



RHÖN STIFTUNG

Positionspapier | Oktober 2025

MIT INNOVATIVEN ARBEITSANREIZEN GEGEN DEN FACHKRÄFTEMANGEL

EUGEN MÜNCH UND
PROF. DR. BORIS AUGURZKY



INHALT

Zusammenfassung	3
Zwei zu eins	4
Die Krankenhäuser beanspruchen immer mehr personelle Ressourcen	5
Das Potenzial an zusätzlicher Arbeitszeit ist immens	8
Aktivierung des Potenzials durch ein Prämienmodell	10
Regeln zur Minimierung von Fehlanreizen	13

.....

Wir verwenden in diesem Beitrag die grammatikalische Form
des generischen bzw. inklusiven Maskulinums, das alle
Geschlechter, weiblich, männlich und andere, umfasst.

.....

ZUSAMMENFASSUNG

Immer mehr Rentner stehen immer weniger Erwerbstätigen gegenüber. Diese Relation wird sich von nun an rasch verschlechtern. Wenn zwei Erwerbstätige der geburtenstärksten Jahrgänge in Kürze in Rente gehen, folgen ihnen nur eine Nachwuchskraft der geburten-schwächsten Jahrgänge nach. Die Ressource Personal wird zu einem großen Engpassfaktor, was für Dienstleistungsbranchen wie dem Gesundheitswesen eine besondere Herausforderung darstellt. Es stellt sich daher die Frage, wie sich die Zahl der Fachkräfte erhöhen lässt, um die wachsenden Bedarfe im Gesundheitswesen bedienen und Rationierung vermeiden zu können. Die Erhöhung des Renteneintrittsalters sowie qualifizierte Zuwanderung sind dafür zwei wichtige Hebel. Weniger Beachtung findet bislang die Ausweitung der Arbeitszeit von bereits voll ausgebildeten und erfahrenen Fachkräften.

In den vergangenen 20 Jahren ist die Teilzeitquote sowohl im ärztlichen als auch im Pflegedienst stark gestiegen. Pro Kopf wird dem Arbeitsmarkt inzwischen weniger Arbeitszeit zur Verfügung gestellt. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Ein Grund könnte sein, dass ein Teil der Beschäftigten nur eine gewünschte Einkommenshöhe erzielen möchten und eine Lohnerhöhung dazu nutzen, ihre Arbeitszeit so weit zu reduzieren, bis ihre gewünschte Einkommenshöhe wieder erreicht ist. Die starken Lohnzuwächse in den vergangenen Jahren könnten diesen möglichen Effekt verstärkt haben. Wir schlagen daher vor, Arbeitszeit, die zusätzlich zur vertraglich geschuldeten Arbeitszeit geleistet wird, zusätzlich zu entlohnen. Dies könnte in Form eines Prämienmodells geschehen. Bei zusätzlichen Arbeitsstunden werden neben der normalen Vergütung ergänzend Prämien- und Statuspunkte gewährt. Prämienpunkte können in Sachprämien eingetauscht werden und Statuspunkte führen zu weiteren Vergünstigungen. Ähnliche Modelle kennt man im Konsumgüterbereich. Mögliche Fehlanreize sind allerdings zu vermeiden, wofür gewisse Regeln einzuhalten sind.

Durch die besondere Vergütung von Mehrarbeit vermeidet das vorgestellte Prämienmodell die Reduktion der Arbeitszeit, die bei einer generellen Lohnerhöhung eintreten kann. Sie besitzt das Potenzial, bereits voll ausgebildete Fachkräfte zu Mehrarbeit anzuregen, damit der Verschärfung des Fachkräftemangels entgegengewirkt werden kann.

ZWEI ZU EINS

Zwei zu eins. Dies ist nicht das Ergebnis des Finales einer Fußball-WM. Es ist die Relation, die unsere Zukunft bestimmen wird. In den 1960er Jahren kamen in Deutschland jedes Jahr rund 1,3 Millionen Babys zur Welt. Das Medianalter lag damals bei 27 Jahren. Die Hälfte aller Menschen war also jünger als 27. Die Gesellschaft war von Kinderwägen und spielenden Kindern geprägt. In den Nuller Jahren kamen jedes Jahr nur halb so viele Babys zur Welt (**Abbildung 1**). Heute liegt das Medianalter bei 48 Jahren und es gibt inzwischen über 16.000 Altenheime. Ein Teil der geburtenstarken Jahrgänge befindet sich schon in Rente, der größte Teil steht unmittelbar davor. Es werden aber nur halb so viele nachkommen als jene, die sich ab jetzt in den Ruhestand verabschieden. Dies ist schon allorts zu spüren. Es fehlen Lkw-Fahrer, der Einzelhandel beklagt viele offene Stellen, Handwerker finden keinen Nachfolger für ihren Betrieb, die Gastronomie muss mangels Personals ihre Öffnungszeiten einschränken. Die Liste ließe sich fortsetzen. Ebenso im Gesundheitswesen: Viele Stellen bleiben längere Zeit unbesetzt, Hausarztpraxen finden immer schwieriger Nachfolger. Und die Politik hat mit der „Rente mit 63“ sogar noch Öl ins Feuer gegossen und verschärft die ohnehin schwierige Lage.

Wenn doppelt so viele Menschen in Rente gehen als nachkommen, baut sich auf die dann noch Erwerbstätigen ein gewaltiger Druck auf. Grundsätzlich wäre es möglich gewesen, dafür Vorkehrungen zu treffen. Seit den 1970er Jahren war jedem, der ein wenig mit Zahlen umgehen kann, klar, was in den 2020er und 2030er Jahren auf uns zukommen würde. Die Sozialabgaben liegen aktuell schon bei 42% der beitragspflichtigen Einkommen und sie laufen in den nächsten zehn Jahren auf mindestens 50% zu, wenn nicht aktiv und entschieden gegengesteuert wird. Inzwischen kamen sogar noch weitere heftige Herausforderungen hinzu: der Klimawandel, eine sich verändernde Weltordnung mit wachsender Kriegsgefahr, Deglobalisierung, eine nicht ausreichend instandgehaltene Infrastruktur in Deutschland und eine stetige Ausweitung von Regulierung und Bürokratie, die die Volkswirtschaft ausbremst.

