

Versorgungswerke

Neue Versorgungskonzepte für Führungskräfte im Krankenhaus

Bis Ende 2001 war die Altersversorgung der Führungskräfte in den Krankenhäusern auf hohem Niveau geregelt. Mit der Umstellung der Zusatzversorgung auf das Punktesystem hat sich dies jedoch grundlegend geändert. Ganz besonders gilt das für „jüngere“ Führungskräfte, die zum 1. Januar 2002 noch keine 55 Jahre alt waren. Für diese Gruppe entstehen eklatante Vorsorgelücken. Allerdings gibt es auch neue effektive Wege, dies wirkungsvoll auszugleichen. Im Sinne eines strategischen Personalmanagements kommt diesen ergänzenden Vorsorgekonzepten eine immer wichtigere Rolle zu. Während in anderen Wirtschaftsbereichen diese Konzeptionen schon zum Standard gehören, werden sie in den Krankenhäusern bisher wenig genutzt. Daher besteht Handlungsbedarf.

Bis Ende 2001 war alles ganz einfach: Führungskräfte in öffentlichen und kirchlichen Krankenhäusern waren verbeamtet oder bekamen eine Gesamaltersversorgung von mehr als 90 Prozent des durchschnittlichen Nettoverdienstes der letzten 5 Jahre vor der Pensionierung. Diese setzte sich aus der gesetzlichen Rente oder der Landesversorgung der Ärzte zuzüglich der ZVK- oder VBL-Rente zusammen. Ein guter Verdienst in den letzten Jahren vor der Rente wurde auch mit einer guten Pension belohnt. Das hat sich grundlegend geändert.

Die Umstellung auf das Punktesystem hatte für alle diejenigen, die zum Stichtag 31. Dezember 2001 älter als 55 Jahre waren, kaum negative Auswirkungen. Hier sorgt eine erhöhte Startgutschrift für die Besitzstandswahrung. Für alle, deren 55. Geburtstag erst nach dem 31. Dezember 2001 lag, kam es dafür umso heftiger. Zwar hat ein noch nicht rechtskräftiges Urteil die VBL aufgefordert, die Startgutschriften für diese Betroffenen zu überprüfen, an der grundsätzlichen Rechtmäßigkeit des Systemwechsels hat das Ge-

richt jedoch keinen Zweifel gelassen. Ob höhere Instanzen die Zusatzversorgungskassen dazu verpflichten werden, die Startgutschriften tatsächlich nachzubessern, bleibt abzuwarten. Mit dem bisherigen, den Lebensstandard auf hohem Niveau sichernden Versorgungssystem ist es aber definitiv vorbei. Die Systemumstellung bedeutet die endgültige Abkehr von dieser günstigen Versorgungssituation. Das neue Punktesystem kennt weder einen Karrieretrend noch einen zusätzlichen Ausgleich für die Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Damit sind die Einkommen der Führungskräfte nach der Systemumstellung mit besonders großen Versorgungslücken verbunden.

Nichtärztliche Führungskräfte sind hier von besonders betroffen, denn sie erhalten künftig deutlich weniger aus der gesetzlichen Rente und gleichzeitig erheblich weniger aus der Zusatzversorgung. Sie müssen tatsächlich eine dreifache Kürzung hinnehmen, da auch der steuerpflichtige Anteil der Versorgung Jahr für Jahr ansteigt. Ärzte haben aus der Landesversorgung eine höhere „Basisversorgung“ – aber auch hier ergeben sich Leistungseinschnitte. Eine Ausnahmeregelung besteht nur für die leitenden Ärzte und Führungskräfte, die zur Systemumstellung am 31. Dezember 2001 oberhalb BAT 1 verdient haben. Hier zahlen die Arbeitgeber derzeit noch eine Zusatzumlage an die ZVK bzw. VBL. Damit wird diese Gruppe – von zumeist schon älteren Arbeitnehmern – von allzu hohen Versorgungslücken verschont.

