

Das Treiben der Parteienoligarchie: - Kriminalität der gesetzlichen Krankenkassen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen - wirkungsloses und ungesetzliches Basteln an der Legaldefinition „Versorgungsbezug“

Die Wahrheit ist unterwegs und nichts kann sie aufhalten.

Emile Zola

„Was für eine Vorstellung die Mütter und Väter unserer Verfassung am Ende der vierziger Jahre vom Einfluß der Parteien hatten, weiß ich nicht. Das, was sie darüber im Artikel 21 des Grundgesetzes formuliert haben, ist jeden falls ein geradezu gigantisch eindrucksvolles Beispiel von Understatement. Wenn man dort den Kernsatz liest, „die Parteien wirken bei der politischen Willensbildung des Volkes mit“, und die mit der tatsächlich eingetretenen Wirklichkeit [...] vergleicht, dann kommen den einen die Tränen der Rührung, und bei den anderen schwellen die Zornesadern.“

„Mit dem Parteiengesetz verfügen die Parteien auf dem Umweg über den Gesetzgeber über sich selbst. Von ihren Rechten ist ziemlich eindrucksvoll die Rede, wenn auch der tatsächliche Umfang ihres Einflusses bei weitem nicht erfaßt ist. Die festgelegten Pflichten sind dürftig genug [...].“

„Alles redet immerfort vom Parteienstaat, ganz mit Recht, wie ich finde.“

„Sind die Parteien nur das Verbindungsglied zwischen dem Willen des Volkes und den staatlichen Organen? Oder sind sie nicht längst Teil, ja Hauptteil der – wenn auch nicht verfassungsrechtlich vorgesehenen – Staatlichkeit? Welche Vorkehrungen haben wir getroffen oder unterlassen, um das überparteiliche Element, den Staat, nachhaltig zu stärken? Wie sieht das Verhältnis zwischen dem Willen des Volkes und dem der Parteien aus?“

„Einmal im öffentlichen Dienst, immer im öffentlichen Dienst, und bitte keine Außenseiter hereinlassen. [...] Politiker werden immer mehr von Jugend an zu parteiabhängigen Berufspolitikern, Selbständigkeit und Qualität nehmen ab.“

„Der Hauptaspekt des „erlernten“ Berufs unserer Politiker besteht in der Unterstützung dessen, was die Partei will, damit sie einen nominiert, möglichst weit oben in den Listen, und in der behutsamen Sicherung ihrer Gefolgschaft, wenn man oben ist. [...] Doch wo bleibt der politische Wille des Volkes?“

Richard von Weizsäcker
„Der Parteienstaat oder Die Zukunft der liberalen Demokratie“
1992, ([JIG_O-PP_002](#))

„Alle kennen die Wahrheit und sie lügen weiter, Monat für Monat“

Rudolf Dreßler (Sozialpolitiker SPD),
2016 ZDF (Diskussion über Arbeitslosenzahlen)

© 2020 Dr. Arnd Rüter, Haydnstraße 5, 85591 Vaterstetten

Die referenzierten Dokumente sind auf der homepage <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/> der Interessengemeinschaft der GMG-Geschädigten Direktversicherten unter <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> oder <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> zu finden. In einzelnen Fällen ist auch nur der direkte Link auf das Dokument im Internet angegeben, da die Absicht besteht, die in der homepage verfügbare Dokumentenmenge nicht unnötig aufzublähen

ZUSAMMENFASSUNG

(Kap. I und II TODO)

Seit 01.04.2007 ist das sogenannte „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) gültig, welches, wie zu erwarten den Wettbewerb nicht etwa stärkt, sondern endgültig beseitigt. Mit ihm werden die gesetzlichen Krankenkassen unter einem sogenannten „GKV-Spitzenverband Bund“ (nachfolgend: GKV-SVB) zusammengefasst. Im Internetauftritt dieses GKV-SVB wird mit viel Wortgeklingel und Schlagworten wie „Demokratie“, „Mitgestaltung“, „Mitbestimmung“, „Selbstverwaltung“, „Interessenvertretung der Krankenkassen“, „Interessenvertretung der Versicherten“ versucht darüber hinweg zu täuschen, was der GKV-SVB in Wirklichkeit ist.

Dazu muss man in §§ 29 bis 90a SGB IV über die „Träger der Sozialversicherung“, also auch die gesetzlichen Krankenkassen und insbesondere die §§ 217a bis 217j SGB V über den GKV-SVB lesen, die mit dem GKV-WSG in 2007 neu geschaffen wurden. Dann findet man neben vielen tatsächlich erklärenden Informationen unter Regelungen für die Satzung des GKV-SVB auch die entscheidende Stelle: *„Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für die Mitgliedskassen des Spitzenverbandes, die Landesverbände der Krankenkassen und die Versicherten.“* (§217e (2) SGB V)

Das hat absolut nichts mit einer Satzung zu tun, sondern ist nicht mehr und nicht weniger als die Beseitigung eigenständiger Krankenkassen und aller sonstigen Mitgliedskassen inkl. ihrer Selbstverwaltung und deren Unterordnung unter die vollständige Kontrolle durch den GKV-SVB per Gesetzgebung. Durch das GKV-WSG wurden die Gesetzlichen Krankenkassen und dessen angebliche Interessenvertretung GKV-SVB dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) untergeordnet. Verträge und Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes Bund werden von der Aufsichtsbehörde BMG kontrolliert und genehmigt und sind für alle gesetzlichen Krankenkassen bindend. Der Wettbewerb zwischen den verschiedenen gesetzl. Krankenkassen wird auf ein lächerliches Minimum reduziert. Der GKV-SVB ist lediglich eine zwischen BMG und Krankenkassen eingezogene und vom BMG kontrollierte Quasi-Behörde, um gegenüber dem Staatsvolk weiterhin den Popanz der Selbstverwaltung der Krankenkassen mit Sozialwahlen verkünden zu können. Und, ein ganz wesentlicher Punkt: die Parteienoligarchie hat sich auf diesem Weg des Gesundheitsfonds, also des Eigentums der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherten bemächtigt. Das ist Diebstahl fremden Eigentums. Die Bezahlung von versicherungsfremden Leistungen aus dem Eigentum der gesetzlichen Versicherten wird also durch die Parteienoligarchie (die Machthabenden der etablierten politischen Parteien) über das BMG gesteuert.

Schon 1966 stellte Karl Jaspers („Wohin treibt die Bundesrepublik“; [JIG_O-PP_001](#)) fest, dass die etablierten politischen Parteien eine Parteioligarchie errichteten, also ihre Machtherrschaft über die Demokratie, und 1982 warnte der damalige Bundespräsident Richard von Weizsäcker „Tatsächliches Verhalten und Einfluß der Parteien haben ihren Ruf begründet, daß sie sich den Staat zur Beute machen.“ Sie sind auf diesem Weg ein ganzes Stück voran geschritten und 2007 nun haben sie sich die Sozialsysteme samt dem Eigentum der Versicherten unter den Nagel gerissen.

Schlimmer noch: Mit dem GKV-WSG wurde dem GKV-Spitzenverband, welcher dem Bundesministerium für Gesundheit untergeordnet ist, die Rechtssetzung mit Außenwirkung „erlaubt“. Dies ist ein ungehemmter Verfassungsbruch. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist nichts anderes als ein verfassungswidriges Selbst-ERMÄCHTIGUNGSGESETZ der Exekutive unter Ausschaltung der Legislative.

Die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages haben die Gesetzesänderung durch das GKV-VEG im Oktober 2018 dazu benutzt, um unbemerkt vom restlichen Parlament eine Ergänzung des § 229 (1) Nr. 5 anzubringen. Sie haben sich eingebildet dadurch den Sozialgerichten eine „Recht“sprechung zu ermöglichen, die verfassungskonform und in Übereinstimmung mit dem Bundesverfassungsgericht ist; es ist bei ihrer Einbildung geblieben.

Einzig der Bundesminister für Arbeit und Soziales (BMAS), Hubertus Heil (SPD), und der Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn (CDU), sahen dies offensichtlich als Ansporn diese Fehlleistung durch eine eigene, sozusagen private Gesetzgebung noch zu überbieten.

In Folge des GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetzes hat der GKV-SVB sein „Zahlstellen-Meldeverfahren“ mit Wirkung zum 01.10.2020 überarbeitet. An mehreren Stellen dieses Dokumentes wird behauptet, dass nicht nur Kapitalabfindungen sondern explizit auch andere einmalige Kapitalleistungen als Versorgungsbezüge an die Krankenkassen der gesetzlich Versicherten zu melden seien. Das ist gesetzeswidrig in Bezug auf § 229 SGB V, nach welchem als Einmalzahlungen nur Abfindungen („tritt an die Stelle von ...“) verbeitragt werden dürfen. Im „Zahlstellen-Meldeverfahren“ steht sogar eine eigenkreierte Legaldefinition „Betriebsrente“ („Unter dem Begriff Betriebsrente fallen alle Leistungen der betrieblichen Altersversorgung, die aus Anlass eines früheren Beschäftigungsverhältnisses gewährt werden.“). Das missachtet nicht nur die gesetzliche Legaldefinition in § 229 SGB V und bringt eines der in 2002 zwischen den Parteipolitikern und den Krankenkassen erfundenen „Kriterien“ zur Durchführung von Rechtsbeugung und Verfassungsbruch durch die Sozialgerichte im staatlich organisierten Betrug erneut unter, es ist auch hochgradig kriminell, weil man sich hier Gesetzgebungskompetenz unter Ausschaltung des Deutschen Bundestages anmaßt; es ist der offene und ungenierte Verfassungsbruch.

Dieses „Zahlstellen-Meldeverfahren“ betrifft auch die Versicherer von Kapitallebensversicherungen. Sie werden damit also aufgefordert die §§ 202, 229 des SGB V zu brechen und auch weiterhin Betrug in besonders schwerem Fall (§ 263 StGB) zu begehen. Dieser Betrug erfolgt mit Vorsatz, denn die Versicherer wissen sehr wohl, dass die Sparerlöse aus Kapitallebensversicherungen privates, nicht zu verbeitragendes Eigentum der Versicherten sind.

Und damit immer noch nicht genug: Falls die Versicherten sich weigern den Lebensversicherern die Daten zu ihrer gesetzlichen Krankenkasse zu melden, weil diese die Versicherer nichts angehen und lediglich zum Starten des staatlich organisierten Betrugs verwendet werden, dann werden die Lebensversicherer im „Zahlstellen-Meldeverfahren“ aufgefordert einen weiteren Rechtsbruch zu begehen und sich die Daten per etablierter elektronischer Nachfrage von der Deutschen Rentenversicherung (DSRV) geben zu lassen, wobei stillschweigend davon ausgegangen wird, dass auch die DSRV in diesem staatlich organisierten Betrug mitmacht.

Wer ist verantwortlich für dieses hochgradig kriminelle Treiben (§ 111 Öffentliche Aufforderung zu Straftaten StGB) mit massiver Aufforderung zur Fortsetzung des Betrugs in besonders schwerem Fall und der Verletzung von Privatgeheimnissen (§ 203 StGB) ? Es sind der Bundesminister für Arbeit und Soziales (BMAS), Hubertus Heil (SPD), und der Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn (CDU), denn das überarbeitete „Zahlstellen-Meldeverfahren“ wurde von beiden Ministerien (das BMG als Aufsichtsbehörde) am 26.02.2020 genehmigt. In zweiter Linie sind natürlich die 3 Vorstände des GKV-SVB ebenfalls rechtlich verantwortlich.

Die Politiker der etablierten politischen Parteien erzählen uns fortlaufend, sie könnten ja nichts dafür wenn alle mit Beitragsrecht befassten bundesdeutschen Sozialgerichte und auch das Bundesverfassungsgericht fortlaufend Rechtsbeugung und Verfassungsbruch begehen. Hier nun haben die Politiker der Parteienoligarchie ganz aktuell offenbart, dass

sie die treibende Kraft sind, die den staatlich organisierten Betrug unter mafiöser Einbindung der gesetzlichen Krankenkassen, der Sozialgerichte, des Bundesverfassungsgerichts, der Lebensversicherer, etc. betreiben. Sie haben beschlossen die Beseitigung von Demokratie und Rechtsstaatlichkeit ungeniert fortzusetzen.

Inhaltsverzeichnis

	Seite:
ZUSAMMENFASSUNG.....	2
I DIE WESENTLICHE ROLLE DER GKV-SPITZENVERBÄNDE ZUR ETABLIERUNG DES STAATLICH ORGANISIERTEN BETRUGS	6
1 xxxx	6
II DIE SEIT 16 JAHREN ANHALTENDE KRIMINALITÄT DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN	6
2 xxxx	6
III DER GKV-SPITZENVERBAND BUND – DIE UNTERORDNUNG DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN UNTER DAS BMG	7
3 Das Vorspiel	7
4 Die gesetzliche Umsetzung	7
5 Was behauptet der GKV-Spitzenverband im Internet über sich	8
6 Was lernen wir	10
7 Bewertung durch Juristen	13
IV DAS ÜBERARBEITETE ZAHLSTELLEN-MELDEVERFAHREN	14
1 <i>Allgemeines</i>	17
1.1 <i>Identifizierungsmerkmale</i>	18
2 <i>Automatisiertes Meldeverfahren</i>	19
2.1 <i>Allgemeines</i>	19
2.2 <i>Datensätze und Datenbausteine</i>	19
2.2.1 <i>DSVZ-Datensatz Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkassen</i>	19
2.3 <i>Stornierung von Meldungen</i>	20
3 <i>Maschinelle Ausfüllhilfen</i>	20
4 <i>Zahlstellenummer und Zahlstellendatei</i>	20
5 <i>Umsetzung des Freibetrag bei Betriebsrenten</i>	20
6 <i>Abkürzungsverzeichnis</i>	24
V DAS ERFOLGLOSE BASTELN AN DER LEGALDEFINITION	26
8 Die orgienhafte Gesetzes-Änderungswut	26
9 Die erste Änderung des § 229 SGB V	28
10 Die zweite Änderung des § 229 SGB V	34
11 Was folgt daraus für die rechtliche Wirkung des § 229 SGB V	42

Änderungshistorie

06.09.2020	Kapitel V hinzugefügt, den Titel des Dokumentes angepasst die Zusammenfassung ergänzt (siehe Änderungsmarker)
22.09.2020	Neues Unterkapitel 7 unter Kap. III Die Zusammenfassung ergänzt (siehe Änderungsmarker)

I DIE WESENTLICHE ROLLE DER GKV-SPITZENVERBÄNDE ZUR ETABLIERUNG DES STAATLICH ORGANISIERTEN BETRUGS

TODO

siehe

- <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> 20180906 *Das Zusammenspiel der Täter der GKVen, des BMGS und des BSG (staatlich organisierte Kriminalität)*
- <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> 20190116 *Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz - Teil I*

1 XXXX

Text...

II DIE SEIT 16 JAHREN ANHALTENDE KRIMINALITÄT DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN

TODO

siehe

- <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. *[IG_O-KK_001]* bis *[IG_O-KK_012]*
- <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. *[IG_K-KK_001]*, *[IG_K-KK_29xx]*, *[IG_K-KK_23xx]*, *[IG_K-KK_27xx]*, *[IG_K-SG_xxxxx]*, *[IG_K-LG_xxxxx]*, *[IG_K-BG_xxxxx]*

2 XXXX

Text...

III DER GKV-SPITZENVERBAND BUND – DIE UNTERORDNUNG DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN UNTER DAS BMG

3 Das Vorspiel

In 2006 reagierten Vertreter der Betriebs- und Personalräte von 7 der damals bestehenden acht Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

- AOK-Bundesverband, Bonn
- BKK Bundesverband, Essen
- IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
- See-Krankenkasse, Hamburg
- Knappschaft, Bochum
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
- VdAK – Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
- AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

auf die Absicht des **Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)** (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. **[IG_O-KK_009]**):

„Im Zuge der Gesundheitsreform sollen **wesentliche Aufgaben** der bestehenden Spitzenverbände auf einen neu zu errichtenden zentralen Spitzenverband Bund übergehen. Weiter hat die **Bundesgesundheitsministerin** angekündigt, dass die bestehenden **acht Spitzenverbände aufgelöst werden sollen**. Bislang **fehlt jede triftige Begründung seitens der Regierung oder des Bundesgesundheitsministeriums** für diese Aufgabenverlagerung bzw. Auflösung der Spitzenverbände.“

Sie kommen zu dem Fazit:

„[...] Die Politik ist bislang den Nachweis schuldig geblieben, dass die bestehenden Verbände ihre Aufgaben nicht ordnungsgemäß erledigen und somit die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund notwendig sei. Weiter ist völlig unklar, **welche der derzeitigen Aufgaben durch einen zentralen Bundes-Dachverband besser erledigt werden könnten** als von den bestehenden Spitzenverbänden. [...] Die Beschäftigten der betroffenen Bundesverbände sind keine Besitzstandswahrer, die sich gegen **eine angeblich notwendige Reform des Verbänderechts** stemmen. Aber sie kämpfen mit Recht für ihre Arbeitsplätze, denn sie machen gute Arbeit, **die den Versicherten in einem pluralistischen Gesundheitswesen dient**.“

4 Die gesetzliche Umsetzung

Natürlich waren die Politiker von der Argumentation von Betriebs- und Personalräten (siehe Kap. 3) absolut nicht beeindruckt; wo kämen wir hin, wenn ein paar kleine Angestellte mit Angst um ihren Arbeitsplatz die „große Marschrichtung“ der Politiker bestimmen würden.

Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzl. KV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) BT-DS 16_3100 stammt vom 24.10.2006 (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. **[IG_O-PE_004]**).

Das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)“ wurde am 26.03.2007 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und war ab 01.04.2007 gültig (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. **[IG_O-PE_211]**).

Wir brauchen nicht noch einmal die Spur zu verfolgen, wie aus einer Idee der Parteienoligarchen unter Ausnutzung des politischen Desinteresses der Parlamentarier des Deutschen Bundestages, die ja „hauptberuflich“ (im Sinne einer erfüllten Berufung) mit ihrer eigenen Geldvermehrung beschäftigt sind (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. **[IG_K-PP_006]** , **[IG_K-PP_014]**; *Fall*

Amthor) die „gesetzliche Abdeckung“ durch die **ab 01.04.2007 gültigen neuen Artikel §§ 217a bis 217j SGB V** erfolgte.

