil das Einkommen nun mal nach sonstiger Gesetzeslage bei Eigentumsübergang zu verbeitragen ist, die Gebühren mit ihrer Bezahlung in das Eigentum des AN übergehen (zumindest ist das bei Grundform 2 definitiv so) und eine Verbeitragung bei Auszahlung schlicht Diebstahl ist. Im Übrigen sollte nicht ein Gesetzgeber Regeln erfinden, warum in der „Ansparphase“ Teile des Entgeltes nicht verbeitragt werden müssen, wenn er bei Auszahlung dann verkünden will „war nicht so gemeint“ (das entlarvt ich n als Lügner“). Am besten der Gesetzgeber verkneift sich in Zukunft derartige Regeln ganz, man sieht ja, was dabei heraus kommt: Senkung des Rentenniveaus, zunehmende Altersverarmung, Kriminalisierung der GVK, Sozialgerichte und ... (? , denen kann man nichts nachweisen)

Wurden die Beiträge aus Einkommen gezahlt, für das bereits Krankenversicherungsbeiträge abgeführt wurden, dürfe die Versicherungsleistung nicht erneut verbeitragt werden. Sie sind der Ansicht, Versicherte müssten sich darauf verlassen können, dass die von dem Gesetzgeber geschaffenen Rahmenbedingungen für ihre Zusatzversicherung nicht nach Kassenlage der Krankenversicherung verändert werden. Eine konsequente Stärkung der gesetzlichen Sozialversicherungssysteme sei geboten durch die Einführung einer solidarischen Gesundheitsversicherung in Form einer Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege. Dies würde soziale Gerechtigkeit schaffen, die Finanzierung der Krankenversicherung auf ein solides

Fundament stellen und die Absenkung der Beiträge für alle Versicherten ermöglichen.

2 Gesamtbewertung

Von Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der Kassen sind grundsätzlich alle Leistungsempfänger und Beitragszahler betroffen, damit auch die krankenversicherten Rentnerinnen und Rentner. Vor diesem Hintergrund stimmt der Sozialverband Deutschland (SoVD) mit den Antragstellerinnen und Antragsteller insoweit überein, als das aus dem Kreis der Rentnerinnen und Rentner mit **Versorgungsbezügen** zusätzlich ein beitragsrechtliches "Sonderopfer" verlangt wird. Auch der SoVD sieht hier einen lange überfälligen gesetzgeberischen Korrekturbedarf. Das grundlegende Problem liegt aus Sicht des SoVD jedoch nicht in der so genannten **Doppelverbeitragung** der **Direktversicherungen und Versorgungsbezüge**, *Bezieht sich im Wortlaut nur auf Grundform 1, meint aber mit „Direktversicherung“ auch Grundform 2.* sondern **vielmehr auf der Ebene der Beitragstragung und der Beitragshöhe**. *Eine „sogenannte“ Doppelverbeitragung wird also in Abrede gestellt.*
Was ist eine „Ebene der Beitragstragung“ ? (außer schon wieder ein neues mißbrauchbares Wortungetüm)

Der SoVD stellt fest, dass es grundsätzlich kein Verbot der so genannten Doppelverbeitragung gibt.

Aber es gibt ein Verbot, verbeitragtes und dann in das Eigentum des AN übergegangenes Entgelt erneut zu verbeitragen; das Verbot umschreibt man mit dem Wort „Diebstahl“.

Während es im Steuerrecht eine so genannte Doppelversteuerung zu vermeiden gilt, kann dieser Gedanke nicht problemlos auf das Beitragskonzept zur gesetzlichen Krankenversicherung übertragen werden. Denn im Beitragsrecht werden auch andere Einnahmen „doppelt“ verbeitragt, namentlich die Rente der Gesetzlichen Rentenversicherung. Die gesetzliche Rente wird einerseits aus bereits zu verbeitragtem Einkommen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer finanziert. Zum anderen werden in der späteren Leistungsphase der gesetzlichen Rente erneut Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung erhoben. Im Falle eines Verbots der so genannten Doppelverbeitragung müsste auch die gesetzliche Rente konsequenterweise in der Leistungsphase von der Verbeitragung freigestellt werden.

