

Journal **online**

VORSPRUNG FÜR VORSORGE
IPV
Industrie-Pensions-Verein e.V.
Partner von BDI und BDA



IPV-AKTUELL

PRIVATE
ALTERSVORSORGE

BETRIEBLICHE
ALTERSVORSORGE

GESUNDHEITS-
VORSORGE

Private Altersvorsorge

- / Die Digitale Rentenübersicht ist gestartet – Je mehr Anbindung desto besser S. 2

Gesundheitsvorsorge

- / Private Arztrechnungen – Darf ein Arzt abrechnen, was er möchte? S. 4
/ Pflegereform: Was hat sich zum 01.07.2023 geändert? S. 6
/ Auslandsentsendungen von Mitarbeitern und ihre Krankenversicherung
– worauf muss man dabei achten? S. 7

Betriebliche Altersvorsorge

- / Vorsicht bei der Fünftelung
– Betriebsrentnerin muss vollen Steuersatz auf „gestückelte“ Kapitalleistung zahlen S. 9
/ Die Vorteile einer rechtlich geprüften Versorgungsordnung (VO) S. 10

Gesellschafter-Geschäftsführer-Versorgung

- / GGF: Gehalt neben Rente doch möglich! S. 11

IPV-Aktuell

- / 14. Jahrestagung der IPV-Akademie - Rückblick S. 11
/ Seminarprogramm der IPV-Akademie S. 11

Private Altersvorsorge

Die Digitale Rentenübersicht ist gestartet – Je mehr Anbindung desto besser

Seit dem 30. Juni 2023 hilft die Digitale Rentenübersicht den Bürgerinnen und Bürgern kostenlos die Kenntnisse über ihre Altersversorgung zu verbessern. Dies entspricht dem im Gesetz zur Entwicklung und Einführung einer Digitalen Rentenübersicht (kurz: Rentenübersichtsgesetz – RentÜG) festgelegten Gesetzeszweck (§ 1 RentÜG). Insgesamt wissen die Deutschen zu wenig über ihre eigene Altersversorgung, die sie am Ende ihres Erwerbslebens einmal zu erwarten haben. Dem soll das RentÜG abhelfen.

Was beinhaltet die digitale Rentenübersicht

Das Potenzial hierzu hat die Digitale Rentenübersicht, soll sie doch möglichst einen umfassenden Überblick geben über:

- / die Höhe der gesetzlichen Rentenversicherung,
- / wesentliche Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung (Direktversicherung, Pensionskasse, versicherungsförmiger Pensionsfonds, Direktzusage),
- / die Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst,
- / geförderte private Altersversorgung (Riester/Rürup),
- / private kapitalbildende Lebensversicherungen mit Auszahlungsbeginn ab dem vollendeten 60. Lebensjahr sowie
- / die Altersvorsorge-Verträge in Form von Fondssparplänen mit Auszahlungsbeginn ab dem vollendeten 60. Lebensjahr.

Dabei wird den Nutzern auch mitgeteilt, ob sie eine laufende Rentenleistung (lebenslange Rente bzw. Zeitrente) oder aber eine einmalige Kapitalzahlung erhalten werden. Die Informationen sollen nach dem eindeutigen Appell des RentÜG „verlässlich, verständlich und möglichst vergleichbar sein“ (§ 1 S. 2 RentÜG). In diesem Zusammenhang werden auch allgemeine Informationen zum jeweiligen Altersvorsorgeprodukt und den entsprechenden Versorgungseinrichtungen erteilt.

Die Digitale Rentenübersicht zeigt Anwärtern (nicht den Beziehern von bereits laufenden Renten) in elektronischer Form einen gebündelten Überblick über den Stand ihrer jeweiligen Versorgungsleistungen, der den aktuellen Standmitteilungen der angebotenen Vorsorgeeinrichtungen entnommen ist. Es werden je nach Produkt und Tarif garantierte oder prognostizierte Leistungen ausgewiesen und aufgelistet. Prognostizierte Werte betrachten auch Überschussgrößen und ergeben sich unter Zugrundelegung einer realistischen Einschätzung der künftigen Entwicklung (§ 2 Nr. 7 RentÜG). Darüber hinaus wird auch die Berücksichtigung weiterer Zahlungen, indem man erreichte oder erreichbare Zielwerte unterscheidet, beachtet. Die Historie einer Versorgung wird hingegen nicht gezeigt.



Wie gelangt man zur digitalen Rentenübersicht

Die Teilnahme von Bürgerinnen und Bürgern an der Digitalen Rentenübersicht (www.rentenuebersicht.de) ist in weniger als zehn Minuten technisch leicht umsetzbar. Um vom neu geschaffenen Angebot zu profitieren, benötigt man lediglich einen Personalausweis mit aktivierter Online-Ausweisfunktion, Smartphone oder Tablet mit NFC-Funktion und eine App (AusweisApp2). Alternativ ist die Anmeldung über einen Computer mit Windows oder macOS in Verbindung mit den vorgenannten Geräten möglich. Darüber hinaus kommt die Verwendung eines Kartenlesegeräts für Windows-Computer oder macOS in Betracht.

Die technischen Voraussetzungen für die Online-Ausweisfunktion sind bei sämtlichen Personalausweisen, die ab dem 15.07.2017 ausgestellt wurden, grundsätzlich vorhanden. Ggf. muss diese Funktion aber noch separat freigeschaltet werden. Die Steueridentifikationsnummer wird als weitere Zugangsvoraussetzung abgefragt. Ohne deutsche Staatsangehörigkeit ist der elektronische Aufenthaltstitel nutzbar.

Die gewünschten Informationen erhält man dann entweder sofort oder aber spätestens innerhalb von fünf Tagen.

