

ENTGELTUMWANDLUNG

Neue Möglichkeiten an Unikliniken

Ein Tarifvertrag des Marburger Bundes erleichtert die Altersversorgung. Neben Ärzten in kommunalen Kliniken können nun auch die Ärzte an Unikliniken den Anbieter für eine Entgeltumwandlung häufig selbst aussuchen.

Der Marburger Bund hat im Spätsommer 2009 mit der Tarifgemeinschaft der Länder (TdL) für die 24 000 Ärzte an 27 Universitätskliniken einen Tarifvertrag zur Entgeltumwandlung geschlossen. Darin ist erstmals in der deutschen Tarifgeschichte eine freie Auswahl für den Arbeitnehmer (Arzt) festgeschrieben, falls der Arbeitgeber (Uniklinik) keine ein-

zahlen. Der Monatsbeitrag ist meist identisch, doch am Ende kommt bei den regional organisierten Ärzteversorgungswerken wesentlich mehr heraus: Die durchschnittliche Rente ist fast doppelt so hoch. Zudem wird der Beitrag überwiegend für die eigene Rente investiert.

Dennoch sind angestellte Ärzte im öffentlichen Dienst finanziell schlechter gestellt als noch vor zehn

Jahren. Naheliegender ist der Gedanke, es mit Entgeltumwandlung zu versuchen. Das heißt, der Arzt zahlt einen Teil seines Barlohns in eine betriebliche Altersversorgung ein – Entgeltumwandlung genannt. Rechtsanspruch haben allerdings nur Arbeitnehmer, die in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sind. Für Ärzte, die über ärztliche Versorgungswerke rentenversichert sind, wird der Anspruch über Tarifverträge (öffentliche und private Kliniken) oder arbeitsvertragliche Richtlinien (kirchliche Kliniken) hergestellt. Für die Mehrheit der kommunalen Krankenhäuser sind diese Regelungen inzwischen getroffen, für den größten Teil der Krankenhäuser der Länder wie Universitätskliniken aber erst im letzten Jahr. Durch den Tarifvertrag zwischen TdL und Marburger Bund haben jetzt auch diese Ärzte Anspruch auf Entgeltumwandlung.

Entgeltumwandlung funktioniert einfach: Der Arzt trifft mit seinem Arbeitgeber eine Vereinbarung, dass sich das Bruttoeinkommen um einen bestimmten Betrag verringert. Diesen Betrag zahlt die Klinik direkt in einen Vorsorgevertrag zugunsten des Arztes ein. Die Entscheidung, die VBL neben der Pflicht-Zusatzversorgung auch für die Entgeltumwandlung zu wählen, wäre für den Arzt wenig sinnvoll: Die Umlagezahlung des Arbeitgebers an die VBL für die Pflicht-Zusatzversorgung wird seit 2008 schrittweise steuerfrei gestellt (nach § 3 Nr. 56 EStG). Das sind derzeit 660 Euro pro Jahr. Ein Arzt, der nun seine Entgeltumwandlung ebenfalls über die VBL organisiert, würde diesen Vorteil nicht mehr bekommen. Die Durchführungswege Direktversicherung, Pensionskasse und Pensionsfonds scheiden aus

Bietet die Uniklinik keine VBL-Alternativen an, darf der Arzt frei wählen. So viel Freiheit war bisher undenkbar.

deutige Entscheidung für alle Ärzte in seinem Verantwortungsbereich fällt. Der Tarifvertrag lässt mehrere Anbieter zu: die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), andere Pensionskassen und andere Durchführungswege nach Betriebsrentengesetz. Konkret erlaubt der Tarifvertrag als weitere Durchführungswege: Pensionsfonds, Direktversicherung und rückgedeckte Unterstützungskasse. Die Entscheidung, wo nun konkret die Entgeltumwandlung stattfinden soll, trifft der Arzt (§ 6 Satz 1). Bietet die Uniklinik keine VBL-Alternativen an, darf der Arzt frei wählen zwischen der VBL, einer Direktversicherung oder einer rückgedeckten Unterstützungskasse (U-Kasse) und kann auch die konkrete Einrichtung festlegen (§ 6 Satz 2). So viel Freiheit war bisher undenkbar.