Und weil die Wiederherstellung eines logischen und für alle nachvollziehbaren Beitragsrecht (SV und RV) nicht „problemlos“ geht, lässt man es lieber bleiben ?

Ein beitragsrechtliches "Sonderopfer" der Rentnerinnen und Rentner mit **Versorgungsbezügen** sieht der SoVD allerdings in den speziellen Belastungen auf der Ebene der Beitragstragung und Beitragshöhe.

Hier wird schon wieder Grundform 2 unterschlagen.

Dies verdeutlicht ein Vergleich mit der Rente der Gesetzlichen Rentenversicherung. Gemäß § 249a Satz 1 SGB V **trägt bei der gesetzlichen Rente die Gesetzliche Rentenversicherung die Hälfte des allgemeinen Krankenkassenbeitragssatzes**. Eine solche Entlastung durch Institutionen findet für die gesetzlich krankenversicherten Empfängerinnen und Empfängern von **Versorgungsbezügen** nicht statt. Letztere haben vielmehr seit dem 1.1.2004 die Beiträge aus den Versorgungsbezügen in Höhe des allgemeinen Beitragssatzes im vollen Umfang allein zu tragen (§§ 248 Satz 1, 250 Absatz 1 Nr. 1 SGB V).

Bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes galt noch nach § 248 SGB V a.F. bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus **Versorgungsbezügen** und **Arbeitseinkommen** die Hälfte des jeweils geltenden allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse. Seit der Gesetzesänderung haben sie nunmehr in der Leistungsphase deutlich höhere Beiträge als vergleichbare Versicherte zu zahlen. Ihnen wurde ein beitragsrechtliches "Sonderopfer" auferlegt, das auch nicht durch die Beitragsfreiheit bis zu 4 % der Beitragsbemessungsgrenze in der Ansparphase kompensiert wird.

Dies ist eine Ungleichbehandlung, um die sich das BVerfG nach Art 3. Abs. 1 eigentlich zu kümmern hätte.

In der Begründung zur Änderung des § 248 SGB V heißt es, es sei geboten, die Rentner "in angemessenem Umfang" an der Finanzierung der auf sie entfallenden Leistungsaufwendungen zu beteiligen. **Die Gesetzliche Krankenversicherung ist ein soziales Sicherungssystem mit einem Solidarausgleich auf Grundlage des Solidaritätsprinzips.** Wesensmerkmal ist – anders als beim Äquivalenzprinzip der Privaten Krankenversicherung – ein risikounabhängiger Beitrag für den Krankenversicherungsschutz. **Versicherte mit hohen gesundheitlichen Belastungen werden ebenso wie solche mit niedrigen Arbeitseinkünften stark begünstigt.** Dies gilt vor allem bei älteren Menschen, bei denen mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben die beitragspflichtigen Einnahmen typischerweise sinken, der medizinische Versorgungsbedarf aber insgesamt zunimmt. **Die systematische Begünstigung älter Versicherte ist also kein Mangel, sondern eines der wichtigsten Ziele und einer der überzeugendsten Vorzüge des bestehenden Krankenversicherungssystems.**

Die Beseitigung dieses Missstandes lässt sich aus Sicht des SoVD durch die **Rückkehr zur hälftigen Beitragspflicht aus den Versorgungsbezügen erreichen**. So hat etwa der Gesetzgeber jüngst im Rahmen des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) seine Bereitschaft zur Berichtigung der beitragsrechtlichen "Sonderopfer" erneut bewiesen (Artikel 1a des Gesetzes v. 21. Dezember 2015, BGBl. I S. 2421). Nach der zum 1. Januar 2017 in Kraft tretenden Neuregelung des § 237 Satz 2 und 3 SGB V n.F. wer-den die krankenversicherungspflichtigen Waisenrentnerinnen und Waisenrentner aufgrund ihrer besonderen Schutzbedürftigkeit – zu Recht – bis zum Erreichen der Altersgrenzen der Familienversicherung nach § 10 Absatz 2 SGB V grundsätzlich von der Beitragspflicht befreit.