Wer macht bereits mit bei der digitalen Rentenübersicht

Derzeit befindet sich die Digitale Rentenübersicht noch in der ersten Betriebsphase („Pilotphase“) mit freiwillig angebotenen Vorsorgeeinrichtungen und freiwillig teilnehmenden Nutzern. Allerdings fanden bereits in der ersten Woche 154.000 erfolgreiche Anfragen über das neue Portal statt. Die Pilotphase dient in erster Linie der Erprobung des bereits bestehenden Angebots und soll Aufschluss für künftige Verbesserungen bringen. Ende des Jahres 2023 startet die Digitale Rentenübersicht dann in den Regelbetrieb.

Es ist zu erwarten, dass die Liste der angebotenen Vorsorgeeinrichtungen rasch anwachsen wird. Einerseits, weil die Vorsorgeeinrichtungen, die gesetzlich zur Erstellung einer Standortmitteilung verpflichtet sind, keine Entscheidungsfreiheit in der Frage einer Anbindung an die Digitale Rentenübersicht haben (§ 7 Abs. 1 S. 3, 4 RentÜG), andererseits kann für übrige Vorsorgeeinrichtungen von der freiwilligen Anbindung ein positiver Effekt in der eigenen Außendarstellung ausgehen. Je mehr Vorsorgeeinrichtungen angebotenen sind, desto aussagekräftiger wird das Gesamtbild, das die Digitale Rentenübersicht bietet.

Schwierig bleibt einzuschätzen, ob und inwieweit die berufsständische Versorgung (etwa der Architekten, Rechtsanwälte, Ärzte, Apotheker etc.) tatsächlich Niederschlag im Rahmen der Digitalen Rentenübersicht finden wird. Gleiches gilt für die Versorgung der Beamten und Richter. Für die hier maßgeblichen Vorsorgeeinrichtungen gibt es keine Pflicht zur Anbindung an die Digitale Rentenübersicht, vielmehr können diese selbstständig über eine Teilnahme am Informationsangebot der Rentenübersicht entscheiden.

Fazit

Die Einrichtung der Digitalen Rentenübersicht ist ein richtiger Schritt zur richtigen Zeit. Auch wenn einzelne Teilnehmerinnen und Teilnehmer an diesem Angebot wegen etwaiger Besonderheiten ihrer Versorgungsvita möglicherweise kein vollständiges Bild ihrer Versorgungssituation erlangen können, ist die Digitale Rentenübersicht für eine sehr große Anzahl von künftigen Rentnerinnen und Rentnern geeignet, diesen einen Überblick zu bieten mit welchen Versorgungsleistungen und welchen Höhen sie einmal realistisch zu erwarten haben. Der besondere Wert der Digitalen Rentenübersicht besteht in der grundsätzlich säulenübergreifenden Gesamtschau aller Versorgungsbestandteile in elektronischer Form. Nutzerinnen und Nutzer können nach Abruf der Information entscheiden, ob sie die papierlosen Informationen zur weiteren Verwendung speichern wollen. Dies ist zeitgemäß. Stand- und Anwartschaftsmitteilungen, die auch bisher in Papierform zur Verfügung gestellt wurden, werden dies – wenigstens vorläufig – auch weiterhin. Die Digitale Rentenübersicht ist eine ergänzende Informationsquelle.

Die Digitale Rentenübersicht hat nicht den Anspruch Auskunft darüber zu geben, wie genau die jeweiligen Versorgungsleistungen steuerrechtlich bzw. mit Blick auf die einzelnen Zweige der Sozialversicherung zu behandeln sind. Hierzu werden nur Informationen allgemeiner Art gegeben. Ebenso wenig wird im Rahmen der Auskünfte auf eine potentielle Versorgungslücke hingewiesen. Anhand der bereit gestellten Angaben lässt sich eine solche indes leichter ausfindig machen und im Rahmen der Unterstützung durch den IPV als zuverlässigem Partner möglicherweise schließen. Auch in der Frage der steuer- und beitragsrechtlichen Behandlung kann im Rahmen der IPV-Versorgungsanalyse eine konkrete und individuelle Auskunft erteilt werden.

Haben Sie Fragen zu diesem Thema?

Sie erreichen uns telefonisch unter 030 206732-140 oder per E-Mail unter: info@ipv.de.

Gesundheitsvorsorge

Private Arztrechnungen – Darf ein Arzt abrechnen, was er möchte?

Für private Arzt- und Zahnarztrechnungen gibt es genaue Vorgaben. Für viele Selbstzahler und privat Krankenversicherte sind die Abrechnungsvorgaben oft nicht leicht nachzuvollziehen. Damit es für Sie kein Buch mit sieben Siegeln bleibt, werden wir die Grundlagen erläutern.

Grundsätzlich sind Privatversicherte immer direkter Vertragspartner der jeweiligen Ärztinnen und Ärzte. Das bedeutet, dass nach erfolgter Arztbehandlung eine Rechnung erstellt wird, die der Privatversicherte erstmal selbst bezahlen muss. Dabei spielt es keine Rolle, ob und wann diese Arztrechnung zur Erstattung bei der privaten Krankenversicherung eingereicht wird. Oft ist es sogar sinnvoll, die Rechnung selbst zu bezahlen, ohne die Krankenversicherung einzubeziehen, da viele Krankenversicherungsverträge einen Selbstbehalt oder eine Beitragsrückerstattung vorsehen. Umso wichtiger ist es also, dass der Privatversicherte bzw. Selbstzahler die Arztrechnung nachvollzieht und prüfen kann, ob die Abrechnungsvorgaben weitestgehend eingehalten wurden.

