

aba – Arbeitsgemeinschaft für  
betriebliche Altersversorgung e.V.

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0152(5)

gel. VB zur öÄnhörung am 27.01.

16\_Doppelverbeitragung

21.01.2016



Herrn  
Dr. Edgar Franke, MdB  
Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Klaus Stiefermann  
030 3385811-10  
[Klaus.Stiefermann@aba-online.de](mailto:Klaus.Stiefermann@aba-online.de)

21.01.2016 ML

aba-Stn: BT-01/2016

## **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 Pensionskassenzusage 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 höchststrichterlich 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 fortgeführt hat. 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. 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.

**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 Pauschalversteuerung. 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

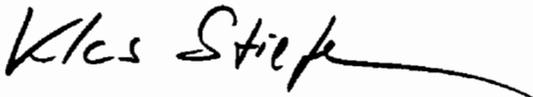
31. Dezember 2003 waren Kapitalleistungen beitragsfrei und auf laufende Versorgungsbezüge fiel nur der halbe Beitragssatz an. Ohne Vertrauensschutz- und Übergangsregelungen wurden alle Betriebsrenten in erheblichem Umfang „gekürzt“. Das Vertrauen in verlässliche Rahmenbedingungen der betrieblichen Altersversorgung 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

# **Barbara Sternberger-Frey**

Finanzjournalistin

Redaktionsbüro

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

Per E-Mail: [michael.thiedemann@bundestag.de](mailto:michael.thiedemann@bundestag.de)

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Herrn Michael Thiedemann  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

<p><b>Deutscher Bundestag</b> Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache <b>18(14)0152(10)</b> gel. VB zur öAnhörung am 27.01. 16_Doppelverbeitragung 26.01.2016</p>
--

Pulheim, den 25.01.2016

## **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.

### **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<sup>1</sup>. 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.

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.

---

<sup>1</sup> vgl. Begründung des Gesetzentwurfes zum GKV-Modernisierungsgesetz, S. 140 zu Ziffer 148, Bundestagsdrucksache 15/1525

**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.

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.**

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 Krankversicherung umwandeln, **fällt eine echte Doppelverbeitragung dagegen nicht an.**<sup>2</sup> 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**<sup>3</sup> 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**

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 14,6 Prozent allgemeiner Beitragssatz Krankenkasse plus 2,35 Prozent Beitragssatz Pflegeversicherung und ggf. 0,25 Prozent Zusatzbeitrag für Kinderlose

**genutzt.** Diese können den entsprechenden Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung bei Bruttoentgeltumwandlung<sup>4</sup> komplett sparen und werden so bei den Lohnnebenkosten entlastet.

**Das bedeutet: Arbeitgeber können dauerhaft Sozialabgaben sparen. Den Sozialkassen entgehen Beiträge in Milliardenhöhe<sup>5</sup> 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<sup>6</sup>.

**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 Riester 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 Riester 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<sup>7</sup>. Auch bei privater Fortführung von Verträgen aus ehemals sozialabgabenfreier Bruttoentgeltumwandlung kann es jedoch unter Umständen zu einer echten Doppelverbeitragung kommen<sup>8</sup>.

**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 Ungleichbehandlung 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.

<sup>4</sup> Steuer- und sozialabgabenfreien Entgeltumwandlung, gefördert nach § 3. Nr. 63 EStG, auch Brutto-Entgeltumwandlung genannt.

<sup>5</sup> Diese Belastung wurde von der Bundesregierung seinerzeit auf 3,3 Mrd. Euro geschätzt.

<sup>6</sup> 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-Vierteljahresshefte zur Wirtschaftsforschung 02/2012, "Was bringen Riester-Produkte dem Verbraucher, S. 117

<sup>7</sup> Die Nutzung der Riester-Förderung spielt daher in der bAV eine eher untergeordnete Rolle. Nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft betriebliche Altersversorgung aba finden sich Anwartschaften mit Riester-Förderung vor allem bei Zusatzversorgungskassen (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.

<sup>8</sup> Einzelheiten siehe Übersicht: „Formen der staatlich geförderten Zusatzvorsorge und ihre Behandlung im Sozialversicherungsrecht“ auf Seite 8

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 Rahmenbedingen – und lässt etwaige qualitative Unterschiede bei den Produkten außen vor<sup>9</sup> -, 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 **Nettozusatz Einkommen** aus **einer privaten Riester-Rente** und ggf. sogar aus einer **ungeförderten Privatrente**<sup>10</sup>.

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 Sozialabgabenersparnis in der Finanzierungsphase nämlich – anders als für die Unternehmen<sup>11</sup> - 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 Beitragssätzen 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**<sup>12</sup>. Zusammen

<sup>9</sup> 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 Bedingungsmerk an betriebliche Erfordernisse angepasst wurden.