Alles schön und gut. Aber es geht um halbe oder ganze Beitragssätze für Renten und der der Rente vergleichbaren Einnahmen (also Versorgungsbezüge nach Grundform 1) und nicht um Doppelverbeitragung; also ist das Thema verfehlt.

Selbstverständlich ist eine Rückkehr zur hälftigen Beitragspflicht von Versorgungsbezügen mit erheblichen Einnahmeverlusten auf Seiten der Gesetzlichen Krankenversicherung verbunden. Jedoch anstatt einen Teil der Versicherten aus der Gesamtheit krankenversicherter Rentnerinnen und Rentner herauszugreifen und zu Sonderopfern heranzuziehen, sollte die Gesetzliche Krankenversicherung einheitlicher und solidarischer finanziert werden. Der SoVD bekräftigt daher seine Forderung nach einer sofortigen Rückkehr zur vollen paritätischen Finanzierung der Beitragssätze zur Krankenversicherung sowie nach Maßnahmen zur Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung, wie beispielsweise eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze, die Einbeziehung weiterer Einkommensarten und die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

*Da kann man nur widersprechen: **Abschaffung** die Beitragsbemessungsgrenze, Versicherungspflicht **für alle**, Einbeziehung **aller Einkommensarten**, dann braucht es auch keinen „Finanzausgleich“ (der sowieso wieder in die Hose gehen würde)*

Langfristig lassen sich Defizite im Leistungsspektrum und die Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung nur durch die Einführung einer Bürgerversicherung für die gesamte Bevölkerung in Deutschland auf der Grundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung lösen. Denn nur so kann eine bedarfsgerechte Leistungserbringung für alle Patientinnen und Patienten sichergestellt werden. Diese bedarfsgerechte Leistungserbringung – auf Basis einer solidarischen Finanzierung – muss das Ziel jeder Reform im Gesundheitssystem sein.

Dann soll man nicht über Flickschusterei an einem verkorksten System sinnieren, sondern das Ziel ausarbeiten und die Schritte zur Migration definieren. Alles andere ist vergeudete Zeit und geht sowieso wieder daneben. Für eine grundsätzliche Machbarkeit wäre aber unabdingbare Voraussetzung, die Lobbyisten jeglicher Couleur sind von der Definition der Zielsystems ausgeschlossen und dürfen nach fertiger Beschreibung der Migrationsschritte vom IST und das SOLL ihre Kommentare zur Machbarkeit abgeben (wobei je später der Schritt, um so unerheblicher der Kommentar)

10 Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Stellungnahme zum Antrag

Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge - Doppelverbeitragungen vermeiden

I. Zielsetzung und Bewertung

Die Fraktion DIE LINKE beantragt, dass der Bundestag die Bundesregierung auffordert einen Gesetzesentwurf vorzulegen, um die **doppelte Verbeitragung von Direktversicherungen** zu beenden und um eine solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung einzuführen. Darüber hinaus solle der Bundestag ganz allgemein feststellen, dass das 3-Säulen Modell der Altersvorsorge gescheitert sei.

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurde 2004 die Beitragspflicht von Rentnern zur gesetzlichen Krankenkasse geändert. Auf **Direktversicherungen und weitere Versorgungsbezüge** wurde **der volle Beitragssatz** fällig.

So formuliert sind nur Renten gemeint, also Grundform 1, und es geht um die Einführung des „vollen“ Beitragssatzes – also nicht um Doppelverbeitragung.

Dies führte zu starker Kritik unserer Mitglieder, die auf diese Alterseinkünfte vertraut hatten. Der Sozialverband VdK hat mehrere **Musterstreitverfahren** dazu geführt.

Das wird in die Geschichte eingehen, denn mit dieser Art von Musterstreitverfahren (als Feigenblättchen) ist der VdK seinen Mitgliedern in den Rücken gefallen.

Neben der Frage des Vertrauensschutzes gibt es **Fallkonstellationen** bei denen es durch die Gesetzesänderung zu einer **doppelten Verbeitragung** kommt. Insbesondere Arbeitnehmer, die vor 2004 die **Direktversicherungsprämien** aus ihrem **sozialversicherungspflichtigen Gehalt** bezahlt haben, werden seither in der **Auszahlungsphase** noch einmal belastet.