Um den großen Fortschritt zu verstehen, lohnt ein Blick hinter die Kulissen der Altersvorsorge, die in der Gesundheitswirtschaft kompliziert geregelt ist. Ärzte sind zunächst einmal privilegiert: Berufständische Versorgungswerke übernehmen die Basisabsicherung für das Alter; kein Arzt muss in die gesetzliche Rentenversicherung ein-

zahlen. Denn sie müssen Einbußen in der Zusatzversorgung hinnehmen und sich darum kümmern, Versorgungslücken eigenverantwortlich zu stopfen. Hintergrund: Es erfolgt eine Zusatzversorgung, die der Arbeitgeber bezahlt – verpflichtend über Zusatzversorgungskassen (ZVK) oder die VBL. Die hat jedoch durch weitgehendes Festhalten am Umlagesystem Probleme, früher zugesagte Renten auch in Zukunft zu zahlen. Daher wurde ab 2002 auf ein Punktesystem umgestellt. Folge: Im Westen der Republik sind 20 bis 25 Prozent Rückgang der VBL-Rente bei den Jahrgängen ab 1947 gegenüber Älteren zu erwarten, hat der Mathematiker Werner Siepe hochgerechnet. In einer Studie vom März 2010 warnen er und sein Mitautor Dr. Friedmar Fischer vor Rentenkürzungen auf breiter Front und kommen zu dem Schluss: Vor 2002 erhielten Angestellte im öffentlichen Dienst 0,5 Prozent des monatlichen Bruttoendgehalts pro Pflichtversicherungsjahr. Seit 2002 liegt das Niveau der Punkterente für die Jahrgänge ab 1947 nur noch zwischen 0,28 und 0,42 Prozent.

Ärzte sind also gut beraten, sich um zusätzliche Vorsorge zu küm-

demselben Grund aus. Einzig bei der U-Kasse kollidiert die steuerliche Förderung für die Klinikzahlungen nicht mit denen der Entgeltumwandlung. Außerdem gibt es bei der U-Kasse keine steuerlichen Höchstgrenzen. Wer also von seinem Arztgehalt über die Klinik in eine U-Kasse einzahlt, muss auf diesen Beitrag keine Lohnsteuer zahlen. Gleichzeitig sind Einzahlungen bis zu 2 640 Euro übers Jahr 2010 sozialabgabenfrei; das entspricht 220 Euro pro Monat.

Im Ergebnis lassen sich durch die Entgeltumwandlung für Ärzte hohe Förderquoten erreichen. Dies wird am Beispiel eines Oberarztes (45) mit 7 000 Euro Bruttogehalt deutlich, der jeden Monat 500 Euro in eine Betriebsrente umwandelt. Durch die staatliche Förderung muss er tatsächlich nur 260 Euro aus eigener Tasche investieren. 48 Prozent gibt der Staat in Form erlassener Einkommensteuer dazu (siehe Tabelle). Mit Nutzung einer Unterstützungskasse hat der Arzt neben den Angeboten der Klinik im Zweifel auch selbst die Chance, den

Anbieter auszuwählen. Da Ärzte keine Finanzexperten sind, bietet es sich an, auf Nummer sicher zu gehen und hier den Branchenstandard „Klinikrente“ zu nutzen, der ein Angebot für die Entgeltumwandlung in eine U-Kasse bereithält und derzeit schon an zwei Dritteln aller Unikliniken etabliert ist.

Das bundesweit agierende Versorgungswerk „Klinikrente“ wird derzeit von mehr als 1 200 Unternehmen der Gesundheitswirtschaft genutzt. Das Geld wird auf mehrere Lebensversicherer verteilt: Allianz, DBV, Deutsche Ärzteversicherung, Generali und Swiss Life. Günstig für den Arzt: Alle fünf Gesellschaften haben eine Stabilitätsabrede getroffen, wonach schwach gewordene Anbieter ausgeschlossen oder ausgetauscht werden können.

