



**Pet 2-18-15-8272-003156**

85737 Ismaning

Gesetzliche Krankenversicherung

- Beiträge -

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 25.02.2021 abschließend beraten und beschlossen:

Das Petitionsverfahren abzuschließen,

- weil dem Anliegen teilweise entsprochen worden ist.

**Begründung**

Mit der Petition wird gefordert, dass die Entrichtung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen auf Kapitalauszahlungen von Direktversicherungen, wie sie durch das beschlossene GKV-Modernisierungsgesetzes ab 1. Januar 2004 eingeführt wurde, wieder außer Kraft gesetzt wird.

Mit der Petition wird die Beitragspflicht von sogenannten Versorgungsbezügen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie sozialen Pflegeversicherung angesprochen.

Zu den Einzelheiten des Vortrags des Petenten wird auf die Unterlagen verwiesen.

Die Eingabe war als öffentliche Petition auf der Internetseite des Deutschen Bundestages eingestellt. Es gingen 7.896 Mitzeichnungen sowie 193 Diskussionsbeiträge ein. Weiterhin gingen 36 unterstützende Unterschriften auf dem Postweg ein.

Zu diesem Thema liegen dem Petitionsausschuss weitere Eingaben mit verwandter Zielsetzung vor, die wegen des Zusammenhangs einer gemeinsamen parlamentarischen Prüfung zugeführt werden. Der Ausschuss bittet daher um Verständnis, dass nicht auf alle vorgetragenen Gesichtspunkte eingegangen werden kann.



Zur Eingabe fand am 12.05.2016 ein Berichterstattegespräch statt, an dem eine Vertreterin des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) teilnahm.

Der Petitionsausschuss hat zu dem Anliegen Stellungnahmen des BMG, des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) eingeholt. Darüber hinaus hat der Ausschuss das Verfahren nach § 109 Abs. 1 Satz 2 Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages (GO-BT) eingeleitet und eine Stellungnahme des Ausschusses für Gesundheit eingeholt, da die Petition einen Gegenstand der Beratung in diesem Fachausschuss betrifft. Der Ausschuss hat mitgeteilt, dass er die Petition in seiner 73. Sitzung am 11.12.2019 beraten hat.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich unter Berücksichtigung der Stellungnahmen und der Mitteilung des Ausschusses wie folgt dar:

Der Petitionsausschuss hat sich mit entsprechenden Anliegen bereits in früheren Legislaturperioden befasst.

Der Petitionsausschuss weist grundsätzlich darauf hin, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Rentnerinnen und Rentner Beiträge zu entrichten haben, die ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entsprechen. Deshalb sind neben den Beiträgen aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung u. a. auch für Alterseinnahmen, die auf das frühere Beschäftigungsverhältnis zurückzuführen sind (Versorgungsbezüge), Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat die Einbeziehung von (beamtenrechtlichen) Versorgungsbezügen neben einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung in die Beitragspflicht bereits im Jahre 1988 gebilligt und entschieden, dass es dem die GKV beherrschenden Solidaritätsprinzip entspreche, die Versicherten nach Maßgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu Beiträgen heranzuziehen (Beschluss vom 06.12.1988 - 2 BvL 18/84).

Das BVerfG hat ferner entschieden, dass die Heranziehung von Versorgungsbezügen sowohl in der Form von regelmäßig wiederkehrenden als auch in der Form von nicht wiederkehrenden Leistungen - wie die Kapitalzahlung aus einer betrieblichen



Direktversicherung - zur Beitragspflicht in der GKV gemäß § 229 Abs. 1 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i. d. F. des Artikels 1 Nr. 143 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003 mit dem Grundgesetz vereinbar ist (Beschluss vom 07.04.2008 - 1 BvR 1924/07).