Abbildung 1: Geburtenzahlen

Höchste Geburtenzahlen

1964: 1.357.304 (heute 61)
1963: 1.355.595 (heute 62)
1965: 1.325.386 (heute 60)

Niedrigste Geburtenzahlen

2011: 662.685 (heute 14)
2009: 665.126 (heute 16)
2006: 672.724 (heute 19)



Zwei gehen in Rente,
einer kommt nach



Quelle: Statistisches Bundesamt 2022: Statistik der Geburten

Wenn wir keine Gegenmaßnahmen einleiten, ist zu erwarten, dass die Volkswirtschaft weiter schrumpfen wird. Im Jahr 2023 sank das Bruttoinlandsprodukt (BIP) um 0,9% und im Jahr 2024 um 0,5%, während das weltweite BIP um fast 3% pro Jahr zulegen würde. Bei einer weiteren Schrumpfung oder Stagnation in Deutschland werden wir uns nicht allen genannten Herausforderungen stellen können. Das Gesundheitswesen beansprucht im Jahr 2024 etwa 12,5% des Bruttoinlandsprodukts. Für die Verteidigung sollen es bald 5%, mindestens aber 3,5% werden. Die Aufwendungen für Renten und Pensionen werden altersbedingt und aufgrund der zusätzlichen kostentreibenden politischen Rentenmaßnahmen ebenfalls steigen. Um den Klimawandel abzumildern und um sich an ein wärmeres Klima anzupassen, werden ebenfalls eine Menge Ressourcen benötigt. Ohne ein Wachstum der Volkswirtschaft sind daher enorme Verteilungskämpfe zu erwarten. Diese absehbaren Kämpfe sollen in der laufenden Legislatur 2025–2029 durch die Aufnahme von Schulden in einer noch nie dagewesenen Größenordnung in die Zukunft verlagert werden. Dabei wird gleichzeitig eine weitere Herausforderung geschaffen: eine enorme Zinslast, die in wenigen Jahren den Staatshaushalt massiv belasten wird.

Wenn die Volkswirtschaft nicht in ausreichendem Maße wächst, um all diese Zusatzbelastungen tragen zu können, müssen entweder (i) noch mehr Schulden gemacht werden, was dazu führt, dass die Last, die in die Zukunft verlagert wird, immer größer wird, oder (ii) Steuern und Abgaben erhöht werden, was die Bereitschaft, Leistung zu erbringen, schwächt, sodass weniger volkswirtschaftliche Ressourcen zur Verfügung stehen, oder (iii) auf eine hohe Inflation hingewirkt werden, um die Staatsschulden dadurch zu mindern, was zu einer schleichenden Enteignung derjenigen führt, die sich etwas angespart haben, unter anderem für ihr Alter. Keine dieser Maßnahmen klingt verlockend. Stattdessen sollten Maßnahmen ergriffen werden, um die Volkswirtschaft sowie die Gesundheitswirtschaft effizienter aufzustellen und das bestehende Arbeitskräftepotenzial stärker zu aktivieren. Die Alternative im Gesundheitswesen ist sonst die Rationierung von Leistungen, die einen großen Unmut in der Bevölkerung hervorrufen würde.

DIE KRANKENHÄUSER BEANSPRUCHEN IMMER MEHR PERSONELLE RESSOURCEN

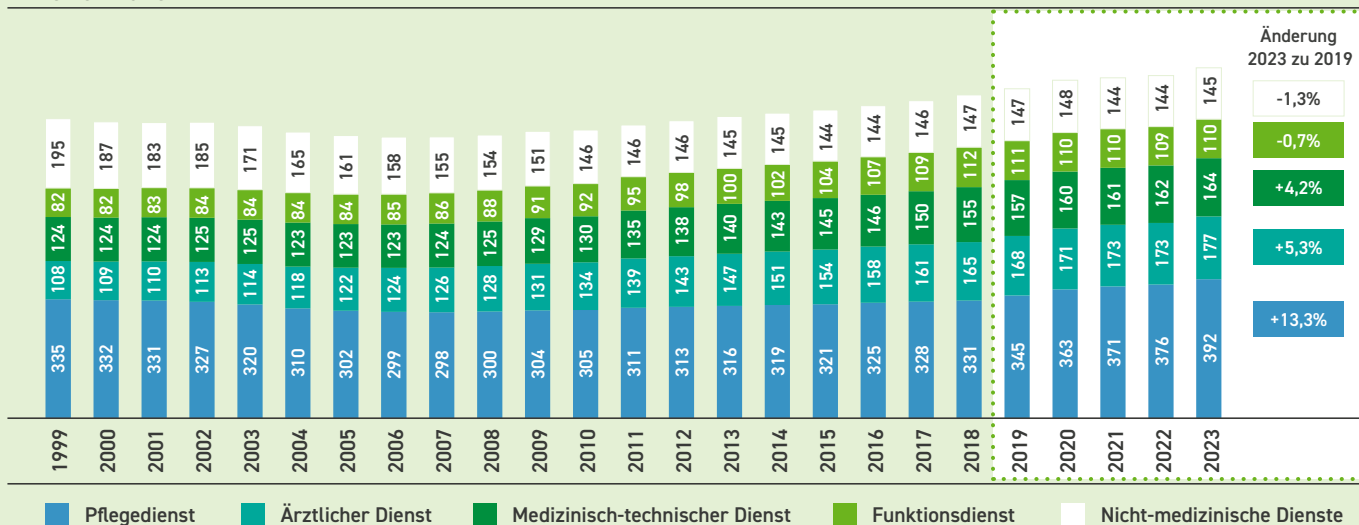
Karagiannidis et al. (2025) schlagen einige praktisch umsetzbare Maßnahmen vor, um die Effizienz unseres Gesundheitswesens zu erhöhen. In diesem Beitrag wollen wir dagegen den Fokus auf die Aktivierung des vorhandenen Arbeitskräftepotenzials legen. Betrachten wir die Zahl der Vollkräfte im Krankenhaus über die Zeit, fällt auf, dass in den vergangenen Jahren ein gewaltiger Personalaufbau stattgefunden hat (**Abbildung 2**). Seit dem Jahr 2008 steigt die Zahl jedes Jahr. Zwischen 2007 und 2015 lag der Anstieg durchschnittlich bei 1,1% jährlich. Zwischen 2015 und 2023 lag er bei 1,6% jährlich. Besonders im Pflegedienst fand seit Einführung des Pflegebudgets im Jahr 2020 ein enormer Aufwuchs statt. Man kann also feststellen, dass der Krankenhausbereich bislang noch nicht von der alterungsbedingten Knappheit an Arbeitskräften betroffen war.