Die Kanzlerschaft war inzwischen von Schröder auf Merkel übergegangen, aber der Gesetzentwurf wurde gemeinsam von CDU/CSU und SPD eingebracht. Das Gesetz ist die konsequente Fortführung des begonnenen Vorhabens durch die „große Koalition“ aus CDU/CSU und SPD.

Und wir können inzwischen wahrlich davon ausgehen, dass die Namensgebung für Gesetze dem tatsächlichen Regelungsgehalt diametral entgegen steht und **extrem zynisch** ist.

Genauso wenig wie das „**Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitswesens**“ etwas mit Modernisierung zu tun hatte, sondern etwas mit **Machtkonzentration für die Parteienoligarchie und Geldbeschaffung aus dem Eigentum von Mitgliedern des Staatsvolkes** (Privateigentum an Sparerlösen aus Kapitallebensversicherungen), genauso ist das „**Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs**“ gegenteilig eine fast 100%ige Beseitigung des Wettbewerbs und hat mit **Machtkonzentration für die Parteienoligarchie und Geldbeschaffung aus dem Eigentum von Mitgliedern des Staatsvolkes** (Eigentum der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherten) zu tun.

5 Was behauptet der GKV-Spitzenverband im Internet über sich

https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/wir_ueber_uns.jsp

Der Verband

„Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale **Interessenvertretung** der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland und auf europäischer sowie internationaler Ebene. Er gestaltet die Rahmenbedingungen für einen intensiven Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Die Gesundheit der rund 73 Millionen Versicherten steht dabei im Mittelpunkt seines Handelns.

Die vom GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für alle Krankenkassen, deren Landesverbände und damit praktisch für alle gesetzlich Versicherten. Der GKV-Spitzenverband **unterstützt** die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen.“

Die „Interessenvertretung“ und die „Unterstützung“ für die gesetzlichen Krankenkassen kann man getrost vergessen.

Alle gesetzlichen Krankenkassen haben sich an die abgeschlossenen Verträge und die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes zu halten.

„Als **gemeinsame Stimme der gesetzlichen Krankenkassen** verschaffen wir den Anliegen von rund 73 Millionen gesetzlich Versicherten auf Bundesebene Gehör. Diesen 90 Prozent der Bevölkerung auch künftig eine hochwertige Gesundheitsversorgung zu garantieren, ist unser Ziel.“

Wie schafft es der GKV-Spitzenverband die **gemeinsame Stimme der KK** zu sein, wo er ihnen doch die eigene Stimme verbietet?

„Seine Wirkungsmöglichkeiten sind vielfältig. So berät er die **Parlamente und Ministerien im Rahmen aktueller Gesetzgebungsverfahren** und ist **stimmberechtigtes Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss**. **Mit den Vertragspartnern auf Bundesebene schließt er Verträge und Vereinbarungen sowie verhandelt Richtlinien für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung.**



Welches ist der **Gemeinsame Bundesausschuss** ?

Mit wem „gemeinsam“ ist er ?

Wer sind die **Vertragspartner auf Bundesebene** mit denen er Richtlinien verhandelt ?

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß **§ 217a SGB V**. Seine Gründung geht zurück auf die **Gesundheitsreform 2007**. Mit dem „**Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)**“ wurden die **Verbandsstrukturen der Krankenkassen gestrafft**. Seit 1. Juli 2008 vertritt daher ein einheitlicher Spitzenverband (statt vorher sieben) die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene.

Die Verbands-Strukturen wurden nicht gestrafft, sondern den gesetzlichen Krankenkassen wurde ein GKV-Spitzenverband vor die Nase gesetzt, dessen Verträge und Entscheidungen für alle gesetzl. Krankenkassen bindend sind.

Der GKV-Spitzenverband ist gleichzeitig der Spitzenverband der Pflegekassen.

Darüber hinaus ist er Träger des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).

Alle gesetzlichen Krankenkassen sind Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes.

Was bedeutet hier Mitgliedschaft: die Vorstände der Krankenkassen sind die rechtlichen Vertreter der Krankenkassen; **vertreten dann die Vorstände der Krankenkassen die Mitgliedschaft im GKV-Spitzenverband** ?

<https://www.gkv-spitzenverband.de/impressum/impressum.jsp>

Vertretungsberechtigte Vorstände

- Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende
- Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender
- Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand

Zuständige Aufsichtsbehörde

Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstraße 1
53123 Bonn

https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/selbstverwaltung/selbstverwaltung.jsp

Selbstverwaltung

Partizipation und Eigenverantwortung: Die Selbstverwaltung findet sich als demokratisches Element in vielen Bereichen des öffentlichen Lebens und ist tragendes Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Staat gibt dabei den gesetzlichen Rahmen vor und übt die Rechtsaufsicht aus. Ihre konkreten Belange regeln die Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber als Betroffene und Beitragszahler in den Selbstverwaltungsorganen jedoch selbst. Damit ist gewährleistet, dass die Gestaltung der Gesundheitsversorgung der Lebenswirklichkeit entspricht und sachorientierte Entscheidungen getroffen werden. Mit der Etablierung dieser autonomen Aufgabenwahrnehmung steht die Selbstverwaltung für Partizipation und Bürgerengagement, lebendige Demokratie und Staatsferne. Sie stellt zudem ein Stück gelebter Sozialpartnerschaft unter Beweis, indem es immer wieder gelingt, die naturgemäß unterschiedlichen Perspektiven und Interessen von Versicherten und Arbeitgebern über konstruktive und konsensorientierte Beratungsprozesse in gemeinsame, fachlich fundierte Positionen zu überführen. Die Selbstverwaltung trägt damit seit Jahrzehnten wesentlich zur gesellschaftlichen Stabilität in der Bundesrepublik bei.

Mitgestaltung und Mitbestimmung: Die Sozialversicherungswahlen – kurz: Sozialwahlen – sind das demokratische Kernstück der sozialen Sicherungssysteme und bilden die Basis für deren selbstverwaltete, staatsferne Strukturen. Nach der Wahl zum Bundestag und zum Europäischen Parlament sind sie die größten Wahlen in Deutschland. Immerhin sind rund 90 % der Bevölkerung in der Sozialversicherung versichert. Die Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung werden alle sechs Jahre neu gewählt und setzen sich in der Regel je zur Hälfte aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern zusammen, die ihre Aufgaben ehrenamtlich wahrnehmen. Versicherte und Arbeitgeber wählen ihre Vertreter getrennt aufgrund von

Vorschlagslisten nach den Grundsätzen der Verhältniswahl. Mit seiner Stimmabgabe nimmt jeder Wähler sein Recht auf gesellschaftliche Partizipation wahr und stärkt außerdem die zentralen Funktionen der Selbstverwaltung als wichtiger Bestandteil des Sozialstaats. Die gewählten Vertreter in den Organen treffen wichtige organisatorische und strategische Entscheidungen. Sie vertreten die Interessen der Beitragszahler, der Patienten, Pflegebedürftigen sowie der Rentnerinnen und Rentner und nehmen politisch Einfluss auf die Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme.

Der Gesetzgeber unterscheidet zwischen einer **Wahl** mit und **ohne Wahlhandlung, der so genannten Friedenswahl**. Bei den meisten Sozialversicherungsträgern erfolgen Friedenswahlen. Dabei werden auf den Vorschlagslisten nicht mehr Kandidaten aufgestellt als Mitglieder zu wählen sind. Wahlen mit Wahlhandlung, so genannte Urwahlen, werden bei verschiedenen Betriebskrankenkassen, den meisten Ersatzkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund durchgeführt. Die letzten Sozialversicherungswahlen fanden im Mai 2017 statt.

Das sind jetzt viele blumige Worte über lebendige Demokratie, den politischen Einfluss der Versicherten, die Sozialwahl mit Friedenswahlen (ohne Wahlhandlung) und die Selbstverwaltung. Es erschließt sich dennoch nicht, was das jetzt alles mit dem verantwortlichen Vorstand des GKV-Spitzenverbandes Bund zu tun haben soll.

Man kann durchaus noch mehr Blumiges und Inhaltloses auf der Homepage des Spitzenverbandes finden und ist dann am Ende genauso schlau wie vorher.

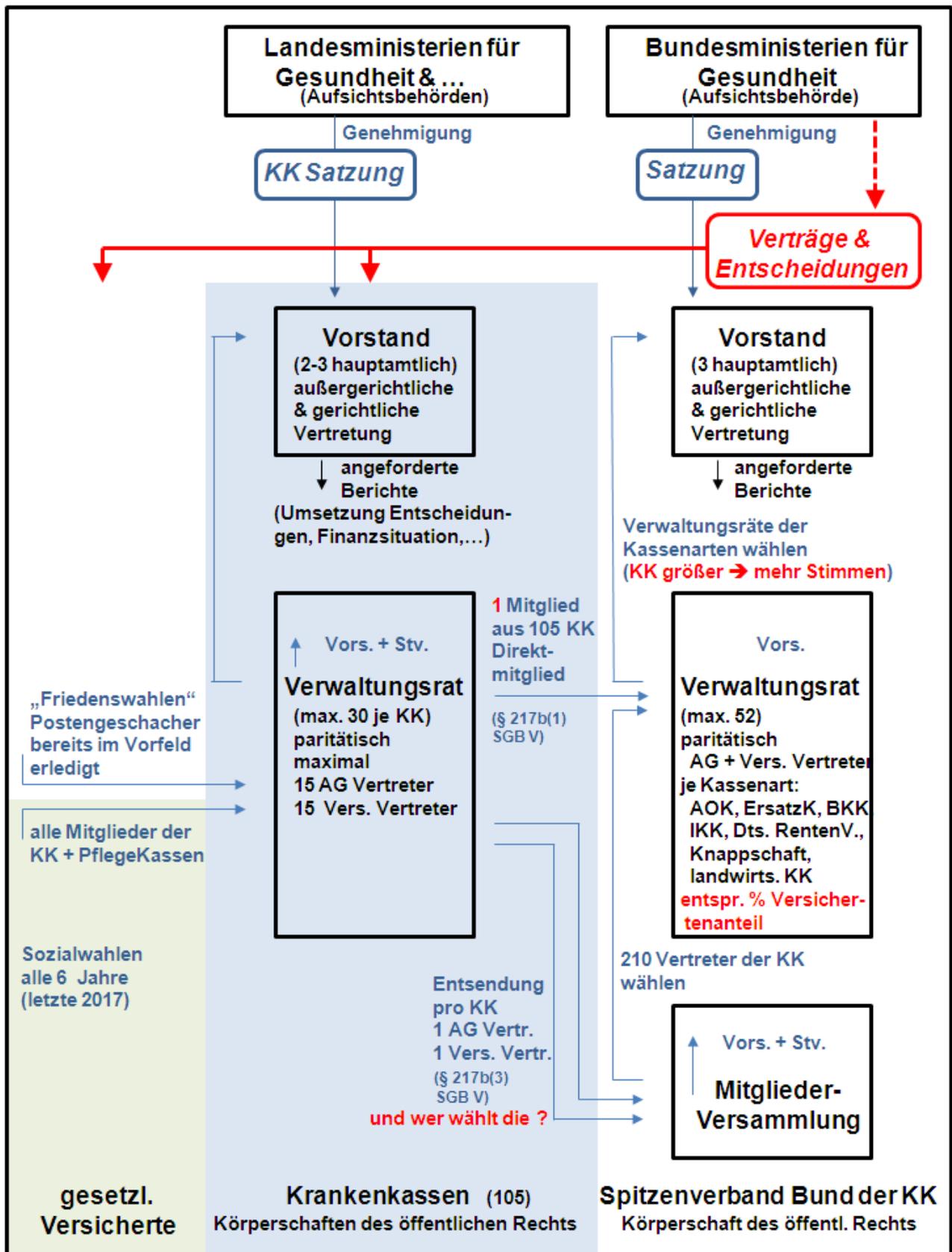
6 Was lernen wir

Also schauen wir doch besser die gesetzlichen Grundlagen an. Die Bedingungen für die Träger der Sozialversicherung, also auch der Gesetzlichen Krankenkassen, sind im „Vierten Abschnitt des SGB IV“ zu finden. Die wesentlichen gesetzlichen Bedingungen für den GKV-Spitzenverband wurden vor allem nach Gesetzesänderung ab 01.04.2007 in den neuen Artikeln §§ 217a bis 217j des SGB V untergebracht.

Schauen wir uns die gesetzlichen Grundlagen an mit dem Schwerpunkt, wie die sogenannten „Sozialpartner“ - gesetzl. Versicherte, gesetzliche Krankenkassen und der seit 2007 gebildete GKV-Spitzenverband Bund - zusammen wirken, dann ergibt sich die nachfolgende Übersicht.

Die **gesetzlich Versicherten** dürfen alle 6 Jahre in Sozialwahlen die Mitglieder des Verwaltungsrats ihrer gesetzlichen Krankenkasse wählen; allerdings nur die Hälfte dieser Verwaltungsräte. Die andere Hälfte sind die Verwaltungsräte der Arbeitgeber. Diese werden in sogenannten Friedenswahlen schon vorher festgelegt, d.h. das Postengeschacher ist zur „Wahl“ schon längst vorüber und findet undemokratisch im Dunklen statt (<https://de.wikipedia.org/wiki/Sozialwahl> „**Die Wahl ist als Listenwahl frei und geheim und erfolgt nach den Grundsätzen der Verhältniswahl.**“). Die Verwaltungsräte sind paritätisch besetzt und haben, abhängig von der Größe der Krankenkasse, maximal 15 + 15 Mitglieder. Nehmen wir der Einfachheit halber an, die Verwaltungsräte der 105 existierenden gesetzlichen Krankenkassen sind im Durchschnitt mit 8+8 Mitgliedern besetzt, dann wählen die gesetzl. Versicherten alle 6 Jahre 840 von 1680 Verwaltungsräten. Von jeder der 105 Krankenkassen werden dann 1 + 1 Verwaltungsräte in die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes Bund entsandt, d.h. von den 840 durch die Versicherten gewählten Verwaltungsräten werden 105 in die Mitgliederversammlung entsandt; wer sie aus den 840 auswählt ist nicht bekannt und liegt nicht in der Entscheidung der Versicherten. Von den 105 + 105 Mitgliedern der Mitgliederversammlung werden dann maximal 26 + 26 paritätische Vertreter für jede der 7 Kassenarten des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes Bund gewählt. Dabei haben entsprechend ihres prozentualen Versichertenanteils die größeren Krankenkassen einen höheren Anteil an den Verwaltungsräten des GKV-Spitzenverbandes Bund. Laut den Versichertenzahlen (<https://www.krankenkassen.de/krankenkassen-vergleich/statistik/versicherte/aktuell/>) haben die AOK allein einen Anteil von 37,2 % der gesamten Versicherten. Wo kommen diese 26 + 26 Verwaltungsräte her und wer schlägt sie zur Wahl vor?... keine Ahnung, großes Geheimnis; nein nicht ganz, einer von ihnen ist auch schon im Verwaltungsrat einer der 105 gesetzlichen Krankenkassen (§ 217b (1) SGB V). Diese von den AOK dominiert gewählten 26 + 26 Verwaltungsräte wählen dann die 3 hauptamtliche Vorstände des GKV-Spitzenverbandes Bund. Wer diese zur Wahl vorschlägt oder ob es eine Wahl gibt (und nicht nur eine „Friedenswahl“) bleibt ein Geheimnis. Und dieser Vorstand bleibt dann 6 Jahre im Amt und die max. 26 + 26 Verwaltungsräte können sich beim Vorstand Berichte anfordern.

Wo ist jetzt der demokratische Einfluss der gesetzlichen Versicherten auf das, was dieser Vorstand 6 Jahre lang treibt? ... im Nichts verschwunden, besser, nie dagewesen.



Von den derzeit existierenden 105 gesetzlichen Krankenkassen (https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp; Stand 26.07.2020) sind 27 nur betriebsbezogen für Versicherte nutzbar und 14 weitere sind nur in jeweils einem Bundesland für Versicherte nutzbar. Von der 64 verbleibenden bieten nur ganze 34 gesetzliche Krankenkassen ihre Leistungen bundesweit an. Da sieht man förmlich den Wettbewerb toben.

Die 2-3 hauptamtlichen Vorstände der **gesetzlichen Krankenkassen** vertreten die jeweilige Krankenkasse außergerichtlich und gerichtlich, nehmen also wessen Interessen wahr?... weiß man nicht (oder weiß man eigentlich ganz genau), weil der Einfluss der gesetzlich Versicherten auch schon auf dem Weg bis zu deren Wahl verloren gegangen ist. Die 3 hauptamtlichen Vorstände des GKV-Spitzenverbandes Bund vertreten diesen außergerichtlich und gerichtlich. „Die Krankenkassen bilden den Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ (§ 217a (1) SGB V). Haben jetzt die Vorstände der 105 gesetzlichen Krankenkassen irgendeinen Einfluss auf das, was die Vorstände des GKV-Spitzenverbandes Bund tun? ... Nein, ist nicht vorgesehen; der GKV-Spitzenverbandes Bund vertritt die Interessen seiner Mitglieder (Krankenkassen) auch ohne dass diese ihre Interessen zum Ausdruck bringen können.

Der Verwaltungsrat des **GKV-Spitzenverbandes Bund** gibt sich eine Satzung, aber die Satzung ist von der Aufsichtsbehörde zu genehmigen. Der GKV-Spitzenverband Bund legt sich also Regeln seines Tuns fest, aber die Regeln bestimmt der Bundesminister für Gesundheit (§ 217e Satzung SGB V). Die Satzung bestimmt „die Rechte und Pflichten der Mitgliedskassen“ (§ 217e Satzung Abs. 1 Nr. 7 SGB V). Der GKV-Spitzenverbandes Bund interessiert sich also nicht nur nicht für die Interessen der KK, nein er diktiert ihnen auch was sie zu tun und zu lassen haben.

„Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für die Mitgliedskassen des Spitzenverbandes, die Landesverbände der Krankenkassen und die Versicherten.“ (§217e (2) SGB V)

Das hat absolut nichts mit einer Satzung des GKV-Spitzenverbandes zu tun, sondern ist nicht mehr und nicht weniger als die **Beseitigung eigenständiger Krankenkassen und aller sonstigen Mitgliedskassen inkl. ihrer Selbstverwaltung, also auch der Deutschen Rentenversicherung und deren Unterordnung unter die vollständige Kontrolle durch den GKV-Spitzenverband Bund per Gesetzgebung.**

Auch die gesetzliche Festlegung der „Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ (§ 217f SGB V) beseitigt die Autonomie der Krankenkassen und ihrer Selbstverwaltung. Nicht die Krankenkassen, sondern der GKV-Spitzenverband Bund nimmt die Interessen der Krankenkassen bei über- und zwischenstaatlichen Organisationen und Einrichtungen wahr (§ 217f (2) SGB V). Der GKV-Spitzenverband Bund „trifft in grundsätzlichen in Fach- und Rechtsfragen Entscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren und zur einheitlichen Erhebung der Beiträge“ (§ 217f (3) SGB V). In Kap. IV werden wir sehen,

der GKV-Spitzenverband Bund hat mit seinem „Überarbeiteten Zahlstellen-Meldeverfahren“ gerade beschlossen, dass der staatlich organisierte Betrug auf Basis von Rechtsbeugung und Verfassungsbruch fortgesetzt werden soll.

Der GKV-Spitzenverband steht unter direkter Kontrolle des Bundesministeriums für Gesundheit und macht die Vorgabe an die Lebensversicherer, die gesetzliche Regelung in § 229 SGB V weiterhin zu missachten und Sparerlöse aus Kapitallebensversicherungen als Versorgungsbezüge zu „deklarieren“, er macht die „gesetzlich abgesicherte“ Vorgabe an die Krankenkassen darauf gesetzeswidrig Krankenkassen- und Pflegeversicherungsbeiträge zu erheben und ermuntert unausgesprochen dazu die Rechtsbeugungen und Verfassungsbrüche der bundesdeutschen Sozialgerichtsbarkeit zu nutzen.

Der GKV-Spitzenverband Bund „trifft Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen“ (§ 217f (4) SGB V), d.h. das Bundesministerium für Gesundheit beseitigt den Wettbewerb und ersetzt ihn durch staatliche Vorgaben. Dies war einer der Gründe für den Niedergang der DDR.

Und falls das alles noch nicht reicht, kann das Bundesministerium für Gesundheit auch den GKV-Spitzenverband Bund mit „Aufsichtsmitteln in besonderen Fällen“ (§ 217g SGB V) unter der Fuchtel halten. Wenn das BMG in „temporärer Verblendung“ eine Satzung genehmigt hat, die wegen rechtlicher oder sonstiger Gründe nicht hätte genehmigt werden dürfen, dann sagt das BMG nicht etwa „Asche auf mein Haupt“, sondern der GKV-Spitzenverband muss das schleunigst ausbaden (§ 217g (1) SGB V). Wenn zur Umsetzung von (§ 217g (2) SGB V) oder bei Verstößen gegen (§ 217g (3) SGB V) gesetzliche Vorschriften oder aufsichtsrechtliche Verfügungen (die ja nur vom BMG kommen können) Beschlüsse des Verwaltungsrats nötig sind, so kann das BMG dem Verwaltungsrat die Peitsche geben.

Und wenn das BMG „die ordnungsgemäße Verwaltung“ gefährdet sieht, z.B. wenn „die Umsetzung von Aufsichtsverfügungen nicht gewährleistet ist“ (§ 217g (1) Nr. 3 SGB V), wird das Personal des GKV-

Spitzenverbandes Bund einfach ausgetauscht; Sozialwahlen hin, Sozialwahlen her (§§ 217h (1), 217i SGB V).

Das bringt die Sache auf den Punkt:

Der GKV-Spitzenverband Bund ist nichts weiter als eine separate Gruppierung des BMG, die zur allg. Volksverblödung mit hohlen Phrasen wie „Demokratie“, „Selbstverwaltung“, „Interessenvertretung der Krankenkassen“, „Interessenvertretung der Versicherten“ etc. belegt wird, um zu vertuschen dass es um die vollständige Beseitigung der Autonomie und der Unterordnung der Krankenkassen und aller sonstigen Träger der Sozialversicherung unter das BMG geht.

Die Betriebs- und Personalräte der 8 Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben damals (2006) vor ihrer Auflösung im Zuge der Gesundheitsreform 2007 bemängelt, die Politik und insbesondere das Bundesgesundheitsministerium hätten nicht plausibel machen können, was Ziel und Vorteil der Bildung eines Bundes zentralen GKV-Spitzenverbandes sein sollten. Wir können nachhelfen,

durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

- **wurden die Gesetzlichen Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) untergeordnet.**
 - Der neue GKV-Spitzenverband Bund wurde der Aufsichtsbehörde BMG untergeordnet.
 - Verträge und Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes Bund werden von der Aufsichtsbehörde BMG kontrolliert und genehmigt und sind für alle gesetzlichen Krankenkassen bindend. Der Wettbewerb zwischen den verschiedenen gesetzl. Krankenkassen wird auf ein lächerliches Minimum reduziert (z.B. Rabattverträge mit der Pharmaindustrie, Sonderverträge mit Hausärzten und Bonusprogramme)
 - Der GKV-Spitzenverband Bund ist lediglich eine zwischen BMG und Krankenkassen eingezogene und vom BMG kontrollierte Instanz, um gegenüber dem Staatsvolk weiterhin den Popanz der Selbstverwaltung der Krankenkassen mit Sozialwahlen verkünden zu können.
- **Und, ein ganz wesentlicher Punkt: die Parteienoligarchie hat sich den Gesundheitsfonds gekrallt. In Klartext, die Parteienoligarchie hat sich des Eigentums der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherten bemächtigt. Das ist Diebstahl fremden Eigentums.**
 - Die Bezahlung von **versicherungsfremden Leistungen** aus dem Eigentum der gesetzlichen Versicherten wird also durch die **Parteienoligarchie (die Machthabenden der etablierten politischen Parteien)** über das BMG gesteuert.

7 Bewertung durch Juristen

Die mit dem **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)** neu geschaffenen **Artikel §§ 217a bis 217j des SGB V** wurden in Normenketten juristisch ausgewertet (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. **[IG_O-JU_011]**), § 217e Satzung, 2 Rechtspraxis, 2.3 Bindungswirkung, Rz 14:

*Die vom GKV-Spitzenverband geschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für die Mitgliedschaften, die Landesverbände der Krankenkassen und die Versicherten. Sie sind **als untergesetzliches Recht verbindlich, womit dem GKV-Spitzenverband insoweit eine gesetzgeberähnliche Befugnis verliehen wird**. Der Gesetzgeber leitet die Legitimation für den Abschluss von Normverträgen und für die Mitwirkung bei der Normsetzung in Form von Richtlinien aus dem Selbstverwaltungsprinzip ab (BT-Drs. 16/3100 S. 162). Die Legitimation der Selbstverwaltung wiederum leitet sich daraus ab, dass die beteiligten Körperschaften durch Gesetz errichtet wurden und ihnen durch Gesetz **ausdrücklich die Aufgabe der Rechtsetzung mit Außenwirkung zugewiesen wurde** (BSGE 94 S. 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2 S. 2, 27). Im Gegensatz zu den Landesverbänden, deren Satzung die Verbindlichkeit von Entscheidungen zu regeln hat, wird die Verbindlichkeit für Verträge und Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes mit Abs. 2 gesetzlich angeordnet.*

Man kann es deutlicher sagen:

Damit wurde dem GKV-Spitzenverband, welcher dem Bundesministerium für Gesundheit untergeordnet ist, die Rechtssetzung mit Außenwirkung „erlaubt“. Dies ist ein ungehemmter Verfassungsbruch. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ist nichts anderes als ein verfassungswidriges Selbst-ERMÄCHTIGUNGSGESETZ der Exekutive unter Ausschaltung der Legislative.

IV DAS ÜBERARBEITETE ZAHLSTELLEN-MELDEVERFAHREN

Die Kommentare durch Dr. A. Rüter sind in Arial schwarz dargestellt.

Das Originaldokument ist abgelegt unter: <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [\[IG_O-KK_012\]](#)).

Der kopierte Originaltext ist in Arial 11 blau ; **fett Markierungen** erfolgen durch den Kommentierenden

Die Seitenzahlen sind entgegen dem Original oberhalb des Textes angebracht, da das Einfügen der Kommentare die Seiten verschiebt.

Im Original ist der neue Text gegenüber der ab 01.01.2018 gültigen Version durchgehend unterstrichen. Da dies ausschließlich Kap. 5 betrifft, sind diese Unterstreichungen der Übersichtlichkeit wegen heraus genommen.

Der zweite Absatz in Kap. 4 „Für die Abgabe vorgenommen werden“ war in der ab 01.01.2018 gültigen Version gegenüber deren Vorgängerversion geändert worden.

GKV DATENAUSTAUSCH

Elektronischer Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung

Startseite » Zahlstellen-Meldeverfahren

Zahlstellen-Meldeverfahren

In dieser Rubrik finden Sie die Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren einschließlich deren Anlage, die Verfahrensbeschreibung, den Fragen- / Antwortenkatalog

Grundsätze

- Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren (PDF, 21 KB)
gültig ab 01.01.2018 (Stand: 17.10.2017)
- Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren (PDF, 457 KB)
gültig ab 01.10.2020
- Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren – Anlage (Datensatzbeschreibung) (PDF, 51 KB)
gültig ab 01.01.2018 (Stand: 27.06.2017)
- Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren – Anlage (Datensatzbeschreibung) (PDF, 666 KB)
gültig ab 01.10.2020

Datensatzbeschreibung

- Änderungsprotokoll (PDF, 336 KB)
gültig ab 01.10.2020 (Stand: 17.03.2020)
- Datensatzbeschreibung, Version 4.00 (PDF, 1024 KB)
gültig ab 01.10.2020 (Stand: 18.03.2020)
- Änderungsprotokoll (PDF, 14 KB)
gültig ab 01.01.2020 (Stand: 16.10.2018)
- Datensatzbeschreibung, Version 3.01 (PDF, 377 KB)
gültig ab 01.01.2020 (Stand: 16.10.2018)

Verfahrensbeschreibung

- Verfahrensbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren (PDF, 233 KB)
gültig ab 01.01.2019 (Stand: 16.10.2018)
- Verfahrensbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren (PDF, 583 KB)
gültig ab 01.10.2020 (Stand: 17.03.2020)

**Technische Standards
Leistungserbringer
Arbeitgeberverfahren**

Zahlstellen-Meldeverfahren
Zahlstellennummer

**Meldeverfahren zwischen
SV-Trägern
Studenten-Meldeverfahren
TrustCenter
FAQ – Häufig gestellte
Fragen**

Aktuelles abonnieren – RSS

Drucken A A A Nach oben

GKV-SPITZENVERBAND, BERLIN

13. Februar 2020

Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

in der vom 1. Oktober 2020 an geltenden Fassung

Die Zahlstelle von Versorgungsbezügen hat der zuständigen Krankenkasse die Meldung durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels systemgeprüfter, maschineller Ausfüllhilfen zu erstatten. Die Meldungen der Krankenkassen erfolgen gleichermaßen ausschließlich durch Datenübertragung.

Der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) hat **auf der Grundlage von § 202 Abs. 2 SGB V** für die Erstattung der Meldungen zur Kranken- und Pflegeversicherung im Rahmen des Zahlstellen-Meldeverfahrens die nachfolgenden „Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren“ aufgestellt.

Das ist eine **bewusst unwahre Behauptung**, denn die **Grundsätze** sind, wie nachfolgend nachgewiesen, u.a. in Bezug auf § 202 Abs. 2 SGB V **gesetzeswidrig**.

Die „Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren“ sind nach Anhörung der **Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände** durch das **Bundesministerium für Arbeit und Soziales** im Einvernehmen mit dem **Bundesministerium für Gesundheit** am 26. Februar 2020 **genehmigt worden**.

Der **Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände** ist der **staatlich organisierte Betrug** an **ca. 6,3 Mio Rentnern** um **26 Milliarden Euro** (Stand Ende 2018) egal. Im Übrigen wäre es ein neutrales politisches Verhalten gegenüber den Sozialpartnern, wenn auch die Versicherten von den Politikern gefragt worden wären, ob sie dem zustimmen.

Das **Bundesministerium für Arbeit und Soziales** und das **Bundesministerium für Gesundheit** haben die Fortführung des staatlich organisierten Betrugs an ca. 6,3 Mio Rentnern um 26 Milliarden Euro (Stand Ende 2018) am 26.02.2020 genehmigt, d.h. der **Bundesminister für Arbeit und Soziales, Hubertus Heil (SPD)** und der **Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn (CDU)** übernehmen die **rechtliche Hauptverantwortung für die Fortsetzung des staatlich organisierten Betrugs an ca. 6,3 Mio Rentnern mit den nachfolgend identifizierten Straftaten**.

In zweiter Linie trägt der GKV-Spitzenverband, also dessen **drei Vorstände Dr. Doris Pfeiffer (VV), Gernot Kiefer** und **Stefanie Stoff-Ahnis**, die **rechtliche Hauptverantwortung für die Fortsetzung des staatlich organisierten Betrugs an ca. 6,3 Mio Rentnern mit den nachfolgend identifizierten Straftaten**.

Die Grundsätze werden durch eine ergänzende Verfahrensbeschreibung erläutert.

Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren

Inhaltsverzeichnis:

(Inhaltsverzeichnis weggelassen; siehe Gesamtverzeichnis dieses Dokuments)

1 Allgemeines

Die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen im Sinne von § 229 SGB V zur Kranken- und Pflegeversicherung begründet eine **Beziehung** zwischen dem Versorgungsbezugsempfänger, der Krankenkasse, bei der der Versorgungsbezugsempfänger versichert ist, und der **Zahlstelle**. Nur bei einer lückenlosen gegenseitigen Information ist **gewährleistet, dass die Belange aller Beteiligten gewahrt werden**.

Die Politiker wiederholen die immer gleichen Lügen. Im Gesetzentwurf wurde behauptet die „Generationengerechtigkeit“ müsse wieder hergestellt werden (Teil B des Gesetzentwurfes Seite 140 Pkt. 148): (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. **[IG_K-PL_124]**)

*„Die Beitragszahlungen der Rentner deckten 1973 noch zu gut 70 % deren Leistungsaufwendungen ab. Inzwischen decken die eigenen Beiträge der Rentner nur noch ca. 43 % der Leistungsaufwendungen für sie. Es ist 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. Da die Empfänger von Versorgungsbezügen durch deren Zahlstellen lückenlos erfasst sind, erfolgt auch eine für alle gerechte Belastung, der sich niemand entziehen kann.“*

Das ist eine dreiste Lüge, denn die Verbeitragung von Renten wurde erst 1983 mit dem Haushaltsbegleitgesetz eingeführt, also 10 Jahre später. Sie offenbart aber worum es in Wirklichkeit ging: **„die lückenlose Erfassung, der sich niemand entziehen kann“**.

Angesichts der Tatsache, dass hier Unternehmen der „freien Wirtschaft“ missbraucht werden, um die Empfänger von Versorgungsbezügen und **auch von Sparerlösen aus privaten Kapitallebensversicherungen** (Staatsbürger), denen die Politiker der Exekutive zutiefst misstrauen, zu überwachen und zu kontrollieren, kann man sich das Geseier über die „Gewährleistung der Wahrung der Belange aller Beteiligten“ getrost schenken. Die Versicherer werden missbraucht, um **den Datenschutz hemmungslos auszuhebeln**.

Die Frage ist, was haben die Versicherer dafür von den Politikern bekommen, denn Versicherer tun von Natur aus grundsätzlich nichts umsonst. Kann es sein, dass man den Versicherungsunternehmen für ihre Mitwirkung im staatlich organisierten Betrug im Gegenzug erlaubt hat, die Versicherten darüber hinaus ebenfalls „ein wenig“ zu betrügen, nach dem Motto „die BaFin ist in unserer Hand und schaut nicht so genau hin“? (wie an Beispielen nachgewiesen, ist aus dem „ein wenig“ zuweilen „sehr viel“ geworden: <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> **20200110 Die Versicherer der Kapitallebensversicherungen stehen den gesetzlichen Krankenkassen in puncto Kriminalität in nichts nach**; Kap. 8)

Diesem Erfordernis entsprechend bestimmt der GKV-Spitzenverband in den nachfolgenden „Grundsätzen zum Zahlstellen-Meldeverfahren“ den Aufbau der Datensätze und Datenbausteine sowie die maßgeblichen Meldewege für den Datenaustausch im Zahlstellen- Meldeverfahren.

1.1 Identifizierungsmerkmale

Die Zahlstellen und die Krankenkassen erstatten die Meldungen unter Angabe der Versicherungsnummer des Versorgungsbezugsempfängers sowie unter Verwendung der Aktenzeichen bei der Zahlstelle und bei der Krankenkasse.

Die zuständige Krankenkasse ist von der Zahlstelle beim Versorgungsbezugsempfänger zu erfragen.

Ist die Versicherungsnummer des Versorgungsbeziehers der Zahlstelle nicht bekannt, **ist die Versicherungsnummer mit dem Abrechnungsprogramm bei der Datenstelle der Rentenversicherung abzufragen.**

Das ist die unverhohlene Aufforderung an die Versicherungsgeber, sich auch bei Widerstand durch die Versicherten in den Besitz von Daten zu bringen, die sie nichts angehen. Für die verantwortlichen **Bundesminister Jens Spahn (BMG) und Hubertus Heil (BMAS) und die Mitglieder des Vorstands des GKV-Spitzenverbandes Dr. Doris Pfeiffer, Gernot Kiefer und Stefanie Stoff-Ahnis** ist dies die **Aufforderung an die Versicherungsgeber zur Begehung von Straftaten:**

§ 26 Anstiftung StGB

Als Anstifter wird gleich einem Täter bestraft, wer vorsätzlich einen anderen zu dessen vorsätzlich begangener rechtswidriger Tat bestimmt hat.

§ 111 Öffentliche Aufforderung zu Straftaten StGB

- (1) *Wer öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften (§ 11 Abs. 3) zu einer rechtswidrigen Tat auffordert, wird wie ein Anstifter (§ 26) bestraft.*
- (2) *Bleibt die Aufforderung ohne Erfolg, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe. Die Strafe darf nicht schwerer sein als die, die für den Fall angedroht ist, daß die Aufforderung Erfolg hat (Absatz 1); § 49 Abs. 1 Nr. 2 ist anzuwenden.*

Für die Versicherer/Versicherungsgeber ist es bei jeder Befolgung dieser Aufforderung eine **Straftat** (abhängig von den Umständen bzw. der Gegenleistung für die Teilnahme am staatlich organisierten Betrug: § 20? StGB, z.B. **§ 204 Verwertung fremder Geheimnisse**)

Offensichtlich gehen die Verantwortlichen für die vorliegenden Grundsätze davon aus, dass auch die **Verantwortlichen bei Datenstelle der Rentenversicherung** Mittäter in diesem staatlich organisierten Betrug sind, bereit sind die Versicherungsnummer an die Versicherungsgeber (Zahlstelle) zu melden und damit

§ 203 Verletzung von Privatgeheimnissen, Abs. 2 StGB

- (2) *Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als*
 1. *Amtsträger,*
 2. *für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,*
 3. *Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,*
 4. *Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates,*
 5. *öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder*
 6. *Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist,**anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfaßt worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.*

zu begehen.

