

Pfister Roth Vogt Braun | Postfach 10 02 61 | 72302 Balingen

MERKBLATT

weitere Merkblätter unter www.prvb.de**Geschäftsführer:****Holger Pfister**, Diplom-Betriebswirt (BA), Steuerberater
Fachberater für internationales Steuerrecht**Holger Roth**, Diplom-Betriebswirt (BA), Steuerberater
Fachberater für Unternehmensnachfolge (DStV e. V.)**Alexander Vogt**, Diplom-Kaufmann, Steuerberater
Fachberater für Restrukturierung und Unternehmensplanung (DStV e. V.)**Hauptsitz:**Grünewaldstraße 1
72336 Balingen**Zweigniederlassung:**Europaplatz 2
72458 AlbstadtTelefon +49 7433 9699 - 0
Telefax +49 7433 9699 - 40Telefon +49 7431 94928 - 0
Telefax +49 7431 94928 - 40
STOLLENFABRIKinfo@prvb.de
www.prvb.de

Betriebliche Altersversorgung – Die rückgedeckte Gruppenunterstützungskasse in der klassischen bAV

Inhalt

- I. Modellformen der arbeitgeberfinanzierten Versorgung
- II. Teilnahmeberechtigter Personenkreis
- III. Leistungsziele und Leistungsarten
- IV. Leistungsstrukturen und Bemessungsgrundlage
- V. Unverfallbarkeitsfristen
- VI. Kriterien für die Auswahl des Durchführungswegs
- VII. Die rückgedeckte Gruppenunterstützungskasse

Von einer betrieblichen Altersversorgung spricht man, wenn der Arbeitgeber einem Arbeitnehmer Versorgungsleistungen bei Alter, Invalidität und/oder Tod zusagt. Ein wesentlicher Vorteil für den Arbeitnehmer liegt hierbei in der Einsparung von steuer- und sozialversicherungsrechtlichen Entgeltanteilen.

Als weiterer Anreiz zum Aufbau einer betrieblichen Altersvorsorge werden anders als bisher die Betriebsrenten künftig nicht mehr voll auf die Grundsicherung angerechnet. Hier wird ein monatlicher Freibetrag in Höhe von 100 € gewährt, der sich bis auf die Hälfte der Regelbedarfsstufe 1 (im Jahr 2025: 281,50 €) erhöhen kann.

Neben der Bindungswirkung einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersvorsorge kann sich für den Arbeitgeber der Förderbeitrag im Rahmen der

Geringverdienerförderung (Bruttoarbeitslohn bis monatlich 2.575 €) lohnen.

Mit dem Betriebsrentenstärkungsgesetz (BRSG) wurde neben dem bisherigem Regelwerk zur betrieblichen Altersvorsorge (sog. Klassische bAV) ein neues tarifvertragliches Regelwerk (sog. Sozialpartnermodell – neue bAV) sowohl für die arbeitgeberfinanzierte Versorgung als auch für die Entgeltumwandlung geschaffen. Dieses bringt Erleichterungen für den Arbeitgeber und soll zu einer größeren Verbreitung der bAV führen. Beide Systeme bestehen parallel nebeneinander. Auch nicht tarifgebundene Parteien können unter bestimmten Voraussetzungen auf das Sozialpartnermodell – neue bAV zurückgreifen. Beide Systeme unterscheiden sich aber wesentlich in Fragen der Arbeitgeberhaftung und der Kalkulierbarkeit der zukünftigen Renten. Das Sozialpartnermodell muss völlig ohne Leistungsgarantien auskommen.

I. Modellformen der arbeitgeberfinanzierten Versorgung

Dem Arbeitgeber stehen mehrere Modelle für seine betriebliche Altersversorgung zur Verfügung:

- Der Arbeitgeber kann mit seinen Leistungen eine eigenständige Versorgung anbieten, sog. selbständige Grundversorgung. Diese Versorgung erhalten alle teilnahmeberechtigten Personen, unabhängig davon, ob sie selbst eine Entgeltumwandlung durchführen oder nicht.
- Der Arbeitgeber kann aber auch seine Versorgungsleistungen davon abhängig machen, dass der Arbeitnehmer seinerseits eine Entgeltumwandlung durchführt. Er kann dann so die vorhandene Entgeltumwandlung aufstocken (auch gemischte Finanzierung oder „Matching Plan“ genannt). Diejenigen Arbeitnehmer, die keine Entgeltumwandlung durchführen, sind dann von der arbeitgeberfinanzierten Versorgung ausgeschlossen.