Der Petitionsausschuss weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Leistungen der betrieblichen Altersversorgung dann der Beitragspflicht unterliegen, wenn ihnen eine Einkommensersatzfunktion für das im aktiven Arbeitsleben erzielte Arbeitsentgelt zukommt. Anders verhält es sich mit der "echten" Privatvorsorge, die dann vorliegt, wenn der Versicherte die Altersvorsorge in einer Versorgungseinrichtung aufbaut, zu der der Arbeitgeber weder Zuschüsse noch Aufwendungen leistet oder in sonstiger Weise eingebunden ist, d. h. außerhalb des Einflussbereiches des Arbeitgebers liegt. Leistungen aus diesen privaten Altersvorsorgeverträgen unterliegen daher bei versicherungspflichtigen Mitgliedern (anders als bei freiwilligen Mitgliedern) nicht der Beitragspflicht.

Direktversicherungen sind eine Form der betrieblichen Altersvorsorge, bei denen über den Arbeitgeber eine Lebensversicherung auf das Leben des Arbeitnehmers abgeschlossen wird. Die Finanzierung erfolgt durch den Arbeitgeber, den Arbeitnehmer (Entgeltumwandlung) oder kombiniert. Unabhängig von der Finanzierung steht neben der Versicherung auch der Arbeitgeber für die Erfüllung der von ihm zugesagten Betriebsrente haftungsrechtlich ein (§ 1 Abs. 1 Satz 3 Betriebsrentengesetz).

Der Petitionsausschuss weist im Übrigen darauf hin, dass sich das BVerfG 2010 in unterschiedlich gelagerten Fällen mit der Frage befasste, ob die Erhebung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen auch bei Leistungen aus einer vom Arbeitgeber zugunsten des Arbeitnehmers geschlossenen Kapitallebensversicherung verfassungskonform ist, wenn deren Prämien teilweise vom Arbeitnehmer selbst entrichtet wurden. Das BVerfG erklärte es mit dem allgemeinen Gleichheitssatz für



vereinbar, dass eine Leistung aus einer stets vom Arbeitgeber als Versicherungsnehmer geführten Direktversicherung der Beitragspflicht in der GKV auch dann unterliegt, wenn sie nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch Eigenleistungen des versicherten Arbeitnehmers finanziert worden ist. Es begründet dies damit, dass das Betriebsrentenrecht auch die ausschließlich arbeitnehmerfinanzierte Direktversicherung als betriebliche Altersversorgung qualifiziere. Voraussetzung hierfür sei, dass der Versicherungsvertrag durch den Arbeitgeber abgeschlossen wurde und er - anders als beim privaten Lebensversicherungsvertrag - Versicherungsnehmer ist. Hierbei handele es sich um ein geeignetes Kriterium, um beitragspflichtige Versorgungsbezüge und beitragsfreie private Lebensversicherungen voneinander abzugrenzen. Hinsichtlich der Beiträge, die der ehemalige Arbeitnehmer nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis auf die Direktversicherung eingezahlt habe, sei der Berufsbezug noch insoweit gewahrt, als der Arbeitgeber die Direktversicherung als Versicherungsnehmer innerhalb der institutionellen Vorgaben des Betriebsrentengesetzes fortgeführt habe. Der ehemalige Arbeitnehmer habe sich den institutionellen Rahmen der Direktversicherung im Sinne des Betriebsrentengesetzes zunutze gemacht, sodass auch hieraus erwirtschaftete Erträge noch als Versorgungsbezüge qualifiziert und damit zu Beiträgen zur Krankenversicherung der Rentner herangezogen werden könnten (Beschluss vom 06.09.2010 - 1 BvR 739/08).

Anderes gelte nach dem BVerfG nur in Sachverhalten, bei denen Kapitalleistungen auf Beiträgen beruhten, die ein Arbeitnehmer nach Beendigung seiner Erwerbstätigkeit auf den Lebensversicherungsvertrag unter Einrücken in die Stellung des Versicherungsnehmers eingezahlt habe. Mit der Vertragsübernahme durch den Arbeitnehmer sei der Kapitallebensversicherungsvertrag vollständig aus dem betrieblichen Bezug gelöst und unterscheide sich hinsichtlich der dann noch erfolgenden Einzahlungen nicht mehr von anderen privaten Lebensversicherungen (Beschluss vom 28.09.2010 - 1 BvR 1660/08 sowie 14.04.2011 - 1 BvR 2123/08).