(Zitat des Kapitel 6 der „Verfahrensbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren vom 26.02.2020, gültig ab 1. Oktober 2020; <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. **[IG_O-KK_012]**):

„6 Ermittlung einer Versicherungsnummer durch die Zahlstelle

Zahlstellen haben mit dem verwendeten Abrechnungsprogramm **die Versicherungsnummer des Versorgungsbeziehers bei der DSRV abzufragen**, sofern die Versicherungsnummer der Zahlstelle unbekannt ist. Hierfür sind die persönlichen Daten des Versorgungsbeziehers (Name, Anschrift, Geburtsdaten) anzugeben. Die Rückmeldung des Suchergebnisses durch die DSRV erfolgt unverzüglich. **Insoweit ist es nicht mehr erforderlich, zur Ermittlung der Versicherungsnummer die Krankenkasse zu kontaktieren.**“

2 Automatisiertes Meldeverfahren

2.1 Allgemeines

Die Meldungen der Zahlstellen werden der zuständigen Krankenkasse gemäß § 202 Abs. 2 SGB V durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels systemgeprüfter, maschineller Ausfüllhilfen erstattet.

Die Voraussetzungen der Systemuntersuchung ergeben sich aus den Gemeinsamen Grundsätzen der Spitzenorganisationen der Sozialversicherungsträger zur Untersuchung von Entgeltabrechnungsprogrammen und Ausfüllhilfen (Systemuntersuchungen) und die Datenweiterleitung innerhalb der Sozialversicherung nach § 22 Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) in der jeweils geltenden Fassung.

Seit dem 1. Januar 2011 ist die Teilnahme am maschinellen Verfahren für alle Zahlstellen verpflichtend. Insoweit sind Meldungen im Zahlstellen-Meldeverfahren maschinell zu melden.

Aus welcher gesetzlichen Regelung kann resultieren, dass der GKV-Spitzenverband den Versicherungsunternehmen der „freie Wirtschaft“ ein Meldeverfahren aufzwingt, welches sie zu Teilnehmern im staatlich organisierten Betrug macht und diese nichts dagegen unternehmen?

Ausnahmen hiervon bestehen bei Meldungen für Versorgungsbezüge, deren Bewilligungs-/Beginnmeldung vor dem 1. Januar 2011 auf Papier erfolgten. In diesen Fällen sind maschinelle Meldungen nur für Zeiträume nach dem 31. Dezember 2010 erforderlich.

Soweit rückwirkende Meldungen für Zeiträume vor dem 1. Januar 2011 für Versorgungsbezüge abzugeben sind, deren Bewilligung/Beginn vor dem 1. Januar 2011 auf Papier gemeldet wurden, kann dies außerhalb des Zahlstellen-Meldeverfahrens erfolgen (Papiermeldung).

===== Gültig ab: 1. Oktober 2020, Stand: 13. Februar 2020, Seite 4 von 7 =====

2.2 Datensätze und Datenbausteine

Für die Datenübermittlung zwischen den Zahlstellen und den Krankenkassen ist der fachliche Datensatz „DSVZ“ (Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkassen) mit den zugehörigen Datenbausteinen zu verwenden (siehe Anlage). Darüber hinaus sind für die Datenübermittlung die Gemeinsamen Grundsätze für die Kommunikationsdaten gem. § 28b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB IV und die Gemeinsamen Grundsätze Technik nach § 95 SGB IV in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

2.2.1 DSVZ-Datensatz Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkassen

Der DSVZ enthält die Daten zur Steuerung und Identifikation der Datenbausteine

DBZK-Datenbaustein Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse

DBNA - Datenbaustein Name

DBGA - Datenbaustein Geburtsangabe

DBKZ - Datenbaustein Meldung der Krankenkasse an die
Zahlstelle DBAN - Datenbaustein Anschrift

DBFE - Datenbaustein Fehler

2.3 Stornierung von Meldungen

Eine Meldung ist zu stornieren, wenn sie nicht zu erstatten war oder unzutreffende Angaben enthielt. Für Meldungen der Zahlstellen gilt dies, sofern diese der Krankenkasse zugegangen sind. Als zugegangen gilt die Meldung der Zahlstelle in analoger Anwendung von § 97 Abs. 3 Satz 2 SGB IV, sobald die meldende Stelle von der Datenannahmestelle eine Weiterleitungsbestätigung erhalten hat.

Bei Stornierung einer übermittelten Meldung ist der DSVZ mit dem DBZK bzw. dem DBKZ mit den ursprünglich übermittelten Daten und im Feld KENNZ-STORNO mit dem Kennzeichen „Stornierung einer bereits abgegebenen Meldung = J“ in der aktuellen Version zu übermitteln. Im DSVZ sind im Feld DATUM-ERSTELLUNG die Daten „Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes...“ zu aktualisieren.

3 Maschinelle Ausfüllhilfen

Zahlstellen, die kein systemgeprüftes Programm einsetzen, haben die Meldungen mittels systemgeprüfter, maschineller Ausfüllhilfen an die Datenannahmestellen der Krankenkassen zu übermitteln. Abschnitt 2 gilt entsprechend. Zahlstellen, die systemgeprüfte Programme einsetzen, können für einzelne Meldungen auch systemgeprüfte, maschinelle Ausfüllhilfen nutzen. Eine maschinelle Befüllung mit Meldedaten (aus den Beständen der Zahlstellen) in die Ausfüllhilfe ist nicht zulässig.

4 Zahlstellenummer und Zahlstellendatei

Das führende Ordnungskriterium im Zahlstellen-Meldeverfahren ist die Zahlstellenummer. Sie dient der eindeutigen Identifikation der Zahlstelle im Zahlstellen-Meldeverfahren und besteht wie die Betriebsnummer aus acht Ziffern, wobei die ersten drei Stellen in der Zahlstellenummer mit den Ziffern 106 bis 108 beginnen.

===== Gültig ab: 1. Oktober 2020, Stand: 13. Februar 2020, Seite 5 von 7 =====

Für die Abgabe von Meldungen haben Zahlstellen eine Zahlstellenummer bei der ITSG zu beantragen, welche die Zahlstellenummer im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes vergibt. Die elektronische Beantragung der Zahlstellenummer kann über ein systemgeprüftes Entgeltabrechnungs- bzw. Zahlstellenprogramm oder über eine maschinelle Ausfüllhilfe vorgenommen werden.

Zur Vergabe der Zahlstellenummer wird bei der ITSG im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes eine Zahlstellendatei geführt, in der insbesondere die Zahlstellenummer sowie der Name und die Anschrift der dazugehörigen Zahlstelle gespeichert sind.

5 Umsetzung des Freibetrag bei Betriebsrenten

Bei Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V (Betriebsrenten) ist ab dem 1. Januar 2020 ein Freibetrag in Höhe von einem Zwanzigstel der mtl. Bezugsgröße abzuziehen, sofern diese - ggf. zusammen mit weiteren Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V und/oder Arbeitseinkommen - die Freigrenze nach § 226 Abs. 2 Satz 1 SGB V überschreiten.

Legaldefinition „Betriebsrente“

Unter dem Begriff Betriebsrente fallen alle Leistungen der betrieblichen Altersversorgung, die **aus Anlass eines früheren Beschäftigungsverhältnisses** gewährt werden. Ferner gehören hierzu die Zusatzversicherungsleistungen im öffentlichen Dienst einschließlich der kirchlichen Altersversorgung sowie die hüttenknappschaftliche Zusatzversorgung.

Die Anmaßung einer eigenen Legaldefinition für „Betriebsrente“ ist **hochgradig kriminell**.

Es ist die Anmaßung der Gesetzgebungskompetenz der Legislative, also die **Missachtung des Parlamentes und der Parlamentarischen Demokratie**. Somit ist es auch die Missachtung von **Artikel 20 Grundgesetz**, d.h. **Verfassungsbruch**.

Es gibt nur eine **Legaldefinition** für Versorgungsbezüge = Betriebsrenten und die **steht in § 229 SGB V**

§ 229 Versorgungsbezüge als beitragspflichtige Einnahmen SGB V

(1) *Als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) gelten, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden,*

1. *Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen; außer Betracht bleiben*
 - a) *lediglich übergangsweise gewährte Bezüge,*
 - b) *unfallbedingte Leistungen und Leistungen der Beschädigtenversorgung,*
 - c) *bei einer Unfallversorgung ein Betrag von 20 vom Hundert des Zahlbetrags und*
 - d) *bei einer erhöhten Unfallversorgung der Unterschiedsbetrag zum Zahlbetrag der Normalversorgung, mindestens 20 vom Hundert des Zahlbetrags der erhöhten Unfallversorgung,*
2. *Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister,*
3. *Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind,*
4. *Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte mit Ausnahme einer Übergangshilfe,*
5. **Renten der betrieblichen Altersversorgung** *einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung.*

*Satz 1 gilt auch, wenn Leistungen dieser Art aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden. **Tritt an die Stelle der Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalles vereinbart oder zugesagt worden, gilt ein Einhundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate.***

(2) *Für Nachzahlungen von Versorgungsbezügen gilt § 228 Abs. 2 entsprechend.*

Anmerkung (02.09.2020):

Dies war der den Betrogenen bekannte Gesetzesstand des § 229 SGB V gewesen und diese gingen davon aus, dass den Gesetzen eine gewisse Konstanz und Verlässlichkeit innewohnt. Dass dem absolut nicht so ist und dass Gesetze in einer Art rauschhaftem Herumbasteln durch die Politiker ständigen Änderungen unterliegen, die den davon betroffenen Staatsbürgern auch bei aller Interessiertheit und Betroffenheit nicht bekannt werden bzw. absichtlich nicht bekannt gemacht werden, ist eine neue Erfahrung.

Das einzige Mittel dagegen scheint zu sein, das Bundesgesetzblatt als tägliche Pflichtlektüre zu betrachten.

siehe dazu Kap. V

Wie unschwer zu erkennen ist, kommt der „**Anlass eines früheren Beschäftigungsverhältnisses**“ im Gesetz nicht vor. Dieses von den beteiligten Organisationen (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Startseite/>) seit 2004 zum staatlich organisierten Betrug verwendete und von den Sozialgerichten zur Rechtsbeugung eingesetzte „Argument“ wurde in 2002 von den GKV, dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung „erfunden“ um den Betrug in die Welt zu setzen

und vom Bundessozialgericht ab 2006 in rechtsbeugendem und verfassungswidrigem Richterrecht eingesetzt zu werden

(<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> 20180906 *Das Zusammenspiel der Täter der GKVen, des BMGS und des BSG (staatlich organisierte Kriminalität)*; 20190116 *Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz - Teil I*)

Aber wem sagen wir das: **Die Parteipolitiker und die gesetzl. Krankenkassen unter Führung des GKV waren und sind ja bis heute die treibende Kraft in diesem (in Anzahl beteiligter staatlicher und öffentlich-rechtlicher Organisationen) größten Skandal im Abbau von Demokratie und Rechtsstaatlichkeit seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland.**

Meldepflichten

Zahlstellen haben den Krankenkassen das Vorliegen eines Versorgungsbezuges nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V für Zeiträume ab dem 01.01.2020 zu melden. Krankenkassen haben im Falle des Mehrfachbezugs von Betriebsrenten den Zahlstellen für Zeiträume ab dem 01.01.2020 zu melden, ob und in welcher Höhe der Freibetrag anzuwenden ist (§ 202 Abs. 1 Sätze 1 und 5 SGB V).

Meldungen der Zahlstellen

Zahlstellen haben bei allen Leistungsformen (laufender Versorgungsbezug, **Kapitalleistung**, Kapitalabfindung) **in den Meldungen anzugeben**, ob es sich um eine Leistung der betrieblichen Altersversorgung nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V handelt.

Das Gesetz (§ 229 SGB V) besagt, dass bei **Einmalzahlungen** diese an die Stelle von Versorgungsbezügen treten müssen, d.h. sie **sind Abfindungen für erworbene Anwartschaften auf Versorgungsbezügen=Betriebsrenten. Einmalige Kapitalleistungen, die nicht Kapitalabfindungen sind, können also keine Versorgungsbezüge/Betriebsrenten nach § 229 SGB V sein.** Und dies wird auch so bleiben, wenn die im Auftrag der Parteienoligarchie rechtsbeugenden, verfassungswidriges Richterrecht sprechenden und die Verfassung brechenden Sozialgerichte dies täglich aufs Neue in Abrede stellen.

In anderen Worten: **dieses ist eine erneute unmissverständliche Aufforderung an die Zahlstellen (Versicherungsgeber) im staatlich organisierten Betrug Mittäter zu sein und Versorgungsbezüge zu melden, obwohl wohlwissend private Sparerlöse vorliegen.**

Die Angabe erfolgt über das Kennzeichen 5 im neuen Feld Art Versorgungsbezug (ART VB) im DBZK.

Meldungen der Krankenkassen – laufender Versorgungsbezug (Mehrfachbezug)

Sofern ein Mehrfachbezug von Betriebsrenten vorliegt, stellt die Krankenkasse auf Grundlage der Meldungen der Zahlstellen den Anspruch auf den Freibetrag dem Grunde und der Höhe nach fest und übermittelt das Ergebnis den Zahlstellen in der Rückmeldung.

Die Krankenkasse trifft die Entscheidung, bei welchem Versorgungsbezug der Freibetrag anzuwenden ist.

===== Gültig ab: 1. Oktober 2020, Stand: 13. Februar 2020, Seite 6 von 7 =====

Die Feststellung des Anspruchs dem Grunde nach erfolgt über das Kennzeichen im neuen Feld KENNZFB mit den Attributen JA, ANTEILIG und NEIN.

Soweit ein anteiliger Anspruch besteht, wird zusätzlich der Anspruch der Höhe nach im neu- en Feld FB in Eurocent angegeben.

Meldungen der Krankenkassen – Kapitalleistung, Kapitalabfindung

Auf Grundlage der Meldung der Zahlstelle über die Bewilligung des Versorgungsbezugs stellt die Krankenkasse den Anspruch auf einen Freibetrag dem Grunde und der Höhe nach fest und berücksichtigt diese Feststellung in einem Beitragsbescheid. Eine Rückmeldung an die Zahlstelle erfolgt nicht.

Anmerkung (02.09.2020):

Im § 202 SGB V nachfolgend **Änderungen in „rot“**, die im Zusammenhang stehen mit Änderungen des § 229 SGB V

siehe dazu Kap. V

§ 202 Meldepflichten bei Versorgungsbezügen SGB V

- (1) *Die Zahlstelle hat bei der erstmaligen Bewilligung von **Versorgungsbezügen** sowie bei Mitteilung über die Beendigung der Mitgliedschaft eines **Versorgungsempfängers** und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b die zuständige Krankenkasse des Versorgungsempfängers zu ermitteln und diesen Beginn, Höhe, Veränderungen und Ende der **Versorgungsbezüge** und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b den Tag der Antragstellung **sowie in den Fällen von Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 erster Halbsatz deren Vorliegen** unverzüglich mitzuteilen. Bei den am 1. Januar 1989 vorhandenen **Versorgungsempfängern** hat die Ermittlung der Krankenkasse innerhalb von sechs Monaten zu erfolgen. Der Versorgungsempfänger hat der Zahlstelle seine Krankenkasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen. Die Krankenkasse hat der Zahlstelle von Versorgungsbezügen und dem Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich die Beitragspflicht des Versorgungsempfängers und, soweit die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 237 Satz 1 Nummer 1 und 2 die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, deren Umfang mitzuteilen. **Die Krankenkasse hat der Zahlstelle im Falle des Mehrfachbezugs von Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 erster Halbsatz zusätzlich mitzuteilen, ob und in welcher Höhe der Freibetrag nach § 226 Absatz 2 Satz 2 anzuwenden ist.***
- (2) *Die Zahlstelle hat der zuständigen Krankenkasse die Meldung durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen erstatten. Die Krankenkasse hat nach inhaltlicher Prüfung alle fehlerfreien Angaben elektronisch zu übernehmen, zu verarbeiten und zu nutzen. Alle Rückmeldungen der Krankenkasse an die Zahlstelle erfolgen arbeitstäglich durch Datenübertragung. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen fest, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören.*
- (3) [...]

Rückwirkende Umsetzung – laufender Versorgungsbezug (Mehrfachbezug)

Durch die zeitversetzte Umsetzung der neuen Meldepflichten sind rückwirkende Korrekturen der abgegebenen Meldungen von Krankenkassen und Zahlstellen im Oktober 2020 für den Meldezeitraum 1. Januar 2020 bis 30. September 2020 unverzüglich vorzunehmen.

Sofern ein laufender Versorgungsbezug im Sinne von § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V über den 31. Dezember 2019 hinaus gezahlt wird, hat die Zahlstelle für den Zeitraum ab 1. Januar 2020 eine Änderungsmeldung mit dem neuen Kennzeichen ART VB abzugeben. Sofern für den Zeitraum ab 1. Januar 2020 bereits eine Änderungsmeldung abgegeben wurde, ist diese Änderungsmeldung zu stornieren und mit dem Kennzeichen 5 im Feld ART VB neu abzugeben.

Bei einer erstmaligen Auszahlung der Betriebsrente in der Zeit vom 1. Januar 2020 bis 30. September 2020 ist die abgegebene Beginn-Meldung zu stornieren und mit dem Kennzeichen 5 im Feld ART VB neu abzugeben.

In den Fällen der Betriebsrentengewährung ist das Kennzeichen 5 im Feld VB ART in allen Meldungen der Zahlstelle anzugeben. Insoweit sind auch alle weiteren bereits abgegebenen Meldungen für den Zeitraum ab 1. Januar 2020 entsprechend rückwirkend zu korrigieren.

Krankenkassen haben auf Grundlage dieser Meldungen bei einem Mehrfachbezug den Zahlstellen eine Änderungsmeldung für den entsprechenden Zeitraum zu übermitteln mit der Feststellung im Feld KENNZFB und zusätzlich im Feld FB, sofern ein anteiliger Freibetrag zu berücksichtigen ist.