Hinweis: Für Entgeltumwandlungsvereinbarungen, die nach dem 1.1.2019 geschlossen wurden und die über Direktversicherungen, Pensionskassen und Pensionsfonds durchgeführt werden, besteht eine Zuschusspflicht des Arbeitgebers. Soweit der Arbeitgeber Sozialversicherungsbeiträge einspart, muss er 15 % des umgewandelten Entgelts zusätzlich an den Versorgungsträger abführen. Für Entgeltumwandlungsvereinbarungen, die vor dem 31.12.2018 geschlossen wurden, gilt die Zuschusspflicht ab dem 1.1.2022.

- Gibt der Arbeitgeber bereits einen Zuschuss zur Entgeltumwandlung, muss im Einzelfall geprüft werden, ob eine Anrechnung auf die Zuschusspflicht erfolgen kann. Ist aus der Zusage erkennbar, dass dieser Zuschussbetrag die ersparten Sozialversicherungsbeiträge weitergibt, kann eine Anrechnung erfolgen. Gegebenenfalls sollte eine Klarstellung erfolgen bzw. die Versorgungszusage geändert werden.
- Schließlich können Systeme eingerichtet werden, die eine selbständige Grundversorgung und einen Matching Plan kombinieren.

Welche Variante die richtige ist, hängt stark vom Einzelfall ab und kann nur anhand eines Branchenvergleichs und den Ambitionen des Arbeitgebers fest gemacht werden.

Hinweis: Da die betriebliche Altersversorgung die Leistungsbereitschaft und die Motivation der begünstigten Arbeitnehmer fördern soll, ist die Auswahl der Leistungsziele für die Versorgung besonders wichtig. Der Arbeitgeber kann seine vergleichsweise starke Verhandlungsposition zugunsten seiner Arbeitnehmer nutzen, um nachgefragte und passende Leistungsziele (z.B. die Berufsunfähigkeitsabsicherung) für Arbeitnehmergruppen kollektiv, einfach und effizient zu versichern.

II. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Bei einer Arbeitgeberfinanzierung kann der Arbeitgeber den von der Versorgung begünstigten Personenkreis festlegen. Er muss nicht unterschiedslos alle Mitarbeiter in die geplante Versorgung einbeziehen. Er kann die betriebliche Altersvorsorge als Mittel der gezielten Mitarbeiterbindung nutzen, um bestimmte für ihn wichtige Mitarbeiter stärker an das Unternehmen zu binden. Er darf dabei jedoch nicht gegen den arbeitsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatz verstoßen, d.h. er darf weder willkürliche noch sachfremde Unterscheidungen vornehmen. Zulässig ist z.B. die Differenzierung zwischen bestimmten Führungsebenen, Unterschiede in der Qualifikation oder zwischen Außendienstmitarbeitern und anderen Mitarbeitern. Unzulässig ist dagegen z.B. der Ausschluss von Teilzeitbeschäftigten ohne einen sachlichen Grund.

Mit der Einführung der Geringverdienerförderung durch das BRSG ist somit auch die Zugehörigkeit zu dem förderfähigen Personenkreis ein sachliches Differenzierungsmerkmal. Der Arbeitgeber kann demnach auch nur gezielt diese Personengruppe fördern.

Auch wenn bei der Entgeltumwandlung der teilnehmende Personenkreis vom Gesetz vorgegeben ist, kann der Arbeitgeber die Teilnahmeberechtigten für den von ihm finanzierten Teil eines „Matching Plans“ mit einer sachlichen Rechtfertigung selbst bestimmen.

Hinweis: Der Arbeitgeber sollte jedoch in der Versorgungsordnung festlegen, warum der begünstigte Personenkreis besonders wichtig für das Unternehmen ist. So kann er vermeiden, dass die nicht begünstigten Personengruppen einen Vertrauenstatbestand auf die Leistung bilden können.