Gleichzeitig wurde dieser Aufwuchs seit dem Ausbruch der Covid19-Pandemie durch einen massiven Rückgang der Arbeitsproduktivität in den Krankenhäusern überlagert. Denn während der Pandemie sank die Zahl der stationären Fälle im Krankenhaus beträchtlich. Zwar stieg die Zahl seit 2023 wieder an, lag aber im Jahr 2024 weiterhin deutlich unter dem Niveau des Jahres 2019. **Abbildung 3** veranschaulicht das Ergebnis. Gegenüber dem Jahr 2019 stehen 2023 20% mehr Vollkräfte je stationärem Fall zur Verfügung, im ärztlichen Dienst sind es 19% mehr. Dabei war hier auch vor 2019 bereits ein kleiner Aufwuchs zu sehen. Für den Aufwuchs in den vergangenen Jahren gibt es Gründe, wie zum Beispiel gesetzliche und tarifliche Personalanforderungen, die Einführung der Selbstkostendeckung in der Pflege, eine steigende Zahl an Krankheitstagen, ein Anstieg des Schweregrads der stationären Fälle infolge der Ambulantisierung von leichteren Fällen und der zunehmende Wettbewerb auf dem Arbeitsmarkt.

Tatsächlich ist die Zahl der im Krankenhaus beschäftigten Menschen sogar noch weit- aus stärker gewachsen als die dargestellte Zahl der Vollkräfte. Schon seit vielen Jahren steigt die Quote der in Teilzeit beschäftigten Mitarbeiter – besonders im ärztlichen Dienst. Während im Jahr 2004 nur 12% der Ärzte im Krankenhaus in Teilzeit arbeiteten, waren es 2023 bereits 33% (**Abbildung 4**). Auch im nicht-ärztlichen Dienst stieg der Anteil vom bereits hohen Niveau von 40% im Jahr 2004 auf 52% bis 2023. Dieser Trend zur Teilzeittätigkeit wird von niedergelassenen Ärzten sogar noch übertroffen (**Abbildung 5**). Im Jahr 2009 arbeiteten dort 8% in Teilzeit, 2024 waren es 48%, also praktisch jeder zweite. Zwar hat dies auch mit der Zunahme der Zahl der weiblichen Ärzte, die häufiger eine Teilzeittätigkeit nachfragen, zu tun. Aber auch bei männlichen Ärzten steigt die Teilzeitquote deutlich an. Interessant an dieser Stelle ist auch die starke Zunahme der in einem Angestelltenverhältnis tätigen niedergelassenen Ärzte. Es ist bekannt, dass ein angestellter Arzt in der Niederlassung weniger Arbeitsstunden einbringt als ein selbständig tätiger Arzt, was dazu führt, dass insgesamt weniger Arbeitsstunden zur Verfügung stehen.

Abbildung 2: Zahl der Vollkräfte im Krankenhaus

Ärzte Vollkräfte



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2025

Abbildung 3: Zahl der Vollkräfte je stationärem Fall

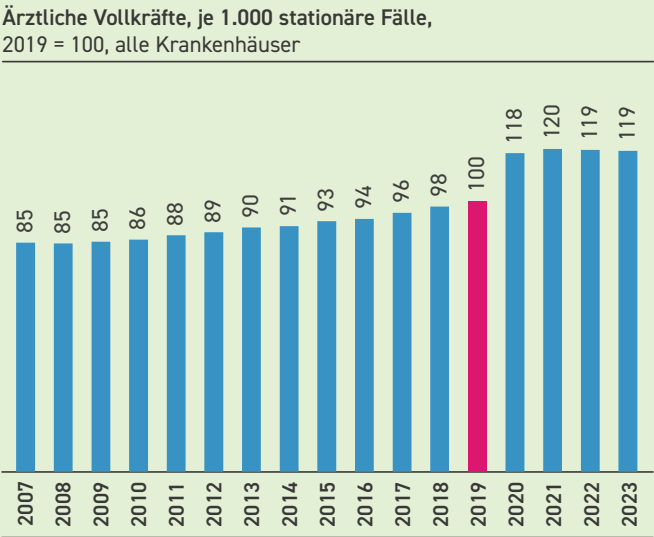
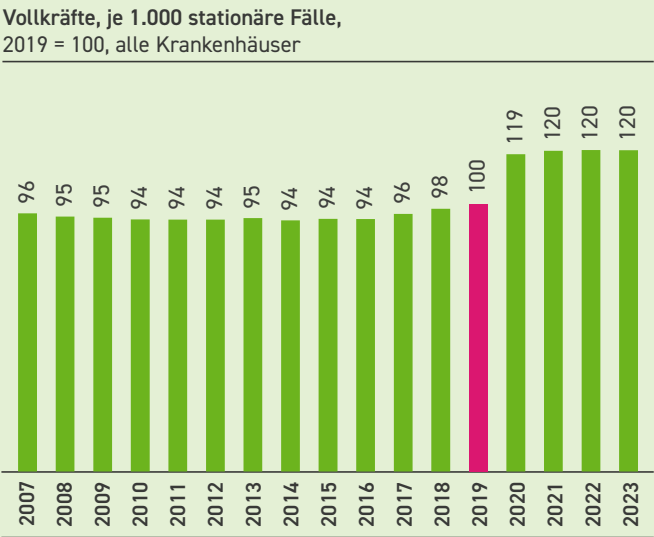