Bei einer erstmaligen Auszahlung der Betriebsrente in der Zeit vom 1. Januar 2020 bis 30. September 2020 hat die Krankenkasse die abgegebene Rückmeldung zur Bewilligung zu stornieren und mit den Angaben zur Feststellung des Freibetragsanspruchs neu abzugeben.

Rückwirkende Umsetzung – Kapitaleistungen und Kapitalabfindungen

Es gilt die widerlegbare Vermutung, dass es sich bei Kapitaleistungen und Kapitalabfindungen grundsätzlich um Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V handelt.

Es gilt die unwiderlegbare Feststellung, dass hier diesen staatlich organisierten Betrügern (mafiös organisierten Betrügern) Bundesminister Jens Spahn (BMG) und Hubertus Heil (BMAS) und den Mitgliedern des Vorstands des GKV-Spitzenverbandes Dr. Doris Pfeiffer, Gernot Kiefer und Stefanie Stoff-Ahnis unerwartet das Herz in die Hose gerutscht ist.

Statt sich beherzt und vollständig zu den dauernd wiederholten eigenen Lügen zu bekennen, kann man sich lediglich zu einer „**Vermutung**“ durchringen, die auch noch **widerlegbar sein könnte**. Nichts desto trotz müssen sie aber ihre Vermutung unterbringen, um die Zahlstellen (Lebensversicherer) von den eigenen erwarteten Einschätzungen zu unterrichten: Der GKV-Spitzenverband und die **Bundesminister Heil und Spahn** erwarten sehr, dass die Zahlstellen alle Kapitalauszahlungen als Versorgungsbezüge „deklarieren“, das spült schließlich die Milliarden in die Kassen des Gesundheitsfonds, den sich die Politiker der Parteienoligarchie (hier Exekutive) 2007 gekrallt haben.

Insoweit entfällt die Verpflichtung der Zahlstellen, bei Kapitaleistungen und Kapitalabfindungen, die vor dem 1. Oktober 2020 gewährt wurden, eine Stornierung der abgegebenen Meldung und eine Neumeldung mit dem Kennzeichen VB ART 5 vorzunehmen.

Die Umsetzung der **Meldepflicht gilt für Zahlstellen bei Kapitaleistungen und Kapitalabfindungen**, die ab dem 1. Oktober 2020 gewährt werden.

===== Gültig ab: 1. Oktober 2020, Stand: 13. Februar 2020, Seite 7 von 7 =====

6 Abkürzungsverzeichnis

ALG	Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte
DBAN	Datenbaustein Anschrift
DBFE	Datenbaustein Fehler
DBGGA	Datenbaustein Geburtsangabe
DBKZ	Datenbaustein Meldung der Krankenkasse an die Zahlstelle
DBNA	Datenbaustein Name
DBZK	Datenbaustein Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse
DEÜV	Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung
DSVZ	Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkasse
ITSG	Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung
KVLG 1989 Landwirte SGB	Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Sozialgesetzbuch

Anlage Datensatzbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren

Schlussbemerkung:

Die Betrügereien ab Kap. 5 in den **ab 01.10.2020 geltenden „Grundsätzen zum Zahlstellen-Meldeverfahren** (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [IG_O-KK_012]) sind neu; sie sind in den ab 01.01.2018 geltenden „Grundsätzen zum Zahlstellen-Meldeverfahren (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [IG_O-KK_010]) noch nicht vorhanden.

In der ab 01.01.2019 gültigen Verfahrensbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [IG_O-KK_011], Marker in Kap. 1 und 2.2) sind erste Ansätze zum Betrug erkennbar:

„Die Meldung eines von vornherein als Kapitaleistung (als Einmal- oder als Ratenzahlung) vereinbarten VB wird im ZMV nicht von der einer Kapitalisierung eines laufenden VB unterschieden.“

„Bei Bewilligung/Beginn einer Kapitaleistung oder der Kapitalisierung eines laufenden VB müssen der Zeitpunkt der Auszahlung, der Beginn und das Ende des Zeitraums sowie die Höhe der Kapitaleistung gemeldet werden.“

Diese „Umwidmung von Kapitaleistungen, die keine Abfindungen sind, in Versorgungsbezüge war aber noch nicht konsequent, denn in Kap. 2.2 steht auch:

„Dabei werden Versorgungsbezüge gemeldet, die nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V als solche definiert sind.“

**Die von den beiden Bundesministern
Hubertus Heil (BMAS, SPD) und Jens Spahn (BMG, CDU)
zu verantwortenden massiven Betrügereien bzw. Gesetzesverstöße und Verfassungsbrüche
im ab 01.10.2020 geltenden Zahlstellen-Meldeverfahren
sind also tatsächlich eine neue „Qualität“ in der Kriminalität durch die Parteioligarchie
zur Einbeziehung der Lebensversicherer in den staatlich organisierten Betrug.**

V DAS ERFOLGLOSE BASTELN AN DER LEGALDEFINITION

Jetzt stellte doch jemand rein zufällig fest, dass die Legaldefinition für Versorgungsbezüge = Betriebsrenten auch nicht mehr das ist, was sie mal war (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schlussel/20190116> *Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz - Teil I*, Kap. 5).

Der Gesetzestext in **§ 229 SGB V** lautet nämlich neuerdings:

§ 229 Versorgungsbezüge als beitragspflichtige Einnahmen SGB V

- (1) *Als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) gelten, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden,*
1. *Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen; außer Betracht bleiben*
 - a) *lediglich übergangsweise gewährte Bezüge,*
 - b) *unfallbedingte Leistungen und Leistungen der Beschädigtenversorgung,*
 - c) *bei einer Unfallversorgung ein Betrag von 20 vom Hundert des Zahlbetrags und*
 - d) *bei einer erhöhten Unfallversorgung der Unterschiedsbetrag zum Zahlbetrag der Normalversorgung, mindestens 20 vom Hundert des Zahlbetrags der erhöhten Unfallversorgung,*
 2. *Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister,*
 3. *Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind,*
 4. *Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte mit Ausnahme einer Übergangshilfe,*
 5. **Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung; außer Betracht bleiben Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 des Einkommensteuergesetzes sowie Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat.**
- Satz 1 gilt auch, wenn Leistungen dieser Art aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden. **Tritt an die Stelle der Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden, gilt ein Einhundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate.***
- (2) *Für Nachzahlungen von Versorgungsbezügen gilt § 228 Abs. 2 entsprechend.*

Also versucht man heraus zu finden, wann die Änderung des Gesetzes vorgenommen wurde und insbesondere was der Gesetzgeber als Begründung für die Gesetzesänderung anführt.

8 Die orgienhafte Gesetzes-Änderungswut

Der Service des **Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz** geht nicht soweit, dass man etwas über die Hintergründe erfährt; die Änderungshistorie des Paragraphen nennt sich „Hinweis“ und ist völlig unzureichend.

Man muss sich also notgedrungen mit dem **Bundesgesetzblatt** weiterhelfen und stößt dann durch Rückverfolgung der Änderungen am SGB V endlich auf das, was man sucht. Es handelt sich aber nicht etwa um eine Änderung des § 229 SGB V sondern um zwei. Die erste Änderung wurde am 17.08.2017 vom Bundestag beschlossen und am 23.08.2017 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Die zweite Änderung wurde als unmittelbar darauf folgende Änderung am 11.12.2018 im

Bundesgesetzblatt veröffentlicht, also über ein Jahr später. Zu diesen Änderungen in den beiden nachfolgenden Kapiteln mehr.

Seit dieser am 11.12.2018 veröffentlichten zweiten Änderung am § 229 SGB V hat es allerdings „bis heute“ 25 (in Worten: **fünfundzwanzig**) weitere Änderungen am Fünften Buch Sozialgesetzbuch gegeben. Da muss man wirklich „bis heute“ in Anführungszeichen relativieren, denn man weiß nicht, ob nicht stündlich eine neue Änderung ins Haus steht.

Die Konsequenz ist, dass man sich nicht einfach über den Gesetzestext eines Gesetzes informieren kann, um dann Bescheid zu wissen, sondern man muss die Gesetzesversion finden, die zum Zeitpunkt der auftauchenden Rechtsfrage die aktuelle war. Für das SGB V bedeutet dies, dass es seit November 2018 25 verschiedene Gesetzesversionen gegeben hat und es ist zweifelhaft, ob die jemals alle vom Bundesministerium für Justiz im Internet zur Verfügung gestellt wurden. Das wiederum heißt, dass man sich die Gesetzeslage zu einem fraglichen Zeitpunkt selbst aus dem Bundesgesetzblatt zusammenstellen muss (was natürlich voraussetzt, dass der Betroffenen das auch kann). Möglicherweise ist dies aber auch vergebene Liebesmüh, denn den Juristen steht ja notfalls ein Bundesverfassungsgericht zur Seite, dessen Erster Senat dann eben einfach mal eine „**unechte Rückwirkung**“ ([https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/ 20190116](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20190116) **Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz - Teil I**, Kap. 4e, 5, 9, 10, 13, 18: „GK6b“; [https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/ 20200301](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20200301) **Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz- Teil III Das Bundesverfassungsgericht**, Kap. 3) erfindet, damit der Willkürjustiz nichts im Wege steht und die Richter sich einen Gesetzestext nach eigenem Geschmack zusammen reimen können.

In dieser Durchhangelei durch die 25 Gesetzesänderungen des SGB V gibt es natürlich allerlei interessanten Beifang, z.B.:

- Am 12.06.2020 wurde ein „Siebtes Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze“ vom Bundestag verabschiedet. Und was fällt da so unter andere Gesetze? Richtig: SGB I, SGB II, SGB III, SGB V, SGB VI, SGB VII, SGB X. Aber unter Artikel 8a wird dann locker eine „Änderung des **Betriebsrentengesetzes**“ vorgenommen, die dann satte 2,5 Seiten zweispaltige Gesetzestext-Änderung umfasst

Wie hat es der Altmeister Gerhard Schröder vorgeführt ([https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/ 20181212](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20181212) **Die GMG-Gesetzgebung eine Serie von Verfassungsbrüchen; 20180906 Das Zusammenspiel der Täter der GKVen, des BMGS und des BSG (staatlich organisierte Kriminalität); 20181212 Die GMG-Gesetzgebung eine Serie von Verfassungsbrüchen; 20190909 Vorspiel zur Aushebelung der Parlamentarischen Demokratie- Verstecken der BetrAVG Änderungen im HZvNG**) und wie hat es auch Horst Seehofer begriffen ([https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/Referenznr. \[IG_O-PP_121\]](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/Referenznr.[IG_O-PP_121])): Man muss Gesetzesänderungen so vornehmen, dass niemand es nachvollziehen kann.

- Am 22.03.2020 wurde ein „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)“ verabschiedet. Man fragt sich, wieso das nach dem 01.04.2007 (siehe Kap. III) überhaupt noch notwendig sein könnte.

Beim Rumstöbern fällt man dann auf solche Regelungen wie:

„Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch [...] §4a (4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln im Hinblick auf

1. Inhalt und Art der Werbung [...]“

Tatsächlich, es gibt doch immer noch wieder etwas, was man sich bisher noch nicht untergeordnet hatte.

- Am 21.12.2019 wurde das „Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-BRG)“ verabschiedet, dessen Artikel 1 Änderungen im SGB V zur Folge hatte.

Wozu dieser Freibetrag herhalten soll, haben wir ja gerade in Kap. IV gelernt.

- Am 14.12.2019 wurde das „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)“ verabschiedet.

Was ist mit „unabhängigere Prüfungen“ gemeint, von wem will man unabhängiger sein?

Nur einfach mal so rein geblättert: „§ 199a Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten [...] (4) [...] Die Hochschule meldet der gewählten Krankenkasse unverzüglich nach Eingang der Meldung das Datum der Einschreibung und den Beginn des Semesters“

Aha, nicht der krankenversicherte (Student) redet mit seiner Krankenkasse, sondern die Hochschule soll dies tun, damit man den Studenten besser unter Kontrolle hat.

Es scheint also eher ein Gesetz zur Verstärkung der Überwachung von Versicherten zu sein, ... ein Schritt in Richtung gläserner Versicherter und gläserner Patient... ein Hobby von Jens Spahn.

- Mit dem am 12.12.2019 verabschiedeten „Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts“ wird auch § 229 SGB V geändert, S. 2708-2709

Artikel 32

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

7. In § 229 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b werden die Wörter „der Beschädigtenversorgung“ durch die Wörter „Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch“ ersetzt.

Nanu, wo ist die Änderung geblieben ?

- Am 09.12.2019 wurde das „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG)“ verabschiedet.

„bessere“ gesundheitliche „Versorgung“ durch Digitalisierung; wenn man da an das Hobby von Jens Spahn denkt, wird einem ganz schummrig.

9 Die erste Änderung des § 229 SGB V

Die erste Änderung erfolgt mit dem „Gesetz zur Stärkung der betrieblichen Altersversorgung und zur Änderung anderer Gesetze (Betriebsrentenstärkungsgesetz)“.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der betrieblichen Altersversorgung und zur Änderung anderer Gesetze (Betriebsrentenstärkungsgesetz)“ (22.02.2017 BT-DS 18/11286; <https://www.bundestag.de/dokumente>) enthält unter Artikel 4 die beabsichtigte Änderung des § 229 SGB V (S. 13-14):

Artikel 4

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

In § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) geändert worden ist, wird der Punkt am Ende durch folgenden Halbsatz ersetzt:

„; außer Betracht bleiben Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 des Einkommensteuergesetzes.“

Die beabsichtigte Änderung des § 229 SGB V ist im Gesetzentwurf S. 51-52 begründet.

Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(§ 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5)

Der Aufbau einer Betriebsrente mit eigenen Mitteln der Beschäftigten wird seitens des Staates über zwei Wege gefördert. Zum einen sind Zahlungen der Beschäftigten im Rahmen einer Entgeltumwandlung an eine Pensionskasse, einen Pensionsfonds oder eine Direktversicherung bis zu einer Höhe von 4 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung einkommensteuer- und daneben auch beitragsfrei in der Sozialversicherung. Diese Förderung kommt wegen der steuerlichen Progressionswirkung insbesondere Beschäftigten zugute, die eine hohe bzw. höherer Steuerbelastung haben, während Geringverdiener je nach Fallgestaltung steuerlich kaum oder gar nicht von der Förderung profitieren.

Vor diesem Hintergrund wurde 2002 zum anderen auch die Möglichkeit geschaffen, dass im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung auch die Riester-Förderung in Anspruch genommen werden kann. Diese Förderung zeichnet sich dadurch aus, dass – über den Arbeitgeber organisiert – Zahlungen aus dem Netto der Beschäftigten an eine Pensionskasse, einen Pensionsfonds oder eine Direktversicherung erfolgen, die mit den staatlichen Zulagen gefördert werden. Damit sollte insbesondere Geringverdienern eine effiziente Möglichkeit zum Aufbau einer zusätzlichen Altersversorgung an die Hand gegeben werden. Insbesondere die Förderung durch Kinderzulagen, die in der Riester-geförderten betrieblichen Altersversorgung besteht, bedeutet eine noch gezieltere Förderung von Geringverdienern mit Familie, da eine Kind bezogene Förderung in der übrigen betrieblichen Altersversorgung nicht in gleichem Maße besteht. Außerdem sollte durch Einbeziehung des Arbeitgebers die Effizienz kollektiv organisierter Gruppenverträge genutzt werden.

In der Auszahlungsphase waren solche betrieblichen Riester-Renten bis zum Jahr 2004, sofern es sich um Kapitaleinmalzahlungen handelte, in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung beitragsfrei. Ab 2004 wurden Versorgungsbezüge aus betrieblicher Altersversorgung und damit auch betriebliche Riester-Renten mit dem vollen KV/PV-Beitragsatz in der Auszahlungsphase belegt. In der Folge sind betriebliche Riester-Renten gegenüber privat abgeschlossenen Riester-Renten aufgrund der Beitragsabführung zur KV/PV sowohl in der Anspar- als auch in der Auszahlungsphase bei ökonomischer Betrachtung nicht mehr zu empfehlen. Sie werden deshalb praktisch kaum mehr genutzt. Der Anteil der Anwartschaften mit Riester-Förderung lag bei Direktversicherungen Ende 2013 lediglich bei ca. 0,1 Prozent.

Ende 2015 hatten immer noch knapp 47 Prozent der Beschäftigten mit weniger als 1 500 Euro Erwerbseinkommen im Monat weder eine Betriebs- noch eine Riester-Rente. Mit der Änderung des § 229 SGB V soll der mit der KV/PV-Beitragszahlung in der Auszahlungsphase verbundene Fehlanreiz bei der Förderung betrieblicher Riester-Renten beseitigt werden. Dies wird dadurch erreicht, dass solche betrieblichen Riester-Renten KV/PV-systematisch künftig wie private Riester-Renten behandelt werden.

Damit werden sie zwar anders behandelt als sonstige Versorgungsbezüge aus betrieblicher Altersversorgung. Jedoch fällt die betriebliche Riester-Rente aufgrund ihrer steuerlichen Förderung nach § 10a/Abschnitt XI des Einkommensteuergesetzes (EStG) aus der Systematik der betrieblichen Altersversorgung heraus. Die Förderung erfolgt auf die gleiche Weise und unterliegt den gleichen subjektiven Voraussetzungen (§ 82 Absatz 2 EStG) wie bei einem privaten Riester-Vertrag. Beitragsrechtlich wird die Riester-geförderte betriebliche Altersversorgung bereits in der Ansparphase anders als die sonstigen Produkte der betrieblichen Altersvorsorge behandelt. Bei internen Durchführungswegen (Direktzusage, Unterstützungskasse) liegt in der Ansparphase bei Arbeitgeberfinanzierung kein sozialversicherungspflichtiges Entgelt vor, sodass es an dieser Stelle nicht zu einer Verbeitragung kommt. Bei den externen Durchführungswegen (Pensionskasse, Pensionsfonds, Direktversicherung) und in Fällen der Entgeltumwandlung bei den internen Durchführungswegen besteht eine Sozialabgabenfreiheit für Beiträge, die 4 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung nicht übersteigen. Eine Verbeitragung erfolgt bei diesen Produkten in der Ansparphase also nur dann, wenn und insoweit die Obergrenze überschritten wurde. Die Beiträge in eine Riester-geförderte betriebliche Altersversorgung stammen dagegen aus dem sozialversicherungspflichtigen Entgelt. Das bedeutet, dass auch sozialversicherungsrechtlich in der Ansparphase eine Gleichbehandlung der Riester-geförderten betrieblichen Altersversorgung mit der privaten Altersvorsorge erfolgt. Es ist daher folgerichtig, dass diese Behandlung auch in der Auszahlungsphase nachvollzogen wird. Die beitragsrechtliche Gleichbehandlung mit den privaten Riester-Verträgen ist auch damit begründet, dass insbesondere Geringverdienern nicht von einer effizienten Möglichkeit ausgeschlossen werden sollen, zusätzliche Altersvorsorge zu betreiben.