Gerade in den Krankenhäusern werden die neuen Möglichkeiten zur steuerlich effektiven Altersvorsorge zu wenig beachtet. Eine zusätzliche Altersversorgung neben der Zusatzversorgung war bis Ende 2001 für die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser kein Thema. Innerhalb des damaligen Systems der Gesamtversorgung war ergänzende Vorsorge über den Arbeitgeber nicht möglich und auch nicht notwendig. Dass sich das Niveau der Altersversorgung in den Krankenhäusern jetzt innerhalb weniger Jahre deutlich ändert, wurde von vielen noch

nicht realisiert. Vor dem Hintergrund der anderen aktuellen Themen, die gerade die Krankenhäuser bis an den Rand der Existenz belasten, ist das nur allzu verständlich. Dennoch wird für das strategische Personalmanagement der Krankenhäuser das Thema „effektive Vorsorge für die Mitarbeiter“ immer wichtiger.

■ Mehr Nettorente über den Arbeitgeber

Hohe Versorgungsbestandteile aus der betrieblichen Altersversorgung haben in der freien Wirtschaft seit jeher einen besonders hohen Stellenwert. Im Vergleich zu anderen Vorsorgemöglichkeiten bringt die Entgeltumwandlung bis zu 50 Prozent mehr Nettorente. Dies gilt insbesondere für Führungskräfte und auch für hohe monatliche Umwandlungsbeträge. So ist es ganz selbstverständlich, dass dieser Punkt in den Stellenbeschreibungen und bei der Einstellung von Führungskräften in der Industrie immer eine wesentliche Rolle spielt. In vielen Krankenhäusern ist das derzeit noch anders. Durch den schlechten Ruf einiger Zusatzversorgungskassen, die die Krankenhäuser zum Teil mit erheblichen Umlagen und Sanierungsgeldern belasten, hat die zusätzliche betriebliche Altersversorgung im Krankenhaus nicht die Bedeutung, die ihr zukommt. Manche Krankenhäuser bieten ihren Führungskräften gar keine oder nur sehr eingeschränkte Wege zur steuerfreien betrieblichen Altersvorsorge. So werden attraktive Möglichkeiten im Wettbewerb um wichtige Mitarbeiter verschenkt.

Der Renteneintritt mit 67 verschärft die Situation, weil in einem schleichenden Prozess derzeit die Kosten der Vorruhestandsregelungen vom Staat auf die Unternehmen zurückverlagert werden. Wenn das Renteneintrittsalter aber um 2 Jahre ansteigt und gleichzeitig die derzeit noch günstigen Vorruhestandsbedingungen wegfallen, werden sich die Arbeitnehmer einen früheren Ruhestand als mit 67 nur mit zusätzlicher Vorsorge leisten können. Vorliegende Erfahrungen aus den skandinavischen Ländern zeigen, dass bei einem höheren Renteneintrittsalter der Krankheits-

stand und damit auch die Kosten für die Unternehmen ansteigen.

Hans-Jürgen Reitz, Personalchef der Asklepios Klinik in Lich, sagte in einem Interview hierzu: „Wichtig ist uns, dass durch den zusätzlichen Aufbau von Altersversorgungsvermögen unsere Mitarbeiter und vor allem unsere Mitarbeiterinnen auch in 10, 20 oder 30 Jahren ihren Wunsch nach einem vorzeitigen Renteneintritt realisieren können. Ohne dieses zusätzliche Versorgungsvermögen ist nach bisherigen und zukünftigen Reformen ein vorzeitiger Renteneintritt nur möglich, wenn der Arbeitgeber dies durch teure Abfindungsregelungen unterstützt, eine erkennbare Kostenlawine, der heute unternehmerisch begegnet werden muss.“

Auch Führungskräfte im Krankenhaus brauchen die Möglichkeiten, die von Managern in der Industrie seit Jahren genutzt werden. Leitende Mitarbeiter, die noch keine 55 sind, betrifft es vor allem durch das stetig sinkende Rentenniveau. Aber auch „ältere“ Führungskräfte haben Bedarf, so VLK-Präsident Prof. Hans-Fred Weiser. Auch für diese Mitarbeiter ist die betriebliche Form der Vorsorge hochinteressant, denn sie „...erzielen Spitzenrenditen, wenn sie in eine betriebliche Altersversorgung investieren“, so die Zeitschrift Finanztest im September 2005.

