

Rentenreform 2001/2002

Betriebliche Altersversorgung wird Klinikalltag

KlinikRente BDPK
Branchenlösung für Private
Krankenanstalten
www.klinikrente.de

Die Rentenreform 2001/2002 bewirkt im Kern die Kürzung der gesetzlichen Renten und den Ausgleich dieser Kürzung durch private Vorsorge („Riester-Rente“) und betriebliche Altersversorgung („Entgeltumwandlung“). Ein erster Schritt in eine neue Richtung, ein Paradigmenwechsel und eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. hat gemeinsam mit Mitgliedern des Fachverbandes für betriebliche Versorgungswerke e. V. und führenden Finanzdienstleistern für die Mitglieder der Landesverbände die Branchenlösung KlinikRente BDPK geschaffen. Mehr und mehr Kliniken erkennen die Vorteile einer einfachen sicheren Lösung und nutzen KlinikRente BDPK. Schon drei Monate nach Gründung des Versorgungswerkes haben zahlreiche

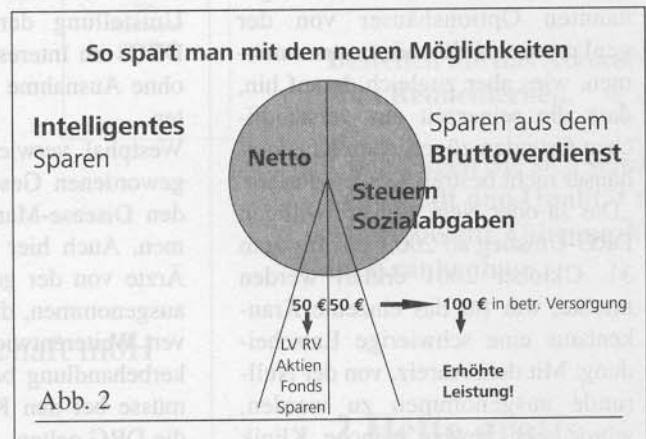
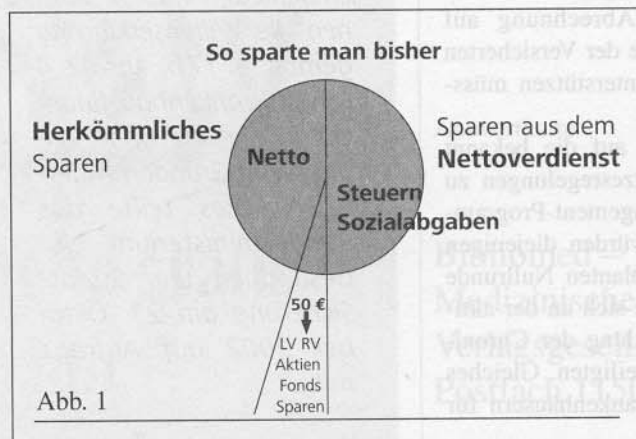
Unternehmen hohes Interesse an KlinikRente BDPK signalisiert.

Die Frage: „Betriebliche Altersversorgung, ja oder nein?“ war bisher reine Chefsache. Die Rentenreform hat das verändert. Seit dem 1. Januar 2002 hat jeder Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch auf Entgeltumwandlung. Das ist eine neue Qualität und hat Konsequenzen. Im Weiteren werden Hintergründe beleuchtet und Perspektiven aufgezeigt, wie Kliniken der neuen Situation gerecht werden und die betriebliche Altersversorgung dennoch Chefsache bleibt.

Was bedeutet Rechtsanspruch auf Entgeltumwandlung?

