

CHANCEN DER BETRIEBLICHEN ALTERSVORSORGE

Die Bank in der Klinik

Krankenhäusern mangelt es chronisch an Personal. Das liegt auch an der dürftigen Finanzausstattung. Eine Verbesserung für beide Situationen könnte ausgerechnet ein ganz altes Vehikel – die betriebliche Altersvorsorge – bewirken. Damit kann eine Einrichtung ihr eigenes Finanzinstitut werden.

Dummy-
Bild

Vertragsgrundlagen der betrieblichen Altersvorsorge.

Übermüdete Ärzte, gereiztes Pflegepersonal, ewig wartende Patienten. Es scheint nicht gut zu stehen um die Krankenhäuser. Die klassischen Finanzierungswege sind offensichtlich ausgereizt. Sparen führt zu noch mehr Ineffizienz und v.a. Qualitätsverlusten. Und dann hat der Marburger Bund für seine Mitglieder gerade erst auch noch eine satte Tarifsteigerung von 5,9 Prozent gefordert.

Von der Personalstärke und dem „Umsatz“ her gleichen viele Kliniken mittelständischen Unternehmen. Auch sie ringen um Top-Fachkräfte. Zur Erhöhung der Arbeitsplatzattraktivität setzt gerade der Mittelstand mehr und mehr ein Modell der betrieblichen Altersvorsorge (bAV) ein, das die Großindustrie schon seit Beginn der Industrialisierung im vorvergangenen Jahrhundert kennt: die pauschaldotierte Unterstützungskasse. Ein Modell, das nebenbei v.a. ein probates Mittel der Innenfinanzierung darstellt. Es scheint, als könne es genau so auch bei Kliniken wirken.

So kompliziert der offizielle Begriff „pauschaldotierte Unterstützungskasse“ (pdUK) auch sein mag, das Grundprinzip

ist einfach. Für ihre betriebliche Altersvorsorge wandeln die Mitarbeiter aus der Ärzteschaft sowie dem Pflege- und Verwaltungspersonal einen Teil ihres Gehaltes in eine Beitragszahlung für die bAV um. Aber anstatt diese Beiträge an externe Versorgungseinrichtungen zu zahlen, verbleiben diese im Unternehmen und verzinsen sich dort für den Mitarbeiter vom ersten Tage an. Der umgewandelte bAV-Anteil des Arbeitnehmers erhöht somit die Liquidität der Klinik und kann etwa für Effizienzmaßnahmen in anderen Bereichen eingesetzt werden, z.B. für die Digitalisierung der Verwaltung. Die Klinik gewinnt also von innen heraus an Wirtschaftlichkeit. Durch diesen Effekt nennt die Wirtschaft die pdUK auch „Unternehmensbank“, bei einem Klinikmodell wäre also von einer Bank in der Klinik zu sprechen. Neben dem Innenfinanzierungseffekt profitiert die U-Kasse noch von weiteren Aspekten:

- höheres Rating gegenüber Banken,
- mehr Bankenunabhängigkeit,
- Absicherung durch den Pensionsversicherungsverein (PSV),
- höhere Identifikation der Mitar-

beiterschaft mit der Klinik als Arbeitgeber,

- verbessertes Standing der Klinik als Arbeitgeber.

An dieser Stelle schließt sich der Kreis. Dadurch, dass die bAV-Beiträge direkt in die Klinik einfließen, sieht das Personal seine Beiträge jeden Tag arbeiten. Durch die verbesserte Wirtschaftlichkeit erreicht die Klinikbank für die Mitarbeiter höhere Renditen als sie – wegen der anhaltenden Niedrigzinssituation – bei anderen Pensionseinrichtungen möglich wären: rund zwei Prozent im Jahr.