III. Leistungsziele und Leistungsarten

Das Betriebsrentengesetz ermöglicht neben der Alterssicherung des Arbeitnehmers und der Absicherung seiner Hinterbliebenen auch die Absicherung bei Invalidität (sog. Leistungsziele). Als Invaliditätsleistungen werden in der betrieblichen Altersversorgung überwiegend Berufsunfähigkeitsleistungen versprochen und bislang nur vereinzelt Erwerbsunfähigkeitsleistungen oder Erwerbsminderungsleistungen. Die drei Leistungsziele können sowohl kumulativ (z.B. Altersversorgung und Invaliditätsversorgung) als auch separat zugesagt werden (z.B. nur die Invaliditätsversorgung). Andere Versorgungsleistungen des Arbeitgebers wie z.B. Unfallleistungen oder Beihilfen im Krankheitsfall sind keine Leistungen der betrieblichen Altersvorsorge und fallen damit nicht unter den Schutz des Betriebsrentengesetzes (Relevanz insbesondere für Unverfallbarkeit und Insolvenzschutz).

Als Arten von Versorgungsleistungen kommen grundsätzlich laufende Leistungen oder einmalige Zahlungen in Betracht. Erhebliche Beschränkungen auf laufende Rentenleistungen bestehen jedoch in den einzelnen Durchführungswegen durch die steuerrechtlichen Vorgaben. Bei Waisenrenten ist der Versorgungszeitraum zeitlich begrenzt. Die Details zu den Leistungsarten werden bei den jeweiligen Durchführungswegen dargestellt.

1. Besonderheiten der Hinterbliebenenversorgung

Es ist zu beachten, dass das BMF von einem engen Hinterbliebenenbegriff ausgeht und nur bei diesem Personenkreis von Hinterbliebenen im Sinne der betrieblichen Altersversorgung ausgeht. Danach gehören zu dem engen Hinterbliebenenbegriff die Witwe bzw. der Witwer, der frühere Ehegatte, die Lebensgefährten, gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften und die sog. Kindergeldkinder.

Hinweis: Lediglich bei den „alten“ Direktversicherungen nach § 40b EStG und der somit steuerlich nicht geförderten Direktversicherung können noch beliebige Personen als Hinterbliebene benannt sein.

2. Besonderheiten bei der Invaliditätsversorgung

Während sich bei der Entgeltumwandlung nur die Absicherung des Alters und in gewissen Grenzen auch der Hinterbliebenen effektiv umsetzen lassen, kann bei einer Arbeitgeberfinanzierung auch eine verlässliche Invaliditätsabsicherung für Gruppen eingerichtet werden. Bei der reinen Entgeltumwandlung kann eine angemessene Invaliditätsabsicherung am Beitragsniveau oder an der erforderlichen individuellen Risikoprüfung scheitern.

Soll jedoch eine Gruppe durch den Arbeitgeber versichert werden, können hier vergleichsweise kostengünstigere Kollektivversicherungen mit einer stark vereinfachten Risikoprüfung (sog. Dienstobliegenheitserklärung) verwendet werden. Je nach den gewählten Tarifen und der Altersstruktur der Belegschaft können sich hier erhebliche Unterschiede in der Beitragshöhe und der Versicherbarkeit im Vergleich zum Einzelvertrag (Entgeltumwandlung, Eigenbeitrag und private Absicherung durch Arbeitnehmer) ergeben. Eine Berufsunfähigkeitsversicherung eignet sich daher besonders gut für eine selbständige Grundversorgung durch den Arbeitgeber.

Um jedoch ein Auseinanderfallen von Versorgungszusage und Versicherungsschutz zu verhindern, sollte die Versicherbarkeit der einzelnen Arbeitnehmer zur Bedingung für die Versorgungszusage gemacht werden.

Hinweis: Da die Invaliditätsversorgung ratsamerweise über eine Versicherung finanziert wird, sollte der Arbeitgeber für entgeltfreie Zeiten der Mitarbeiter berücksichtigen, dass je nach Tarifwahl der Versicherung eine Bei-

tragsfreistellung zum Erlöschen des Versicherungsschutzes führen kann. Dieser muss dann bei Beendigung der entgeltfreien Zeiten wieder kosten- und verwaltungsintensiv erneuert werden. Es kann daher ratsam sein, die Beiträge auch während dieser Zeit weiterzufinanzieren, etwa auf niedrigerem Versorgungsniveau. Dies gilt auch für die Versicherung der Hinterbliebenenversorgung.