Jeder Arbeitnehmer kann verlangen, dass ein Teil seiner Bezüge einbehalten und für betriebliche Versorgung verwendet wird. Hieraus ergeben sich für den Arbeitnehmer Möglichkeiten, mit hoher Effektivität für den Ruhestand vorzusorgen. Das kann

über verschiedene Durchführungswege erfolgen: Gibt es die Wege Direktversicherung, Pensionskasse, Unterstützungskasse, Pensionszusage schon viele Jahre, wurde der so genannte Pensionsfonds durch die Rentenreform neu eingeführt. Eine weitere wichtige Neuerung ist die Möglichkeit, bis zu vier Prozent der Beitragsbemessungsgrenze (2002: 54 000 €) steuer- und sozialabgabenfrei in eine Pensionskasse und einen Pensionsfonds einzuzahlen. Nach wie vor kann man das auch über eine Unterstützungskasse. Spätestens hier beginnt bei vielen die Verwirrung, und dabei hat das alles noch nichts mit der neuen „Riester-Rente“ zu tun. Im weiteren wird nicht der Versuch unternommen, in die bis zu 14 verschiedenen Varianten betrieblicher Altersversorgung eine Systematik zu bringen, sondern es werden die prinzipiellen Chancen und Risiken aufgezeigt. Durch die neue Vielfalt der Möglichkeiten ist es für die Arbeitgeber sehr schwer geworden, neben den Chancen auch die Risiken zu erkennen und auf dieser Basis richtige Entscheidungen zu treffen.



So stellt sich die Entgeltumwandlung in der Gehaltsabrechnung dar (Arbeitnehmer 30 Jahre, ledig)			
Vor Entgeltumwandlung		Nach Entgeltumwandlung	
Bruttoeinkommen	2.200 €	Bruttoeinkommen	2.200 €
% Sozialabgaben	453 €	% Entgeltumwandlung	100 €
% Steuern/Einkommen	354 €	% Sozialabgaben*	433 €
		% Steuern/Soli/Kirche	433 €
Nettoeinkommen	1.393 €	Nettoeinkommen	1.344 €

* Sozialabgabensparnis noch bis 2008

Abb. 3

Durch die Entgeltumwandlung ergibt sich:	
Nettoeinkommen vor Gehaltssumwandlung	1.393 €
Nettoeinkommen nach Gehaltssumwandlung	1.344 €
Nettoaufwand für 100 € in betriebliche Versorgung	49 €
Einspareffekt Arbeitnehmer	51 €
Einspareffekt Arbeitgeber	20 €
Gesamtersparnis an Lohnsteuer und Sozialabgaben	71 €

Anmerkung: Zahlen gelten vorerst bis 2008

Abb. 4

Welche neuen Chancen ergeben sich?

Bei der sogenannten Entgeltumwandlung werden Gehaltsbestandteile vom Bruttolohn einbehalten. Das steuer- und sozialversicherungspflichtige Einkommen verringert sich entsprechend. Der Arbeitnehmer zahlt sofort spürbar weniger Lohnsteuer und Sozialabgaben. Der Arbeitgeberanteil an der Sozialversicherung verringert sich. Die Einsparung von Sozialabgaben ist auf einen Umwandlungsbetrag von vier Prozent der BBG (2002: 2.160 €) begrenzt und soll 2008 auslaufen. Dieses „Vorsorgesparen aus dem Brutto“ ist wesentlich effektiver als herkömmliches Sparen aus dem Nettoeinkommen.

Der sogenannte „Versorgungslohn“, den der Arbeitgeber direkt an eine Einrichtung der betrieblichen Altersversorgung überweist, ist heute nicht mit Steuern und Abgaben belastet und hat damit eine hohe Effektivität. Die spätere Versorgungsleistung ist zwar prinzipiell zu versteuern, aber das regelmäßig im Rentenalter geringere steuerpflichtige Einkommen führt dazu, dass deutlich weniger Steuern anfallen. Vor dem Hintergrund der Personalsituation im Gesundheitswesen wird die betriebliche Altersversorgung künftig weiter an Bedeutung gewinnen. Viele beginnen erst jetzt, die dramatische Situation der gesetzlichen Rentenversicherung zu begreifen. Daher wird das Thema „Betriebliche Altersversorgung“ zukünftig in Personalgesprächen immer wichtiger.