<sup>10</sup> 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“

<sup>11</sup> Und natürlich auch für den Vertrieb, der bei Betriebsrenten vor allem mit den angeblichen Fördervorteilen bei Entgeltumwandlung im Vergleich zur Privatvorsorge wirbt.

<sup>12</sup> 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

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<sup>13</sup>, lag die Rendite von typischen Direktversicherungen 2015 nur noch bei 2,96 Prozent<sup>14</sup>. 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<sup>15</sup>. 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<sup>16</sup>.

**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.<sup>17</sup>

**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.**

---

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

<sup>13</sup> „Die Rendite der gesetzlichen Rente“, Broschüre der DRV Bund vom 01.05.2013

<sup>14</sup> Brutto-Durchschnittsrendite von Kollektivtarifen bei Auszahlung als Kapitaleistung (inkl. aller Überschüsse) zu Rentenbeginn. Auf Basis allein der garantierten Kapitaleistung lag die Rendite im Schnitt sogar nur bei 0,51%. ÖKO-TEST-Magazin 09/2015, Test Betriebliche Altersvorsorge, S. 127

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> "Fehler im System, ÖKO-TEST-Magazin Ausgabe 06/2013, S. 115

<sup>17</sup> Einzelheiten siehe insbesondere in der Stellungnahme von Prof. Dr. Winfried Schmähli auf den Antrag zur Beibehaltung der Sozialabgabenfreiheit bei Entgeltumwandlung von 2007, Bundestagsdrucksache 16 (11) 764. Unter anderem warnte Schmähli 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.

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 Auszahlleistung - 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**.

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!

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

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**.<sup>18</sup> 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 "<sup>19</sup>. 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"

---

<sup>18</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales zur Bundestagsdrucksache 16/4633, Drucksache 16/6983 vom 07.11.2007, S. 10

<sup>19</sup> Beitragsfreiheit erhalten, Doppelbelastung verhindern, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände Abt. Soziale Sicherung, Juni 2007

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 <sup>1)</sup> ; Ausnahme: Beiträge aus Einmalzahlungen (Urlaubsge d, 13. Gehalt ) bis zum Höchstbetrag von 1.752 € abgabenfrei <sup>2)</sup>	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 <sup>4)</sup>	Ja, Rente, Kapitalabfindung voll beitragspflichtig; Betriebsrentner trägt Beitragspflicht allein (Arb- G. und Arb-N-Anteil)	ja, (kaum relevant, weil dieser Förderweg in der BAV seitens gewährt wird)
<b>private Fortführung der BAV-Verträge aus Bruttoentgeltumwandlung<sup>3)</sup> nach Ausscheiden aus dem Betrieb:</b>			
Direktversicherung	ja, voll beitragspflichtig <sup>4)</sup>	nein <sup>5)</sup>	nein
Pensionskasse	ja, voll beitragspflichtig <sup>4)</sup>	Ja, Rente, Kapitalabfindung voll beitragspflichtig <sup>5)</sup> ; Betriebsrentner trägt Beitragspflicht allein (Arb-G. und Arb-N-Anteil)	ja
Pensionsfonds	ja, voll beitragspflichtig <sup>4)</sup>	Ja, Rente, Kapitalabfindung voll beitragspflichtig <sup>5)</sup> ; Betriebsrentner trägt Beitragspflicht allein (Arb-G. und Arb-N-Anteil)	ja
Private Riester-Rente	ja, voll beitragspflichtig <sup>4)</sup>	nein	nein
ungeförderte Privatvorsorge (Dritte Säule)	ja, voll beitragspflichtig <sup>4)</sup>	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 im 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 Versicherungnehmereigenschaft 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 Versicherungnehmereigenschaft 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! 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,

**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<sup>20</sup> 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<sup>21</sup>. 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<sup>22</sup>.

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.** 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.**

<sup>20</sup> wobei die Leistung jedes Jahr um 2,25 Prozent steigen soll, wenn die Überschüsse es zulassen

<sup>21</sup> 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.

<sup>22</sup> 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.

Karl-Jürgen Bieback

Ausschussdrucksache  
18(14)0152(9)  
gel. ESV zur öAnhörung am 27.01.  
16\_Doppelverbeitragung  
25.01.2016

Prof. Dr. iur (em.Univ.Hamburg)  
21465 Reinbek  
Tel / Fax 04104 1492  
BiebackKJ@t-online.de

## **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).

## **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 (BVerfG 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.