Die betriebliche Altersversorgung, die mit Riester-Zulagen gefördert wird, unterscheidet sich von sonstigen Betriebsrentensystemen im Übrigen auch regelmäßig dadurch, dass der Arbeitnehmer nach § 1a Absatz 3 BetrAVG verlangen kann, dass die Voraussetzungen für eine Riester-Förderung erfüllt werden, wenn die betriebliche Altersversorgung über einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder eine Direktversicherung durchgeführt wird. In der Folge wird der Inhalt dieser Betriebsrenten praktisch häufig durch den Beschäftigten und die Anbieterseite bestimmt. Die Besonderheit der betrieblichen Altersversorgung, wonach der Arbeitgeber den Inhalt der Zusage konkret festlegt, tritt demgegenüber in den Hintergrund.

Diese Besonderheit der betrieblichen Riester-Rente in Bezug auf diese privaten Gestaltungsspielräume sowie die gesetzgeberische Zielsetzung, einen Anreiz für geringer verdienende Arbeitnehmer zu schaffen, rechtfertigen eine besondere Regelung für die Auszahlungsphase. Durch die erhöhte Attraktivität der betrieblichen Riester-Rente für den Personenkreis der Geringverdiener wird eine effizientere Möglichkeit geschaffen, die Absenkung ihres Rentenniveaus zu kompensieren. Damit soll auch verhindert werden, dass dieser Personenkreis in die Grundversicherung im Alter fällt, die durch Bundesmittel finanziert wird.

Zusammen mit dem neuen steuerlichen BAV-Förderbetrag (siehe § 100 EStG neu), der ebenfalls auf Geringverdiener zugeschnitten ist und der parallel zur Riester-Förderung genutzt werden kann, soll der Auf- und Ausbau der betrieblichen Altersversorgung innerhalb dieses Personenkreises vorangebracht werden.

Durch die Regelung wird nicht nur eine Ungleichbehandlung der betrieblichen Riester-Rente mit der konzeptionell vergleichbaren privaten Riester-Rente beseitigt, sondern auch zu anderen Formen der betrieblichen Altersversorgung. Indem bei der betrieblichen Riester-Rente die Beitragspflicht auf die Einzahlungsphase reduziert wird, werden alle Formen der betrieblichen Altersversorgung insoweit gleich behandelt, als sie einheitlich nur einmal verbeitragt werden, d.h. entweder in der Einzahlungs- oder in der Auszahlungsphase.

Die Beiträge, die zu Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 EStG führen, müssen dem Grunde nach förderfähig im Rahmen der Riester-Förderung sein, zum Beispiel weil der Arbeitnehmer nach § 1a Absatz 3 BetrAVG verlangt hat, dass die Voraussetzungen für eine Riester-Förderung erfüllt werden. Darauf, ob die Förderung tatsächlich erfolgt ist oder ob im Zeitpunkt der Beitragszahlung eine Förderberechtigung bestand, kommt es nicht an.

Die Stellungnahme des Bundesrates zur Änderung des § 229 SGB V ist ebenfalls im Gesetzentwurf unter Anlage 3 auf S. 81 enthalten:

Anlage 3

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 953. Sitzung am 10. Februar 2017 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 4 (§ 229 SGB V)

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung um Prüfung, inwieweit eine Reduzierung der hundertprozentigen Beitragspflicht zur Krankenversicherung für Betriebsrenten auch außerhalb betrieblicher Riester-Renten ermöglicht werden kann.

Begründung:

Die Krankenversicherungsbeiträge aus Betriebsrenten müssen, anders als zum Beispiel bei Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, vom Betriebsrentner alleine getragen werden. Bis 31. Dezember 2003 galt für Betriebsrenten nur der halbe Beitragssatz, das heißt, Betriebsrentner mussten einen Beitrag nur in Höhe des Arbeitnehmeranteils zur Krankenversicherung entrichten. Seit 1. Januar 2004 werden Betriebsrenten unabhängig davon, wer die Betriebsrente in der Ansparphase finanziert hat, mit dem vollen Beitragssatz zur Beitragsbemessung herangezogen. Problematisch erscheint vor diesem Hintergrund die volle Beitragspflicht insbesondere von arbeitnehmerfinanzierten Betriebsrenten.

Die in § 23 Absatz 2 BetrAVG-E vorgesehene Umleitung von ersparten Arbeitgeberanteilen zur Sozialversicherung in die betriebliche Altersversorgung dürfte die große Unzufriedenheit der betroffenen Betriebsrentner bezüglich der vollen Beitragspflicht zur Krankenversicherung in der Rentenphase wohl nicht beseitigen.

und die Gegenäußerung der Bundesregierung unter Anlage 4 auf S. 84:

Anlage 4

Gegenäußerung der Bundesregierung

Die Bundesregierung äußert sich zu der Stellungnahme des Bundesrates wie folgt:

Ziffer 1: Zu Artikel 4 (§ 229 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt weitere Änderungen bei der Verbeitragung von betrieblicher Altersvorsorge zur Krankenversicherung ab. Die Verbeitragung von Versorgungsbezügen aus Betriebsrenten ist ein unverzichtbarer Bestandteil für eine solidarische und nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und für einen ausgewogenen Ausgleich zwischen der Förderung der betrieblichen Altersvorsorge und der Generationengerechtigkeit der GKV. Die derzeitigen Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung aus den Versorgungsbezügen belaufen sich auf rund 5,3 Mrd. Euro. Eine Absenkung des Beitragssatzes auf Versorgungsbezüge auf den Arbeitnehmeranteil führt zu Mindereinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von jährlich rund 2 ½ Mrd. Euro, die über einen deutlichen Anstieg der Zusatzbeiträge für alle Mitglieder refinanziert werden müssten.

Obwohl die Förderung der betrieblichen Altersvorsorge nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist, leistet die GKV bereits im Rahmen der Entgeltumwandlung einen erheblichen finanziellen Beitrag zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge. Hintergrund der im Entwurf für ein Betriebsrentenstärkungsgesetz enthaltenen Regelung ist, dass es sich bei der mit einer Riester-Zulage geförderten Altersversorgung um eine Sonderform im Bereich der betrieblichen Altersversorgung handelt, die bisher ohne Ausnahmen sowohl in der Anspar- als auch in der Auszahlungsphase beitragspflichtig ist.

Es geht hier NICHT darum,
dass für die ca. 6 Mio Betroffenen die Argumentation der Bundesregierung, dass betriebliche Riester-Renten wie private Riester-Renten behandelt werden sollten, weil die Bundesregierung sonst Angst hat die Verbeitragung durch die Krankenkasse bei betrieblichen Riester-Renten führe dazu, dass deren Bezieher infolge resultierender Altersarmut dem Staat zur Grundsicherung auf der Tasche liegen,
während man gleichzeitig kein Problem darin sieht die 6 Mio Rentner, die mit ausschließlich **eigenem Geld** für ihr Alter **vorgesorgt** haben in einer über den Arbeitgeber abgeschlossenen **privaten Kapitallebensversicherung** (bestehend aus Risikoabsicherung im Versicherungsfall und langfristige Sparanlage zur Vorsorge im Alter bei Nichteintreten des Versicherungsfalls) diese hemmungslos um 20% dieser Ersparnisse zu betrügen, man jetzt wirklich nicht überzeugend finden muss,
sondern es geht darum, dass auf Basis dieses Gesetzentwurfes das Parlament aus den gewählten „Volksvertretern“ über diesen Gesetzentwurf abgestimmt hat und somit diese Vertreter zumindest die Chance hatten ihrer verfassungsgemäßen Pflicht nachzukommen dem eigenen Gewissen und den Interessen der eigenen Wähler folgend das Für und Wider dieses Gesetzentwurfes zu berücksichtigen.

„Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales“ (31.05.2017 BT-DS 18/12612; <https://www.bundestag.de/dokumente>) bezieht sich eindeutig auf den Gesetzentwurf BT-DS 18/11286.

Der „Bericht des Haushaltsausschusses gemäß § 96 der Geschäftsordnung“ (31.05.2017 BT-DS 18/12613; <https://www.bundestag.de/dokumente>) ist eindeutig auf den Gesetzentwurf BT-DS 18/11286 und die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales BT-DS 18/12612 bezogen.

Wenn dann am 01.06.2017 der Deutsche Bundestag laut Stenografischem Bericht zur 237. Sitzung (Plenarprotokoll 18/237, S. 24054D – 24070D) sich wie folgt entscheidet...

Vizepräsidentin Dr. h. c. Edelgard Bulmahn:

Liebe Kolleginnen und Kollegen, damit schließe ich die Aussprache.

Wir kommen zu den Abstimmungen, zunächst zur Abstimmung über den von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzentwurf zur Stärkung der betrieblichen Altersversorgung und zur Änderung anderer Gesetze. Der Ausschuss für Arbeit und Soziales empfiehlt unter Buchstabe a seiner Beschlussempfehlung auf Drucksache 18/12612, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 18/11286 in der Ausschussfassung anzunehmen. Ich bitte jetzt diejenigen, die dem Gesetzentwurf in der Ausschussfassung zustimmen wollen, um das Handzeichen. – Wer stimmt dagegen? – Enthält sich jemand? – Das ist nicht der Fall. Dann ist der Gesetzentwurf in zweiter Beratung mit den Stimmen der Koalition gegen die Stimmen der Opposition angenommen.

Wir kommen zur

dritten Beratung

und zur Schlussabstimmung. Ich bitte diejenigen, die dem Gesetzentwurf zustimmen wollen, sich zu erheben. – Wer stimmt dagegen? – Enthält sich jemand? – Damit ist der Gesetzentwurf mit den Stimmen der Koalition gegen die Stimmen der Opposition angenommen worden.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

... dann liegt es ausschließlich in der Verantwortung der Mitglieder des Deutschen Bundestages die verfassungsmäßigen Pflichten eines Mitglieds der Legislative missachtet und sich lediglich als Stimmvieh ihrer jeweiligen Parteien gebärdet zu haben. Für die Abgeordneten der SPD und CDU/CSU gilt, dass sie sich die oben skizzierte schizophrene Argumentation der von ihren Parteien gebildeten Regierung zu Eigen gemacht haben (in Wahrheit dürfte es ja wohl eher um das Wohl der Versicherten gehen, die am Nichteintreten des vorausgesagten Riester-Geschäfts leiden).

Das Ergebnis ist zumindest auch die Gesetzesänderung in § 229 SGB V (BGBl. I 2017, S. 3214)

Artikel 4

**Änderung des
Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

In § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird der Punkt am Ende durch folgenden Halbsatz ersetzt:

„; außer Betracht bleiben Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 des Einkommensteuergesetzes.“

Mit dem resultierenden § 229 SGBV Abs. 1 Nr. 5:

5. **Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung; außer Betracht bleiben Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 des Einkommensteuergesetzes.**

10 Die zweite Änderung des § 229 SGB V

Auch hier sind die entsprechenden Dokumente über den Link <https://www.bundestag.de/dokumente> zu beschaffen; eine Übersicht gibt <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP19/2385/238520.html>



Deutscher Bundestag

Dokumentations- und
Informationssystem

DIP

Deutscher Bundestag

Diese Seite ist ein Auszug aus [DIP](#), dem Dokumentations- und Informationssystem für Parlamentarische Vorgänge, das vom Deutschen Bundestag und vom Bundesrat gemeinsam betrieben wird.

Mit DIP können Sie umfassende Recherchen zu den parlamentarischen Beratungen in beiden Häusern durchführen (ggf. oben klicken).

Basisinformationen über den Vorgang

[ID: 19-238520]

[Version für Lesezeichen / zum Verlinken](#)

19. Wahlperiode

Vorgangstyp:	Gesetzgebung Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz - GKV-VEG)
Initiative:	Bundesregierung
Aktueller Stand:	Verkündet
Archivsignatur:	XIX/38
GESTA-Ordnungsnummer:	M008
Zustimmungsbedürftigkeit:	Nein, laut Gesetzentwurf (Drs 375/18) Nein, laut Verkündung (BGBl I)
Wichtige Drucksachen:	BR-Drs 375/18 (Gesetzentwurf) BT-Drs 19/4454 (Gesetzentwurf) BT-Drs 19/5112 (Beschlussempfehlung und Bericht)
Plenum:	1. Durchgang: BR-PIPr 970, S. 296 - 297 1. Beratung: BT-PIPr 19/52, S. 5484C - 5493C 2. Beratung: BT-PIPr 19/58, S. 6412C - 6423D 3. Beratung: BT-PIPr 19/58, S. 6423B 2. Durchgang: BR-PIPr 972, S. 412 - 413
Verkündung:	Gesetz vom 11.12.2018 - Bundesgesetzblatt Teil I 2018 Nr. 45 14.12.2018 S. 2387
Inkrafttreten:	15.12.2018 (weiteres siehe im BGBl)
Sachgebiete:	Gesundheit

Inhalt

Paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrags wie des allgemeinen Beitragssatzes durch Arbeitgeber und Versicherte, Halbierung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige, Bereinigung von Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen, Abschmelzen von Finanzreserven durch Beitragssenkungen und Leistungsverbesserungen, Erhöhung des Aktienanteils für Altersrückstellungen der Sozialversicherungsträger, Beitrittsrecht zur GKV mit Beitragszuschuss für ehemalige Zeitsoldaten, Änderung von 10 Gesetzen und 1 Rechtsverordnung

Beschlussempfehlung des Ausschusses: zahlreiche Klarstellungen und Änderungen betr. Verarbeitung ausländischer Renten, Beitragspflichten und -berechnungen, Verbot der Anhebung von Zusatzbeiträgen, Bereinigung aufzuhebender Mitgliedschaften, Aktienanlagemöglichkeit für Altersrückstellungen, Zugangsregelungen u.a.; Änderung 1 weiteren Gesetzes und 1 Rechtsverordnung

Schlagwörter

[Arbeitgeberanteil](#); [Arbeitnehmeranteil](#); [Beitragsverfahrensverordnung](#); [Bundesbeihilfeverordnung](#); [Eignungsübungsgesetz](#); [Gesetzliche Krankenversicherung](#); [Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte](#); [Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte](#); [Gesetz zur Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau](#); [GKV-Versichertenentlastungsgesetz](#); [Krankenkasse](#); [Krankenversicherungsbeitrag](#); [Krankenversicherungsrecht](#); [Künstlersozialversicherungsgesetz](#); [Selbständiger, Soldat auf Zeit, Soldatengesetz](#); [Soldatenversorgungsgesetz](#); [Sozialgesetzbuch V](#); [Sozialgesetzbuch VI](#); [Sozialgesetzbuch VII](#); [Sozialgesetzbuch XI](#)

Vorgangsablauf

BR - Gesetzentwurf, Urheber: Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (federführend)

[10.08.2018 - BR-Drucksache 375/18](#)

Ausschüsse: Gesundheitsausschuss (federführend), Finanzausschuss, Wirtschaftsausschuss

BR - Empfehlungen der Ausschüsse

[10.09.2018 - BR-Drucksache 375/11/18](#)

G: u.a. Änderungsvorschläge - Fz, Wi: keine Einwendungen

BR - Plenarantrag, Urheber: Thüringen

18.09.2018 - BR-Drucksache 375/2/18

Änderungsvorschläge

BR - 1. Durchgang

21.09.2018 - BR-Plenarprotokoll 970, TOP 33, S. 296 - 297

Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Stellv. MdBR (Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie), Rheinland-Pfalz, Rede, S. 296

Heike Werner, Stellv. MdBR (Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie), Thüringen, Rede, S. 297

Beschluss:

S. 297 - Stellungnahme: u.a. Änderungsvorschläge (375/18), gemäß Art. 76 Abs. 2 GG

BR - Beschlussdrucksache

21.09.2018 - BR-Drucksache 375/18(B)

BT - Gesetzentwurf, Urheber: Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (federführend)

24.09.2018 - BT-Drucksache 19/4454

Anl. Stellungnahme des BR

BT - Gegenäußerung der BRg zur Stellungnahme des BR, Urheber: Bundesregierung

26.09.2018 - BT-Drucksache 19/4552

BT - 1. Beratung

27.09.2018 - BT-Plenarprotokoll 19/52, S. 5484C - 5493C

Jens Spahn, Bundesmin., Bundesministerium für Gesundheit, Rede, S. 5485B

Jörg Schneider, MdB, AfD, Rede, S. 5486B

Dr. Karl Lauterbach, MdB, SPD, Rede, S. 5487B

Christine Aschenberg-Dugnus, MdB, FDP, Rede, S. 5488A

Dr. Achim Kessler, MdB, DIE LINKE, Rede, S. 5489A

Maria Klein-Schmeink, MdB, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Rede, S. 5490A

Stephan Pilsinger, MdB, CDU/CSU, Rede, S. 5491A

Bärbel Bas, MdB, SPD, Rede, S. 5491D

Tino Sorge, MdB, CDU/CSU, Rede, S. 5492D

Beschluss:

S. 5493C - Überweisung (19/4454, 19/4552)

Ausschüsse:

Ausschuss für Gesundheit (federführend), Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, Haushaltsausschuss, Haushaltsausschussgemäß § 96 Geschäftsordnung BT, Verteidigungsausschuss

BT - Beschlussempfehlung und Bericht, Urheber: Ausschuss für Gesundheit

17.10.2018 - BT-Drucksache 19/5112

Christine Aschenberg-Dugnus, MdB, FDP, Berichterstattung

Bärbel Bas, MdB, SPD, Berichterstattung

Prof. Dr. Axel Gehrke, MdB, AfD, Berichterstattung

Dr. Achim Kessler, MdB, DIE LINKE, Berichterstattung

Maria Klein-Schmeink, MdB, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Berichterstattung

Karin Maag, MdB, CDU/CSU, Berichterstattung

Empfehlung: Annahme der Vorlage in Ausschussfassung

BT - Bericht gemäß § 96 Geschäftsordnung BT, Urheber: Haushaltsausschuss

17.10.2018 - BT-Drucksache 19/5118

Anja Hajduk, MdB, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Berichterstattung

Karsten Klein, MdB, FDP, Berichterstattung

Dr. Gesine Löttsch, MdB, DIE LINKE, Berichterstattung

Dr. Birgit Malsack-Winkemann, MdB, AfD, Berichterstattung

Josef Rief, MdB, CDU/CSU, Berichterstattung

Sonja Amalie Steffen, MdB, SPD, Berichterstattung

BT - 2. Beratung

18.10.2018 - BT-Plenarprotokoll 19/58, S. 6412C - 6423D

Karin Maag, MdB, CDU/CSU, Rede, [S. 6413A](#)
Ditlev Spangenberg, MdB, AfD, Rede, [S. 6414A](#)
Dr. Karl Lauterbach, MdB, SPD, Rede, [S. 6415A](#)
Christine Aschenberg-Dugnus, MdB, FDP, Rede, [S. 6416A](#)
Maria Klein-Schmeink, MdB, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Zwischenfrage, [S. 6416D](#)
Dr. Achim Kessler, MdB, DIE LINKE, Rede, [S. 6417D](#)
Maria Klein-Schmeink, MdB, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Rede, [S. 6418D](#)
Jens Spahn, Bundesmin., Bundesministerium für Gesundheit, Rede, [S. 6420A](#)
Dr. Edgar Franke, MdB, SPD, Rede, [S. 6421A](#)
Tino Sorge, MdB, CDU/CSU, Zwischenfrage, [S. 6421C](#)
Erich Irlstorfer, MdB, CDU/CSU, Rede, [S. 6422B](#)

Beschluss:

S. 6423A - Annahme in Ausschussfassung (19/4454, 19/5112)

BT - 3. Beratung

18.10.2018 - BT-Plenarprotokoll 19/58, S. 6423B

Beschluss:

S. 6423B - Annahme in Ausschussfassung (19/4454, 19/5112)

BR - Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT, Urheber: Bundestag

02.11.2018 - BR-Drucksache 522/18

Ausschüsse:

Gesundheitsausschuss (federführend)

BR - 2. Durchgang

23.11.2018 - BR-Plenarprotokoll 972, TOP 6, S. 412 - 413

Beschluss:

Malu Dreyer, MdB (Ministerpräsidentin), Rheinland-Pfalz, Rede, [S. 412](#)
S. 413 - kein Antrag auf Einberufung des Vermittlungsausschusses (522/18), gemäß Art. 77 Abs. 2 GG

BR - Beschlussdrucksache

23.11.2018 - BR-Drucksache 522/18(B)

[Weitere Details in DIP..](#)

Zur Erleichterung haben wir aber die entscheidenden Dokumente gleich in der Homepage unter <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> abgelegt und referenzieren ausschließlich auf diese.