SELBSTFINANZIERUNG AUS DER VERZINSUNG

Die Einrichtungskosten für eine pauschaldotierte Unterstützungskasse sind überschaubar. Sie liegen je nach Unternehmensgröße und Komplexität des Versorgungswerkes zwischen 0,7 Prozent und 2,0 Prozent des Versorgungsvolumens, der Summe der Zusagen. Die laufenden Verwaltungsgebühren betragen bei kleineren Kliniken bis zu 89 Euro je Jahr und Mitarbeiter (ab 1.000 Mitarbeitern nur 23 Euro je Jahr und Mitarbeiter). Damit sind – anders als bei Versicherungen – die Kosten klar und transparent aufgezeigt. Und hier zeigt sich auch die Qualität eines Konzeptes: Will der Unternehmer, dass für ihn die ganze Rechnung Null auf Null ausgeht und sich aus der Restliquidität finanziert, dann benötigt er bei 1,25 Zusagezins plus 50 Prozent

MANFRED BAIER

Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes pauschaldotierter Unterstützungskassen,
Kontakt: wird nachgereicht

Dummy-
Bild

Dummy-
Bild

4 FRAGEN AN ...



Horst Peter Schmitz, Vorstandsvorsitzender im Heilwesennetzwerk.

Politik und Wirtschaft ringen um eine Reform der betrieblichen Altersvorsorge. Aber aus den Reihen der Kliniken ist hierzu nichts zu vernehmen. Horst Peter Schmitz, Vorstandsvorsitzender Heilwesennetzwerk RM eG, Meerbusch, erklärt es.

- 1/ **Herr Schmitz, welche Rolle sollte die betriebliche Altersvorsorge bei Kliniken spielen?**
Jedenfalls eine viel größere als bislang. Hochqualifiziertes Personal ist das wichtigste „Asset“ einer Klinik. Da verwundert es, dass die Klinikleitungen in Deutschland die betriebliche Altersvorsorge als Instrument des Personalmarketing so sehr unterschätzen.
- 2/ **Kliniken leiden aber bereits unter hohem Kostendruck. Wie ist das mit einer bAV über U-Kassen oder Direktzusagen vereinbar?**
Dies sind keine Kostenpositionen. Vielmehr lösen sie Innenfinanzierungseffekte aus. Sie finanzieren sich zum Teil sogar selbst.
- 3/ **Worauf sollten Kliniken bei der Einrichtung solcher bAV-Instrumente achten?**
Ganz wichtig ist, dass dies hochprofessionell geschieht. Bei Konzeption und Gestaltung sollten nur spezialisierte Kanzleien oder zugelassene Rentenberater eingebunden werden, über die begleitende Steuer- und Rechtsberatung gewährleistet ist.
- 4/ **Warum sprechen sie nicht über versicherungsbasierte bAV-Lösungen?**
Weil diese zu teuer sind und angesichts der Niedrigzinssituation keine Zukunft haben. Bereits jetzt können erste Versorgungswerke und Pensionskassen ihre Zusagen nicht halten.

Arbeitgeberzulage eine Verzinsung der Restliquidität von rund 2,3 Prozent.

Da der Gesetzgeber Unterstützungskassen als soziale Einrichtungen wertet, sind sie von der Körperschaftsteuer befreit. Zudem sind die Aufwendungen der Klinik für die Kasse acht Jahre lang als Betriebsausgaben steuerlich absetzbar. Zinsaufwendungen sind sogar über die gesamte Laufzeit als Betriebsausgaben abzugsfähig. Und auch viele andere Aufwendungen für die U-Kasse erkennt das Finanzamt als Betriebsausgaben an.

Schon bei einem einzigen Mitarbeiter können sich über die Jahre hinweg Einsparungen an Steuerzahlungen und Sozialversicherungsbeiträgen im hohen fünfstelligen Bereich ergeben. Unter der Annahme, dass sich mit der Anlage der Dotierungen (die Zuwendungen des Unternehmens an die Unterstützungskasse) der ersten acht Jahre die Versorgungszusage ausfinanzieren lässt, hat die Klinik nach Auszahlung der Versorgungsleistung rund 65.000 Euro mehr in der Kasse. Geld, das sie z.B. für den Aufbau von Liquiditätsreserven, die Rückführung von Darlehen oder zur Investition in unbelastetes Anlagevermögen einsetzen kann.

KOLUMNE



Neb