

Information zu einer absurden, vom Gesetzgeber empfohlenen Altersvorsorge mit enteignender Wirkung, bereits 2004 dokumentiert in

Bundestag-Drucksache 15/2472 vom 11.02. und 15/4451 vom 02.12., dort:

Die Mitglieder der Fraktion der FDP erklärten, dass die volle Beitragserhebung auf Betriebsrenten, Versorgungsbezüge und Direktversicherungen eine kalte Enteignung vieler, die für das Alter vorgesorgt hätten, sei.

Im letzten Quartal des vergangenen Jahrhunderts erklärten die Politiker, dass die Altersversorgung der Arbeitnehmer auf drei Säulen stehen sollte:

Säule 1, die staatliche Rente,

Säule 2, die Betriebsrente (Goldene Fessel),

Säule 3, die private Vorsorge.

Wenn ein Arbeitnehmer aus der 2. Säule eine Rente bekam, hatte er keinen Pfennig oder Cent dazu getan. Er bekam eine Betriebsrente, im Volksmund auch „goldene Fessel“ genannt. Alles von seinem Arbeitgeber finanziert.

Der Arbeitnehmer, der diesen betrieblichen Versorgungsbezug bekam, bezahlte bis 2004 seinen normalen Sozialbeitrag. Wenn er sich aber, nachdem der Versorgungsbezug eingetreten war, eine Kapitalabfindung auszahlen lies, musste er 120 Monate Sozialabgaben zahlen.

Hatte er aber **vor Eintritt** des Versorgungsbezugs eine Kapitalabfindung vereinbart, dann wurde ihm die ganze Summe brutto für netto ausgezahlt.

Der Arbeitnehmer brauchte keine Sozialabgaben zu zahlen.

Das bemängelten die Gerichte. Es kann nicht sein, dass auf Grund einer unterschiedlichen Auszahlungsart einmal Sozialabgaben gezahlt werden müssen und einmal nicht.

Aus diesem Grund wurde der § 229 SGB V Punkt 143 wie folgt geändert:

Nach dem Begriff > wiederkehrende Leistung < wurde die Ergänzung > oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden < eingefügt.

Diese harmlose Erweiterung des § 229 SGB V Nr. 143 nehmen die Krankenkassen ab 2004 zum Anlass, auch Kapitalzahlungen aus Direktversicherungen als 3. Säule, hier die private Vorsorge, zu Versorgungsbezügen zu erklären und Beiträge zu verlangen.

Das haben die Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV) am 9. und 10.9.2003 so beschlossen, drei Monate (!) bevor über das Gesetz im Bundestag abgestimmt wurde.

Exkurs:

In Bochum haben Sie sich zu Fragen der Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner mit den Auswirkungen der Neufassung von § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V durch Artikel 1 Nr. 143 GMG befasst. Sie sind dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass diese Neufassung sich auch auf originäre Kapitalleistungen beziehen soll. Durch die Änderung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V hat die Vorschrift ihren Charakter verändert und zielt nicht mehr auf Kapitalabfindungen allein ab. Die Wortwahl „ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden“ soll gerade erreichen, dass es für die beitragsrechtliche Beurteilung nicht mehr darauf ankommt, ob die Versorgungsleistung als originäre Kapitalzahlung ohne Wahlrecht zu Gunsten einer Rentenzahlung oder als Kapitalleistung mit Option zu Gunsten einer Rentenzahlung zugesagt wird.

Die Grundlage für diese Gesetzesänderung ist in der Bundesdrucksache 15/1525 erklärt:

„Die Regelung beseitigt Umgehungsmöglichkeiten bei der Beitragspflicht für Versorgungsbezüge. Nach bisherigem Recht gilt für eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung (Kapitalabfindung), die an die Stelle eines Versorgungsbezugs tritt, als monatliche beitragspflichtige Einnahme 1/120 der Leistung für längstens 10 Jahre.