Schließlich erlaubt eine gute Altersversorgung Mitarbeitern, flexibler in den Ruhestand zu wechseln. Nur wenn die Altersbezüge ausreichen, können Arbeitnehmer in Zukunft früher in Rente gehen – ein viel gehegter Wunsch. Kliniken, die Ihren Mitarbeitern helfen, Versorgungskapital aufzubauen, gewinnen für sich und ihre Angestellten Flexibilität und natürlich Motivation und Zufriedenheit.

Was ist denn nun die „Riester-Rente“?

Bei der Riester-Rente (die man gedanklich nicht mit der oben dargestellten Entgeltumwandlung vermischen darf) zahlt der Arbeitnehmer von seinem Nettoeinkommen in einen Vorsorgevertrag und bekommt einen staatlichen Zuschuss. Dieser Zuschuss ist von seinem Einkommen und der familiären Situation abhängig. Nach einer Art „Riester-Hysterie“ im vergangenen Jahr besteht heute in Fachkreisen weitgehend Einigkeit: Riester rechnet sich umso besser, je geringer das Einkommen und umso größer die Zahl der „förderfähigen“ Kinder ist. „Für die Mehrzahl der Arbeitnehmer jedoch führt sie zu geringeren Beitrags- und auch Rentenleistungen als bei einer Entgeltumwandlung aus dem Bruttoeinkommen“ („Der Betrieb“, Nr. 36, 7. 9. 2001). Für die wenigen Arbeitnehmer, für die sich Riester besser rechnet als eine Entgeltumwandlung, sollte die Umsetzung nicht im Betrieb, sondern auf der privaten Ebene erfolgen.

Entstehen für den Arbeitgeber aus der neuen Situation auch Risiken?

Wenn dem Arbeitgeber die Zusammenhänge nicht klar sind, können sehr schnell unkalkulierbare Risiken entstehen. Bisher konnten Unternehmer jegliche Risiken aus betrieblicher Altersversorgung vermeiden, indem sie keine betriebliche Versorgung zugelassen haben. Dieser Weg ist jetzt versperrt. Die neuen gesetzlichen Regelungen tragen die betriebliche Altersversorgung in jedes Unternehmen, in jede Klinik.

Um Risiken zu vermeiden, muss man diese kennen. Leider wird seitens vieler Berater nur ungern darüber gesprochen. „Das hat mir aber so noch keiner erklärt“, wird immer wieder von Klinikleitungen auf den Informationsseminaren von Klinik-Rente BDPK geäußert.

Als Erstes und Wichtigstes geht es um die Sicherheit. Viele Unternehmer denken, dass die Sicherheit bei der Gehalts- oder Entgeltumwandlung Arbeitnehmersache ist. Manche überlassen die Wahl des Anbieters sogar dem einzelnen Arbeitnehmer. Dabei muss die Sicherheit für den Arbeitgeber mit Abstand an erster Stelle stehen. Dies ergibt sich aus dem Prinzip, dass auch Entgeltumwandlung immer betriebliche Altersversorgung ist. Der Arbeitnehmer verzichtet auf Entgelt und bekommt vom Arbeitgeber eine „wertgleiche“ Versorgungszusage. Unabhängig davon, wie der Arbeitgeber die Sicherstellung organisiert, er steht in