Vom Bundessozialgericht (BSG) wurde diese dargestellte Rechtsprechung des BVerfG berücksichtigt. Im Terminbericht Nr. 13/11 vom 31.03.2011 bestätigte es, dass Beiträge aus Kapitalleistungen aus Direktversicherungen nur zu erheben seien, soweit die Zahlungen auf Prämien beruhten, die auf den Versicherungsvertrag für Zeiträume eingezahlt wurden, in denen der Arbeitgeber Versicherungsnehmer war. In diesem Zusammenhang sei es unerheblich, ob zunächst eine Versicherung mit dem Arbeitgeber als Versicherungsnehmer im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung bestand, die dann nach einem Versicherungsnehmer-Wechsel auf den Arbeitnehmer in einen privaten Lebensversicherungsvertrag übergang, oder ob dies in umgekehrter Reihenfolge stattfand oder ob und in welcher Reihenfolge weitere Wechsel eingetreten seien. Darüber hinaus führte das BSG zu der Frage, wie die Kapitalleistungen bei einem Versicherungsnehmerwechsel konkret in einen beitragspflichtigen, betriebsbezogenen Teil und einen nicht beitragspflichtigen, privaten Teil aufzuteilen seien, u. a. aus, dass hierzu eine qualifizierte Bescheinigung des Versicherungsunternehmens als "Zahlstelle" i. S. d. § 202 SGB V einzuholen sei. Die dortigen Angaben zum beitragspflichtigen Betrag und zu dessen Ermittlung müssten nachvollziehbar und überprüfbar sein (BSG, Urteile vom 30.03.2011, B 12 KR 24/09 R sowie B 12 KR 16/10 R).

Der Petitionsausschuss weist darauf hin, dass es Aufgabe der jeweiligen Krankenkasse ist, unter Berücksichtigung der dargestellten Rechtslage den konkreten Umfang beitragspflichtiger Einnahmen, d. h. auch von Versorgungsbezügen, zu bestimmen.

Die dargestellte Rechtsprechung wurde mittlerweile vom BVerfG auf "Pensionskassen" übertragen (Beschluss vom 27.06.2018, 1 BvR 100/15, 1 BvR 249/1):

"Die bei der Auslegung von [§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#) durch die Gerichte vorgenommene Typisierung ist mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) unvereinbar, soweit sie dazu führt, dass Zahlungen, die auf einem nach Ende des Arbeitsverhältnisses geänderten oder ab diesem Zeitpunkt neu abgeschlossenen Lebensversicherungsvertrag zwischen einer Pensionskasse in der Rechtsform eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit und dem



früheren Arbeitnehmer beruhen, an dem der frühere Arbeitgeber nicht mehr beteiligt ist und in den nur der Versicherte Beiträge einbezahlt hat, als betriebliche Altersversorgung zu Beiträgen der Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner herangezogen werden, obwohl der Gesetzgeber Erträge aus privaten Lebensversicherungen pflichtversicherter Rentner keiner Beitragspflicht unterwirft."

Soweit der Petent sich im Übrigen "gegen die Beitragserhebung auf die Auszahlung von selbst finanzierten Kapitallebensversicherungen der privaten Altersvorsorge in Form von Direktversicherung ohne Versorgungszusage des Arbeitgebers" wendet, wurde die Aufsichtsbehörde um Stellungnahme gebeten. Diese wies gegenüber dem Petitionsausschuss auf Folgendes hin:

Grundsätzlich kann auch die Leistung aus einer selbst finanzierten Direktversicherung ohne Zusage des Arbeitgebers der Beitragspflicht in der GKV unterliegen. Das BSG hat dies im Urteil vom 30.03.2011 (B 12 KR 16/10 R) – unter Berücksichtigung des vom Petenten angegebenen Beschlusses des BVerfG vom 28.09.2010 (1 BvR 1660/08) – ausdrücklich ausgeführt und jüngst durch Urteil vom 08.07.2020 (B 12 KR 1/19 R) bestätigt ("Der institutionelle Rahmen des Betriebsrentenrechts erfordert keine über die Direktversicherung hinausgehende Versorgungszusage des Arbeitgebers.").