Da weiß man nun gar nicht was gemeint ist: wenn es aus sozialversicherungspflichtigen Gehalt bezahlt wurde, war das das Brutto-Gehalt und es kam zu keiner Doppelverbeitragung. Wenn es eine Direktversicherungsprämie war und damit eine Kapitallebensversicherung gemeint sein sollte, dann gab es keine Auszahlungsphase.

Dieses Beispiel zeigt, dass die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland **zu komplex** ist. Die **vielen Ausnahmen verhindern Gerechtigkeit**.

Und sie verhindern, dass der VdK weiß, wovon er redet.

Der Sozialverband VdK Deutschland fordert daher, dass **alle** Bürger in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen werden. Die **Beitragsbemessungsgrenze muss angehoben** und gleichzeitig die **Bemessungsgrundlage ausgeweitet** werden.

Klarer formuliert alle zahlen, alles Einkommen wird verbeitragt. Und nein: die Beitragsbemessungsgrenze wird nicht angehoben, sondern verschwindet; was soll diese unsoziale Bevorteilung von Beziehern größerer Einkommen.

Die Arbeitgeber müssen sich wieder paritätisch an der Finanzierung beteiligen.

Im Einzelnen

1. doppelte Beitragszahlung beenden

Die doppelte Beitragszahlung auf Direktversicherungen und Versorgungsbezüge soll beendet werden. Sollten bereits während der Ansparphase Sozialversicherungsbeiträge abgeführt worden sein, dürfen in der Leistungsphase bzw. für die **Kapitalabfindung** keine Krankenversicherungsbeiträge mehr fällig werden.

Das ist keine Kapitalabfindung in Grundform 2, sondern die „Umbuchung“ des dem AN gehörenden (langfristig angelegten und vermehrten) Kapitalertrags von seinem Konto bei der Versicherung auf ein Konto bei der Bank.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK unterstützt das grundsätzliche Prinzip, dass **Beiträge zur Sozialversicherung nur einmal zu bezahlen sind**. Besondere betroffen von der Gesetzesänderung 2004 sind die Arbeitnehmer, die ihre **Direktversicherung** nicht aus Prämien oder Weihnachtsgeld bezahlt haben, sondern **aus dem laufenden Gehalt** und damit sowohl in der **Einzahlungs-** als auch der **Auszahlungsphase** Sozialversicherungsbeiträge zahlen.

„Direktversicherung“ ist in dieser Diskussion kein taugliches Synonym für Kapitallebensversicherung. „Aus dem laufenden Gehalt“ macht nicht klar, ob aus Brutto-oder Nettogehalt gezahlt wurde. „Auszahlungsphase“ gibt es nur bei Auszahlung von Versorgungsbezügen“ (Grundform 1).

Wir haben dazu ein **Musterstreitverfahren** bis zum Bundesverfassungsgericht geführt. Dieses hält die Doppelverbeitragung nicht für verfassungswidrig (1 BvR 739/08).

Wiederholung: 1 BvR 739/08 letztlich nur ein Verweis auf 1 BvR 1924/07

Das kommt heraus, wenn man derart unsortiert Musterstreitverfahren führt.

Auch wenn die **Doppelverbeitragung von Direktversicherungen nicht verfassungswidrig** ist, so sorgt sie doch für Ungerechtigkeiten. *Die „Doppelverbeitragung“ von Kapitalauszahlungen von Kapitallebensversicherungen ist nicht verfassungswidrig, aber sie ist kriminell und nach dem StGB zu ahnden, weil Diebstahl. Die Methoden, die dazu angewendet werden sind Betrug (GKV) und Rechtsbeugung (Sozialgerichte) und ebenfalls kriminell und nach StGB zu ahnden.*

Während das Bundesverfassungsgericht nur Grundrechtsverstöße prüft, obliegt es dem Deutschen Bundestag die soziale Gerechtigkeit zu wahren.