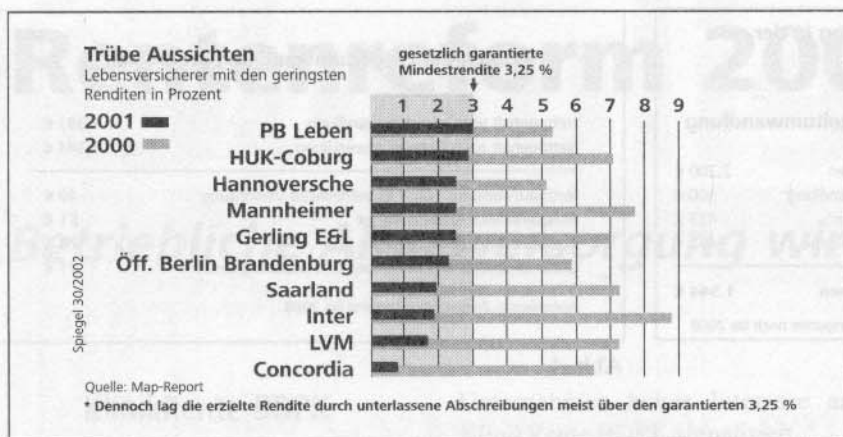


Abb. 5

der Einstandspflicht. Auch bei „arbeitgeberfreundlicher“ Gestaltung bleibt letztlich im Minimum immer die Resthaftung des Arbeitgebers für die eingezahlten Beiträge.

Angenommen, ein Pensionsfonds legt das umgewandelte Geld der Arbeitnehmer so ungeschickt an, dass ein Drittel des Kapitals verloren geht. In diesem Fall muss der Arbeitgeber laut Gesetz einspringen und das fehlende Geld ersetzen. Oder: Wenn ein Lebensversicherer oder eine Pensionskasse Pleite machen sollte, dann muss der Arbeitgeber für das eingezahlte Geld der Arbeitnehmer gerade stehen. Auch aus zusätzlichen Absicherungen von biologischen Risiken über die betriebliche Altersversorgung, wie Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrenten, können weitere Einstandspflichten für Arbeitgeber entstehen. Jede Klinik sollte diese Risiken sehr genau kennen und sich detailliert informieren. Dann wird sehr schnell klar, warum für Branchenlösungen Sicherheit oberste Priorität hat. So sagen die „Macher“ der deutschlandweit größten Branchenlösung MetallRente (AG-Verband Gesamtmetall und IG-Metall) einvernehmlich: „Sicherheit ist die wichtigste Anforderung überhaupt.“

Wie kann der Arbeitgeber zusätzlichen Verwaltungsaufwand vermeiden?

Prinzipiell bietet die neue Vielfalt die Gefahr von nicht kalkulierbarem zusätzlichem Verwaltungsaufwand. Das lässt sich vermeiden. Wenn der Arbeitgeber die Einführung der neuen Möglichkeiten aktiv betreibt und sich auf bestimmte Durchführungswege und Anbieter festlegt, kann zusätzlicher Verwaltungsaufwand minimiert werden. Wichtiges Instrument zur Vermeidung von ungeplantem Zusatzaufwand kann ein sogenannter Leistungskatalog sein. Die Klinik und der Anbieter (Berater) sollten einen klar umrissenen Leistungskatalog miteinander vereinbaren. In diesem werden die Serviceleistungen exakt festgelegt.

KlinikRente BDPK – der einfache Weg zur sicheren Rente www.klinikrente.de

„Der Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e. V. hat sich in diesem Zusammenhang entschlossen, den Mitgliedern der Landesverbände eine verbandseigene Versorgungslösung anzubieten. Gemeinsam mit Mitgliedern des FBV – Fachverbandes für betriebliche Versorgungswerke e. V. und der Fachkommission Tarifpolitik des BDPK wurde KlinikRente BDPK ent-

KlinikRente BDPK

Eine Einrichtung des Bundesverbandes
Deutscher Privatkrankeanstalten e. V.

Abb. 6

wickelt“, so Heinz Rottmann, Vorsitzender des Fachausschusses Tarifpolitik.

Die Forderung des Fachausschusses für Tarifpolitik im Januar dieses Jahres lautet: „Wir wollen unseren Mitgliedern eine Lösung bieten, welche die Risiken minimiert, die Chancen nutzt und so flexibel ist, dass die Kliniken die konkrete Umsetzung selber gestalten können“.