Das BSG hat hierbei verschiedene Kriterien aufgestellt, anhand derer sich die Beitragspflicht von der Beitragsfreiheit der Versicherungsleistung abgrenzen lässt. Beachtlich ist zunächst, dass sich die beitragsrechtliche Betrachtung aus Sicht der GKV von der des Betriebsrentenrechts unterscheidet. D.h. eine Leistung, die beispielsweise nicht als betriebliche Altersvorsorge nach dem Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) einzustufen ist, kann gleichwohl einen Versorgungsbezug i.S.d. § 229 SGB V darstellen und beitragspflichtig sein. Auch die steuerliche Betrachtung der Leistung ist für die GKV ohne Auswirkung. Die vom BSG aufgestellten Kriterien wurden vom BVerfG (o.g. Beschluss vom 27.06.2018, 1 BvR 100/15, 1 BvR 249/1) nicht kritisiert.



Für die Beitragspflicht kommt es hiernach darauf an, welche Institution die Versicherungsleistung erbringt, d.h. dass beispielsweise Leistungen von Pensionskassen grundsätzlich immer Versorgungsbezüge darstellen; im Gegensatz etwa zu privat abgeschlossenen Lebensversicherungen bei einem Versicherungsunternehmen, die beitragsfrei sind. Ferner ist entscheidend, ob ein Bezug zwischen der Leistung und dem vorhergehenden Berufsleben bestand und die Leistung der Absicherung nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben dient. Dies ist u.a. der Fall, wenn die Direktversicherung vom Arbeitgeber für den Arbeitnehmer abgeschlossen wurde und die Leistung mit dem Ende des Erwerbslebens gewährt wird. Maßgeblich ist im Wesentlichen, wer tatsächlich Versicherungsnehmer war. Ist der Arbeitnehmer Versicherungsnehmer, unterliegen die Versorgungsleistungen nicht der Beitragspflicht. Unerheblich ist hingegen, wer die Beiträge gezahlt hat. Auch auf das Vorliegen einer Versorgungszusage des Arbeitgebers kommt es bei der Einstufung als Versorgungsbezug aus Sicht der GKV grundsätzlich nicht an.

Im Übrigen wird die o.g. Entscheidung des BVerfG 1 BvR 1660/08 vom Petenten fehlgedeutet. Das BVerfG hat zunächst entschieden, dass es keine Einwände hat, eine beitragsrechtliche Unterscheidung nach dem Versicherungstyp vorzunehmen. Das heißt, auch nach Auffassung des BVerfG darf der Versicherungstyp Direktversicherung aus Sicht der GKV immer beitragspflichtig sein. Das BVerfG hat nur dahingehend eine Grenze gezogen, dass Zeiten nach dem Ende der Erwerbstätigkeit des Arbeitnehmers nicht beitragspflichtig sind, wenn und soweit der Beschäftigte als Versicherungsnehmer in den Versicherungsvertrag eingerückt ist.

Soweit die Höhe der Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen kritisiert wird, weist der Petitionsausschuss auf Folgendes hin:

Die bis zum 31.12.2003 geltende Rechtslage sah vor, dass für die Beitragsbemessung pflichtversicherter Rentner aus Versorgungsbezügen nur die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der jeweiligen Krankenkasse Anwendung fand. Durch das o.g.



GKV-Modernisierungsgesetz wurde diese Rechtslage mit Wirkung vom 01.01.2004 dadurch geändert, dass der Beitragssatz für Versorgungsbezüge für Pflichtversicherte vom halben auf den vollen allgemeinen Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse angehoben wurde. Freiwillig in der GKV versicherte Rentner hatten aus Versorgungsbezügen bereits vor dem 01.01.2004 einen Beitrag nach dem vollen ermäßigten Beitragssatz gezahlt. Seit dem 01.01.2004 zahlen auch freiwillig versicherte Rentner einen nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz bemessenen Beitrag. Insoweit sind die Vorschriften für die Beitragsberechnung aus Versorgungsbezügen bei freiwillig versicherten Rentnern und bei pflichtversicherten Rentnern angeglichen worden.