Im Infopapier der SPD Bundestagsfraktion vom 2.2.2004 steht dazu: „Die in Rede stehende Rechtsänderung überfordert die von ihr betroffenen Beschäftigten nicht. Ein Rentner, dem eine Kapitalabfindung von 60.000 Euro ausgezahlt wird, muss mithin

monatlich auf 500 Euro Krankenkassenbeiträge bezahlen. Die Beitragspflicht auf Kapitalabfindungen ist überdies auf zehn Jahre begrenzt. Auf betriebliche Altersrenten sind hingegen Beiträge zu entrichten, so lange diese Versorgungsbezüge gezahlt werden.“

Gegen diese Art der Gesetzesauslegung und Verbeitragung der privaten Altersvorsorge wehren wir uns. Sie ist gesetzlich nicht geregelt.

Die Begründung zur Änderung des § 229 SGB V ist in der Bundesdrucksache 15/1525 vom 8.9.2003, Seite 139 zu Nummer 143 (§ 229) nachzulesen. Zitat:

Die Regelung beseitigt Umgehungsmöglichkeiten bei der Beitragspflicht für Versorgungsbezüge. Nach bisherigem Recht gilt für eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung (Kapitalabfindung), die an die Stelle eines Versorgungsbezugs tritt, als monatliche beitragspflichtige Einnahme 1/120 der Leistung für längstens 10 Jahre (§ 229 Abs. 1 Satz 3 a. F.).

Die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger haben im Gemeinsamen Rundschreiben vom 21. März 2002 hierzu ausgeführt, dass Beiträge aus einer Kapitalabfindung nur dann berechnet werden können, wenn dadurch ein bereits geschuldeter Versorgungsbezug ersetzt wird. Geschuldet wird ein Versorgungsbezug, wenn der Versicherungsfall (Erwerbsminderung, Rentenalter) bereits eingetreten ist.

Im Umkehrschluss sind keine Beiträge zu berechnen, wenn der Anspruch auf die Kapitaleistung vor Eintritt des Versicherungsfalls zugesichert wird bzw. die einmalige Leistung von vornherein als solche vereinbart oder zugesagt worden war (originäre Kapitaleistung; BSGE vom 18. Dezember 1984 und 30. März 1995). Die Beitragspflicht wird also durch entsprechende Vereinbarungen umgangen. Aus Gründen der gleichmäßigen Behandlung aller Betroffenen soll diese Lücke geschlossen werden.

Über die Abstimmung berichtet Carl-Ludwig Thiele (FDP), nachzulesen im Protokoll des Deutschen Bundestags / 15. Wahlperiode/ 97. Sitzung vom 11.3.2004 auf Seite 8732:

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich bin nun seit 1990 im Deutschen Bundestag. Ich habe es noch nicht erlebt, dass eine solch weitreichende gesetzlichen Regelung beschlossen wurde, ohne dass dieser Punkt

vorher in einem der Debattenbeiträgen zu diesem Thema – weder am 18.6. noch am 9.9 noch am 26.9 – auch nur angesprochen wurde.

Es hat am 26.9. auch sehr viel Diskussionen und sehr viele persönliche Erklärungen gegeben; aber in keiner dieser persönlichen Erklärungen ist dieser Punkt auch nur angesprochen worden, weil fast keinem diese Regelung bekannt war. Aus vielen Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen, auch von der SPD und von der Union, weiß ich, dass viele Kolleginnen und Kollegen, ich gehe von 80-90% aus, die damals dem Gesetz zustimmten, nicht wussten, dass eine solche Regelung Bestandteil des Gesetzes war. Die Öffentlichkeit erfuhr von dieser Regelung erst Ende letzten bzw. Anfang dieses Jahres. Als Mitglied des Finanzausschusses bin auch ich erst zu diesem Zeitpunkt überhaupt auf diese Regelung aufmerksam geworden; das bekenne ich hier ganz freimütig. Ende des Zitats.

Das BVerfG sagt im Urteil 1 BvR 2137/06 ganz genau, was ein Versorgungsbezug ist:
In Randnummer 6 steht:

Für Versorgungsbezüge blieb es bis zum 31. Dezember 2003 dabei, dass auf diese nur der halbe allgemeine Beitragssatz erhoben wurde.