Abbildung 4: Teilzeitquote im Krankenhaus

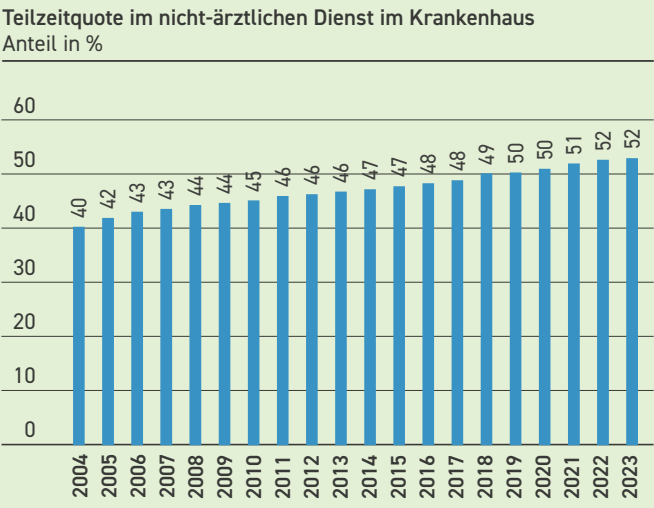
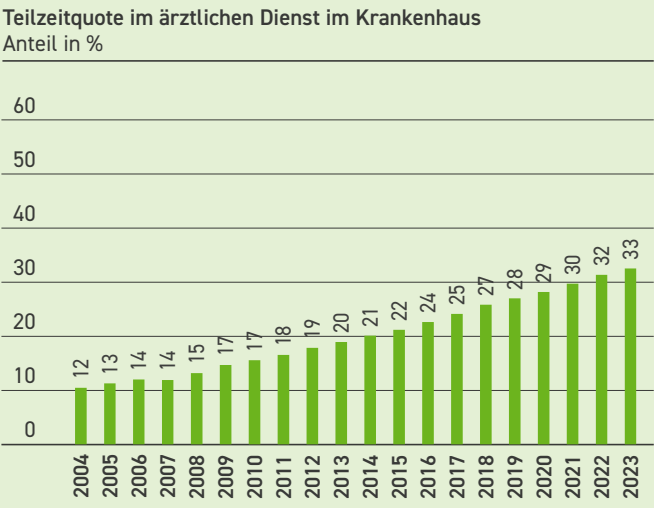
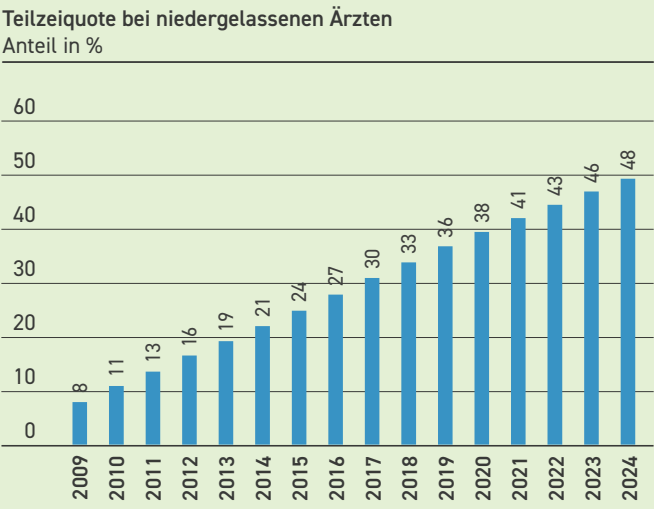
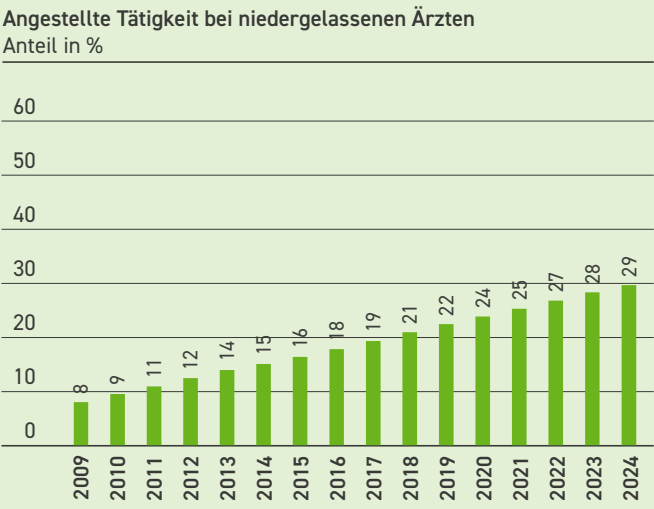


Abbildung 5: Angestellte Tätigkeit und Teilzeitquote bei niedergelassenen Ärzten



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2025

DAS POTENZIAL AN ZUSÄTZLICHER ARBEITSZEIT IST IMMENS

Aus den oben gezeigten Statistiken lässt sich ableiten, wie hoch das maximale Potenzial an Arbeitszeit wäre, wenn man ausschließlich auf die bereits in ihrem Beruf tätigen Menschen zurückgreifen würde, das heißt, ohne Zuwanderung und ohne zusätzliche Ausbildung. Diese Menschen sind voll ausgebildet und könnten grundsätzlich sofort tätig werden. Weder eine lange Ausbildung noch eine mühsame Anwerbung von Arbeitskräften aus anderen Ländern, weder Spracherwerb noch die Prüfung von Berufsqualifikationen wären nötig. Selbstverständlich kann nie das komplette Potenzial realisiert werden. Aber auch eine teilweise Realisierung würde schon eine große Hilfe sein, um dem Renteneintritt der geburtenstarken Jahrgänge entgegenwirken zu können.