Die Anhebung des Beitragssatzes auf Versorgungsbezüge war erforderlich, weil die Beiträge der Rentner die für sie entstehenden Leistungsaufwendungen nur zum Teil decken; der größere Teil dieser Aufwendungen wird aus den Beiträgen der Aktiven mitfinanziert. Während die Leistungsaufwendungen der Krankenkassen für Rentner in den alten Ländern 1973 noch zu rund 72 Prozent durch für sie gezahlte Beiträge gedeckt wurden, finanzieren die Rentner heute lediglich noch etwa die Hälfte ihrer Leistungsaufwendungen. Diese "Finanzierungslücke" ist im Rahmen der Solidargemeinschaft der Versicherten auszugleichen. Zwar haben auch die heutigen Rentner während ihres Arbeitslebens die damaligen Rentner mitfinanziert. Wegen der damals niedrigeren Beitragssätze in der GKV war der von ihnen zu tragende prozentuale Anteil an den Leistungsaufwendungen, die in der Zwischenzeit erheblich gestiegen sind, erheblich geringer als der, der heute von den übrigen Beitragszahlern aufgebracht werden muss. Um zu verhindern, dass dieser Anteil noch weiter steigt, war die Regelung unumgänglich. Sie ist Ausdruck der Solidarität zwischen den Generationen.

Das BVerfG hat in seinem zuvor genannten Beschluss vom 07.04.2008 - 1 BvR 1924/07 einen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz verneint und entschieden, dass es vor Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) nicht zu beanstanden ist, dass "die Beschwerdeführer auf die ausgezahlten Kapitaleistungen der betrieblichen



Direktversicherung Beiträge nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz ihrer Krankenkasse zu zahlen haben. Aus Artikel 3 Abs. 1 GG lässt sich kein verfassungsrechtliches Gebot ableiten, die Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung im wirtschaftlichen Ergebnis so zu stellen, dass sie auf ihre beitragspflichtigen Einkünfte nur den halben Beitragssatz oder einen ermäßigten Beitragssatz zu entrichten haben. Verfassungsrechtlich ist es nicht geboten, an der Finanzierung des Beitrages aus Versorgungsbezügen Dritte in der Weise zu beteiligen, wie dies im Rahmen der Arbeitnehmersversicherung für die Arbeitgeber (§ 249 SGB V) und im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner für die Rentenversicherungsträger (§ 249a SGB V) gesetzlich angeordnet ist."

Auch den mit der Petition gerügten Verstoß gegen den rechtsstaatlichen Grundsatz des Vertrauensschutzes verneinte das BVerfG. Insoweit führte es aus: "Die Belastung nicht wiederkehrend gezahlter Versorgungsleistungen mit dem vollen allgemeinen Beitragssatz beurteilt sich nach den Grundsätzen über die unechte Rückwirkung von Gesetzen...; denn die angegriffene Regelung greift mit Wirkung für die Zukunft in ein öffentlich-rechtliches Versicherungsverhältnis ein und gestaltet dies zum Nachteil für die betroffenen Versicherten um. Solche Regelungen sind verfassungsrechtlich grundsätzlich zulässig und entsprechen dem rechtsstaatlichen Vertrauensschutzprinzip, wenn das schutzwürdige Bestandsinteresse des Einzelnen die gesetzlich verfolgten Gemeinwohlinteressen bei der gebotenen Interessenabwägung nicht überwiegt... Diesen Grundsätzen genügt die angegriffene Regelung... Die Versicherten konnten, nachdem der Gesetzgeber bereits mit dem Rentenanpassungsgesetz (RAG) 1982 vom 1. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1205) laufende Versorgungsbezüge in die Beitragspflicht einbezogen hatte, in den Fortbestand der Rechtslage, welche die nicht wiederkehrenden Leistungen gegenüber anderen Versorgungsbezügen privilegierte, nicht uneingeschränkt vertrauen. Übergangsregelungen waren verfassungsrechtlich nicht geboten, vor allem auch deshalb, weil bei der Einmalzahlung von Versorgungsbezügen den Versicherten schon am Anfang



der Belastung die gesamte Liquidität zur Tragung der finanziellen Mehrbelastung zur Verfügung steht."