■ Bis zu 50 Prozent mehr Rente – wie soll das funktionieren?

Die Rentabilität des „Sparens aus dem Brutto“ ist deutlich höher, weil zusätzlich Steuerersparnisse in die Versorgung einfließen. „Je höher der persönliche Spitzensteuersatz, desto höher die Rendite“, so Finanztest. Im Durchschnitt ist die Entgeltumwandlung ca. 40 Prozent effektiver als vergleichbare Vorsorgeformen (siehe Tabelle unten).

Welchen Kriterien sollte die Vorsorgekonzeption mindestens genügen?

● Kriterium I: Verteilung der Anlagemittel zur Risikoreduzierung

Betriebliche Altersversorgung ist immer langfristig zu sehen und stellt daher besondere Anforderungen an die Stabilität. Branchenlösungen der Industrie wie „MetallRente“, „ChemieRente“ oder „TextilRente“ setzen ebenso wie die „KlinikRente“, das Versorgungswerk für Krankenhäuser, ganz konsequent auf Konsortien. Durch den Zusammenschluss von mehreren starken Versicherungskonzernen kann auch auf künftige Veränderungen angemessen reagiert werden. Schwierig kann es dagegen werden, wenn ein Unternehmen in der Altersversorgung nur „auf ein Pferd setzt“. Was dies bedeutet, ist zurzeit bei den öffentlichen Zusatzversorgungskassen zu beobachten. Hier wurden bei der System-

umstellung die Leistungen gekürzt und die Krankenhäuser zusätzlich mit erhöhten Umlagen und Sanierungsgeldern belastet.

● Kriterium II: Hohe steuerfreie Einzahlung

Krankenhäuser sind im Regelfall Mitglied in einer öffentlichen oder kirchlichen Zusatzversorgungskasse. Diese stellen aber nur einen der 5 möglichen Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung dar. Dieser Weg – die Pensionskasse – ist in der Höhe der steuerlich wirksamen Einzahlung auf 4 Prozent der BBG/West (2006 = 2 520 € p.a.) zzgl. 1 800 € p.a. begrenzt. Diese Größenordnung ist für Ärzte und Führungskräfte zur Sicherung des Lebensstandards unzureichend. Krankenhäuser brauchen daher neben der Zusatzversorgung ein steuerfreies Angebot oberhalb der genannten Grenzen.

● Kriterium III: Einfache Übertragung bei Arbeitsplatzwechsel

Eine möglichst hohe Verbreitung der Vorsorgelösung innerhalb der Branche ist die beste Gewähr für die einfache und kostengünstige Übertragung von Vorsorgeanwartschaften beim Arbeitsplatzwechsel. Besonders wichtig ist dies für Ärzte und Führungskräfte, denn im steuerlich unbegrenzten Durchführungswege ist die Übertragung an eine andere Kasse nicht möglich. Erst der Standard einer Branchenlösung schafft hier Abhilfe.

● Kriterium IV: Stabile und kostenfreie Verwaltung

Eine zuverlässige Administration durch eine kompetente institutionelle Verwaltung direkt bei einem großen Versicherungskonzern gibt die langfristige Gewähr für stabile und komplikationsfreie Abläufe. Dazu gehört eine jährliche ausführliche Information aller Arbeitnehmer über die erreichten Versorgungsanwartschaften ebenso wie eine weitgehend kostenfreie Verwaltung.