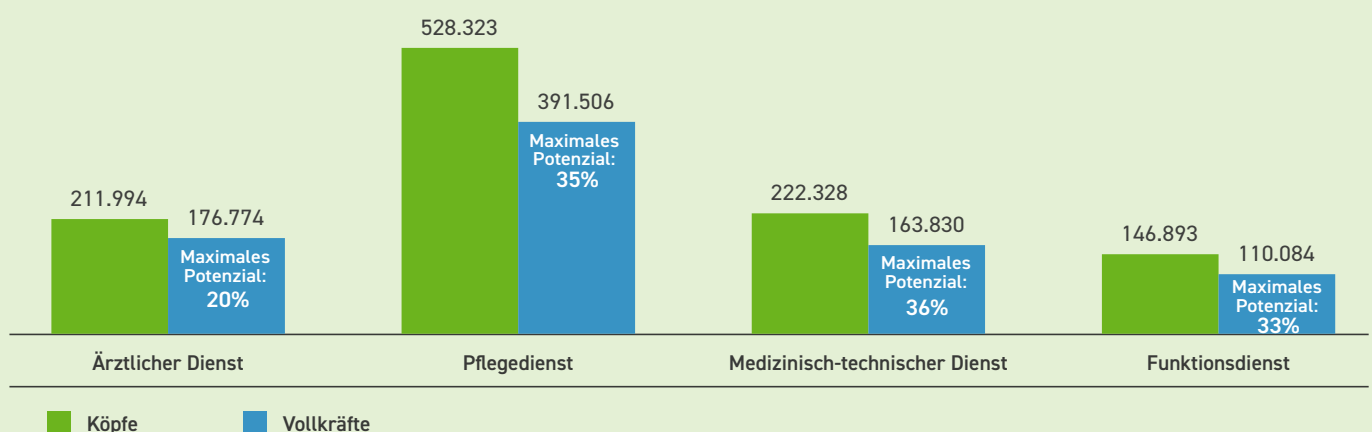
In den Krankenhäusern arbeiten laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2023 über 1,1 Millionen Menschen in den medizinischen Diensten, viele davon in Teilzeit. Umgerechnet waren es rund 842.000 Vollzeitäquivalente. Im Durchschnitt arbeiten die Beschäftigten also 76% einer Vollzeitstelle. Im ärztlichen Dienst sind es 83%, in den anderen medizinischen Dienstleistungen 74%. Würden alle schlagartig Vollzeit arbeiten, stünden 267.000 mehr Vollkräfte zur Verfügung (+32%). Dies ist zwar ein unrealistischer Wert, er zeigt aber das maximale Potenzial. Würde man davon ein Viertel realisieren können, wären dies immerhin 67.000 mehr Vollkräfte. Dieser Wert scheint realistischer, weil er etwa der Relation zwischen Vollzeitäquivalent pro Kopf Anfang der Nuller Jahre entspricht, nämlich 82%. Der tatsächliche Wert im Jahr 2004 betrug 81%. **Abbildung 6** veranschaulicht das maximale Potenzial je Dienstleistung.

Ein Hebel zur Verminderung des Fachkräftebedarfs – bzw. umgekehrt zur Verminderung des wachsenden Mangels an Fachkräften – ist die Erhöhung der Produktivität im Sinne von Personaleinsatz je Leistungsmenge. Zur Messung der Leistungsmenge verwenden wir das Casemixvolumen¹. Wir vergleichen die Produktivität des Jahres 2019 mit 2023 und nehmen

¹Dabei haben wir die Leistungen PEPP fiktiv in ein adäquates Casemixvolumen auf Basis der typischen Entgelte je PEPP-Fall umgerechnet.

Abbildung 6: Maximales zusätzliches Potenzial an Vollkräften je medizinischer Dienstleistung

Anzahl Köpfe und Vollkräfte in Krankenhäusern, 2023



Quelle: Destatis Grunddaten der Krankenhäuser 2023; eigene Berechnungen

an, dass 50% der in diesem Zeitraum stattgefundenen Abnahme wieder aufgeholt werden kann, zum Beispiel durch Abbau von Bürokratie und durch Flexibilisierung von Personalvorgaben. Dies würden den Bedarf an Vollkräften um 62.000 senken, sodass zusammen mit der Erhöhung der Arbeitszeit in der vorherigen Rechnung insgesamt 129.000 mehr Vollkräfte zur Verfügung stünden. Das sind 15% mehr als die derzeitige Zahl an Vollkräften (im Jahr 2023). Nimmt man an, dass in den kommenden Jahren aufgrund der schnellen Alterung des Personals jedes Jahr aufs Neue etwa 1,5% der Stellen nicht besetzt werden können, würde man dieser stetigen Personalreduktion durch die teilweise Aktivierung des vorhandenen Potenzials in dem beschriebenen Sinne etwa neun bis zehn Jahre entgegenwirken können. Wir würden dadurch also fast zehn Jahre Zeit gewinnen. Dies ist ein Zeitraum, der auch nötig ist, um die bestehende Krankenhausstruktur durch Zentralisierung und Schwerpunktbildung effizienter zu gestalten. Es ist auch die Zeit, in der die meisten geburtenstarken Jahrgänge in Rente gehen.