Das BMG teilte gegenüber dem Petitionsausschuss im Februar 2017 zu dessen Bitte um Prüfung, ob in den Fällen, in denen sowohl die Beiträge, die während der Ansparphase in die betriebliche Altersversorgung eingezahlt wurden, als auch die aus diesen Zahlungen resultierenden Leistungen in der Auszahlungsphase mit Beiträgen zur GKV und sozialen Pflegeversicherung belastet wurden, eine aussagekräftigere Datenlage besteht oder geschaffen werden kann, Folgendes mit (In diesem Zusammenhang hatte das BMG gegenüber dem BMAS sowie dem BMF um eine Einschätzung ggf. in Abstimmung mit den jeweiligen Aufsichtsbehörden gebeten.):

Nach den vorliegenden Erkenntnissen ist eine Differenzierung der in eine betriebliche Altersversorgung eingezahlten Beiträge grundsätzlich nicht möglich. Lediglich bei der riestergeforderten betrieblichen Altersversorgung wäre es nach Aussage des BMAS möglich gewesen, eine verwaltungsarme beitragsrechtliche Differenzierung für die Zukunft vorzunehmen. Mit der im Rahmen des Betriebsrentenstärkungsgesetzes vorgesehenen Beitragsfreiheit für riestergeforderte Betriebsrenten in der Auszahlungsphase ist jedoch eine gesonderte Differenzierung nicht mehr notwendig. Hintergrund der im "Gesetz zur Stärkung der betrieblichen Altersversorgung und zur Änderung anderer Gesetze (Betriebsrentenstärkungsgesetz)", Deutscher Bundestag - Drucksache 18/11286 vom 22.02.2017, enthaltenen Regelung ist, dass es sich bei der mit einer Riester-Zulage geförderten Altersvorsorge um eine Sonderform im Bereich der betrieblichen Altersvorsorge handelt, die bisher ohne Ausnahmen sowohl in der Anspar- als auch in der Auszahlungsphase beitragspflichtig ist.

Mit Stellungnahmen vom März/April 2020 wies das BMG gegenüber dem Petitionsausschuss auf Folgendes hin:



Mit dem "Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz - GKV-BRG)" vom 21.12.2019 werden Betriebsrentnerinnen und Betriebsrentner seit dem 01.01.2020 von Krankenversicherungsbeiträgen, die sie im Alter aus Leistungen der betrieblichen Altersversorgung zu zahlen haben, entlastet. Konkret wird ein Freibetrag von 159,25 Euro monatlich (Jahr 2020) eingeführt, auf den keine Krankenkassenbeiträge mehr gezahlt werden müssen. Die Höhe des Freibetrags wird jedes Jahr entsprechend der Rechengrößen der Sozialversicherung angepasst und folgt damit in etwa der durchschnittlichen Lohnentwicklung. Wer eine höhere Betriebsrente erhält, zahlt nur auf die den Freibetrag überschreitende Betriebsrente Krankenkassenbeiträge.

Für rund 60 Prozent der in der GKV pfllichtversicherten Betriebsrentnerinnen und Betriebsrentner bedeutet dies, dass sie künftig maximal die  Hälfte des bisherigen Krankenversicherungsbeitrags leisten müssen. Die übrigen rund 40 Prozent der Rentnerinnen und Rentner mit Leistungen der betrieblichen Altersversorgung profitieren ebenfalls von dem Freibetrag. Sie werden jährlich um rund 300 Euro entlastet. Die heutigen Betriebsrentnerinnen und Betriebsrentner werden ebenfalls entlastet. Der Freibetrag ist gleichermaßen auf beitragspflichtige laufende monatliche Zahlungen und auf einmalige Kapitalauszahlungen anzuwenden. Hochgerechnet findet bei einmaligen Kapitalauszahlungen, die über zehn Jahre verbeitragt werden, ein Freibetrag von 19.110 Euro Anwendung (Hochrechnung auf Basis des Freibetrages von 159,25 Euro monatlich).

Insgesamt summiert sich die Entlastung auf rund 1,2 Milliarden Euro jährlich. Im Jahr 2020 werden die daraus resultierenden Mindereinnahmen der Krankenkassen vollständig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgefangen. In den Jahren 2021 bis 2023 werden die Mindereinnahmen aufgrund der in diesen Jahren vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ebenfalls teilweise ausgeglichen. Erst im



Jahr 2024 sind die Mindereinnahmen von den anderen Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern vollständig mitzutragen.