Der Sozialverband VdK fordert daher für die **relativ kleine Personengruppe**, die auf die Einzahlungen zur Direktversicherung **bereits Sozialversicherungsbeiträge gezahlt haben**, eine Ausnahme von der Verbeitragung der Versorgungsbezüge.

Der Sozialverband VdK muss Daten über Anzahlen von Betroffenen haben, die die Executive nicht hat, also her damit. Und wie haben vergessen: ... oder die, welche von der Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen aufgrund gesetzlicher Regelungen befreit waren.

Dabei darf die **vorgeschlagene Aufschlüsselung der Einzahlungen** durch die Versicherer nicht zu hohen Verwaltungsgebühren für die Rentner und Rentnerinnen führen.

Da muss es noch ein Hintergrundpapier geben, denn hier ist der Vorschlag nicht ersichtlich. An dieser Stelle ist zu fragen, in wessen Namen meint der VdK sprechen zu dürfen ?

2. Bürgerinnen und Bürgerversicherung einführen

Es soll eine solidarische Gesundheitsversicherung eingeführt werden, um gerechte und finanzierbare Krankenversicherungsbeiträge für alle in Deutschland lebenden Menschen langfristig zu gewährleisten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Um langfristig einen gerechten und finanzierbaren Krankenversicherungsschutz für alle zu gewährleisten, müssen alle Bürger in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen werden. Jeder muss entsprechend seinen finanziellen Möglichkeiten zum solidarischen System beitragen.

Auf der einen Seite **wird damit den privat Versicherten geholfen**, denn wir erhalten immer mehr Zuschriften von Mitgliedern, deren kleine Rente von den horrenden Prämien für die PKV aufgefressen wird. Trotz Basisarbit sind sie auf Sozialhilfe angewiesen.

Den „privat Versicherten helfen“ ist kein Argument für Gesetzesänderungen

Auf der anderen Seite wird die Einnahmehasis der GKV verbessert und **die Zwei-Klassen-Medizin in der Versorgung abgebaut**.

Der wichtige erste Schritt ist die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung. Der Zusatzbeitragssatz belastet einseitig Arbeitnehmer sowie Rentner und Rentnerinnen und muss abgeschafft werden. Sie allein bezahlen die steigenden Kosten aufgrund des demographischen Wandels und der neuen medizinischen Möglichkeiten. Die Arbeitgeber sind für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter mitverantwortlich und müssen sich auch an der Finanzierung beteiligen.

Eine einfache Maßnahme zu einem gerechten System wäre die Wiedereinführung der **Wahlfreiheit zwischen der Beihilfe und dem Arbeitgeberbeitrag zur GKV für neue Beamte**.

Ist das das Wichtigste ?

3. Riester-Rente

Der Bundestag solle feststellen, dass das Drei-Säulen-Modell aus gesetzlicher, privater und betrieblicher Altersvorsorge gescheitert sei. Die niedrigen Zinsen in den kapitalgedeckten Säulen würden durch Provisionen aufgefressen, so dass die Auszahlung teilweise nicht mal mehr den gezahlten Beiträgen entspräche.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Mit der Riester-Reform in 2001 **war die Erwartung verbunden, dass durch Riester-Vorsorge die Absenkung des Rentenniveaus ausgeglichen wird**. Es hat sich gezeigt, dass dies nur in Modellrechnungen möglich ist. Bei diesen Berechnungen wurde eine jährliche nominale Verzinsung von vier % sowie ein Verwaltungskostenanteil der Versicherer von 10 % der Beiträge unterstellt.

Darüber hinaus verband der Gesetzgeber mit der Einführung der Riester-Rente die Hoffnung, **durch eine kapitalgedeckte Altersvorsorge höhere Renditen als mit der gesetzlichen Rente zu erzielen**.

Tja, wer der Finanz- und Versicherungswirtschaft traut, hat auf Sand gebaut.

Diese Erwartungen sind nach den bisherigen Erfahrungen nicht mehr realistisch. So ist der Garantiezins im Jahr 2015 schon wieder auf nun 1,25 % abgesenkt worden. Verbraucherschützer kritisieren überhöhte Abschluss- und Verwaltungskosten, für die Versicherten nachteilige Sterbetafeln als Kalkulationsgrundlagen **sowie überzogene Gewinnerzielungsabsichten der Anbieter**.