IV. Leistungsstrukturen und Bemessungsgrundlage

Das Betriebsrentengesetz sieht als Leistungsstrukturen sowohl die Leistungszusage als auch beitragsorientierte Systeme, wie die beitragsorientierte Leistungszusage und Beitragszusage mit Mindestleistung vor. Mit dem BRSVG seit dem 1.1.2018 nun auch eine reine Beitragszusage möglich.

Die gewählte Leistungsstruktur bestimmt

- die **Höhe** der zugesagten **Versorgungsleistung** und
- die **Ausfallhaftung**, für die der Arbeitgeber einzustehen hat (Versorgungsleistung in vorgesehener bzw. tariflicher Höhe oder nur versprochene Beiträge).

Sie bestimmt zudem auch:

- ob dem Arbeitgeber bei der Direktversicherung und der Publikumpensionskasse haftungsbefreiend die **versicherungsförmige Lösung** (Mitgabe der Versicherung) zusteht;
- ob eine **Anpassungsverpflichtung** für laufende Leistungen besteht. Sie legt fest, ob der Arbeitgeber die laufenden Leistungen in der Leistungsphase anzupassen hat und eventuell weitere Kosten entstehen,
- ob eine arbeitgeberfinanzierte Anwartschaft sofort unverfallbar ist.

Hinweis: Die Anwartschaft eines ausgeschiedenen Arbeitnehmers darf sich im weiteren Verlauf bis zum Versorgungsfall nicht schlechter entwickeln als die Anwartschaft eines vergleichbaren nicht ausgeschiedenen Arbeitnehmers.

In folgenden Fällen wird man in der Regel von einer Gleichbehandlung der beiden Anwärtergruppen ausgehen können:

- bei Leistungszusagen auf einen festen Versorgungsbetrag
- bei Bemessungssystemen mit Verzinsung, die auch dem ausgeschiedenen Arbeitnehmer zugutekommt
- bei der Direktversicherung, der Pensionskasse und dem Pensionsfonds, wenn die Verzinsung bzw. die planmäßigen oder die tariflichen Erträge auch dem ausgeschiedenen Arbeitnehmer zugutekommen.

Bei endgehaltsbezogenen Leistungszusagen müssen hingegen künftig zusätzliche Vorkehrungen (Anpassung der Anwartschaften) getroffen werden, damit man regelmäßig von der Gleichbehandlung der beiden Anwärtergruppen ausgehen kann.

1. Leistungszusage

Bei der Leistungszusage ist die zugesagte Versorgungsleistung entweder ein fester Betrag oder ein bestimmbarer Betrag in Bezug auf eine Bemessungsgrundlage. Der Arbeitgeber steht für die zugesagte Versorgungsleistung ein.

Durch die zunehmende Budgetierung der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersversorgung ist im Moment der Trend zu verzeichnen, dass für die Altersversorgung keine Leistungszusagen erteilt werden. Vielmehr sind derzeit sowohl bei der arbeitgeberfinanzierten Grundversorgung als auch bei Matching Plans die beitragsorientierten Systeme herrschend. Relevanz hat die Leistungszusage aber weiterhin bei der Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung durch den Arbeitgeber. In beiden Fällen geht es darum, im Versorgungsfall ein bestimmtes Versorgungsniveau aufrechtzuerhalten oder zu sichern.

2. Beitragsorientierte Systeme

Bei den beiden beitragsorientierten Systemen hingegen ist die zugesagte Leistung das Ergebnis aus der Umwandlung von Beiträgen aufgrund eines versicherungsmathematischen Prinzips.

Bei der Finanzierung über eine Versicherung ergibt sich bei der beitragsorientierten Leistungszusage und bei der Beitragszusage mit Mindestleistung die Höhe der Versorgungsleistung aus den Tarifleistungen der Versicherung auf der Grundlage des jeweiligen Beitrags, den der Arbeitgeber der Zusage entsprechend an den Versorgungsträger zahlt. Dies gilt sowohl für die versicherungsförmigen Durchführungswege als auch für Rückdeckungsversicherungen.