Hier wären wir bei einem dritten Hebel zur Abmilderung der bevorstehenden personellen Engpässe: die Anhebung des faktischen Renteneintrittsalter. Allein eine Anhebung um ein Jahr hätte schon einen großen und sogar „doppelten“ positiven Effekt. Denn nicht nur stehen wertvolle Fachkräfte ein Jahr länger dem Arbeitsmarkt zur Verfügung, sondern es würden auch die Sozialversicherungen, allen voran die Rentenversicherung, entlastet. Für eine Abschätzung dieses Effekts benötigte man die Altersstruktur des Personals im Krankenhaus, die uns nicht vorliegt. Daher verzichten wir auf eine quantitative Abschätzung und belassen es bei dieser qualitativen Bewertung.

Die gleichen Überlegungen gelten in der ambulanten Versorgung. Dort gibt es neben der Erhöhung der Vollzeitäquivalente pro Kopf zusätzlich die Möglichkeit, angestellte Ärzte stärker in dem Sinne zu motivieren wie selbständig tätige Ärzte. Typischerweise gehen rund 20% der Arbeitszeit verloren, wenn ein selbständig tätiger Arzt in ein Angestelltenverhältnis wechselt. **Abbildung 5** zeigt den großen Anstieg der Teilzeitquote sowie die deutliche Zunahme des Anteils der in Teilzeit tätigen Ärzte zwischen den Jahren 2009 und 2024.

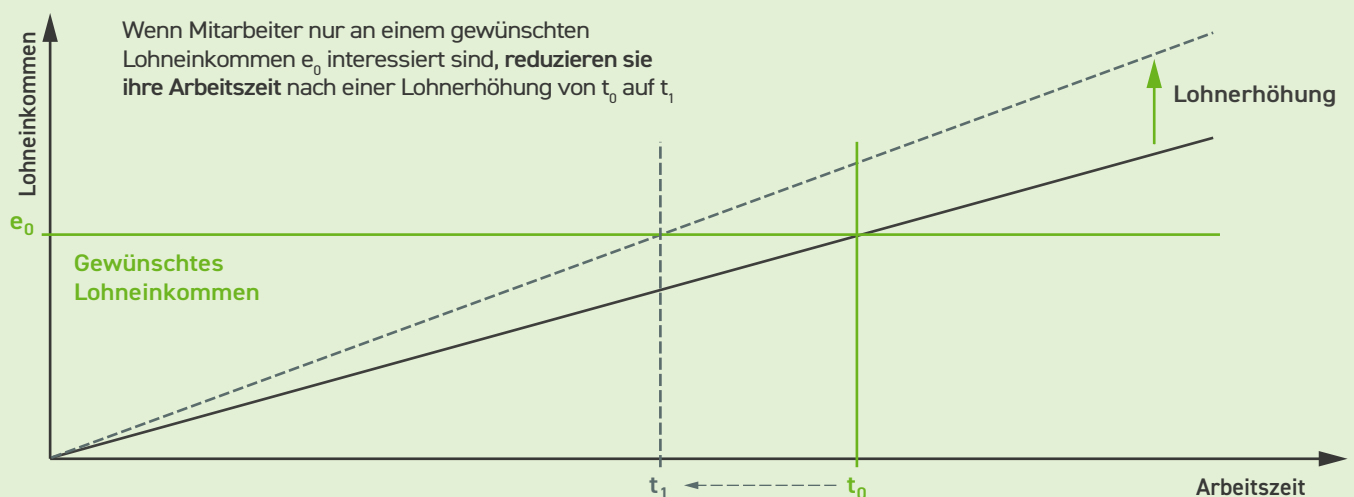
Zur Abschätzung des maximal zusätzlichen Potenzials an Arbeitszeit in der vertragsärztlichen Versorgung nehmen wir an, dass die Teilzeitquoten des Jahres 2024 der Quoten des Jahrs 2009 entsprächen. Damit ließe sich die Arbeitszeit um 26% erhöhen. Unterstellen wir ferner, dass im Jahr 2024 der Anteil der selbständig tätigen Ärzte dem Anteil aus 2009 entspräche und selbständig tätige Ärzte 20% mehr Arbeitszeit erbringen, ließe sich die gesamte Arbeitszeit um weitere 4% ausweiten. Würde sich von der in der Summe 30% höheren Arbeitszeit die Hälfte realisieren lassen und nehmen wir auch in der niedergelassenen Versorgung an, dass jedes Jahr aufs Neue 1,5% der Stellen nicht wiederbesetzt werden können, könnte dem stetigen Personalschwund ebenfalls neun bis zehn Jahre entgegengewirkt werden.

AKTIVIERUNG DES POTENZIALS DURCH EIN PRÄMIENMODELL

Typischerweise weiten die Anbieter auf einem Markt ihr Angebot aus, wenn die Preise steigen. Auch auf dem Arbeitsmarkt könnte man eine Ausweitung der angebotenen Arbeitszeit erwarten, wenn die Löhne steigen. Dies muss aber nicht immer der Fall sein. Wenn ein Arbeitnehmer für seinen Haushalt nur ein gewünschtes Mindesteinkommen erzielen möchte, würde er seine Arbeitszeit absenken, wenn der Lohn steigt. Bei steigenden Löhnen würden dann Teilzeitbeschäftigungen zunehmen. **Abbildung 7** stellt diesen Zusammenhang schematisch dar. Dabei stellt e_0 das vom Mitarbeiter gewünschte Lohneinkommen dar. Bei gegebenem Lohn bietet er die Arbeitszeit t_0 an. Steigt sein Lohn, was durch die Verschiebung der Geraden hin zur gestrichelten Linie dargestellt ist, kann er seine Arbeitszeit auf t_1 reduzieren, um weiterhin das gewünschte Lohneinkommen e_0 zu erzielen.