Meine Kapitallebensversicherungen haben über die Laufzeit von 30 Jahren 1/3 oder 50 T€ an Wert gegenüber der ursprünglichen „Vorhersage“ verloren.

Das Problem ist gerade, dass Bezieher geringer Einkommen, die eigentliche Zielgruppe der Riester-Förderung, zu wenig Vorsorge betreiben. **Gründe hierfür sind, dass sie es sich nicht leisten können oder es sich nicht lohnt**. Dies gilt insbesondere für Geringverdiener, die im Alter bei Bezug einer Minirente auf ergänzende Leistungen der Grundsicherung angewiesen sind.

D.h. auch Bezieher von Niedrigeinkommen sind nicht unbedingt begrenzt im Verstand.

Überfällig ist deshalb über 10 Jahre nach ihrer Einführung eine Evaluierung auf Zielgenauigkeit, Transparenz, Effizienz der

eingesetzten Mittel und Rentabilität der Anlageformen. Missstände am Markt müssen umfassend durch Regulierung beseitigt werden. Nach den bisherigen Erfahrungen erscheint es zur Bekämpfung von Altersarmut sinnvoller, die für die Riester-Förderung eingesetzten Mittel zur **Erreichung armutsfester Renten** einzusetzen.

Was ist das ?

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „ Gerechte Krankenver- sicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge -Doppel- verbeitragung vermeiden“ vom 14.10.2015 (Bundestagsdrucksache 18/6364)

I. Zum Inhalt des Antrages

Der vorliegende Antrag möchte einen Beschluss des Deutschen Bundestages hinsichtlich der Beendigung der doppelten Beitragszahlung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Direktversicherungen und Versorgungsbezüge herbeiführen. Die Antragstellerin fordert, dass Beiträge zur GKV entweder auf beitragspflichtige Einnahmen in der Ansparphase oder auf Rentenleistungen bzw. entsprechende Einnahmen im Rahmen der Altersversorgung während der Bezugsphase anfallen. *Die Bedeutung von „entsprechende Einnahmen“ ist unklar, Aus dem Wort „Bezugsphase“ wäre zu schlussfolgern, dass es sich nur um die Grundform 1 handelt.*

Dies bedeutet, dass bei Abführung von Beiträgen in der Ansparphase die Versorgungsleistungen in der Bezugsphase keiner Verbeitragung mehr unterliegen.

Diese Stellungnahme beschäftigt sich nur mit diesem zentralen und ausführlicher begründeten Anliegen des Antrags und geht nicht auf die zusätzlich geforderte „solidarische Gesundheitsversicherung (Bürgerinnen- und Bürgerversicherung)“ ein, denn diese Thematik bedarf einer erheblich weitergehenden und intensiveren Diskussion.

II. Gesetzliche Grundlagen und betroffene Versicherte

In der GKV unterliegen neben den Renten auch vergleichbare Einnahmen, die auf frühere Beschäftigungsverhältnisse zurückgehen, der Beitragspflicht. Zu solchen Versorgungsbezügen zählen nach § 229 Abs. 1 Satz 5 SGB V auch Renten aus der betrieblichen Altersversorgung. Für diese Versorgungsbezüge gilt durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) mit Wirkung zum 01.01. 2004 der allgemeine Beitragssatz zuzüglich des einkommensabhängigen Zusatzbeitrages, wobei diese Beiträge freiwillig und pflichtversicherte Mitglieder alleine tragen.

Als Folge des GMG besteht die Beitragspflicht auch bei Auszahlung der Versorgungsleistung in einer Summe, d.h. wenn der Versicherte das Kapitalwahlrecht in Anspruch nimmt.

Das bezieht sich auf Grundform 1 und die zu beseitigende Umgehungsmöglichkeit, wenn der Versicherte mit „Kapitalwahlrecht“ versuchte die Verbeitragung der Versorgungsleistung zu verhindern. Grundform 2 wird also nicht betrachtet.