„Sicherheit ist die wichtigste Anforderung überhaupt“, schreiben die Initiatoren der größten Branchenversorgungslösung MetallRente. Für KlinikRente BDPK gilt das gleichermaßen. So ist es auch nicht verwunderlich, dass zwei der Konsortialpartner der MetallRente auch bei KlinikRente BDPK das Ausschreibungsverfahren für sich entscheiden konnten. Bonität, Bewertungsreserven, Verwaltungskosten, Verzinsung, Service- sowie Beratungskapazitäten und langfristige Erfahrung in betrieblicher Versorgung waren wesentliche Auswahlkriterien. Informationen neutraler Ratingagenturen wurden herangezogen. So wurde Konsortialführer Allianz laut Map-Report mehrfach als servicestärkster Versicherer ausgezeichnet. Die Victoria konnte gemeinsam mit der Allianz ebenfalls die Ausschreibung MetallRente für sich entscheiden und ist einer der wenigen Gesellschaften mit einem Standard & Poors-Rating AAA. Die Schweizerische Rentenanstalt begleitet seit mehr als 25 Jahren das Versorgungswerk des Landesverbandes der privaten Krankenanstalten Bayern e. V. Das besondere Sicherheitskonzept von KlinikRente BDPK beruht auf einer Konsortiallösung. Hierbei wird das Versorgungskapital auf die Konsortialpartner verteilt. Kapitalmarktrisiken werden gestreut, und es ent-

steht ein Plus an Sicherheit, für Großunternehmen heute eine Selbstverständlichkeit, für kleine Unternehmen einzeln nicht umsetzbar. Für den sicher sehr attraktiven Durchführungsweg der Pensionskasse gibt es in Deutschland bisher nur eine Handvoll Angebote mit Konsortiallösung. KlinikRente BDPK bietet auch hier einen Konsortialvertrag und somit zusätzliche Sicherheit.

An dieser Stelle eine Anmerkung: Die Neugründung vieler Pensionskassen in diesem Jahr fand in einem denkbar ungünstigen Kapitalanlageumfeld statt. Dennoch bieten einige dieser „Neugründungen“ überdurchschnittliche Hochrechnungen für die Zukunft an. Überzogene Versprechungen können in der betrieblichen Altersversorgung über das Arbeitsrecht immer den Arbeitgeber tangieren. Weitere Informationen hierzu können Sie über info@klinikrente.de anfordern. „Eine sichere, wirtschaftlich sinnvolle und für die einzelne Klinik verwaltungsarme betriebliche Versorgung zu ermöglichen, waren die Vorgaben vom Verband bei der Konzeption von KlinikRente BDPK.“

Individuelle Entscheidungen der Klinikleitung über den Durchführungsweg, qualitativ hochwertige Betreuung vor Ort und die Möglichkeit, bestehende Verbindungen (z. B. zu hauseigenen Maklern) einzubeziehen, waren Forderungen, die KlinikRente BDPK heute verwirklicht. Neben allen Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung kann die Riester-Rente zudem auf der privaten Ebene umgesetzt werden,“ erläutert Hubertus Mund, Experte vom Fachverband betrieblicher Versorgungswerke e. V., der am Konzept von KlinikRente BDPK mitgewirkt hat.

„Auch die notwendige Weiterentwicklung des Konzeptes bei Gesetzesänderungen u.ä. erfolgt zentral in enger Zusammenarbeit mit dem Verband.“, so Mund weiter. Im Rahmen von KlinikRente BDPK können Arbeitnehmer die „Riester-Rente“ privat umsetzen und dennoch die

Vorteile eines Kollektivrabattes nutzen. Hierdurch wird Verwaltungsaufwand in Zusammenhang mit „Riester“ für die Klinik vermieden. Warum die „Riester-Rente“ besser privat umgesetzt werden sollte, siehe auch www.klinikrente.de bzw. fordern Sie die kostenfreie Info-CD zur Rentenreform über info@klinikrente.de an.

