

## Rente in Gefahr! - Ein Thema mit besonderer Bedeutung für Honorarärzte

(Zusammengestellt und recherchiert von F. Schmitt aus Köln / Magdeburg - Stand: April 2009; Korrektur Juni 2011:)

Ab dem 01.01.2005 ist - fast unbemerkt - in **der großen Mehrzahl der Ärzteversorgungswerken eine Satzungsänderung** durchgeführt worden, die einen wesentlichen Einfluss auf die zwischen den einzelnen Ärzteversorgungswerken der jeweiligen Ärztekammern untereinander beschlossenen **Überleitungsabkommen** (dies trifft in Kraft, wenn ein Mitglied des Ärzteversorgungswerks die Ärztekammer wechselt). Wahrscheinlich sind sich viele Ärzte über die späteren Auswirkungen dieser Satzungsänderung nicht bewusst oder haben ihr im Alltag nicht genügend Beachtung geschenkt.

### Im Überblick:

- Das den meisten Kollegen noch präsente, **alte Überleitungsabkommen** (d.h. wahlweise freiwillige Mitgliedschaft in dem alten Ärzteversorgungswerk oder Überleitung aller Ansprüche an das neue Versorgungswerk) ist bereits seitdem 31.12.2004 nicht mehr gültig.

- § 2 des **neuen Überleitungsabkommen** besagt u. a.:

„Die Überleitung ist ausgeschlossen sofern das Mitglied

1. in diesem Zeitpunkt, in dem es die Mitgliedschaft in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung erwirkt, das **45. Lebensjahr** bereits vollendet hat;
2. in der abgeschlossenen Versorgungseinrichtung für mehr als **60 Monate** Beiträge entrichtet hat. ....“ (1)

- **Begründet** wird diese Satzungsänderung u.a.\* damit, dass ab dem 01.01.2005 die berufsständischen Versorgungswerke in den „sachlichen Geltungsbereich der Verordnung über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Europäischen Gemeinschaft zu- und abwandern, einbezogen worden sind“ (2). Diese Aussage bezieht sich auf eine Verordnung der EU, die u.a. die Gültigkeit der verschiedenen Rentenanwartschaften im Falle eines Tätigkeitswechsels eines EU-Bürgers von einem in ein anderes EU Land regeln soll. Es soll das so genannte **Lokalitätsprinzip** eingeführt werden.

- Die **Verordnung EWG-Nr. 1408/71** (3) wurde am 14. Juli 1971 vom Rat der Europäischen Union erlassen. Sie soll u.a.

„zur Verbesserung von (...) Lebensstandard und Arbeitsbedingungen beitragen“ (...) Die Koordinierungsregeln sollen Arbeitnehmern und Selbständigen, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, sowie ihren Angehörigen und Hinterbliebenen die Wahrung erworbener Ansprüche und Vorteile sowie deren Anwartschaft ermöglichen (...). Die Ziele sollen insbesondere durch die Zusammenrechnung aller Zeiten, die nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften der einzelnen Mitgliederstaaten für die Begründung und Aufrechterhaltung des Anspruchs auf Leistung und für deren Berechnung zu berücksichtigen sind, sowie durch die Gewährung von Leistungen an die verschiedenen unter die Verordnung fallenden Gruppen von Personen, unabhängig von deren Wohnort in die Gemeinschaft erreicht werden. Für Arbeitnehmer und Selbständige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, soll jeweils das System der sozialen Sicherheit nur eines Mitgliedstaats gelten, so dass eine Kumulierung anzuwendender innerstaatlicher

Rechtsvorschriften und die sich daraus möglicherweise ergebenden Komplikationen vermieden werden (...).“ (Zitate aus der Präambel des 115 seitiges Verordnungstextes)

- das neue Überleitungsabkommen hat **konkrete und einschneidende Folgen**, für Ärzte, die einen Stellenwechsel oder (besonders im Falle des Honorararztes) Wohnortwechsel zu einer anderen Ärzteversorgung durchführen, wenn sie entweder

a) über 45 Jahre alt sind

oder

b) bisher mehr als 60 Monate Beiträge in ein Ärzteversorgungswerk entrichtet haben.