### **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 Abgabenverzicht des Steuerfiskus, sondern eine Privilegierung bestimmter GKV-Versicherter, die zu Las-

ten 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 Beitragshebung des laufenden Einkommens feststellen: „Das Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung kennt an keiner Stelle eine mehrfache Beitragshebung 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 Beitragshebung 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 Beitragshebung 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 Lohnersatzleistungen – 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 Beitragssatzes 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 Auskünfte 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 Systems 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 Lohnersatzcinkommen 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.



## ***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.

### ***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. 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.

### **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. Insofern ist es nicht einfach, Fälle tatsächlicher Doppelverbeitragungen zu identifizieren. Belastbare quantitative Daten, wie viele Verträge von einer doppelten Beitragspflicht betroffen sind, fehlen allerdings. Eine Korrektur dürfte in Anbetracht der oft jahrzehntelang zurückliegenden Zeiträume auch gesetzlich schwierig umsetzbar sein und ggf. neue Ungleichbehandlungen schaffen, da bereits erfolgte Doppelverbeitragungen kaum rückabgewickelt werden könnten. Außerdem würde eine solche – auch mit Kosten verbundene – Maßnahme allein die Situation für "Altfälle" verbessern 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, schon weil damit die Abschaffung der aufgrund ihrer Altersrückstellungen besser auf die künftige demografische Entwicklung vorbereitete private Krankenversicherung verbunden wäre.

### **Ansprechpartner:**

#### **BDA | DIE ARBEITGEBER**

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

#### **Soziale Sicherung**

T +49 30 2033-1600

[soziale.sicherung@arbeitgeber.de](mailto:soziale.sicherung@arbeitgeber.de)



**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0152(2)

gel. VB zur öAnhörung am 27.01.

16\_Doppelerbeitragung

21.01.2016

## **Stellungnahme**

**der Deutschen Rentenversicherung Bund**

vom 21. Januar 2016

zum

**Antrag der Fraktion DIE LINKE**

**Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für  
Direktversicherungen und Versorgungsbezüge –  
Doppelerbeitragung 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. Nur soweit die Anwartschaften in der Betrieblichen Altersversorgung im Rahmen einer Entgeltumwandlung erworben würden, seien die dafür aufzuwendenden Entgeltteile – innerhalb bestimmter Grenzen – von der Beitragspflicht in der GKV ausgenommen.

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 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.

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; dement-

sprechend sind für diese Entgeltteile keine Beiträge zur gesetzlichen Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung zu entrichten.

Dies führt einerseits zu entsprechenden Einnahmeausfällen 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.

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.
- 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 Rentenanswartschaften mindert, sondern auch die Bewertung der Zurechnungszeiten. Auch hier sind zudem die unterschiedlichen Dynamisierungsregelungen in der GRV und der Betrieblichen Altersversorgung zu berücksichtigen.
- 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 Rentenanwartschaften bzw. -ansprüche, die durch abhängige Beschäftigung erworben wurden, sondern auch solche, die durch die Erziehung von Kindern, Pflegezeiten oder andere Tatbestände begründet sind.

# Stellungnahme



**DGB**

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0152(7)  
gel. VB zur Anhörung am 27.01.  
16\_Doppelverbeitragung  
21.01.2016

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

Deutscher Gewerkschaftsbund

Abteilung Sozialpolitik

**Jean-Baptiste Abel**  
Referatsleiter Alterssicherung,  
Rehabilitation, Seniorenpolitik

jean.abel@dgb.de

Telefon: 030 240 60 263

Mobil: 0170 79 47 163

Henriette-Herz-Platz 2  
10178 Berlin

www.dgb.de

### 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. 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. 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.

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

## 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 verbeitragt 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.

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. 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 verbeitragen ist, der auf die Beitragszahlung im Beschäftigungsverhältnis zurückzuführen ist, kommt es bei der Fortführung von Pensionskassenverträgen immer zu einer Verbeitragung der Leistung. Diese formalistische Betrachtungsweise überzeugt nicht und führt zu einer nicht nachvollziehbaren Ungleichbehandlung.

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

Hier sehen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften ebenfalls gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

## 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. 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.



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.

*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.

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.

## 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 Krankenversicherung. 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 Krankenversicherung 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.

<p><b>Deutscher Bundestag</b> Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 18(14)0152(4) gel. VB zur öAnhörung am 27.01. 16_Doppelverbeitragung 21.01.2016</p>
--

## **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**

**GKV-Spitzenverband**  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288-0  
Fax 030 206288-88  
politik@gkv-spitzenverband.de  
www.gkv-spitzenverband.de

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

Seite 2 von 5

## 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 angesprochenen „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. 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

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

Seite 3 von 5

Durchführungswegen Direktzusage, Unterstützungskasse, Direktversicherung, Pensionskasse sowie Pensionsfonds.