Umsetzung betrieblicher Versorgung in der Klinik

Wie organisiert man die Umsetzung so, dass Risiken vermieden und Chancen verwirklicht werden? In enger Zusammenarbeit mit einem qualifizierten Berater sollten folgende Schritte in einem überschaubaren Zeitraum realisiert werden:

1. Festlegung der Ziele

Die Klinik steht vor der Wahl:

- Minimale Zielstellung, um den neuen gesetzlichen Forderungen gerecht zu werden oder
- betriebliche Altersversorgung als eine Form der Vergütung mit den sich ergebenden Chancen und Möglichkeiten zu erkennen und zu nutzen.

2. Auswahl des Anbieters

Bonität, Bewertungsreserven, Kostenstruktur, Verzinsung, Service und Erfahrung sind die Kriterien, die mit entsprechender Gewichtung zu beurteilen sind. Jeder, der nur einzelne Kriterien beurteilt, läuft Gefahr, unkalkulierbare Risiken einzugehen. Bei der Auswahl von Anbietern vergleichen viele Arbeitgeber in erster Linie Hochrechnungen, die die Anbieter selbst liefern. Nur beiläufig wird ein Blick auf Bonität, Bewertungsreserven, Kostenstruktur, Verzinsung und Rechtsform der Anbieter geworfen. Was ist, wenn aus den Bewertungsreserven in den letzten Monaten stille Lasten geworden sind? Was ist, wenn sich aus der Rechtsform des Anbieters Nachschulpflichten ergeben? Wem ist schon bekannt, dass die Kosten mit denen Versicherungsverträge belas-

tet werden, zwischen acht Prozent und 28 Prozent schwanken. Sicher sind diese Informationen für jeden Arbeitgeber unumgänglich – aber in der Regel nicht verfügbar. Unabhängige Vergleiche dieser Entscheidungskriterien können über info@klinikrente.de angefordert werden.

3. Entscheidung über den Durchführungsweg

Die Durchführungswege unterscheiden sich in ihren Wirkungen arbeitsrechtlich, steuerrechtlich, sozialversicherungsrechtlich und versicherungsrechtlich. Deshalb lässt sich eine fundierte Entscheidung nur über eine umfangreiche Entscheidungsmatrix fällen. Den Mitgliedskliniken von KlinikRente BDPK wird eine Muster-Entscheidungsmatrix zur Verfügung gestellt.

4. Entscheidung über die Versorgungsleistungen

Als Versorgungsleistungen kommen Altersversorgung, Berufsunfähigkeitsversorgung und Hinterbliebenenversorgung in Frage. Anbieter/Berater neigen oft dazu, diese biologischen Risiken mit über die Entgeltumwandlung abzudecken. Diese Anbieter/Berater sehen das als zusätzliches „Versicherungsgeschäft“ an und vernachlässigen, dass betriebliche Altersversorgung in erster Linie arbeitsrechtlich zu beleuchten ist. Arbeitgeber sollten die arbeitsrechtlichen Wirkungen von solchen Zusatzleistungen sehr genau kennen. Vor allem, weil die Auswirkungen für verschiedene Durchführungswege sehr unterschiedlich sind.

5. Umsetzung und langfristige Betreuung

Zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Umsetzung und Betreuung hat KlinikRente BDPK einen Leistungskatalog entwickelt. Zwischen der Klinik und dem Berater vor Ort vereinbart, gewährleistet dieser, dass die Umsetzung und Betreuung nach den Vorstellungen der Klinikleitung erfolgt.

Neue Chancen

Die Möglichkeit, für jeden einzelnen Arbeitnehmer seine künftigen Versorgungslücken effektiv zu schließen, sind mit der Rentenreform 2001/2002 gegeben. Kliniken, die die Neuorganisation der betrieblichen Versorgung aktiv umsetzen, ermöglichen ihren Arbeitnehmer die neuen Chancen.