● Kriterium V: Akzeptanz der Tarifvertragsparteien

Branchenversorgungswerke sind in der Regel auf Initiative von Arbeitgeberver-

Betriebsrente im Vergleich

	Betriebsrente ¹	Basisrente	Privatrente
Erwerbsphase (45 % Steuersatz)			
Jahresbeitrag (€)	12.000	12.000	12.000
Abzugsfähig	12.000 (=100%)	7.400 ² (anfangs 62 %)	0 (null %)
Nettoaufwand p. a. (€)	6.600	9.935 (anfangs fallend)	12.000
Nettoaufwand insgesamt (€)	99.000	142.038	180.000
Rentenphase (30 % Steuersatz)			
Bruttorente p. a. (€) (unverbindliche Prognose für 2021)	13.150	12.780	12.780
Freibetrag ab 2021 p. a. (€)	2.941	0	0
Zu versteuern p. a. (€)	10.209 (100 %)	10.352 (81 %)	2.300 (18 %)
Nettorente p. a. (€)	10.087	9.674	12.090
Nettorente p. a. (€) bei Aufwand von 99.000 €	10.087	6.745	6.650

1: U-Kassenlösung „KlinikRente Plus“ für angestellten Arzt (50), 78.000 € brutto; 45 % Steuersatz; 12.000 € Entgeltumwandlung bzw. Einzahlung p. a. bis 65; Beginn: 01.04.2006; qualitative Unterschiede wie Vererblichkeit und Kapitalabfindung nicht berücksichtigt.
2: Maximal sind 20.000 € abzugsfähig, jedoch gehen 12.600 € Einzahlung ins Ärzteversorgungswerk ab.

Quelle: KlinikRente; Stand: 2. April 2006 © Versicherungsmagazin 06/2006

DGD-KR-020-02-2006

bänden und unter Einbeziehung der Gewerkschaften entstanden. Die Tarifkommissionen dieser Verbände haben Ausschreibung und Konzepterstellung der Versorgungslösung mit ihrem Sachverstand eng begleitet. Die Verankerung der Versorgungslösung in Tarifverträgen ist daher eine sichere Gewähr dafür, dass alle arbeitsrechtlich relevanten Bedingungen erfüllt sind.

● **Kriterium VI: VBL/ZVK Ablösung**

Leitende Mitarbeiter „besser nicht in der VBL oder ZVK zu belassen“, riet schon 2003 Dr. Burghard Rocke in einem Artikel in „das Krankenhaus“ 06/2003: „Angesichts der schwierigen Lage der Krankenhäuser ist es wenig verständlich, dass oft noch Mitarbeiter wie Chefärzte, Krankenhausdirektoren oder andere leitende Personen in der VBL oder vergleichbaren Zusatzversorgungskassen versichert sind.“ Die Abmeldung leitender Mitarbeiter aus der umlagefinanzierten Zusatzversorgung nutzt Arbeitgebern und Arbeitnehmern gleichermaßen. Für die beratende Begleitung sollte ein kompetenter Versorgungsträger mit umfangreichen praktischen Erfahrungen einbezogen werden.

● **Kriterium VII: Konzentration auf die arbeitsrechtlichen Bedingungen der Krankenhäuser**

Eine ausschließliche Konzentration auf die schwierige versorgungs- und arbeitsrechtliche Situation der Krankenhäuser ist die Voraussetzung für die ständige Weiterentwicklung der Vorsorgekonzeption. Informationsveranstaltungen und Seminare für Klinikleitungen, leitende Ärzte, Personalverantwortliche und Arbeitnehmervertreter sind ein Indiz für diese langfristige Orientierung.

● **Kriterium VIII: Referenzen, Branchenerfahrung**

Wie in der Beratung gilt auch hier, dass der Versorgungsträger über umfangreiche Referenzen und Branchenerfahrung im Krankenhausesektor bzw. in der betrieblichen Altersversorgung der Krankenhäuser verfügen sollte.

Hansa Allee 201
40549 Düsseldorf
E-Mail: stefan.paech@dki.de/
Hubertus Mund
Geschäftsführer des Versorgungswerkes KlinikRente
Vorstand im FBV-Fachverband für betriebliche Versorgungswerke e. V.,
Rösrather Straße 759
51107 Köln, E-Mail:
hubertus.mund@klinikrente.de
Internet: www.klinikrente.de ■