Aufbau einer privaten Arzt- bzw. Zahnarztrechnung

In der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) ist genau geregelt, wie eine Arzt- bzw. Zahnarztrechnung abgerechnet werden kann. In den Gebührenordnungen wird vorgegeben, wie der Inhalt und Aufbau einer Arztrechnung sein muss und auf welche Art und Weise die Rechnungsbeträge zustande kommen. Grundsätzlich müssen Arztrechnungen bestimmte Positionen enthalten, die allerdings unterschiedliche Bezeichnungen haben können, wie z.B. GOÄ-Nr. oder GOÄ Ziffer. Folgende Positionen sind in einer Arztrechnung aber immer vorgeschrieben:

Positionen:

- / Datum der ärztlichen/zahnärztlichen Behandlung
- / GOÄ-Nummer oder GOÄ Ziffer
- / Beschreibung der erbrachten Leistung
- / Anzahl der jeweils erbrachten Leistungen
- / Steigerungssatz/Faktor
- / Betrag je Leistung / Gesamtbetrag
- / Kosten und Auslagen

Wie rechnen Ärzte / Zahnärzte ab?

Wenn der Arzt nach erfolgter medizinischer Behandlung eine Rechnung erstellt, ist er nicht an feste Preise gebunden, sondern kann in einem bestimmten Rahmen von den Regelsätzen



Shutterstock.com/Ralf Liebhold

GOÄ/GOZ

GOÄ und GOZ sind Rechtsverordnungen. Zwölf Paragraphen regeln die Abrechnung der Arzt- und Zahnarztbehandlungen in der GOÄ bzw. GOZ. Des Weiteren sind in der GOÄ/GOZ umfangreiche Gebührenverzeichnisse für ärztliche/zahnärztliche Leistungen enthalten. Diese Verzeichnisse sind jeweils in 16 Kapitel unterteilt wie z.B. in der GOÄ „Grundleistungen und allgemeine Leistungen“, „Chirurgie, Orthopädie“ oder „Laboratoriumsuntersuchungen“ und in der GOZ: „Allgemeine zahnärztliche Leistungen“, „Konservierende Leistungen“, oder „Prothetische Leistungen“. Der Arzt/ Zahnarzt muss die jeweiligen Leistungen den Abschnitten richtig zuordnen. Bei Behandlungsmethoden, die nicht in der GOÄ/GOZ aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über eine sogenannte Analogziffer.

abweichen. Dabei hat er einen gewissen Spielraum, wie hoch der Betrag für die erbrachten medizinischen Leistungen angesetzt werden kann. Unter bestimmten Voraussetzungen dürfen Abrechnungsgrenzen (Regelsätze) überschritten werden. Hier muss aber zwischen der Abrechnung über dem Regelsatz oder nach Abschluss einer sogenannten Honorarvereinbarungen unterschieden werden. Für zahnärztliche Rechnungen gelten grundsätzlich die gleichen Regeln.

Regelsatz

Jede auf einer Arztrechnung aufgeführte medizinische Leistung wird mit einem Faktor angegeben. Üblicherweise verwenden Ärzte/Zahnärzte nicht den einfachen Faktor oder Satz, sondern sie greifen auf den Regelsatz zurück. Die Höhe des Regelsatzes hängt immer von der Art der Leistung ab, es gibt somit keinen pauschalen Regelsatz für alle Leistungen. Dabei liegt der Regelsatz bei dem 1,8fachen für medizinisch-technische Leistungen, wie z.B. Röntgen und bei dem 2,3fachen für persönliche ärztliche Leistungen wie beispielsweise eine körperliche Untersuchung. Laboratoriumsleistungen, wie ein kleines Blutbild, werden regulär mit dem 1,15fachen Satz berechnet.

Abrechnung über dem Regelsatz

Wenn Schwierigkeit, Zeitaufwand oder Umstände der medizinischen Behandlung/Untersuchung besonders waren, darf der Regelsatz überschritten werden. Allerdings können dann nicht pauschal alle Leistungen über dem Regelsatz abgerechnet werden, sondern der Grund für die Überschreitung muss sich auf die einzelne Leistung beziehen. Diese Überschreitung des Regelsatzes muss ausreichend für jede einzelne Leistung begründet und die Gründe verständlich formuliert und nachvollziehbar in der Rechnung dargelegt werden. Dann ist der Arzt/Zahnarzt auch berechtigt, über dem Regelsatz bis zum jeweiligen Höchstsatz abzurechnen: für persönliche ärztliche Leistungen bis zum 3,5fachen Satz, für medizinisch-technische Leistungen bis zum 2,5fachen Satz und für Laboratoriumsleistungen bis zum 1,3fachen Satz.

Gründe für erhöhte Arzt- bzw. Zahnarztrechnungen Schwierigkeit

Eine allgemein schwierig erbrachte ärztliche bzw. zahnärztliche Leistung ist bei den Beträgen der Leistungen im Gebührenverzeichnis bereits berücksichtigt. Die Schwierigkeit muss bei der erbrachten Leistung größer als gewöhnlich gewesen sein. Beispielsweise kann eine komplizierte Begleiterkrankung oder die Schwierigkeit des Krankheitsfalles die Erbringung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistung erschweren

Zeitaufwand

Die Zeit, die ein Behandler oder eine Behandlerin mit ausreichender Erfahrung für die Erbringung einer qualitätsgerechten Leistung in der Regel benötigt, stellt den normalen Zeitaufwand dar. Nur wenn im Einzelfall der Zeitaufwand über das in der Leistungsbewertung einbezogene Maß hinausgeht, kann die einzelne Leistung über dem Regelsatz abgerechnet werden. Denn auch hier gilt, dass der übliche Zeitaufwand bereits bei der Bemessung der Gebühr in den Gebührenverzeichnissen berücksichtigt ist. Sind in den Gebührenverzeichnissen für eine Leistung bereits Mindestzeiten genannt, kann ein besonderer Zeitaufwand nur bei erheblicher Überschreitung der Mindestzeiten in Betracht kommen.