Im Urteil 1 BvR 1924/07 steht unter Randnummer 4:

Die Krankenversicherung der Rentner wird seit dem Rentenanpassungsgesetz 1982 vom 1.12.1981 (BGBl I S. 1205) unter anderem durch Beiträge finanziert, welche die Versicherten zu tragen haben. Seitdem wird außer dem Arbeitseinkommen, der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und dem Arbeitseinkommen auch der Zahlbetrag von der Rente vergleichbaren Einkommen (Versorgungsbezüge) herangezogen.

Das BVerfG sieht im Urteil 1 BvR 1660/08 die Frage zur Doppelverbeitragung mit Bezug auf das im Urteil 1 BvR 1924/07 bereits als geklärt an.

In 1 BvR 1660/08 Randnummer 6 steht:

Das Bundesministerium der Gesundheit hat seitens der Bundesregierung auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet. Die Krankenkasse des Beschwerdeführers hat erklärt, dass aus ihrer Sicht die gesetzlichen Voraussetzungen für die Annahme der

Verfassungsbeschwerde nicht vorlegen. Sie sieht die Frage schon durch den Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2008 (1 BvR 1924/07 - juris) als geklärt an.

Diese wichtigen, entscheidenden Passagen findet keine Berücksichtigung, wir müssen zahlen. Im Urteil 1 BvR 1924/07 schreibt das BVerfG, dass alle Kapitallebensversicherungen, die im Arbeitsleben wurzeln und der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer fungiert, ein Versorgungsbezug ist.

Dieses Urteil betrifft nur Direktversicherung mit Vertragsabschluss nach 2002, geregelt im Altersvermögensgesetz (AVmG) zum 1.1.2002!

Mit dem AVmG wurden die fünf Wege zur betrieblichen Altersversorgung, Direktversicherung, Pensionskasse, Pensionsfonds, Unterstützungskasse und die Direktzusage eingeführt. Durch das AVmG haben die Arbeitnehmer gegenüber ihrem Arbeitgeber einen Rechtsanspruch auf Entgeltumwandlung bekommen. Die Entgeltumwandlung wird grundsätzlich mit Bruttogehalt gespeist.

Für den Arbeitnehmer, der eine DV vor 2002 abgeschlossen hatte, bezahlte der Arbeitgeber direkt von dessen Gehalt in die Direktversicherung. Er wurde mit einer günstigen, pauschalierten Lohnsteuer belohnt. Anfangs betrug diese 10%, dann 15% und danach 20%

Die Sozialabgaben sollten wie folgt berechnet werden:

- Bei Einmaleinzahlungen vom Weihnachts- oder Urlaubsgeld = Sozialabgabenfrei,
- Wenn man über der Beitragsbemessungsgrenze verdiente = Höchstbeitrag.
- Wenn man monatlich einzahlte = normale Sozialabgaben (Geringverdiener)

Einzige Voraussetzung, der Arbeitgeber muss der Versicherungsnehmer sein.

Bis 2004 waren diese Kapitallebensversicherungen bei Kapitalauszahlung beitragsfrei.

In der 167. Plenarsitzung von 28.4.2016, Protokoll 18/167 erklärte Frau Ulla Schmidt, dass unsere DV (Altverträge vor 2002) nicht von der Gesetzesänderung erfasst worden ist. Als Vizepräsidentin des Bundestages hatte sie in der 167. Plenarsitzung am 28.4.2016 den Vorsitz. Im Protokoll 18/167 ist zu lesen.

„Vielleicht dient es auch zur Beruhigung der Gemüter, noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Regelung auf einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes beruhte, das besagte, dass Einmalzahlungen und Rentenzahlungen gleichzustellen sind, weil das wirklich

ungerecht war. Deshalb kamen diese Regelungen zustande.“

Seit vielen Jahren kämpfen wir gegen diese ungerechtfertigte Verbeitragung. Trotz eindeutiger Beweislage, dass hier die Krankenkassen (Lobbyisten) eine Gesetzesänderung zu ihren Gunsten auslegen und damit große Gewinne machen, will uns keiner hören. Ca. 8.000 Klagen liegen bei den Gerichten zur Klärung an. Ganz viele mit Unterstützung der Rechtsschutzversicherungen. Was geschieht? Die Kläger, die um ihr Recht kämpfen, versucht man mit einer Mutwillgebühr nach § 192 SGG von der Klage anzuhalten.