Die zweite Änderung am § 229 SGB V steht nicht im Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 24.09.2018 „Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzl. KV (GKV-VEG), BT-DS 19_4454 (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [\[IG_O-PL_400\]](#)). Dieser enthält zwar unter Artikel 1 „Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ (S. 9-12) und unter Artikel 2 „Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ (S. 12-13), von einer beabsichtigten Änderung des § 229 SGB V ist allerdings nichts in Sicht.

Es gibt dann aus dem 1. Durchgang Bundesrat vom 21.09.2018 eine Stellungnahme durch den Bundesrat, auf welche die Bundesregierung am 26.09.2018 mit einer „Unterrichtung durch die Bundesregierung, Gegenäußerung der Bundesregierung, BT-DS 19/4552“ reagiert (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [\[IG_O-PL_401\]](#)).

Der Ausschuss für Gesundheit gibt am **17.10.2018** seine **Beschlussempfehlung** und Bericht (BT-DS 19/5112), wobei er sich selbstverständlich auf den Gesetzentwurf des Bundestages und die Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates bezieht (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [\[IG_O-PL_402\]](#)).

Der Haushaltsausschuss wiederum erstellt seinen Bericht gemäß § 96 der Geschäftsordnung (BT-DS 19/5118, <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [\[IG_O-PL_403\]](#)) basierend auf dem Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-DS 19/4552), der Gegenäußerung der Bundesregierung zur

Stellungnahme des Bundesrates (BT-DS 19/4552) und Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (BT-DS 19/5112).

Die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit meinen mit einer Änderung im § 229 SGB V ein dringendes Problem lösen zu wollen und lösen zu können, indem sie unter dem Punkt 5a eine Ergänzung des „Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ einbringen (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [\[IG_O-PL_402\]](#), S. 11):

Deutscher Bundestag – 19. Wahlperiode

– 11 –

Drucksache 19/5112

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	5a. In § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat“ eingefügt.

Dafür gibt der Ausschuss denn auch seine **Begründung** ab (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [\[IG_O-PL_402\]](#), S. 41):

Zu Artikel 1 Nummer 5a

Mit der Änderung wird die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Abgrenzung der Leistungen der betrieblichen Altersversorgung von Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses privat weiter aufgebaut hat, nachvollzogen und gesetzlich festgeschrieben.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinen Beschlüssen zu Leistungen einer Direktversicherung (Beschluss vom 6. September 2010 – 1 BvR 739/08; Beschluss vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08) und zu Leistungen einer Pensionskasse (Beschluss vom 27. Juni 2018 – 1 BvR 100/15, 1 BvR 249/15) entschieden, unter welchen Umständen auch ausschließlich arbeitnehmerfinanzierte Leistungen solcher Einrichtungen betrieblich veranlasst sind. Die Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ist in diesem Fall nicht zu beanstanden.

Für die Unterscheidung von Altersversorgungsleistungen, die für versicherungspflichtige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei oder beitragspflichtig sind, ist entscheidend, ob der Versicherte nach dem Ende seines Arbeitsverhältnisses den institutionellen Rahmen des Betriebsrentenrechts weiterhin unverändert nutzt oder den Vertrag vollständig aus dem beruflichen Bezug löst. Die insoweit aufgestellten Abgrenzungskriterien des Bundesverfassungsgerichts werden mit der vorliegenden Änderung einheitlich gesetzlich festgelegt.

Die von der Zahlstelle vorzunehmende Aufteilung der Gesamtversorgungsleistung in einen betrieblichen und einen privaten Anteil soll entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 30. März 2011 (B 12 KR 16/10 R) vorzugsweise prämieneratierlich bzw. beitragsproportional erfolgen.

Die **Begründung** benutzt die Begriffe „**betriebliche Altersversorgung**“ bewusst missbräuchlich wohl wissend, dass es bei den über die Direktversicherung des Arbeitgebers abgeschlossenen Kapitallebensversicherungen um **private Altersvorsorge** geht (https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20190909Vorspiel_zur_Aushebelung_der_Parlamentarischen_Demokratie-Verstecken_der_BetrAVG_Aenderungen_im_HZvNG).

Die **Begründung** benutzt bewusst den missbräuchlich verwendeten Begriff „**Direktversicherung**“, um die Gültigkeit des BetrAVG zu unterstellen. Diese Direktversicherung beschreibt aber im Fall der Kapitallebensversicherungen lediglich die Vertragsbeziehung zwischen Versicherer und Arbeitgeber; die Vertragsbeziehung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist eine **private Kapitallebensversicherung**, die an die Direktversicherung des Arbeitgebers gekoppelt ist (https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20200110_Die_Versicherer_der_Kapitallebensversicherungen_stehen_den_gesetzlichen_Krankenkassen_in_puncto_Kriminalitaet_in_nichts_nach).

In der Begründung zur Änderung „zu Artikel 1 Nr. 5a“ steht bewusst unwahr etwas „**von Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses privat weiter aufgebaut hat**“, wohlwissend dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Leistungen während der gesamten Versicherungslaufzeit wirtschaftlich vom Versicherten geleistet wurden (also privat aufgebaute Vorsorge waren) und dass die Behauptung der „Versicherungsnehmereigenschaft durch den Arbeitgeber“ ein bewusster Betrug und ein Bruch des § 1 VVG durch Versicherer und Arbeitgeber ist (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> **20200110 Die Versicherer der Kapitallebensversicherungen stehen den gesetzlichen Krankenkassen in puncto Kriminalität in nichts nach**).

In dieser Begründung ist von den „Beschlüssen“ (Plural) des Bundesverfassungsgerichts die Rede. Der angebliche Beschluss 1 BvR 739/08 ist aber kein Beschluss, sondern die Entscheidung einer **Kammer des Ersten Senats unter Vorsitz Kirchhof** eine Verfassungsbeschwerde nicht anzunehmen, also die **Verweigerung sowohl eines Urteils als auch eines Beschlusses** zu dieser Verfassungsbeschwerde. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Entscheidung begründet oder nicht begründet ist (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> **20200301 Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz-Teil III Das Bundesverfassungsgericht**).

Die Nichtannahme-Entscheidung **1 BvR 739/08** und der Beschluss **1 BvR 1660/08** wurden von einer Kammer des Ersten Senats unter Vorsitz Kirchhof entschieden. Nach Gesetzeslage ist das ein Bruch von §§ 13,14 des BVerfGG, denn für die Bearbeitung solcher Verfassungsbeschwerden ist der Zweite Senat zuständig. Beide Entscheidungen sind also Rechtsbeugungen (§ 339 StGB i.V.m. §12 StGB ein **Verbrechen**) durch die teilnehmenden Richter und Verfassungsbrüche (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> **20200301 Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz-Teil III Das Bundesverfassungsgericht**).

Die Ausschussmitglieder begründen zur Änderung „zu Artikel 1 Nr. 5a“: „Für die Unterscheidung von Altersversorgungleistungen, die für versicherungspflichtige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei oder beitragspflichtig sind, ist entscheidend“
„ob der Versicherte nach dem Ende seines Arbeitsverhältnisses **den institutionellen Rahmen des Betriebsrentenrechts** weiterhin unverändert nutzt oder den Vertrag vollständig aus dem beruflichen Bezug löst.“

Nein, es ist auch für die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit entscheidend die Gesetze einzuhalten; und es ist wesentlich auf Basis der gültigen Legal-Definition zu entscheiden, ob eine Betriebsrente/ein Versorgungsbezug überhaupt vorliegt. Zu diesem Zeitpunkt des Gesetzgebungsprozesses gilt die Legal-Definition vom 17.08.2017 (also die alte Definition aus Kap. IV, plus die „erste Änderung des § 229 SGB V“ in Kap. V, am Ende des Unterkapitels 10, wonach betriebliche Riester-Renten keine Renten der betrieblichen Altersversorgung sind). In dieser zu diesem Zeitpunkt gültigen Legal-Definition § 229 SGB V ist in Abs 1 Nr. 5 kein Kriterium zur Entscheidung sichtbar, welches erfragt, ob man sich im „institutionellen Rahmen des Betriebsrentenrechts“ befindet oder nicht. Sondern es ist die Entscheidung, ob eine „Rente der betrieblichen Altersversorgung“ vorliegt oder nicht.

Und wenn sich die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit schon auf den einzigen (wenn auch mit Rechtsbeugung und Verfassungsbruch behafteten) Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zum Thema „Wann sind Einmalzahlungen Betriebsrenten“ berufen möchte, dann sollten sie wenigstens diesen Beschluss einmal lesen (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> **20190116 Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz- Teil I (v1.1)**), Kap. 12, 16; **20200301 Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz- Teil III Das Bundesverfassungsgericht**, Kap. 8, 15).

Der Nachweis der Kapitallebensversicherungen der ca. 6 Mio Betroffenen als private Vorsorge ist durch die Begriffsbestimmung der betrieblichen Altersversorgung in BetrAVG §1 Abs. 2, Nr. 4 und **1 BvR 1660/08, Absch. II, Rn. 12** (Umfassungsgebot, Versorgungszusage) i. V. mit BSG B 12 R 5/09 R (**Entgeltverwendungsabrede ist keine Entgeltumwandlung, d.h. keine betriebliche Altersversorgung**) eindeutig erbracht.

1 BvR 1660/08, Absch. II, Rn. 12

b) Das Betriebsrentenrecht qualifiziert auch die ausschließlich arbeitnehmerfinanzierte Direktversicherung als betriebliche Altersversorgung. Voraussetzung hierfür ist, dass die vom Arbeitnehmer eingezahlten Beiträge von der Versorgungszusage des Arbeitgebers umfasst sind, und dass der Versicherungsvertrag durch den Arbeitgeber abgeschlossen wurde, dieser also – anders als ein privater Lebensversicherungsvertrag – auf ihn als Versicherungsnehmer ausgestellt

ist. Es ist im Rahmen einer Typisierung nicht zu beanstanden, wenn das Bundessozialgericht auch nach Ende des Arbeitsverhältnisses durch den früheren Arbeitnehmer eingezahlte Beiträge im Rentenversicherungsrecht ebenfalls als noch betrieblich veranlasst einstuft, solange der institutionelle Rahmen des Betriebsrentenrechts, also der auf den Arbeitgeber als Versicherungsnehmer laufende Versicherungsvertrag, zur Durchführung der betrieblichen Altersversorgung genutzt wird. Es liegt damit ein formal einfach zu handhabendes Kriterium vor, dass ohne Rückgriff auf arbeitsrechtliche Absprachen eine Abschichtung betrieblicher von privater Altersversorgung durch Lebensversicherungsverträge erlaubt.

Direktversicherungen, die – obwohl vom Arbeitgeber abgeschlossen und geführt, deren Leistung aber nicht vom Arbeitgeber „umfasst“, d.h. zugesagt oder garantiert ist und deren Beiträge allein vom Arbeitnehmer ohne arbeitsvertragliche Grundlage erbracht wurden – sind ebenfalls nach BetrAVG §1 Abs. 2, Nr. 4 und [1 BvR 1660/08, Abschn. II, Rn. 12](#) i. V. mit BSG B12 R 5/09 R **keine betriebliche Altersversorgung, kein Versorgungsbezug, sondern private Vorsorge** (siehe auch [https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20200110 Die Versicherer der Kapitallebensversicherungen stehen den gesetzlichen Krankenkassen in puncto Kriminalität in nichts nach](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20200110_Die_Versicherer_der_Kapitallebensversicherungen_stehen_den_gesetzlichen_Krankenkassen_in_puncto_Kriminalitaet_in_nichts_nach), Kap. 3, 6, 9).

1 BvR 1660/08 vom 28.9.2010, Abschn. II, Rn. 13

*c) Das **Bundessozialgericht** **verkennt** aber **Bedeutung und Tragweite von Art. 3 Abs. 1 GG**, wenn es die Typisierung auf die Fälle ausdehnt, in denen auch Einzahlungen des Arbeitnehmers auf Kapitallebensversicherungsverträge in die betriebliche Altersversorgung eingeordnet werden, die den Begriffsmerkmalen des Betriebsrentenrechts nicht entsprechen und sich in keiner Weise mehr von Einzahlungen auf **private Kapitallebensversicherungsverträge unterscheiden**. Das ist der Fall, wenn nach Beendigung der Erwerbstätigkeit Beiträge auf eine frühere Direktversicherung nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses und nach Einrücken des Arbeitnehmers in die Stellung des Versicherungsnehmers allein von ihm gezahlt werden.*

Hinweise:

- Das ist der Fall, wenn...“ bedeutet keinesfalls „das ist nur der Fall, wenn...“
- Die Versicherungen waren keine „Direktversicherungen“ im Sinne des gleichnamigen Durchführungsweges in der BetrAVG, sondern Kapitallebensversicherungen

Die Kapitallebensversicherungen der 6 Mio Betroffenen erfüllen also definitiv nicht die Kriterien des BetrAVG für eine bAV im Durchführungsweg „Direktversicherung“, sondern sind vom AG/Betrieb abgeschlossene private Kapitallebensversicherungen (siehe auch [https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20200110 Die Versicherer der Kapitallebensversicherungen stehen den gesetzlichen Krankenkassen in puncto Kriminalität in nichts nach](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20200110_Die_Versicherer_der_Kapitallebensversicherungen_stehen_den_gesetzlichen_Krankenkassen_in_puncto_Kriminalitaet_in_nichts_nach)).

1 BvR 1660/08, Abschn. II, RN 14

*„aa) Die institutionelle Unterscheidung des Bundessozialgerichts, ob eine Einrichtung der betrieblichen Altersversorgung die Leistungen auszahlt, versagt beim Durchführungsweg der Direktversicherung stets, weil hier Lebensversicherungsunternehmen, die sowohl das private Lebensversicherungsgeschäft wie auch betriebliche Altersversorgung betreiben, als Träger auftreten. **Die institutionelle Unterscheidung kann sich daher nur daran orientieren, ob die rechtlichen Vorgaben betrieblicher Altersversorgung erfüllt sind**. Insoweit ist mit der jüngsten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 12. November 2008 - B 12 KR 6/08 R - juris Rz. 30; Urteil vom 12. November 2008 - B 12 KR 6/08 R - juris Rz. 26) davon auszugehen, dass die Abgrenzung der beitragspflichtigen Leistungen nach dem Versicherungstyp (Direktversicherung im Sinne von § 1 Abs. 2 Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung - BetrAVG) grundsätzlich ein geeignetes Kriterium darstellt, um beitragspflichtige Versorgungsbezüge und beitragsfreie private Lebensversicherungen voneinander abzugrenzen. [...].“*

Die **rechtlichen Vorgaben betrieblicher Altersversorgung** sind also, ungeachtet eines „institutionellen Bezugs“ - der lediglich darin bestand, dass der AG die Versicherung abgeschlossen hat und die Prämienüberweisung tätigte - **nicht erfüllt**. **Im Übrigen gibt es keine gesetzliche Regelung nach der aus einem „institutionellen Bezug“ auf eine betriebliche Altersversorgung nach BetrAVG geschlussfolgert werden kann.**

Und dies ist hier extra rot markiert, weil genau dieses versuchen die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit durch ihre Änderung zu „beheben“.

Wenn sie allerdings rechtliche Texte lesen und verstehen könnten, dann würden sie dem Beschluss 1 BvR 1660/08 auch entnehmen: es reicht nicht das 2002/2003 erfundene rechtsbeugende Argument „**Bezug zum früheren Erwerbsleben**“ als ewige Leier permanent zu wiederholen, die Wurzel muss nämlich nach 1 BvR 1660/08 bestimmte Bedingungen erfüllen: bei Vorliegen einer betrieblichen Altersversorgung bzw. eines Versorgungsbezugs müssen drei Dokumente nachweislich vorhanden sein:

1. **Novierung des Anstellungsvertrages** zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, durchgeführt im Zeitraum um die Termine der Vertragsabschlüsse der Kapitallebensversicherungen
2. **Versorgungszusage** durch den Arbeitgeber, erbracht im Zeitraum um die Termine der Vertragsabschlüsse der Kapitallebensversicherungen
3. **Nachweis**, dass die Versicherungsprämien während der Laufzeit der Kapitallebensversicherungsverträge aus dem Vermögen des Arbeitgebers gezahlt worden sind, nachdem der Kläger dieses Vermögen durch seinen entsprechenden Gehaltsverzicht aufgestockt hat.