Das Lohnniveau im Gesundheitswesen ist in den vergangenen Jahren stark gewachsen, besonders in der Pflege (Krankenhaus Rating Report 2025), und die Teilzeitquote ebenfalls. Diese beobachtete Korrelation kann, muss aber nicht für die These sprechen, dass mit steigendem Lohnniveau die Menge an Arbeitszeit zurückgeht. Berichte von Einzelfällen, in denen dies so geschah, gibt es jedoch viele. Denkbar wäre auch eine umgekehrte Kausalität: Weil die Arbeitnehmer ihre Arbeitszeit verknappen, steigen die Löhne. Im Folgenden gehen wir aufgrund zahlreicher Erfahrungswerte jedoch davon aus, dass im Gesundheitswesen ein steigendes Lohnniveau für viele Beschäftigte zu einem Absenken ihrer angebotenen Arbeitszeit führt. Eine Studie von EY aus dem Jahr 2025 (EY 2025) hat zudem ergeben, dass 28% der Beschäftigten in Deutschland bei der Arbeit nicht motiviert sind, dass ältere Arbeitnehmer deutlich zufriedener mit ihrer Arbeit sind als junge und dass der Anteil der Hochmotivierten sinkt. Im Jahr 2019 lag er bei 42%, 2021 bei 28% und im Jahr 2025 bei nur noch 18%. Es scheint, dass ein hohes Gehalt nicht (mehr) ausreichend motiviert. Wir wollen daher ein Modell vorstellen, wie Mehrarbeit attraktiver werden könnte.

Abbildung 7: Gewünschtes Lohneinkommen und Arbeitszeit



Quelle: Eigene Darstellung

Der Nahrungsmittelmarkt kann als eine Analogie zum vorgestellten Modell dienen. Da dieser Markt weitgehend gesättigt ist, haben Anbieter Spezialangebote entwickelt, um zusätzlichen Konsum anzuregen. Ein Beispiel ist die häufig anzutreffende kleine Abteilung in Supermärkten mit interessanten und teilweise überraschenden Gebrauchs- und Lifestyle-Artikeln von Tchibo, mit einem emotionalen Design und einem Sortiment, das sich in regelmäßigem Abstand ändert und zum Entdecken einlädt. Eine andere Analogie sind Punktesysteme, die im Einzelhandel inzwischen gang und gäbe sind. Die erworbenen Punkte beim Kauf der firmeneigenen Produkte kann der Konsument in Prämien eintauschen oder er kann damit Vergünstigungen erhalten. „Payback“ ist derzeit das größte derartige System und wird händlerübergreifend genutzt. Bei Miles-and-More können darüber hinaus auch Statusvorteile erlangt werden.

Um die in **Abbildung 7** illustrierte Situation zu vermeiden, schlagen wir für den Arbeitsmarkt vor, dass Zusatzarbeit höher entlohnt wird, jedoch nicht die bereits erbrachte Arbeitszeit, zum Beispiel in Form eines Systems ähnlich wie Miles-and-More. So könnte jede zusätzliche Arbeitsminute einen Prämien- und einen Statuspunkt bringen – natürlich neben der normalen Entlohnung der geleisteten Arbeitszeit. Gesammelte Punkte können für verschiedene Prämien eingelöst werden. Auch ein höherer Status kann erreicht werden, der etwa dazu berechtigt, die „besseren“ Dienste machen zu können oder der Vortritt gibt, wenn an einem Tag zu viele Mitarbeiter zusätzliche Arbeitszeit anbieten wollen, oder der bei der Urlaubsplanung größere Flexibilität erlaubt (**Abbildung 8**). Sowohl für die Prämien als auch für die Statusvorteile ist Vieles denkbar. Das Diagramm der **Abbildung 7** würde sich dann wie in **Abbildung 9** gezeigt verändern. Da hier nur zusätzliche Arbeitszeit zu einem faktisch höheren Lohneinkommen führt, kann die Arbeitszeit also nicht reduziert werden, ohne unter das individuell gewünschte Lohneinkommen zu fallen.

Um das Prämienmodell implementieren zu können, sind ein paar Hürden zu nehmen, die unseres Erachtens überwindbar sind. Erstens müssen ein Prämienportfolio erstellt sowie Statusvorteile definiert werden. Dafür gibt es Vorbilder, an denen man sich orientieren kann. Auch Geldprämien könnten in Frage kommen, die damit praktisch einen Lohnzuschlag für Zusatzarbeit bedeuten würden. Zweitens muss der mit den Prämienpunkten erzielte geldwerte Vorteil versteuert werden, wofür mit den Finanzbehörden – und am besten durch den Gesetzgeber flankiert – idealerweise pauschalierte Lösungen erarbeitet werden sollten. Auch dafür gibt es Vorbilder. Drittens müssen die Prämien vom Arbeitgeber finanziert werden. Die Finanzierung kann nur aus den über die Zusatzarbeit erzielten Deckungsbeiträgen