Umstände

Besondere Umstände, unter denen ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen zu erbringen sind, können sich ebenfalls gebührenerhöhend auswirken. Dies können beispielsweise Verhaltensstörungen bei den Patienten oder Verständigungsprobleme sein.

Honorarvereinbarungen

Grundsätzlich ist ein Arzt oder Zahnarzt berechtigt, vor einer Behandlung mit dem Patienten eine Honorarvereinbarung abzuschließen. Mit einer Honorarvereinbarung ist es dem Arzt oder Zahnarzt dann auch möglich, die erbrachten ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen nicht nur über dem Regelsatz, sondern auch über dem Höchstsatz (z.B. über den 3,5fachen Satz hinaus) abzurechnen.

Eine Honorarvereinbarung ist an bestimmte Kriterien gebunden:

- / Sie muss vor Erbringung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistung schriftlich getroffen werden.
- / Sie muss immer persönlich zwischen dem Patienten und dem Arzt/Zahnarzt getroffen werden.
- / Es muss eine individuelle Vereinbarung sein, pauschale Formulierungen sind nicht zulässig.
- / Eine Honorarvereinbarung muss auf der Grundlage des jeweiligen Gebührenverzeichnisses erfolgen. Pauschale Beträge sind nicht zulässig.
- / Es muss ein Hinweis enthalten sein, dass die private Krankenversicherung oder Beihilfe die Kosten möglicherweise nicht vollständig erstatten.
- / Dem Patienten muss ein Exemplar der Honorarvereinbarung ausgehändigt werden.

Allerdings muss ein Patient einer Honorarvereinbarung nicht zustimmen. Hier sollte man immer prüfen, ob die ärztliche bzw. zahnärztliche Begründung für die Abrechnung über Regel- bzw. Höchstsatz nachvollziehbar ist und ob die private Krankenversicherung die höheren Kosten mitträgt. Viele private Krankenversicherungen sehen eine Kostenerstattung über dem Höchstsatz nicht vor, so dass der Versicherte dann möglicherweise auf einem Teil der Kosten sitzen bleibt.

Wie kann man eine Arzt- bzw. Zahnarztrechnung auf Richtigkeit prüfen?

Bevor man eine Arzt- bzw. Zahnarztrechnung bezahlt, sollte man diese immer auf ihre sachliche und rechnerische Korrektheit prüfen.

Folgende Angaben sollten vorhanden sein, damit die Arzt- bzw. Zahnarztrechnung nachvollziehbar ist:

- / Datum der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Behandlung
- / Gebührenziffer und Bezeichnung der Leistung
- / Steigerungssatz und Betrag der Gebührenziffer
- / Kosten und/oder Auslagen

Erbringung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen prüfen

Grundsätzlich dürfen Ärzte bzw. Zahnärzte nur die eigenen erbrachten medizinischen Leistungen berechnen. Hierunter können auch Delegationsleistungen fallen, die eine andere Fachkraft unter Aufsicht und fachlicher Weisung des abrechnenden Arztes/Zahnarztes ausführt. Die Verantwortung liegt letztlich immer beim behandelnden Arzt bzw. Zahnarzt.

Sind die Rechnung und die gewählten Abrechnungsmethoden/Steigerungssätze nachvollziehbar?

Steigerungssätze über den Regelsatz hinaus, aber auch Abrechnungen im Rahmen des Regelsatzes sollten durch einen besonderen Service wie z.B. durch Qualität und Dauer des persönlichen Arzt-Patienten-Beratungsgesprächs gerechtfertigt sein.

Wenn Fragen und Einwände bestehen, sollte zuerst der Arzt/Zahnarzt angesprochen werden. Bei weiterem Klärungsbedarf können sich Patienten auch mit ihrer privaten Krankenversicherung in Verbindung setzen. Wenn Zweifel an der Richtigkeit einer Arzt- bzw. Zahnarztrechnung bestehen, sollte die Rechnung

zuerst bei dem privaten Krankenversicherer zur Prüfung eingereicht und gegebenenfalls zur Klärung Rücksprache mit dem behandelnden Arzt/Zahnarzt gehalten werden.

Unter folgendem Link können Arztrechnungen formal geprüft werden:

www.privat-patienten.de/beim-arzt/arztrechnung-pruefen/

Bei Fragen zu diesem Thema können Sie uns gern unter 030 206743-148 anrufen.

Gesundheitsvorsorge

Pflegereform: Was hat sich zum 01.07.2023 geändert?

Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG)

Mit dem Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) hat sich der Beitrag zur Pflegeversicherung seit dem 01.07.2023 erhöht. Damit sollen die steigenden Kosten in der Pflege finanziert werden. Es wird nun nicht mehr nur danach unterschieden, ob man Kinder hat oder nicht, sondern auch nach der Anzahl der Kinder.