In der Begründung zur Änderung „zu Artikel 1 Nr. 5a“ wird behauptet „**Die insoweit aufgestellten Abgrenzungskriterien des Bundesverfassungsgerichts werden mit der vorliegenden Änderung einheitlich gesetzlich festgelegt.**“

Das werden sie mitnichten; dies ist nicht nur eine **bewusst unwahre Behauptung**, sondern eine **extrem peinliche geistige und gesetzgeberische Fehlleistung**. Die Mitglieder des Gesundheitsausschusses handeln genauso wie die rechtsbeugenden und Verfassung brechenden Richter aller mit Beitragsrecht befassten Sozialgerichte der Bundesrepublik Deutschland; sie picken sich Formulierungen aus einem Gesamtkontext heraus, die ihnen in den Kram passen, und ignorieren den Rest. Mit ein wenig Lernwilligkeit bei den dazu Befähigten, hätte diese Peinlichkeit vielleicht vermieden werden können (siehe: die diversen Emails von uns Betroffenen im Zeitraum Ende 2015 bis Oktober 2018 auch an alle Mitglieder des Gesundheitsausschusses; [https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/ 20180906](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20180906) **Das Zusammenspiel der Täter der GKVen, des BMGS und des BSG (staatlich organisierte Kriminalität)**).

In der Begründung zur Änderung „zu Artikel 1 Nr. 5a“ berufen sich die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit auf die „**Rechtsprechung des Bundessozialgerichts** vom 30. März 2011 (B 12 KR 16/10 R)“. Dies ist aber keine Rechtsprechung, sondern die Willkürjustiz des 12. Senats des Bundessozialgerichts in einem seit 2006 etablierten und seitdem fortlaufend erweiterten **selbstreferentiellen Unrechtssystem**, welches basiert auf in Deutschland verbotenem Richterrecht und auf Rechtsbeugung und Verfassungsbruch; also einem System, in welchem die Richter fortlaufend **Verbrechen** begehen ([https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/ 20180906](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20180906) **Das Zusammenspiel der Täter der GKVen, des BMGS und des BSG (staatlich organisierte Kriminalität)**; [20181212](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20181212) **Die GMG-Gesetzgebung eine Serie von Verfassungsbrüchen**; [20190116](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20190116) **Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz - Teil I**).

Der 12. Senat hat in seiner Begründung des Urteils B 12 KR 2/16 R vom 10.10.2017 gestanden sich nicht an Recht und Gesetz zu halten und auf eine Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in der Vergangenheit und in Zukunft zu pfeifen ([https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/ 20190116](https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/20190116) **Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz - Teil I**, Kap. 19).

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass **die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit ihren Änderungswunsch am Gesetzentwurf bzgl. § 229 SGB V mit einer Reihe von bewusst unwahren Behauptungen (Lügen) und mit der Bezugnahme auf Verbrechen von Sozialrichtern und Richtern des Ersten Senats des BVerfG begründen**.

Die Begründung steht also nicht auf wackeligem Grund, sie ist bodenlos.

Der Ausschuss für Gesundheit hat das Dokument „**Beschlussempfehlung** und Bericht (BT-DS 19/5112)“ auf den **17.10.2018** datiert.

Auf Basis der Dokumente (BT-DS 19_4454, BT-DS 19/4552, BT-DS 19/5112, BT-DS 19/5118) **entscheidet der Bundestag am 18.10.2018** über den Gesetzentwurf (Plenarprotokoll 19/58, TOP 10, S. 6412C – 6423B) (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. **[JIG_O-PL_404]**).

Das bedeutet, die Änderungen am Gesetzentwurf durch den Ausschuss für Gesundheit waren den anderen Abgeordneten (nicht Mitglieder im Ausschuss) nicht bekannt. In der zweiten Beratung wurden in den „interfraktionell vereinbarten **38 Minuten**“ die üblichen hochtrabenden Reden gehalten; die **Änderungsvorschläge durch den Gesundheitsausschuss** kommen nicht vor.

Dies führt dann zu folgenden Abstimmungen in der zweiten und dritten Beratung

S. 6423B:

Vizepräsident Thomas Oppermann:

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über den von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzentwurf zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Ausschuss für Gesundheit empfiehlt unter Buchstabe a seiner Beschlussempfehlung auf Drucksache 19/5112, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf den Drucksachen 19/4454 und 19/4552 in der Ausschussfassung anzunehmen. Ich bitte diejenigen, die dem Gesetzentwurf in der Ausschussfassung zustimmen wollen, um das Handzeichen. – Gegenstimmen? – Enthaltungen? – Bei Enthaltung von AfD und der Fraktion Die Linke und Gegenstimmen der FDP ist der Gesetzentwurf mit der Mehrheit von SPD, Grünen und CDU/CSU angenommen. Das war die zweite Beratung.

Wir kommen zur

dritten Beratung

und Schlussabstimmung. Ich bitte diejenigen, die dem Gesetzentwurf zustimmen wollen, sich zu erheben. – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Damit ist der Gesetzentwurf wiederum bei Enthaltung von AfD und der Fraktion Die Linke und Gegenstimmen der FDP mit der Mehrheit von SPD, Grünen und CDU/CSU angenommen. Herzlichen Glückwunsch!

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Wir stellen also fest, die Abgeordneten des Deutschen Bundestages entscheiden nicht über einen Gesetzestext (den sie ja auch hier wieder gar nicht vollständig kennen können), sondern sie geben lediglich nach **Partei-Fraktions-Vorgabe** eine **Ja/Nein/Enthaltung-Votierung** ab.

Auch bei diesem Fall einer Gesetzgebung (GKV-VEG) ist wiederum die Feststellung angebracht: Man weiß doch wie viel Mandate jede Fraktion hat, das kann man doch viel effektiver durch Addition und Subtraktion der bekannten Anzahl der Fraktionsmitglieder machen und die Abgeordneten können derweil ihrem Hobby des Nebenerwerbs nachgehen. Die wenigen echt Interessierten können sich ja auf ein Bier treffen.

Nun hat aber noch der Bundesrat das Wort, denn er hat schließlich im Vorfeld schon Ideen mit sich herum getragen. Der Bundesrat beschließt in seiner 972. Sitzung: er verzichtet darauf weitere Ideen zu haben. Seine Ideen sind sozusagen mit der Stellungnahme am 21.09.2018 (1. Durchgang Bundesrat) verpufft. Einzig die Ministerpräsidentin Malu Dreyer weiß **ein kräftiges Wort mit in die Zukunft zu geben** (Bundesrat Stenografischer Bericht 972. Sitzung, Plenarprotokoll 972, TOP 6) (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [\[IG_O-PL_405\]](#)).

11 Was folgt daraus für die rechtliche Wirkung des § 229 SGB V

<p>WENN für EINNAHMEN gilt</p> <p>(</p> <p>(sie werden wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit erzielt</p> <p>)</p> <p>ODER</p> <p>(sie werden zur Altersversorgung erzielt 1)</p> <p>)</p> <p>ODER</p> <p>(sie werden zur Hinterbliebenenversorgung erzielt</p> <p>)</p> <p>)</p> <p>UND</p> <p>([es sind]</p> <p>(1. Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften [...],</p> <p>)</p> <p>ODER</p> <p>(2. Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister,</p> <p>)</p> <p>ODER</p> <p>(</p> <p>((3. a) Renten der Versicherungseinrichtungen 2)</p> <p>)</p> <p>UND</p> <p>(diese Versicherungseinrichtungen sind für Angehörige bestimmter Berufe errichtet [worden] 3)</p> <p>)</p> <p>)</p> <p>ODER</p> <p>((3. b) Renten der Versorgungseinrichtungen 4)</p> <p>)</p> <p>UND</p> <p>(diese Versorgungseinrichtungen sind für Angehörige bestimmter Berufe errichtet [worden]</p> <p>)</p> <p>)</p> <p>)</p> <p>ODER</p> <p>(4. Renten und Landabgabe renten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte mit Ausnahme einer Übergangshilfe,</p> <p>)</p> <p>)</p> <p>ODER</p> <p>((5. Renten der betrieblichen Altersversorgung 5)</p> <p> einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst</p> <p> und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung.</p> <p>)</p> <p>UND NICHT</p> <p>((Leistungen aus Altersvorsorgevermögen im Sinne des § 92 des EStG</p> <p>)</p> <p>ODER</p> <p>(Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat</p> <p>)</p> <p>)</p> <p>)</p> <p>DANN sind dies VERSORGUNGSBEZÜGE</p>	
<p>WENN</p> <p>(an die Stelle der Versorgungsbezüge 6)</p> <p> eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung tritt</p> <p>)</p> <p>ODER</p> <p>(ist eine solche Leistung [= eine an die Stelle von Versorgungsbezügen tretende nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung]</p> <p>(vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart worden 7)</p> <p>)</p> <p>ODER</p> <p>(vor Eintritt des Versicherungsfalls zugesagt worden 8)</p> <p>)</p> <p>)</p> <p>DANN</p> <p>gilt ein Hundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate. 9)</p>	

Hier ist nur der neue Bereich durch die beiden Änderungen (hellblau) zu diskutieren; der Rest ist in <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> **20190116 Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz - Teil I**, Kap.5 nachzulesen:

Änderung 1:

Versorgungsbezüge sind
Renten der betrieblichen Altersversorgung
(UND)
wenn es **NICHT Riester-Renten der betrieblichen Altersversorgung** sind.

Die Schizophrenie der **Änderung 1** erschließt sich durch bloße Anschauung.

Irgendwo stand mal: „Die Untergruppe des deutschen Rechtskreises (Deutschland, ...) zeichnet sich durch seine **Systematik** aus; es herrschen rationales, abstraktes und begriffliches Denken vor“ (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> **20180625 Der Traum der Juristen vom "American Way of Life"**). ... Ah ja. Fragt sich nur noch, was denn da System hat.

Änderung 2:

Versorgungsbezüge sind
Renten der betrieblichen Altersversorgung
(UND)
wenn es **NICHT** Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat

Kapitalansparungen aus Kapitallebensversicherungen, auch wenn sie vor dem Ende des Arbeitsverhältnisses angespart wurden, sind auch weiterhin keine Versorgungsbezüge, denn es sind keine „Renten der betrieblichen Altersversorgung“, weil sie nicht an die Stelle von vorher dagewesenen „Renten der betrieblichen Altersversorgung“ treten. Kurz: es sind keine Abfindungen eines vorher dagewesenen Anspruchs auf eine Rente. Dann ist es völlig egal was sich die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit da ausgedacht haben; wenn der vordere Teil nicht erfüllt ist und mit irgendeiner weiteren Aussage über logisches UND verbunden ist, dann ist die Regelung insgesamt nicht anwendbar und es ist völlig egal was nach dem UND steht.

In einem Rechtsstaat **hätten sich die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit also völlig umsonst verausgabt.**

Aber natürlich können die Bastler aus dem Gesundheitsausschuss darauf setzen, dass die **rechtsbeugende und Verfassung brechende Richterschar** das nicht versteht, denn man hat denen im Jurastudium auch die letzten Deutschkenntnisse und das letzte bisschen Fähigkeit zu normaler menschlicher Logik ausgetrieben (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> **20180625 Der Traum der Juristen vom "American Way of Life"**; **2020mmtt Die staatlichen Juristen – Ein Berufsstand zwischen Missbrauch und Größenwahn**). Sie werden nur lesen „nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses“ ist nichts zu verbeitragen, also ist alles vor dem Ende des Arbeitsverhältnisses zu verbeitragen, zu mehr reicht es bei den meisten Juristen nicht.

Die Methode, durch Änderung im letzten Moment dem Parlament einen unbekanntem Gesetzentwurf zur Entscheidung unterzuschieben, haben die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit nicht selbst erfunden, sondern von ihren Vorbildern übernommen (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> **20181212 Die GMG-Gesetzgebung eine Serie von Verfassungsbrüchen**, Kap.9 bis 12; **20190116 Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz - Teil I**, Kap. 6).

Die **Mitglieder des Gesundheitsausschusses haben also die Absicht dem in 2002/2003 durch die Regierung Schröder, die Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt und die Lobbyisten der gesetzlichen Krankenkassen erfundenen Scheinargument des „Bezugs zum früheren Erwerbsleben“** (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Schluesse/> **20180906 Das Zusammenspiel der Täter der GKVen, des BMGS und des BSG (staatlich organisierte Kriminalität)**; **20190116 Die mit dem GMG einhergehende Kriminalisierung der Justiz - Teil I**, Kap.4e, 5c, 6, 9c, 13: „GK3“) **neues Leben einzuhauchen und den rechtsbeugenden und Verfassung brechenden Gerichten durch Änderung des § 229 SGB V** (mit „Scheinwirkung“ für sprach- und denkunfähige Rechtsbeuger) **die**

Mittel an die Hand zu geben ihr gesetzeswidriges Treiben mit neuen Kräften und verstärkt fortzusetzen.

Das haben diese Richter der Sozialgerichte offensichtlich dringend nötig, wenn z.B. das Bayerische Landessozialgericht für eine Unrechtsprechung zugunsten der gesetzlichen Krankenkasse in einem Berufungsverfahren 39 Missachtungen der Gesetze SGG und ZPO, eine Nötigung in besonders schwerem Fall (§ 240 StGB), 115 Rechtsbeugungen (§ 339 StGB i.V.m. §12 StGB Verbrechen) und drei unmittelbare und drei mittelbare Verfassungsbrüche benötigt (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-K/> Referenznr. [\[IG_K-LG_23040\]](#), [\[IG_K-LG_23041\]](#)).

Was diese Bastler nicht ahnen konnten ist, dass sich nicht die rechtsbeugenden und Verfassung brechenden Sozialrichter auf das neue „Werkzeug“ stürzen, sondern dass der **Bundesminister für Gesundheit Spahn** und der **Bundesminister für Arbeit und Soziales Heil** als erste glauben dieser tote Gaul bringe sie ins Ziel der erträumten Zukunft, in welcher sie das Sagen haben, was Recht und Gesetz ist.

Erstaunt sind wir über die Prophetie der Malu Dreyer mit ihren zukunftsweisenden Worten im Bundesrat (Bundesrat Stenografischer Bericht 972. Sitzung, Plenarprotokoll 972, TOP 6, S. 413, 2. Absatz; <https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [\[IG_O-PL_405\]](#)):

„Das Gesetz kommt aus dem Haus S p a h n, dem ich für die Vorlage sehr herzlich danken möchte. Es trägt aber im Kern eine sozialdemokratische Handschrift.“

Wie wahr, wie wahr, denn in dem überarbeiteten und ab 01.10.2020 geltenden Zahlstellen-Meldeverfahren haben nicht nur der **Bundesminister für Gesundheit Spahn** (CDU) sondern auch der **Bundesminister für Arbeit und Soziales Heil** (SPD) die durch den Gesundheitsausschuss heimlich, still und leise, auf den letzten Drücker (unbemerkt von den anderen Abgeordneten des Bundestages) eingebrachte Gesetzes-Änderung 2 ganz offensichtlich als persönlichen Aufruf an sich verstanden, diese **sprachverbiegende und rechtsverbiegende Interpretation** des neuen Textes durch eigenes Werk zu erweitern und zu krönen (Kap. IV) und ganz ungeniert eine eigene Legaldefinition „**Betriebsrente**“ zu kreieren.

„Unter dem Begriff Betriebsrente fallen alle Leistungen der betrieblichen Altersversorgung, die aus Anlass eines früheren Beschäftigungsverhältnisses gewährt werden. Ferner gehören hierzu die Zusatzversorgungsleistungen im öffentlichen Dienst einschließlich der kirchlichen Altersversorgung sowie die hüttenknappschaftliche Zusatzversorgung.“

Dieses Treiben ist absolut nicht durch Recht und Gesetz gedeckt, aber es geht konform mit den Intentionen der Bastler vom Gesundheitsausschuss.

Auch dass diese (ohne Wirkung) Gesetzesvariante erst ab 11. Dezember 2018 gilt, ficht sie nicht an. Sie wissen doch um den Missbrauch der „unechten Rückwirkung“: Wenn nach Ablauf der Kapitallebensversicherung 6 Mio Betroffene die volle Verfügungsgewalt über ihr langfristig angespartes Eigentum bekommen, so ist die Eigentumsfrage dazu erst dann endgültig zu klären, nachdem die Krankenkassen (der Staat) sie um 20 % davon bestohlen haben.

Dass die beteiligten Politiker erst des Gesundheitsausschusses und dann die beiden Bundesminister genauso wie die rechtsbeugenden Juristen glauben, man könne die Sprache und das Recht so einfach verbiegen, kann auch damit zu tun haben, dass im Bundestag und Bundesregierung so überdurchschnittlich viele auch Juristen sind, denen ebenfalls in ihrem Studium Sprachfähigkeit und Denkfähigkeit ausgetrieben wurden.

Sie wollen die Parteienoligarchie und Kleptokratie (<https://www.ig-gmg-geschaedigte.de/Beweise-O/> Referenznr. [\[IG_O-PP_002\]](#), [\[IG_O-PP_003\]](#)) weiter ausbauen und den Abbau von Rechtsstaatlichkeit und der Parlamentarischen Demokratie hemmungslos fortsetzen. Dazu ist ihnen jedes Mittel recht.

§ 81 Abs. 1 Hochverrat gegen den Bund StGB

(1) Wer es unternimmt, mit Gewalt oder durch Drohung mit Gewalt

1. den Bestand der Bundesrepublik Deutschland zu beeinträchtigen oder
2. die auf dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland beruhende verfassungsmäßige Ordnung zu ändern,

wird mit lebenslanger Freiheitsstrafe oder mit Freiheitsstrafe nicht unter zehn Jahren bestraft.

In 2021 wird die Wahl zum 20. Deutschen Bundestag stattfinden.



Wer ihre Parteien CDU/CSU und SPD wählt,



der wählt auch sie und Ihresgleichen,

wer ihre Parteien wählt, der wählt

Willkürjustiz, das Ende des Rechtsstaates und das Ende der Demokratie.