Kurz notiert

Bad Neustadt a.d. Saale. Am 1. Januar 2007 hat die Rhön-Klinikum AG das 264-Betten-Kreiskrankenhaus Köthen in Sachsen-Anhalt mit den Fachbereichen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie als Belegabteilung die Urologie zu 100 Prozent übernommen. Über den Kaufpreis wurde Stillschweigen vereinbart. Vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform, der bundesweiten DRG-Einführung und des sich zunehmend verstärkenden Wettbewerbs hatte sich der Landkreis frühzeitig darum bemüht, mit starken Kaufinteressenten auf der Basis einer Ausschreibung Kontakt aufzunehmen. Die Erfahrung mit der Privatisierung zuvor öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser, das vorgelegte künftige medizinische Konzept und vor allem die Bereitschaft, den bestehenden Investitionsstau bei Gebäuden und medizinischer Ausstattung zeitnah aufzulösen, führten letztendlich zur Entscheidung zugunsten des Rhön-Klinikum Konzerns.

Köln. Die Kliniken der Stadt Köln gGmbH gehen davon aus, für 2006 ein positives Jahresergebnis zu erzielen. Die Erlöse lagen Ende Oktober 2006 mit über 180 Mio. € mehr als 7 Prozent über denen des vergleichbaren Vorjahreszeitraums. Insgesamt wurde von Januar bis Oktober 2006 ein Überschuss von rund 11 Mio. € erwirtschaftet. „Selbst unter Berücksichtigung des ausgezahlten Weihnachtsgeldes im November und rückwirkender Belastungen aus Tarifierhöhungen werden die Kliniken der Stadt Köln gGmbH gleichwohl die Ergebnisprognosen des Wirtschaftsplanes 2006 deutlich überschreiten“, heißt es in einer Pressemitteilung der städtischen Kliniken. Die Strategie – Leistungsausweitung bei gleichzeitiger Kostenbe-

grenzung – habe zu dieser positiven Entwicklung geführt. So seien neue Angebote wie das Becken-Bauch-Zentrum Holweide oder die Endoprothetik der Klinik für Unfallchirurgie gut angenommen worden.

Hannover. Mit Genugtuung wurde in der Region und im Klinikum Region Hannover die Entscheidung des Bundeskartellamtes aufgenommen, den seit 2003 in 2 Stufen erfolgten Zusammenschluss der kommunalen Kliniken ohne Einschränkungen freizugeben. Damit seien die durch das Kartellverfahren ausgelösten Verunsicherungen endgültig beseitigt worden, kommentierte Regionspräsident Jagau die Nachricht aus Bonn. Nach Feststellung des Kartellamtes hat der Zusammenschluss weder eine marktbeherrschende Stellung begründet noch verstärkt. Auch gebe es für die Patienten insgesamt genügend Wahlmöglichkeiten für die verschiedenen medizinischen Behandlungen.

Dortmund. Der 4. Münchner Pflegepreis, der alle 2 Jahre verliehen wird für Vorhaben, die sich aus professioneller Sicht und unter übergreifender Perspektive wissenschaftlich mit einem pflegerelevanten Problem beschäftigen, ging an die Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH für das Projekt „Flexibilisierung der Arbeitszeiten in der Pflege unter Einbezug der diagnosegestützten Tätigkeitsanalyse (DTA)“. Dieses hatte eine bedarfsgerechtere Gestaltung des Arbeitseinsatzes der Pflegekräfte und die Qualitätsoptimierung der pflegerischen Versorgung zum Ziel. Um Hinweise für die Verbesserung der Arbeitsprozesse zu bekommen, wurden die Arbeitsabläufe auf den Stationen, ebenso in den Funktionseinheiten und Wohnbereichen, seit Mitte 2005 mit Hilfe von elektronischen Erfassungsgaräten analysiert. Eine weitere Zielsetzung des Projektes war die Ermittlung der Rahmenbedingungen, die eine bedarfsgerechte und flexible Personaleinsatzplanung innerhalb der Dienstplangestaltung ermöglichen. Dazu wurden unter anderem die Einführung eines Arbeitszeitkontos und die Dienstplanung auf der Grundlage der Nettoarbeitszeit beschlossen. ■

Anschriften der Verfasser:
Dr. Stefan Paech
Prokurist und Bereichsleiter Beratung
der Deutsches Krankenhausinstitut
GmbH,