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 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.

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. 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.

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. 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.

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

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

Sofern der Gesetzgeber der politischen Forderung folgen will, die nach diesseitiger Einschätzung wenigen, aber doch möglichen Fälle so genannter „Doppelterbeitragung“ gesetzlich auszuschließen, zöge dies einen gewissen, nicht unerheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand nach sich, den primär die Arbeitgeber bzw. die Zahlstellen dieser Leistungen zu tragen hätten. Denn für eine

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

Seite 5 von 5

entsprechende beitragsrechtliche Berücksichtigung mussten 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. Insofern musste der Gesetzgeber hier eine Güterabwägung vornehmen.

## **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.

#### **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, in denen sich zudem das Bundesverfassungsgericht schon mehrfach mit verschiedenen Aspekten dieser Thematik befasst hat. 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 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.

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. 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 – 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 sei es durch die zunehmende Beitragsfinanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben; drei Beispiele dafür aus der laufenden Legislaturperiode sind die vollständige Finanzierung des Innovationsfonds, einschließlich Aufgaben der Versorgungsforschung (Versorgungsstärkungsgesetz), die Finanzierung von allgemeiner Gesundheitsförderung und Prävention, einschließlich Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Präventionsgesetz) sowie die Finanzierung eines Strukturfonds zur Umstrukturierung von Krankenhäusern in lokale Gesundheits- und Pflegezentren oder Hospize (Krankenhausstrukturgesetz) (vgl. Greß 2015).

## **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 -Erwerbseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze verbeitragt werden – soweit vorhanden mit Beteiligung des Arbeitgebers bzw. Rentenversicherungsträgers, sonst allein vom Mitglied (etwa auch bei Selbstständigen).

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

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. 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).

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. 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.

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. 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.

### **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. 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.

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 privaten Altersvorsorge anzugleichen (sprich: Beitragsfreiheit), so notwendig dürfte eher der umgekehrte Angleichungsprozess sein.

#### **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](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](http://www.wido.de/ggw_1_2016_inhalt.html)

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0152(1)  
gel. VB zur öAnhörung am 27.01.  
16\_Doppelverbeitragung  
21.01.2016

**Abteilung Sozialpolitik**

Tel.: 030 / 72 62 22 – 132

Fax: 030 / 72 62 22 – 328

Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 121

E-Mail:

[florian.schoenberg@sovd.de](mailto:florian.schoenberg@sovd.de)

20. Januar 2016

FS/Pa

## 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. 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 diene, habe aber auch dazu geführt, 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.

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. 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, sondern vielmehr auf der Ebene der Beitragstragung und der Beitragshöhe.

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

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

satzes 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.

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 Versicherter 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. werden 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.

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. 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.

Berlin, 20. Januar 2016

DER BUNDESVORSTAND  
Abteilung Sozialpolitik



**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0152(6)  
gel. VB zur öAnhörung am 27.01.  
16\_Doppelverbeitragung  
21.01.2016

## **Stellungnahme**

**des Sozialverbands VdK Deutschland e.V.**

### **zum Antrag**

## **Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge - Doppelverbeitragungen vermeiden**

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Linienstraße 131

10115 Berlin

Telefon: 030 - 9210580300

Telefax: 030 - 9210580310

e-mail: [sozialpolitik@vdk.de](mailto:sozialpolitik@vdk.de)

Berlin, den 21. Januar 2016

## ***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.

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

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.

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

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. 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.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der Sozialverband VdK unterstützt das grundsätzliche Prinzip, dass Beiträge zur Sozialversicherung nur einmal zu bezahlen sind.

Besonders 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.

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

Auch wenn die Doppelverbeitragung von Direktversicherungen nicht verfassungswidrig ist, so sorgt sie doch für Ungerechtigkeiten. 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.

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

## **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 aufgefrisst wird. Trotz Basistarif sind sie auf Sozialhilfe angewiesen.

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.

### 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 aufgeessen, 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 Verwaltungsanteil 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. 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. 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.

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.

Professor Dr. Wille

**Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „ Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Direktversicherungen und Versorgungsbezüge -Doppelverbeitragung 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. 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 Beitragsatz 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. 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. 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 dieser Höchstbeträge durch eine arbeitgeberfinanzierte Altersversorgung

diese für eine Entgeltumwandlung nicht mehr zur Verfügung stehen. 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.

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

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. Diese Beitragspflicht in der Bezugsphase gilt selbst für Renten, die in der Entstehungsphase allein auf freiwilligen Beiträgen beruhten 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. 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.

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 unversteuert blieb.