KlinikRente bietet hierfür bei hoher Sicherheit eine wirtschaftlich attrak-

tive Lösung für die Verbandsmitglieder.

Eine kostenfreie CD mit den wichtigsten Informationen zur Rentenreform und weitere Informationen können Sie anfordern über:

info@klinikrente.de

Telefax: (0 22 38) 57 07 64

Fragen zur betrieblichen Altersversorgung können Sie gern über (0 22 38) 57 07 63 stellen.

„Perspektiven der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung nach der Bundestagswahl“

Verbände der Privaten Krankenanstalten Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen

Am 28. Oktober 2002 fand in Bad Pyrmont eine gemeinsame Informationsveranstaltung der Verbände der Privaten Krankenanstalten Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen unter dem Motto „Perspektiven der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung nach der Bundestagswahl“ statt. Vor etwa 100 Teilnehmern referierten unter anderem Christine Lürer, Vorstandsvorsitzende der AOK Niedersachsen, Dr. Ernst Bruckenberger, Ministerialrat im Niedersächsischen Sozialministerium und Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover, und Wilfried Gleitze, Geschäftsführer LVA Westfalen, zu den Themen „Disease-Management“, „Folgen der DRG auf die Krankenhausversorgung“, „Alternative Formen der Investitionsförderung“ und „Zukunftsperspektiven der stationären, rehabilitativen Versorgung“.

Bessere Versorgung chronisch Kranker:

Christine Lürer sieht das Disease-Management als Sektoren übergreifenden systematischen Ansatz zur Verbesserung der Versorgungsqualität insbesondere chronisch Kranker. Das Disease-Management bedient sich evidenzbasierter Instrumente, die Sektoren übergreifend aufeinander abgestimmt sind.

Das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches (RSH) ermöglichte bereits die Einführung von Disease-Management-Programmen in den Bereichen Diabetes und Brustkrebs. Damit erhalten Krankenkassen für eingeschriebene Versicherte erhöhte Ausgleichszahlungen aus dem Risikostrukturausgleich und die Versorgung chronisch Kranker wird für die Krankenkassen wieder

attraktiver; insbesondere sollen der Wettbewerb und die Qualität dadurch gestärkt werden.

Dr. Bruckenberger berichtete über die Wechselbeziehungen zwischen Einführung des neuen Entgeltsystems DRG und notwendigen Investitionsoffensiven. Vor dem Hintergrund der von den Bundesländern der Höhe nach sehr unterschiedlich zur Verfügung gestellten KHG-Mittel darf nach Auffassung von Dr. Bruckenberger das Nachdenken über alternative Finanzierungsformen kein Tabuthema sein, um den Anforderungen eines zukunftssträchtigen, hoch qualifizierten und wettbewerbsfähigen Krankenhauswesens gerecht zu werden.

Krankenhausfinanzierung ist und bleibt für ihn eine Daueraufgabe, die sich unter den ständig ändernden gesellschaftlichen, technologischen und wirtschaftlichen Bedingungen immer wieder neu stellt. Allerdings beanstandet er, dass das Verständnis für die gegenseitige Abhängigkeit von Investitions- und Benutzerkosten unter einer gemeinsamen Verantwortung für das Gesamtsystem offensichtlich noch fehlt.

Der Geschäftsführer des LVA Westfalen, Wilfried Gleitze, hat in seinem Vortrag unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, dass die Umwidmung von Krankenhaus- in Rehabilitationsbetten nicht gewünscht ist und solche Vorhaben von der LVA Westfalen nicht unterstützt werden. Begründet wurde diese Auffassung mit der Einschätzung, dass ausschließlich rehabilitativ ausgerichtete Kliniken im Vergleich zu bisher nur akutstationär tätigen Einrichtungen ein signifikant höheres Qualitätsniveau vorweisen können.