Alle Anbieter an den Unikliniken müssen harte Kriterien für die Kapitalanlage und Sicherheit erfüllen, die von den jeweiligen Ministerien vorgegeben werden. Je nach Land gebe es kleine Unterschiede, doch das Versorgungswerk Klinikrente erfülle bundesweit alle Kriterien

und minimiere damit die Haftung für die Kliniken, bestätigt Geschäftsführer Friedhelm Gieseler auf Nachfrage. Das heißt unter anderem: Man gewährleistet alle gesetzlichen Vorgaben, hat die U-Kasse vollständig rückgedeckt, verteilt Abschlusskosten über mindestens fünf Jahre und verzichtet auf Verwaltungskosten in der Ansparphase. Auch die Klinik ist damit auf der sicheren Seite; die Kosten für den Arzt werden niedrig gehalten.

Die Vorsorge über eine U-Kassen-Betriebsrente der Klinik ist in der Regel 30 Prozent effektiver als eine Privatvorsorge, etwa mit einer Basisrente. Noch eklatanter ist der Vorteil der U-Kasse gegenüber der klassischen privaten Rentenversicherung. Am Beispiel des Oberarztes, der mit 65 eine Betriebsrente erwartet, zeigt sich: Von der U-Kasse kommt eine um 43 Prozent höhere Rente nach Steuern (siehe nochmals Tabelle). Grund: Brutto setzt der Arzt bei Entgeltumwandlung 240 Euro monatlich mehr ein. In beiden Fällen ist auch eine Kapitalabfindung möglich. Selbst in der ungünstigsten Variante, dass die Abfindung im Jahr der Auszahlung komplett versteuert würde, ist die U-Kassen-Rente netto um mehr als 25 Prozent besser als die Privatrente. Tatsächlich ist das Ergebnis noch deutlich höher, weil die Kapitalabfindung bei der U-Kasse über fünf Jahre gleichmäßig versteuert werden darf (nach § 34 EStG), bei der Privatrente aber nicht. Allerdings sagen das einige Vermittler dem Arzt nicht, weil sie mit anderen Produkten höhere Provision bekommen würden. Rechtzeitige Information ist auch hier erste Bürgerpflicht. Apropos Information: Unikliniken tun sich und den Ärzten einen Gefallen, wenn sie die Auswahl der Anbieter den Ärzten überlassen und sich nicht auf einen einzigen Anbieter festlegen. Der Marburger Bund verfügt über einen guten Marktüberblick, wo die Entgeltumwandlung sicher und rentierlich vonstatten geht. Bei Redaktionschluss hatten sich 22 Unikliniken für die freie Wahl bei der Entgeltumwandlung entschieden. ■

Detlef Pohl

TABELLE

So wirkt sich die Entgeltumwandlung beim Gehalt aus (Angaben in Euro)*¹

Eckpunkte	Auswirkungen	
	mit Privatrente	mit Entgeltumwandlung
Einzahlungsphase ab 45		
Bruttogehalt	7 000	7 000
– Entgeltumwandlung	0	500* ²
= neues Brutto	7 000	6 500
– Lohnsteuer + SolZ	2 312	2 072
– SV	624	624
= Nettogehalt	4 063	3 804
Steuerersparnis		240 (48 %)
Nettoaufwand Arzt	260* ³	260
Auszahlungsphase ab 65*⁴		
Guthaben gesamt	97 500	190 002
Rente vor Steuern	382	766
Rente nach Steuern	362	555
Vergleich		+ 43 %
Alternative: Kapitalabfindung	97 500	190 002
Kapitalabfindung nach Steuern* ⁵	90 480	113 602
Vergleich		+ 25,5 %

*¹ Oberarzt (45), ledig, Steuerklasse I/0 + Kirchensteuer, privat krankenversichert

*² 500 Euro Entgeltumwandlung pro Monat ab 45 in U-Kasse „KlinikRente Plus“; Laufzeit 20 Jahre

*³ Arzt schließt aus Nettoeinkommen Privatrente über 260 Euro Monatsbeitrag ab 45; Laufzeit 20 Jahre

*⁴ angenommener Steuersatz im Alter: 30 Prozent

*⁵ 40-Prozent-Steuersatz; Chance auf Fünftelungsregelung (gleichmäßige Verteilung der Auszahlung über fünf Jahre bei Einkommensteuer) noch nicht berücksichtigt

Quelle: Klinik-Rente (www.klinikrente.de); Stand: 24. März 2010