Da diese Ärzte, die in der vorhergehenden Ärzteversorgung entrichteten Beiträge nicht mitnehmen dürfen und auch nicht freiwillig weiter einzahlen dürfen (schließlich sind sie ja nicht mehr Mitglieder der Ärztekammer und damit des Ärzteversorgungswerkes), scheiden sie aus dem jeweiligen Ärzteversorgungswerk aus und haben eine „**beitragsfreie Rentenanwartschaft**“. Zum zweiten müssen sie in das Ärzteversorgungswerk, in das sie neu gezogen sind, **neu Beiträge einzahlen**.

**Kurz gesagt:** diese Ärzte werden bzgl. ihres Rentenanspruches zum **Frührenter** (allerdings erst mit der Option einer Auszahlung zum Rentenalter) im alten und **Neueinzahler** im neuen Ärzteversorgungswerk.

- Diese Regelung führt automatisch zu einer **deutlichen Senkung der Gesamtanwartschaft:**

Ein **Beispiel** eines Betroffenen, der über 60 Monate in Berlin tätig war und jetzt eine neue Tätigkeit im Rheinland aufgenommen hat:

Durch Ausscheiden aus der Berliner Ärzteversorgung hat er nach 12,5 Jahren ärztlicher Tätigkeit einen Anspruch von ca. 1.080 Euro im Monat, ab dem 65. Lebensjahr. Würde dieser Arzt aber bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres in Berlin arbeiten, wäre bei Weiterbezahlung der Versorgungsabgabe mit dem 1,0-fachen Satz (Tarif West, zurzeit monatlich 1.054,70 Euro) eine Altersrente von knapp 3.900 Euro bestehen. Da er aber kein Mitglied der Berliner Ärztekammer mehr ist (er ist in das Gebiet der Ärzteversorgung Nordrhein gezogen) wird seine Anwartschaft quasi „eingefroren“ auf die oben genannten 1.080 Euro.

Nach Schätzung der Nordrheinischen Ärzteversorgung würde im Falle einer kontinuierlichen Weiterzahlung des o.g. 1,0 fachen Satze vom Umzug an bis zum 67. Lebensjahr eine Altersrentenanwartschaft von ca. 2.300 Euro monatlich zu erwarten sein.

Der Unterschied, der sich durch die Satzungsänderung vom 01.01.2005 ergibt, sind also knapp **ca. 3.900 € versus ca. 3.380 €** (1.080 € + 2.300 €)\*\*. Die geschätzten Einbußen liegen also bei mindestens 520 Euro (also **über 13 %** von den vorab geschätzten 3.900 Euro).

- **1. schlechte Nachricht - die o.g. Berechnung ist die günstigste der möglichen Szenarien:**

Verschiedene Ärzteversorgungen benutzen nämlich für die Berechnung der Anwartschaft während des Einzahlungszeitraumes (Progression) verschiedene Modelle. Zum Beispiel benutzt die Berliner Ärzteversorgung das Model des „modifizierten Anwartschafts-Deckungsverfahrens“ und die Nordrheinische Ärzteversorgung das Modell des „offenen Deckungs-Planungsverfahrens“. Grob gesagt, berücksichtigt das erste Modell die

Verweildauer der Beträge in dem jeweiligen Versorgungswerk, wenn die Rentenwirksamkeit erreicht ist, während das zweite Verfahren in der Regel den eingezahlten Gesamtbetrag unabhängig von dem Zeitpunkt der Einzahlung als Maß für die Rentenhöhe berücksichtigt.

Man muss - nach einer unveröffentlichten Einschätzung der Dachorganisation der berufsständischen Versorgungswerke, der ABV, davon ausgehen, dass

- bei einem Wechsel von einem mit „offenen Deckungs-Planungsverfahren“ finanzierten Versorgungswerk in ein mit „modifiziertes Anwartschafts-Deckungsverfahren“ finanziertes Versorgungswerk es zu den größten Einbußen der Gesamtanwartschaft kommt.