Der Pflegeversicherungsbeitrag für Kinderlose ist von 3,4 auf 4 Prozent gestiegen und für Beitragszahler mit einem Kind von 3,05 auf 3,4 Prozent. Der Pflegebeitrag für größere Familien wird für die Dauer der Erziehungsphase bis zum 25. Geburtstag des jeweiligen Kindes schrittweise je Kind gesenkt. Das heißt, dass Beitragszahler mit mehreren Kindern ab dem 2. Kind bis zum



shutterstock.com/Maria Sbytova

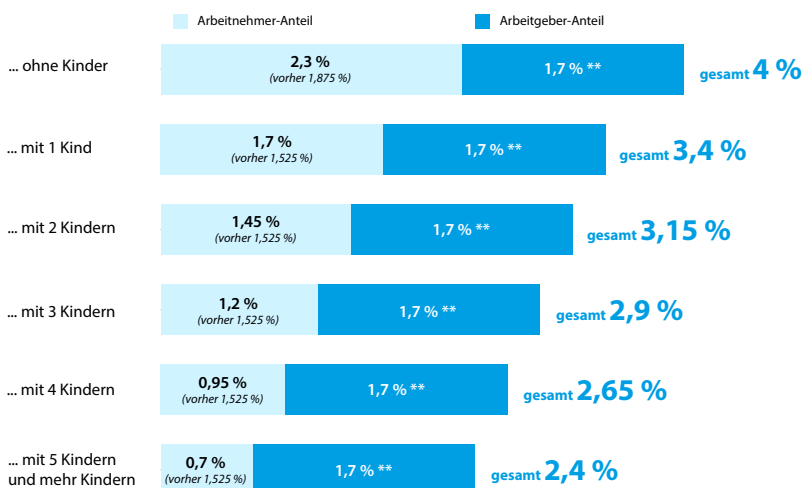
5. Kind in Höhe von 0,25 Beitragsatzpunkten je Kind entlastet werden. Der Abschlag ist bis zum Ende des Monats gültig, in welchem das Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat. Danach entfällt der jeweilige Abschlag für dieses Kind. Sind alle Kinder aus der Erziehungszeit bzw. haben das 25. Lebensjahr vollendet, gilt dauerhaft der Ein-Kind-Beitrag, auch wenn man in Rente ist. Der jeweilige Abschlag je Kind bezieht sich auf den Arbeitnehmeranteil. Der Beitragsatz des Arbeitgebers zur Pflegeversicherung bleibt in jedem Fall gleich.

Für die Berücksichtigung der Abschläge muss die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren gegenüber der beitragsabführenden Stelle wie z. B. Arbeitgeber, Rentenversicherung oder die Zahlstellen der bAV nachgewiesen werden. Bei Selbstzahlern muss der Nachweis gegenüber der Pflegekasse geführt werden. Für den Übergangszeitraum (01.07.2023 bis 30.06.2025) wird es allgemein erforderlich sein, die beitragsabführende Stelle über die Anzahl der unter 25-jährigen Kinder (nur bei 2 oder mehr Kinder erforderlich) zu informieren. Die beitragsabführende Stelle teilt Ihnen gern mit, wie der Nachweis konkret geführt werden soll.

Bei Fragen zu diesem Thema können Sie uns gern unter 030 206743-148 anrufen.

Beitragssätze für die Pflegeversicherung ab Juli 2023

Es gelten somit folgende Beitragssätze für Mitglieder* ...



* Im Bundesland Sachsen liegt durch die Beibehaltung des Buß- und Bettags als Feiertag der Arbeitnehmer-Anteil in allen Fällen um 0,5 % höher und dementsprechend der Arbeitgeber-Anteil um 0,5 % niedriger.
** Der vorherige Arbeitgeber-Anteil betrug 1,525 %.

Quelle: Haufe, BMG

Gesundheitsvorsorge

Auslandsentsendungen von Mitarbeitern und ihre Krankenversicherung – worauf muss man dabei achten?

Im Zuge der Globalisierung entsenden immer mehr Unternehmen ihre Mitarbeiter ins Ausland. Um der Fürsorgepflicht gerecht zu werden, müssen Unternehmen einiges beachten. Essenziell für eine möglichst sorgenfreie Zeit im Ausland: Arbeitgeber sollten ihre Mitarbeiter mit einer internationalen Krankenversicherung (IKV) absichern.

Immer häufiger entsenden Unternehmen Mitarbeiter ins Ausland. Dabei ist zwischen unterschiedlichen Formen der Entsendung zu unterscheiden: In den meisten Fällen handelt es sich dabei um „Expatriates“ (Expats), d.h. um Arbeitskräfte, die von ihrem Unternehmen über einen Zeitraum von in der Regel ein bis fünf Jahren ins Ausland entsendet werden. Weiterhin gibt es die Variante der „Impatriates“ (Impats) – hier erfolgt der Einsatz von Mitarbeitern eines ausländischen Unternehmens in einer deutschen Niederlassung. Neben der „klassischen“ Auslandsentsendung können zudem auch Dienstreisen und mobiles Arbeiten im Ausland über eine internationale Krankenversicherung abgesichert werden, um Mitarbeitern im Falle eines Notfalls die bestmögliche Unterstützung zu gewährleisten.

Eine Auslandsentsendung birgt Chancen und Risiken

Die Vorteile einer Auslandsentsendung liegen auf der Hand: Firmen nutzen ihre Marktchancen im globalen Wettbewerb. Mitarbeitern dient der Auslandsaufenthalt sowohl im Hinblick auf die berufliche als auch auf die persönliche Horizonterweiterung – oft auch in Verbindung mit einem Karrieresprung. Allerdings folgen auf die Euphorie häufig auch Probleme. Viele der im Ausland tätigen Mitarbeiter beenden aus persönlichen, familiären, beruflichen oder kulturellen Gründen ihren Auslandseinsatz vorzeitig. Zu einer besonderen Herausforderung können auch gesundheitliche Probleme im Ausland werden.