Für die Höhe dieser tariflichen Ablaufleistung haftet der Arbeitgeber bei der beitragsorientierten Leistungszusage im Rahmen der Ausfallhaftung.

Bei der Beitragszusage mit Mindestleistung besteht hingegen eine Haftungsbegrenzung auf die zugesagten und geleisteten Beiträge abzüglich der verbrauchten Risikoprämien, etwa für Invaliditäts- oder Hinterbliebenenschutz.

Hinweis: Diese Ausfallhaftung wird bei klassischen Versicherungsprodukten mit Garantieleistung praktisch nur im Fall der Insolvenz des Versorgungsträgers relevant, soweit der Protektor nicht für die Leistungen des Versorgungsträgers einsteht.

Bei fondsgebundenen Lebensversicherungen kann die Ausfallhaftung des Arbeitgebers bereits dann greifen, wenn der Arbeitnehmer von seinem Recht auf Übertragung auf den neuen Arbeitgeber Gebrauch macht und sich der Wert der Versicherung bei Ausscheiden des Arbeitnehmers auf weniger als die zugesagten Beiträge beläuft. Die Garantie der Versorgungsträger bei solchen Produkten, dass mindestens die geleisteten Beiträge erhalten bleiben, bezieht sich häufig nur auf den Zeitpunkt des Ablaufs der Versicherung, nicht aber auf Zeitpunkte davor.

a) Bemessung des Beitrags

Die Bemessung des arbeitgeberfinanzierten Beitrags sollte sich danach richten, ob eine Grundversorgung oder ein Matching Plan eingerichtet werden soll. Zudem ist entscheidend, welcher Branche der Arbeitgeber angehört. Als Ergänzung der Altersversorgung zu der Deutschen Rentenversicherung ist es sinnvoll, die Beitragsbemessung auf Gehaltsteile bis zur Beitragsbemessungsgrenze und auf Gehaltsteile über der Beitragsbemessungsgrenze zu beziehen. Für diese Beitragsbemessung ist die Bandbreite sehr weit reichend. Je nach Art der Versorgung, Durchführung und je nach Branche kann sich der Beitrag aus

- 1,5 % bis 4 % der Gehaltsteile bis zur Beitragsbemessungsgrenze und
- 6 % bis 15 % der Gehaltsteile über der Beitragsbemessungsgrenze

zusammensetzen.

Die Matching-Plan-Versorgung wird in der Regel niedriger bemessen als die Grundversorgung.

b) Ermittlung der Versorgungsleistung

Aufgrund dieses Beitrags wird über eine versicherungsmathematische Methode (z.B. Heubeck Richttafeln oder Versicherungstarif) die Versorgungsleistung ermittelt (Rente oder Kapital).

Werden mehrere Leistungsziele versprochen und in dieser Kombination versichert, wie etwa Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenleistungen, dann bildet die Altersleistung in der Regel den Maßstab:

- Bei einer Alterskapitalversicherung kann beispielsweise die Hinterbliebenenleistung der projizierten Alterskapitalleistung entsprechen. Die jährliche Invalidenrente kann z.B. mit einem Prozentsatz vom Alterskapital bemessen werden (etwa 10 %).
- Bei einer Altersrentenversicherung kann die Invalidenrente etwa 100 % der Altersrente betragen. Die Witwen-, Witwer- bzw. Partnerrente kann etwa 60 % der Altersrente betragen. Sollen Waisen mit in die Versorgung einbezogen werden, können die Halbweisenrente mit 10 % und die Vollweisenrente mit 20 % der Altersrente bestimmt werden.

Hinweis: Je mehr Leistungsziele mit einbezogen werden, desto geringer werden die einzelnen Leistungen der Höhe nach.

3. Reine Beitragszusage im Sozialpartnermodell – neue bAV

Mit dem BRSG tritt neben den bisherigen Leistungsstrukturen die sog. reine Beitragszusage. Im Gegensatz zu den bisherigen Leistungsstrukturen wird hier keine Versorgungsleistung in einer bestimmten Höhe oder bestimmbarer Höhe zugesagt. Der Arbeitgeber sagt im Rahmen sei-

nes Versorgungsversprechens lediglich die Zahlung bestimmter Beiträge zur Finanzierung von betrieblichen Versorgungsleistungen zu.