- bei einem Wechsel zwischen zwei Versorgungswerken, die beide ein offenes Deckungs-Planungsverfahren benutzen, die Einbußen mittelgradig sind

- und bei einem Wechsel von einem mit „modifiziertes Anwartschafts-Deckungsverfahren“ zu einem mit „offenen Deckungs-Planungsverfahren“ finanzierten Versorgungswerk (also das o.g. Beispiel) es zu den geringsten Einbußen kommt\*\*\*\*.

• **2. schlechte Nachricht - die Nachteile addieren sich im Falle eines erneuten Wechsels:**

Wenn sich der Arzt, nach Erreichen des 45. Lebensjahres oder nach erneuter 60monatger Mitgliedschaft in dem zweiten Ärzteversorgungswerke entschließt ein drittes Mal in einen anderem Ärztekammerbezirk zu arbeiten (bei Honorarärzten würde das heute mutmaßlich den Wohnort betreffen), führen diese Regelung dazu, dass eine erneute Reduktion der Anwartschaft hinzukommt und er zum Zeitpunkt seines Rentenalters von drei verschiedenen Ärzteversorgungswerken seine Rente beziehen wird.

Die zeitgemäße und auch implizit politisch geforderte Bereitschaft zur Mobilität (u.a. eines der Charakteristika eines Honorararztes) hat also wesentliche Einbußen in der nachfolgenden Rentenanwartschaft.

**Zusammenfassend** hat die o.g. Satzungsänderung vom 01.01.05 bzw. die Kündigung des altbekannten Überleitungsabkommen schwere, nicht zumutbare Folgen auf die Rentenanwartschaft derjenigen Ärzte, die auch im Alter über 45 (oder nach 5jähriger Tätigkeit in einem Kammerbezirk) sich eine gewisse Mobilität bewahren wollen.

Zusätzliche Probleme könnten (nach Auffassung des Marburger Bundes zumindest) ebenfalls auftauchen, wenn ein Berufsunfähigkeits-Rentenanspruch vorliegt, weil die Berufsunfähigkeit von allen Versorgungswerken, denen gegenüber Rentenansprüche bestehen, anerkannt werden müsste.

Als drittes Argument – alle zahlenden Mitglieder in einem Ärzteversorgungswerk betreffend – sollte auch der Verwaltungs – und damit auch Personalkostenaufwand berücksichtigt werden, der auf die Ärzteversorgungswerke zukommt, wenn die Verwaltung und Auszahlung der Rentenanwartschaften eines Arztes von zwei, drei oder mehr Versorgungswerken geleistet werden muss.

Fußnoten:

\* weitere verfassungsrechtliche Gründe sind u.a. in Quelle (1) nachzulesen.

\*\* Grundsätzlich sind diese Berechnungen geschätzt. Wahrscheinlich ist die die tatsächliche Gesamtanwartschaft aber bei diesem Beispiel noch geringer, da die (Teil-)Anwartschaft der Ärzteversorgung Nordrhein ja auf der Grundlage einer Einzahlung bis zum 67. anstelle vom 65. Lebensjahr ausgeht.

\*\*\* Von den 18 ärztlichen Versorgungswerken benutzen 13 Versorgungswerke das „offene Deckungs-Planverfahren“. Mit dem zahlenmäßigem Überwiegen der das „offene Deckungs-Planverfahren“ benutzende Ärzteversorgungswerke wird auch der relativ geringe Schaden für die Benachteiligten begründet. Schließlich ist somit der ungünstigste Wechsel von einem Ärzteversorgungswerk mit „offenen Deckungs-Planungsverfahren“ in eine Ärzteversorgung mit „modifiziertes Anwartschafts-Deckungsverfahren“ am unwahrscheinlichsten.

Quellen:

- (1) Ärzteblatt Sachsen 7, Seiten 371-2 (2005)
- (2) Ärzteversorgung aktuell, Seiten 6-7 (2007)
- (3) EU Verordnung