Umso wichtiger ist es, eine Auslandsentsendung richtig vorzubereiten: Etwa ein Jahr sollte für die richtige Planung und Vorbereitung eines Auslandseinsatzes eingeplant werden. Arbeitgeber müssen Mitarbeiter über Risiken während des Auslandsaufenthaltes aufklären. Dazu gehören auch relevante Informationen zu Steuerrecht, Sozialversicherung – und auch zum privaten Kranken- und Unfallschutz, denn schließlich leistet längst nicht jede Versicherung auch im Ausland. Hier lauern Fallen, die selbst schon erfahrenen, global agierenden Unternehmen zum Verhängnis geworden sind.



shutterstock.comFreebird7977

Ein Muss bei Auslandsentsendungen: Die internationale Krankenversicherung

Ein zentraler Aspekt ist die richtige gesundheitliche Absicherung der Mitarbeiter, denn die Fürsorgepflicht besagt, dass Unternehmen den Mitarbeitern gegenüber in der Verantwortung stehen und im Krankheitsfall die Kosten übernehmen müssen. Diese Verpflichtung gilt auch gegenüber Familienangehörigen, sofern sie den Mitarbeiter im Ausland begleiten oder besuchen. Zwar besteht die Möglichkeit, dass ein Unternehmen über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Aufwendungen erstattet bekommt, die auch im Inland angefallen wären, aber gerade im Ausland können noch wesentlich höhere Behandlungskosten entstehen. Wenn etwa ein Krankenrücktransport notwendig wird, kommen schnell Kosten in fünfstelliger Höhe zusammen. Daher ist eine gute und zuverlässige internationale Krankenversicherung elementar für die Auslandsentsendung.

Bei der Wahl der internationalen Krankenversicherung gibt es einige wichtige Aspekte, die im Hinblick auf einen geeigneten Versicherungsschutz zu beachten sind. Egal, wo man sich gerade auf der Welt befindet: Man sollte sich auf einen zuverlässigen und erstklassigen Gesundheitsschutz verlassen können.

Achten Sie auf folgende wichtige Bestandteile im Versicherungsschutz:

/ **Unmittelbare Hilfe im Notfall**

Immer mal wieder kann es während eines Auslandsaufenthaltes vorkommen, dass ein medizinischer Notfall eintritt, bei dem eine schnelle Hilfe erforderlich ist – und zwar unabhängig von Zeit und Ort. Gerade wenn eine medizinische Behandlung in unmittelbarer Nähe nicht durchführbar ist, ist es wichtig, dass es eine 24-Stunden erreichbare Notfall-Hotline gibt, auf die man sich verlassen kann. Diese kann einen möglicherweise erforderlichen Transport zum nächstgelegenen medizinischen Leistungserbringer sicherstellen oder in schwerwiegenden Fällen sogar einen Rücktransport ins Heimatland organisieren.

/ **Direktabrechnung mit den Leistungserbringern**

Ein besonderer Vorteil besteht für den Expatriate, wenn er im Falle einer Behandlung in einem Krankenhaus nicht finanziell in Vorleistung treten muss. Weltweit agierende Versicherungsunternehmen haben mit zahlreichen medizinischen Einrichtungen spezielle Vereinbarungen, die untereinander Direktabrechnungen ermöglichen und somit den Versicherten finanziell entlasten.

/ **Versichertenkarte**

Nicht nur im Notfall hilft die Versichertenkarte dabei, alle Versicherungsdaten griffbereit zu haben. Bei Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen, mit denen eine Direktabrechnung vereinbart ist, sorgt sie auch dafür, dass versicherte Personen nicht in finanzielle Vorleistung treten müssen.

/ **Schnelle und einfache Abwicklung der Rechnungserstattung**

Die Abwicklung der Versicherungsangelegenheiten sollte schnell und unkompliziert durchgeführt werden können. Online-Tools oder Apps erleichtern den „Papierkram“ und ermöglichen, dass Rechnungen einfach online eingereicht werden können. Sie erleichtern auch die Suche nach Netzwerkpartnern, bieten nützliche Informationen zu Krankheitsbildern und Tipps für das Aufenthaltsland.

/ **Versicherungsschutz im Heimatland**

Sofern Mitarbeiter eine kurzzeitige Rückkehr ins Heimatland planen – zum Beispiel aufgrund eines Familienbesuchs oder eines beruflichen Termins – so ist darauf zu achten, dass auch während dieser Zeit umfassender Versicherungsschutz besteht.

/ **Freie Arzt- und Krankenhauswahl**

Gerade im Ausland ist vieles neu und unbekannt. Häufig verlässt man sich daher auch auf Empfehlungen von den neuen Kollegen und Bekannten. Es ist daher von Vorteil, wenn ein Expatriate über seine Versicherung die freie Wahl des medizinischen Behandlers hat, ohne eine vorherige Genehmigung einholen zu müssen.

/ **Digitale Gesundheitsversorgung**

Egal wo sich Mitarbeiter befinden, mit Telemedizin-Services sind sie weltweit bestens beraten. Besonders für Expatriates, die zu Beginn ihres Auslandseinsatzes noch nicht mit ihrem Umfeld und dem lokalen Gesundheitssystem vertraut sind, ist dies von unschätzbarem Wert. Sie können bequem von zu Hause aus über eine persönliche Video- oder Telefonberatung mit qualifizierten Ärztinnen und Ärzten sprechen, eine Zweitmeinung einholen und sogar Unterstützung bei psychischen Problemen erhalten.

Bei Fragen zu diesem Thema können Sie uns gern unter 030 206743-148 anrufen oder eine E-Mail schreiben an info@ipv.de.

Fazit: Gut abgesichert ins Abenteuer Ausland

Damit weder Arbeitgeber noch Mitarbeiter nach einer Krankheit oder einem Unfall vor Problemen stehen, sollte der Abschluss einer internationalen Krankenversicherung Teil der Planung und Organisation vor Entsendung von Mitarbeitern ins Ausland sein. Neben der finanziellen Absicherung im Krankheitsfall stehen beim Versicherungsschutz besonders dessen Umfang und die Serviceleistungen im Vordergrund – gerade bei dem Abenteuer eines Auslandsaufenthaltes.