Eine höhere finanzielle Entlastung der Betriebsrentnerinnen und Betriebsrentner zum Beispiel durch die generelle Einführung des hälftigen statt des vollen Beitragssatzes hätte in der GKV dauerhafte jährliche Mindereinnahmen von mindestens 3 Milliarden Euro zur Folge. 3 Milliarden Euro würden einer Größenordnung von 0,2 Beitragssatzpunkten entsprechen. Über die geplante Neuregelung hinausgehende erhebliche Entlastungen für Betriebsrentnerinnen und Betriebsrentner würden den Druck auf die Zusatzbeiträge ab dem Jahr 2021 deutlich erhöhen und sind nicht finanzierbar. Eine vollständige Rückabwicklung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) von 2003 wäre mit Kosten von rund 37 Milliarden Euro verbunden.

Die vorhandenen Finanzreserven der Krankenkassen in Höhe von 20,8 Milliarden Euro haben im Jahr 2020 dazu geführt, dass die meisten Kassen ihren Zusatzbeitragssatz stabil halten. Allerdings sind die Finanzreserven in der GKV bei den einzelnen Krankenkassen ungleich verteilt. Zusätzliche deutliche Entlastungen bei den Betriebsrenten hätten zwangsläufig höhere Beitragsbelastungen für die übrigen Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern zur Folge.

Da - anders als bei den Beiträgen zur GKV - die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung von den Rentnerinnen und Rentnern vollständig allein zu tragen sind, soll dies auch bei den Betriebsrenten analog weiter gelten. Dies wird auch der schwierigeren Finanzlage der Pflegeversicherung gerecht.

Die neue Regelung wurde Ende Dezember 2019 beschlossen. Die Krankenkassen und Zahlstellen arbeiten daran, diese neue Regelung in ihre Computerprogramme zur Beitragsberechnung zu integrieren. Die Umsetzung ist abrechnungstechnisch aufwändig, so dass Krankenkassen, Zahlstellen und Softwarehersteller noch einige Zeit benötigen, bis die Entlastung die Versicherten erreichen wird.



Die Regelung ein Jahr später, d.h. erst zum 01.01.2021 in Kraft treten zu lassen, hätte Krankenkassen und Zahlstellen zwar genügend Zeit zur Umsetzung gegeben, gleichzeitig aber bedeutet, dass die Versicherten erst zwölf Monate später von der Beitragsentlastung profitiert hätten.

Bereits im Gesetzgebungsverfahren wurde ein Änderungsantrag zur Klarstellung im Interesse der Verwaltungsvereinfachung und der zügigen Umsetzung der Regelung eingebracht. Die gesonderte Meldung des abzuziehenden Freibetrags von der Krankenkasse an die Zahlstelle wird durch die Änderung auf die notwendigen Konstellationen begrenzt, in denen die Zahlstelle weitere Informationen der Krankenkasse zur Beitragsberechnung benötigt. Dies ist nur in den Fällen eines Mehrfachbezuges von Versorgungsbezügen notwendig und betrifft ca. ein Drittel der Fälle. Hier haben sich die Krankenkassen, Softwarehersteller und Zahlstellen auf den Herbst 2020 als einheitlichen Umsetzungstermin geeinigt.

In den übrigen Fällen kann die Zahlstelle den Freibetrag im Rahmen der Beitragsberechnung selbstständig und zeitnah anwenden. Somit ist davon auszugehen, dass bei Bezug nur einer Betriebsrente die Umsetzung zeitnah erfolgen kann. Einige Softwarehersteller haben die angepassten Programme bereits ausgeliefert, so dass teilweise der Freibetrag bereits bei den nächsten Abrechnungen angewendet werden kann.

Die ab Januar 2020 zu viel gezahlten Beiträge werden den Versicherten erstattet oder mit den Beitragszahlungen zukünftiger Monate verrechnet. Ein Antrag ist dafür nicht erforderlich.