Versorgungsleistungen, die auf Beiträgen basieren, die der Versicherte nach Beendigung seines Arbeitsverhältnisses einzahlte, gehören nicht zu den beitragspflichtigen Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 SGB V.

Das Betriebsrentengesetz (BetrAVG) stellt seit 2002 eine Entgeltumwandlung für die betriebliche Altersversorgung bis zur Höhe von bis zu 4% der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (2016: jährlich 2.976,00 Euro) steuer- und beitragsfrei. Es handelt sich hier um eine Bruttoumwandlung, die das steuer- und sozialversicherungspflichtige Entgelt mindert. *D.h. das umgewandelte Entgelt ist noch nicht verbeitragt.*

Eine Beitragspflicht in der GKV kann in diesem Kontext in der Ansparphase somit erst ab einem Entgelt entstehen, das diese Grenze überschreitet.

Diese Regelung gilt für die arbeitnehmer- und arbeitgeberfinanzierte Altersversorgung gleichermaßen, sodass bei Ausschöpfung diese Höchstbeträge durch eine arbeitgeberfinanzierte Altersversorgung diese für eine Entgeltumwandlung nicht mehr zur Verfügung stehen.

Was heißt hier arbeitnehmer- und arbeitgeberfinanziert? „arbeitnehmerfinanziert“ kann die Bedeutung haben Nettoentgeltumwandlung. Ist dann Arbeitgeberfinanziert Bruttoentgeltumwandlung oder Entgelte zusätzlich zum normalen Lohn

Für den Teil der umgewandelten Entgelte, der oberhalb der 4% der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung liegt, besteht die allgemeine Beitragspflicht, so dass, wie im Antrag zutreffend festgestellt, bei einer Belastung der daraus resultierenden Versorgungsbezüge in der Bezugsphase zumeist eine Doppelverbeitragung in der GKV entsteht. **Eine Ausnahme bildet der wohl nicht sehr häufige Fall**, dass die Höhe der jeweiligen Versorgungsbezüge teilweise die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV überschreitet.

„wohl nicht sehr häufige Fall“ ist Jonglieren mit unbekanntem Zahlen.

III. Die Beurteilung der Doppelverbeitragung unter zeitlich horizontalen und vertikalen Aspekten

Die Forderung nach einer Beseitigung der Doppelverbeitragung in der GKV erscheint zunächst bei isolierter Betrachtung der Problematik nachvollziehbar und die hierzu im Antrag unterbreiteten Vorschläge stellen zielkonforme Maßnahmen dar. Es stellt sich in diesem Zusammenhang jedoch die Frage, ob und inwieweit sie auch im Vergleich zu anderen Regelungen ins System der Beitragsgestaltung in der GKV passen und welche intertemporalen Effekte sie entfaltet.

Es existiert meines Wissens keine belastbare Datenbasis über die Zahl der von der Doppelverbeitragung betroffenen Versicherten und ihrer finanziellen Belastung. Insofern lassen sich auch die Beitragsausfälle, die eine Beseitigung der Doppelverbeitragung verursachen würde, kaum abschätzen.

ARD Magazins PlusMinus fragen: im März 2015 wurden die Belastungen bereits mit 33 Mrd. Euro veranschlagt.

Sofern diese Mindereinnahmen quantitativ ins Gewicht fallen sollten, gilt es zu berücksichtigen, dass sie die heutige Generation der Beitragszahler belasten. Diese leistet wegen der demographischen Entwicklung einen größeren Solidarbeitrag für die heute älteren Versicherten als die vorangegangene Generation. Dies trifft vor allem auf jene Versicherten zu, die sich schon vor Inkrafttreten des Betriebsrentengesetzes an der Finanzierung der betrieblichen Altersversorgung beteiligten. Zudem erhalten diese Versicherten heute und zukünftig infolge des medizinischen Fortschritts eine spürbar qualifiziertere Gesundheitsversorgung als die von ihnen mitfinanzierte vorangegangene Generation. Schon dieser Aspekt stellt die Beseitigung der Doppelverbeitragung in intertemporaler Hinsicht in Frage.