Betriebliche Altersvorsorge

Vorsicht bei der Fünftelung – Betriebsrentnerin muss vollen Steuersatz auf „gestückelte“ Kapitalleistung zahlen

Bundesfinanzhof verwehrt Betriebsrentnerin die Fünftelung, da die Kapitalleistung auf drei unterschiedliche Veranlagungszeiträume fiel (Urteil vom 15.12.2022 - VI R 19/21)

Auf Kapitalleistungen in den Durchführungswegen Pensionszusage und Unterstützungskasse kann die sog. Fünftelung gem. § 34 EStG angewendet werden. *Das Prinzip der Fünftelung: Die einmalige, nicht selten hohe Kapitalzahlung wird steuerlich so behandelt, als wäre dem Versorgungsberechtigten das Geld gleichmäßig über fünf Jahre verteilt zugeflossen. Dadurch sinkt regelmäßig die Steuerbelastung.*

Voraussetzung dafür ist, dass es sich bei der Kapitalzahlung um eine „zusammengeballte“ Einkunft aus nichtselbstständiger Tätigkeit (§ 19 EStG) handelt. Und genau darum ging es im entschiedenen Fall.

Dort hatte eine ehemalige GmbH-Gesellschafterin eine Pensionszusage. In der zuletzt gültigen Fassung sah die Zusage eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe von 543.000 EUR vor, worauf die Versorgungsberechtigte mit Alter 64 und Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis Anspruch hatte.

Trotz Fälligkeit leistete das Unternehmen im Kalenderjahr 2017 vor Steuern lediglich Teilzahlungen in Höhe von kumuliert 473.000 EUR. Erst im Jahr 2018 wurden zusätzlich 55.000 EUR gezahlt, 2019 der Restbetrag von 15.000 EUR. Die Versorgungsberechtigte hatte darauf keinen Einfluss. Das Finanzamt verweigerte ihr die Fünftelung, die für die erste Zahlung aus dem Jahr 2017 (473.000 EUR) begehrt worden war.

Im Rahmen des Revisionsverfahrens gab der Bundesfinanzhof dem Finanzamt recht, da für die Einkünfte aus der Pensionszusage keine „Zusammenballung“ vorliege. Zwar sei diese Voraussetzung nicht ausdrücklich in § 34 EStG verankert, jedoch rechtfertige allein ein „geballter Zufluss“ die mit § 34 EStG verbundene Steuerentlastung.

Im Falle eines gestreckten Zuflusses über mehrere Veranlagungszeiträume hinweg kann nach Rechtsprechung des BFH nur dann die Fünftelung auf die Hauptleistung gewährt werden, wenn die Nebenleistung nicht mehr als 10 % der Hauptleistung ausmacht (Geringfügigkeit). Daran fehlte es im entschiedenen Fall. Auch weitere Ausnahmegründe (Vorauszahlung oder Entschädigungszusatzzahlung aus sozialen Gründen) waren nicht gegeben.



Shutterstock.com/Andrii Yalanskyi

Fazit:

Die Rechtsprechung des BFH ist nachvollziehbar und deckt sich obendrein mit der Ansicht der Finanzverwaltung (vgl. BMF-Schreiben vom 18.3.2022, Rz. 147). Daher ist im Rahmen von Kapitalzahlungen möglichst die Streckung des Zuflusses über die Geringfügigkeitsschwelle hinaus zu vermeiden. Selbst dann, wenn den Versorgungsberechtigten hierfür kein Verschulden trifft und der Arbeitgeber lediglich verzögert fällige Rückdeckungsversicherungen sukzessive „durchreicht“.

Betriebliche Altersvorsorge

Die Vorteile einer rechtlich geprüften Versorgungsordnung (VO)

Im Gespräch mit Ulrich Beeger

Rechtsanwalt Ulrich Beeger kennt die Praxis der betrieblichen Altersversorgung u.a. als Leiter der Mitgliederberatung beim Industrie-Pensions-Verein e.V. Er beobachtet seit Jahren die umfangreiche Rechtsprechung zur betrieblichen Altersvorsorge (bAV) und ist Mitautor des Standard-Werks „Die Versorgungsordnung“, das in 4. Auflage im Verlag Versicherungswirtschaft erschienen ist.

Herr Beeger, was ist überhaupt eine Versorgungsordnung (VO)?

Beeger: Die Versorgungsordnung ist ein zentrales Dokument, das die Spielregeln der betrieblichen Altersvorsorge (bAV) als Rechtsgrundlage vorgibt. Für die meisten Fälle gesprochen werden Lebensversicherungen, die der Arbeitgeber als bAV für die Belegschaft abschließt, durch die VO arbeitsrechtlich flankiert und strukturiert.

Wofür ist die arbeitsrechtliche Flankierung, zumal bei einer Direktversicherung nötig?

Beeger: Ich muss ein wenig ausholen. Seit dem Jahr 2002 haben Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch auf betriebliche Altersversorgung aus Entgeltumwandlung gemäß § 1a Betriebsrentengesetz (BetrAVG), ab 2019 verbunden mit einem Arbeitgeber-Zuschuss. Mit dem Rechtsanspruch auf betriebliche Altersversorgung sind arbeitsrechtliche Einstandspflichten für den Arbeitgeber verbunden, auch wenn die bAV durch eine Entgeltumwandlung des Arbeitnehmers finanziert wird.

Trotz der Durchführung über eine Direktversicherung haftet der Arbeitgeber für die zugesagten Leistungen. Das gilt insbesondere auch für arbeitgeberfinanzierte bAV mit Fragen der Gleichbehandlung und möglichen Störfällen wie entgeltfreien Zeiten oder vorzeitigem Ausscheiden.