Tragisch verlaufen unsere Hilferufe an unsere Volksvertreter. Sie wollen nichts davon wissen und wimmeln uns mit Falschaussagen ab. Es ist uns noch nicht gelungen festzustellen, ob das mit Absicht geschieht oder aus Unwissenheit. Leider liegt die Anzahl der Antworten bei weniger als 10%.

Politiker aller Parteien, ob beim Bund oder vom Land verschicken das gleiche Formblatt mit den gleichen Aussagen und Fehlern. Diese Fehler hat der Verein auf vier DIN A 4 Seiten aufgelistet und richtiggestellt (bitte anfordern). Neben diesem Formblatt gibt es aber auch Schreiben, wo absichtlich gelogen wird. Z. B. hat Frau Maria Michalk als finanzpolitische Sprecherin im Auftrag von Herrn Dr. Kauder geschrieben, dass eine Expertenrunde im Deutschen Bundestag im Januar 2016 gesagt hat, dass es keine Doppelverbeitragung gibt und dass alles so bleiben muss. Deutlicher kann eine Lüge nicht sein. Obwohl wir Herrn Dr. Kauder genau beschrieben haben, um was für eine Direktversicherung es sich handelt (Altverträgen vor 2002), hat er Frau Michalk über eine Direktversicherung, die als Entgeltumwandlung ab 1.1.2002 abgeschlossen wurde, geschrieben.

Aus vorgenannten Gründen fordern wir

– für unsere private Vorsorge den Status, den wir bis zum 31.12.2003 hatten.

Der Status wurde ohne gesetzliche Grundlage von den Krankenkassen geändert und wird vom BVerfG eindeutig nicht zu den Versorgungsbezügen gezählt,

– unsere willkürlich erhobenen Zwangsbeiträge zurück mit der Zusage, dass die Gesetzlichen Krankenversicherungen sich nicht auf Verjährung berufen dürfen.

GK 28.02.2018

Nachträge

Aussage:

*Die eigenen Beitragszahlungen der Rentner deckten nur noch gut 43 % der Leistungsausgaben in der Krankenversicherung. Noch im Jahr 1973 war die Leistungsaufwendung der Krankenkassen für **westdeutsche** Rentner zu rund 72 % gedeckt worden.*

Hiermit will man ausdrücken, dass die Eigendeckung der Rentner, die 1973 72% betrug, bis auf 43 % 2004 abgesackt ist.

Diese Aussage ist zweifach falsch.

1) Die Rentner waren bis 1983 Sozialabgabenfrei. Die eigene Deckung kann nicht bei rund 72% gelegen haben. Ab 1983 hat die Beitragspflicht zusätzlich Geld in die Kassen gespült. Auch muss bedacht werden, dass es 1989 die Wiedervereinigung gab.

2) Diese Aussage bezieht sich nur auf § 248 SGB V (Es ist der volle allgemeine Beitrag zu zahlen, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag) Sie ist keine Begründung, dass unsere Direktversicherung beitragspflichtig wurde.

15.07.2018

Urteil des BSG: B 12 KR 19/18 R vom 26.2.2019

In diesem Urteil erkennt man, dass nach wir vor das Gericht von falschen Voraussetzungen ausgeht. Sie kennen unserer Direktversicherung von vor 2002 nicht!

Im Vergleich Betriebsriester (beitragsfrei seit 1.1.2018, BRSg) und Direktversicherung von vor 2002 wird geurteilt:

Beide Betriebsrentenarten werden im Wesentlichen gleichbehandelt, weil sie jeweils nur einmal der vollen Beitragspflicht unterliegen, die Riesterrenten in der Ansparphase, die übrigen Betriebsrenten in der Auszahlphase.

Wir haben in der Einzahlphase und in der Auszahlphase Sozialabgaben bezahlt!

Das ist unter Doppelt oder Dreifachverbeitragung zu verstehen.

Wir sind also, nach dem BSG vom 26.02.2019 beitragsfrei!

02.03.2019