Abbildung 8: Prämien- und Statusmodell bei Zusatzarbeit

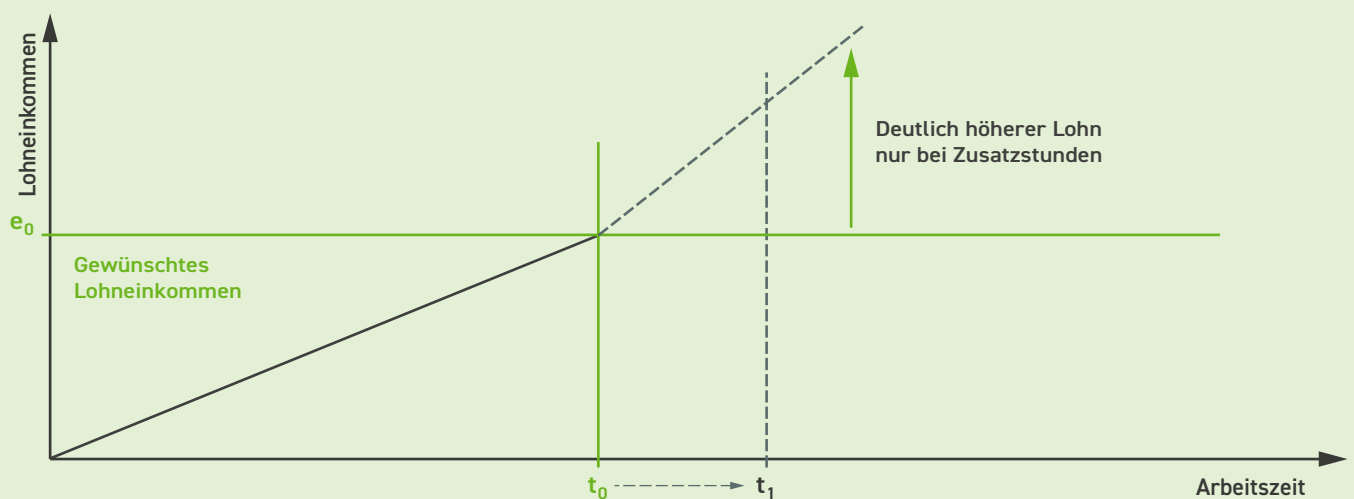


Quelle: Eigene Darstellung

erfolgen. Der Arbeitgeber kann die Prämienhöhe so austarieren, dass beide Seiten von der Zusatzarbeit einen Vorteil haben: Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Je nachdem wie stark das Prämienmodell in Anspruch genommen wird, können die Prämien über die Zeit angehoben oder abgesenkt werden.

Die schwierigste Aufgabe wird viertens sein, Fehlanreize auszuschließen. Das Prämienmodell schafft den Anreiz, seine Arbeitszeit zunächst zu reduzieren, um im Anschluss durch Zusatzarbeit eine höhere Entlohnung zu erreichen als vorher – aber bei gleicher Arbeitszeit wie vorher. Ein solches Verhalten würde nicht nur keinen Zusatznutzen für den Arbeitgeber schaffen, sondern außerdem das Betriebsklima belasten. Daher sollen im Folgenden Regeln vorgeschlagen werden, um Fehlanreize zu minimieren. Sie müssen sich in der Praxis bewähren und bei Bedarf angepasst werden, wenn die ersten Erfahrungen mit dem Modell dies nahelegen.

Abbildung 9: Gewünschtes Lohneinkommen und Arbeitszeit im Prämienmodell



Quelle: Eigene Darstellung

REGELN ZUR MINIMIERUNG VON FEHLANREIZEN

1. Nur die eigenen Mitarbeiter können das Prämienmodell in Anspruch nehmen. Externe Arbeitnehmer, die daran Interesse haben, brauchen erst einen Arbeitsvertrag. Das heißt, Leiharbeitskräfte einer externen Firma können das Prämienmodell nicht nutzen. Damit erzielt der Betrieb mit einem Prämienmodell nebenbei einen Wettbewerbsvorteil auf dem Arbeitsmarkt.
2. Nur Mitarbeiter mit einer Arbeitszeit von mindestens 20 Stunden pro Woche können das Prämienmodell nutzen. Damit soll vermieden werden, dass sich Externe mit einem Mini-Arbeitsvertrag den Weg ins Prämienmodell eröffnen.
3. Die bestehende Arbeitszeit der teilnehmenden Mitarbeiter kann nicht reduziert werden. Damit wird vermieden, dass Arbeitszeit erst verloren geht und anschließend teurer zurückgekauft werden muss.
4. Zusatzstunden im Prämienmodell sind für Teilzeitbeschäftigte zeitlich begrenzt. Sie können jederzeit hoch und wieder auf null zurückgefahren werden. Sollte eine Anzahl an Zusatzstunden dauerhaft geleistet werden, beispielsweise ein Jahr lang ohne Unterbrechung, werden diese dauerhaften Zusatzstunden Teil des normalen Arbeitsvertrags mit der darin definierten Lohnhöhe. Damit wird vermieden, dass Mitarbeiter, die eine Ausweitung ihrer Arbeitszeit planen, diese nur noch in der Zusatzfirma realisieren.
5. Mitarbeiter, die Vollzeit arbeiten, können jederzeit und auch dauerhaft, zusätzliche Stunden leisten. Damit wird vermieden, dass Vollzeit-Mitarbeiter benachteiligt werden.

Wir empfehlen, das Prämienmodell in einzelnen Betriebsstätten von Klinikverbünden zu erproben. Auch in der ambulanten Versorgung, in Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren mit angestelltem Personal ist es nutzbar und könnte in einigen Betrieben erprobt werden. Grundsätzlich kann das Modell auf jede andere Branche übertragen werden. Denn das Problem der rückläufigen Arbeitszeit besteht vielfach. Hilfreich wäre, wenn der Gesetzgeber das Modell dahingehend unterstützt, dass der geldwerte Vorteil durch die Entlohnung der Zusatzarbeit pauschal besteuert werden kann. Zudem ist zu prüfen, ob arbeitsrechtliche Regelungen anzupassen sind.

Herausgeber

RHÖN STIFTUNG

Eugen und Ingeborg Münch
Salzburger Leite 1 | Campus Haus 13
97616 Bad Neustadt a.d. Saale

T +49 (0)160 410 79 34
kontakt@rhoen-stiftung.de
www.rhoen-stiftung.de

Erscheinungsdatum

Oktober 2025

Verantwortlich für den Inhalt

Eugen Münch und Prof. Dr. Boris Augurzky

Gestaltung

Sonja März

Vorstand: Prof. Dr. Boris Augurzky (Vorstandsvorsitzender), Eugen Münch (stellvertretender Vorstandsvorsitzender),
Prof. Dr. med. Bernd Griewing, Dr. Christian Zschocke
Geschäftsführung: Annette Kennel

Die Rhön Stiftung ist durch die Regierung von Unterfranken mit Anerkennungsurkunde vom 4. Juni 2014 als
Stiftung bürgerlichen Rechts anerkannt, Stiftungsverzeichnis Nr. 44-1222.00-CC-1-64