An der Direktversicherung „hängt“ also ein arbeitsrechtliches Versprechen?

Beeger: Ja. Und genau hier knüpft die Versorgungsordnung an. Mit der VO kann der Arbeitgeber einheitliche und gesetzeskonforme Rahmenbedingungen zur bAV schaffen und damit rechtliche Risiken und Verwaltungsaufwand durch entsprechende Gestaltung und Vereinheitlichung vermeiden. Bei vielen Arbeitgebern ist ein regelrechter „Wildwuchs“ an Versicherungen entstanden, was die Verwaltung der bAV erschwert. Die VO hat außerdem den positiven Nebeneffekt, dass mehr Transparenz entsteht und mögliche Informationspflichten des Arbeitgebers erfüllt werden. Denken Sie nur an das Nachweisgesetz, das grundsätzlich den schriftlichen Nachweis der bAV fordert!



RA Ulrich Beeger

Welche Vorteile hat die Versorgungsordnung noch?

Beeger: Arbeitgeber, die eine Versorgungsordnung (VO) nutzen, stellen sich dadurch aktiv hinter die betriebliche Altersvorsorge (bAV) und „verstecken“ sich nicht hinter dem Versicherungsvermittler. Sie erkennen den langfristigen Nutzen der bAV als Benefit für die Belegschaft. Für sie ist die VO daher auch ein Marketinginstrument.

A propos Versicherungsvermittler: In den meisten Fällen binden Arbeitgeber ihre Versicherungsvermittler explizit in die Versorgungsordnung ein, als Ansprechpartner für die bAV sowie beispielsweise für die Überprüfung mitgebrachter Versicherungsverträge. Ich beobachte auch zunehmend, dass Firmen ein eigenes „Branding“ betreiben, indem man der eigenen bAV einen Namen gibt („Versorgungswerk Meier GmbH/MeierRente“), ein besonderes Layout wählt und vielleicht noch ein Online-Portal nutzt. Gut verpackt lassen sich Dinge bekanntlich besser „verkaufen“ bzw. dem Arbeitnehmer vermitteln.

Ab welcher Unternehmensgröße macht eine Versorgungsordnung Sinn?

Beeger: Hier gibt es keinen festen Wert. Je größer die Belegschaft, desto größer der Nutzen einer Versorgungsordnung als kollektive Regelung. Erfahrungsgemäß werden Versorgungsordnungen ab einer Mitarbeiteranzahl von 10 Personen erstellt. Bei kleineren Unternehmen meist dann, wenn ein besonderes werbliches Interesse besteht, das Unternehmen oder die Branche besonders dynamisch ist oder die VO zur Ablösung einer bestehenden bAV dient.

Wer hilft den Unternehmen denn bei der Erstellung einer Versorgungsordnung?

Beeger: Es gibt viele Versorgungsordnungen der Marke Eigenbau mit gut gemeinten Formulierungen. Gut gemeint ist aber oft nicht gut gemacht.

Ich warne davor, die VO als Prosa abzutun. **Versorgungsordnungen sind klassische Rechtsdienstleistung.** Aus diesem Grund gehört ihre Erstellung in die Hände von Profis, die dafür eine Berufshaftung vorhalten. Ganz grundsätzlich zählen dazu die rechtsberatenden Berufe wie Rechtsanwälte und zugelassene Rentenberater, auch die **IPM GmbH als Rechtsberater-Tochter des IPV** zählt selbstverständlich dazu. Die Rechtsabteilung eines Versicherers hat zwar den Sachverstand und erstellt in der Regel eine Musterversorgungsordnung, die Haftung für diese VO übernimmt sie aber nicht.

Sie würden also die professionelle Rechtsberatung empfehlen?

Beeger (lacht): Das ist natürlich jetzt Eigenwerbung, aber für die gute Sache!

Schalten Sie im Zweifel einen versierten Vertreter aus der Zunft der Renten- und Rechtsberater ein. Am Ende haben Sie ein professionelles Ergebnis und als Arbeitgeber oder Vermittler ist man aus der Schusslinie. Damit ist allen geholfen! **Genauso wie der Arbeitgeber biometrische Risiken der Betriebsrente auf den Versicherer auslagert, sollte er auch arbeitsrechtliche Risiken auf Profis auslagern.** Zumal der Preis für eine professionelle Versorgungsordnung oft überschaubar ist und nach meiner Beobachtung regelmäßig im dreistelligen Bereich bleibt.

Herzlichen Dank!

Für Fragen steht Ihnen Herr Beeger unter 030-206732-141 oder per E-Mail an beeger@ipv.de zur Verfügung.

IPV-Aktuell

14. Jahrestagung der IPV-Akademie

Wir blicken zurück auf eine erfolgreiche 14. IPV-Jahrestagung! Über 160 Teilnehmer durfte Christian Kiefer zum ersten Mal als neuer Vorstand des IPV am 21. September 2023 im Haus der Deutschen Wirtschaft in Berlin begrüßen.

Renommierte Redner konnten das Publikum mit interessanten und spannenden Vorträgen zu Themen aus der Wirtschaft, dem Gesundheits- und dem Personalwesen sowie aus dem Bereich Sport begeistern.

Impressionen der Veranstaltung finden Sie hier:

www.ipv.de/jahrestagung



Seminarprogramm der IPV-Akademie 2023



Aktuelle Termine für unsere Online-Seminare:

- / Was bringt die Pflegereform 2023?
- / Einrichtungs- und Haftungsfragen/ Aufklärungs- und Informationspflichten in der bAV
- / Vorsorgeperspektiven für Frauen
- / Aktuelles zur gesetzlichen Rentenversicherung

Melden Sie sich gleich an unter: www.ipv.de/veranstaltungen