Der seit 01.01.2020 zu berücksichtigende Freibetrag gilt nur für Leistungen der betrieblichen Altersversorgung und ausschließlich für pflichtversicherte Betriebsrentenbezieherinnen und Betriebsrentenbezieher. Diese unterschiedliche Behandlung im Vergleich zu freiwillig Versicherten hat folgenden Hintergrund:



Bezieherinnen und Bezieher einer gesetzlichen Rente sind in der Regel in der beitragsgünstigen Krankenversicherung der Rentner (KVdR) pflichtversichert. Voraussetzung für die Mitgliedschaft in der KVdR ist, dass eine angemessen lange Zeit Beiträge zur Solidargemeinschaft geleistet wurden. Rentnerinnen und Rentner sind in der Regel freiwillig versichert, wenn sie die Vorversicherungszeit für die Pflichtmitgliedschaft in der KVdR nicht erfüllt haben.

Grundsätzlich erfüllen Personen mit Anspruch auf eine gesetzliche Rente die für den Zugang zur Pflichtmitgliedschaft in der KVdR vorausgesetzte Vorversicherungszeit, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums (Vorversicherungszeit) selbst Mitglied in der GKV oder familienversichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V). Auch freiwillig Versicherte werden mit Renteneintritt in der KVdR pflichtversichert, wenn sie die Vorversicherungszeit erfüllt haben. Zeiten einer privaten Krankenversicherung können jedoch nicht als Vorversicherungszeit für die GKV berücksichtigt werden.

Wer diese Zeit nicht erfüllt, kann sich in der GKV freiwillig versichern und zahlt Beiträge aufgrund seiner gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Diese umfasst alle Einnahmen, die zum Bestreiten des Lebensunterhalts bestimmt sind. Freiwillig versicherte Rentnerinnen und Rentner zahlen somit zusätzlich zur Rente Beiträge aus sonstigen Einnahmen, wie z.B. privaten Renten, Mieteinnahmen oder Kapitalerträgen.

Pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner haben lediglich Beiträge auf Alterseinnahmen, die auf das frühere Beschäftigungsverhältnis zurückzuführen sind (sog. Versorgungsbezüge), sowie aus Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, das neben der Rente erzielt wird, zu zahlen. Die bisher für Pflichtversicherte geltende Freigrenze wird für Einnahmen aus einer Betriebsrente um den Freibetrag ergänzt.

Die unterschiedliche beitragsrechtliche Behandlung von freiwillig versicherten und pflichtversicherten Mitgliedern der GKV wurde in mehreren Verfahren vom BSG als



verfassungsgemäß bestätigt (BSG Urteil vom 07.11.1991 -12 RK 37/90, 30.11.2016 - B 12 KR 6/15 R).

Abschließend weist der Petitionsausschuss darauf hin, dass der Antrag "Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Betriebsrenten – Doppelverbeitragung abschaffen" auf Bundestags-Drucksache 19/242 vom 12.12.2017 sowie der Antrag "Doppelverbeitragung konsequent beenden – Versicherte entlasten " auf Bundestags-Drucksache 19/15436 vom 25.11.2019 vom Deutschen Bundestag am 12.12.2019 abgelehnt wurden.

Vor dem Hintergrund des Dargelegten empfiehlt der Petitionsausschuss, das Petitionsverfahren abzuschließen, weil dem Anliegen teilweise entsprochen worden ist. Der abweichende Antrag der Fraktion der AfD, die Petition der Bundesregierung zur Berücksichtigung zu überweisen und den Fraktionen des Deutschen Bundestages zur Kenntnis zu geben, wurde mehrheitlich abgelehnt.

Der abweichende Antrag der Fraktion der FDP, die Petition der Bundesregierung – dem Bundesministerium für Gesundheit – zur Erwägung zu überweisen und den Fraktionen des Deutschen Bundestages zur Kenntnis zu geben, wurde mehrheitlich abgelehnt.

Der abweichende Antrag der Fraktion DIE LINKE., die Petition der Bundesregierung – dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales – als Material zu überweisen und den Fraktionen des Deutschen Bundestages zur Kenntnis zu geben, wurde mehrheitlich abgelehnt.