Die Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV orientiert sich an der Leistungsfähigkeit, die der Versicherte gemessen an seinen beitragspflichtigen Einnahmen, d.h. im wesentlichen an Arbeitsentgelten und Versorgungsbezügen, zum Zeitpunkt der Verbeitragung besitzt. Die Beitragsgestaltung stellt damit ausschließlich auf eine zeitlich horizontale Betrachtung der Leistungsfähigkeit ab und fragt nicht nach dem Zustandekommen dieser Einnahmen in der Vergangenheit. So stellte auch das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 06.09. 2010 – 1 BvR 739/08 -hinsichtlich der Rechtmäßigkeit einer möglicherweise vorliegenden doppelten Verbeitragung fest, dass „die Frage, ob diese Versorgungsbezüge ihrerseits aus bereits mit Krankenversicherungsbeiträgen belastetem Arbeitsentgelt finanziert worden sind, ... für die Frage der Beitragspflicht in der Krankenversicherung der Rentner nicht maßgebend“ ist.

Für die Grundform 2 ist sie sehr wohl maßgebend, weil das ausgezahlte Kapital bereits mit Zahlung der jährlichen Gebühr ins Eigentum des AN übergegangen ist.

Die Beseitigung der Doppelverbeitragung passt somit nicht ins geltende System der Beitragsgestaltung und birgt daher auch die Gefahr einer Präjudizierung hinsichtlich anderer Einkunftsarten.

Genau: wenn man diese Doppelverbeitragung beseitigt, müsste man ggf. auch andere Doppelverbeitragungen beseitigen – wehret den Anfängen.

Die Forderung nach einer Beseitigung der Doppelverbeitragung für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge lässt außer Acht, dass auch die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, die in der Leistungsphase der Verbeitragung unterliegen, in ihrer Entstehungsphase aus Bruttoarbeitsentgelten stammen, die in die Beitragsbemessungsgrundlage der Krankenversicherungsbeiträge eingingen.

Hier wird wieder Direktversicherungen benutzt obwohl doch nur Renten, also Grundform 1, Thema sind.

Diese Beitragspflicht in der Bezugsphase gilt selbst für Renten, die in der Entstehungsphase allein auf freiwilligen Beiträgen beruhen und der Rentner niemals eine Berufstätigkeit ausübte. In dieser Hinsicht erscheint es äußerst problematisch, die im Antrag thematisierten Versorgungsbezüge gegenüber Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung zu bevorzugen.

Schließlich sieht sich die faktische Beseitigung der Doppelverbeitragung mit erheblichen Umsetzungsproblemen konfrontiert.

Also Umsetzungsprobleme sind ein ganz starkes Argument, nichts zu korrigieren.

Dabei stellt sich, um Ungleichbehandlungen zu vermeiden, zunächst die Frage nach dem geeigneten Stichtag der neuen Regelung. Eine rückwirkende Korrektur stößt angesichts der häufig weit zurückliegenden Zeiträume in wohl vielen Fällen an ihre Grenzen.

Welcher Art sind die Grenzen, an welche man bei rückwirkender Korrektur stößt ?

Insgesamt gesehen sprechen insofern mehr und gewichtigere Gründe gegen als für die im Antrag geforderte Beseitigung der Doppelverbeitragung. Diese Maßnahme würde im System der geltenden Beitragsgestaltung einen Fremdkörper mit kaum absehbaren Konsequenzen bei anderen Einkunftsarten darstellen. Selbst im Steuerrecht spielt es bei der Versteuerung von Kapitaleinkünften keine Rolle, ob das zugrundeliegende Einkommen bereits beim Steuerpflichtigen der Einkommensteuer unterlag, aus einer Erbschaft stammte oder in Sonderfällen zuvor unbesteuert blieb.

Es spielt keine Rolle, ob das Geld schon einmal verbeitragt war, sondern ob es als Einkommen dieser Person schon einmal versteuert war.

Also eine Bereinigung von „Ungereimtheiten“ wäre ein absoluter Fremdkörper, weil dann andere die Beseitigung der nächsten Ungereimtheit fordern. – Wie gesagt: „wehret den Anfängen. Da ist so viel Murks, den muss man einfach lassen“.