Der Anspruch auf die nicht garantierten Leistungen richtet sich ausschließlich gegen den gewählten Versorgungsträger, die Ausfallhaftung des Arbeitgebers entfällt.

Die reine Beitragszusage kann jedoch nur dann erteilt werden, wenn dies in einem Tarifvertrag geregelt wird bzw. auf diesen Bezug genommen werden kann.

V. Unverfallbarkeitsfristen

1. Klassische bAV

Mit der Änderung des Betriebsrentengesetzes zum 1.1.2018 verkürzten sich die Unverfallbarkeitsfristen der arbeitgeberfinanzierten Anwartschaften. So wurde die gesetzliche Unverfallbarkeitsfrist von bisher fünf Jahre auf drei Jahre reduziert. Hinzu kommt ein niedrigeres Mindestalter des Anwärters. Dies wurde von bisher 25 Jahre auf 21 Jahre reduziert. Diese Änderung gilt für Versorgungszusagen, die ab dem 1.1.2018 erteilt wurden. Für Versorgungszusagen, die vor diesem Zeitpunkt erteilt wurden (Altzusagen), gilt grundsätzlich die bisherige Unverfallbarkeitsfrist.

Um aber Arbeitnehmer mit Altzusagen nicht schlechter zu stellen als solche, die ihre Versorgungszusage erst ab dem 1.1.2018 erhalten haben, ordnet der Gesetzgeber einen Günstigkeitsvergleich ab dem 1.1.2018 an. Danach sind bei einem vorzeitigen Ausscheiden des Arbeitnehmers auch die Anwartschaften aus Altzusagen unverfallbar, die ab dem 1.1.2018 drei Jahre bestanden haben und bei denen der Anwärter mindestens 21 Jahre alt ist. Für die Zeiten nach dem 1.1.2018 ist dann von unverfallbaren Anwartschaften auszugehen, wenn zwischen dem Zeitpunkt des Ausscheidens und dem 1.1.2018 drei Jahre liegen.

Aufgrund dieses Günstigkeitsvergleichs gilt faktisch eine entsprechend verkürzte Unverfallbarkeitsfrist auch schon für Zusagen, die vor dem 1.1.2018 erteilt wurden. Dies gilt umso mehr, je näher die Zusage zum Zeitpunkt der neuen Gesetzeslage erteilt wurde.

Anwartschaften, die durch Entgeltumwandlung finanziert werden, sind nach wie vor sofort gesetzlich unverfallbar.

2. Sozialpartnermodell – neue bAV

Anders als bei der arbeitgeberfinanzierten klassischen bAV sind die Anwartschaften auf eine Altersrente, die auf der arbeitgeberfinanzierten reinen Beitragszusage beruhen, sofort unverfallbar. Für die Anwartschaften auf Invaliditäts- und Hinterbliebenenleistungen gelten weiterhin die allgemeinen Vorschriften. Jedoch sind die verwendeten Risikotarife in der Regel so kalkuliert, dass sie tariflich der Höhe nach kaum Anwartschaften hervorbringen.

VI. Kriterien für die Auswahl des Durchführungswegs

1. Klassische bAV

Bei einer Finanzierung durch den Arbeitgeber stehen grundsätzlich alle fünf Durchführungswege des Betriebsrentengesetzes zur Verfügung:

- Direktversicherung,
- Pensionskasse,
- Pensionsfonds,
- Unterstützungskasse,
- Direktzusage.

Die Präferenz für einen oder mehrere Durchführungswege wird maßgeblich durch die Art und die Höhe der geplanten Versorgung bestimmt. Daneben spielt auch die Leistungsstruktur der Zusage eine Rolle. Nicht jede Leistungsstruktur kann über jeden Durchführungsweg abgebildet werden.

2. Reine Beitragszusage durch Tarifvertrag im Sozialpartnermodell – neue bAV

Die reine Beitragszusage durch oder aufgrund eines Tarifvertrages kann nur über die sog. versicherungsförmigen Durchführungswege abgebildet werden. Dies sind:

- Direktversicherung
- Pensionsfonds
- Pensionskasse

3. Kriterienkatalog

Es muss im Einzelfall geprüft werden, welcher Durchführungswege bzw. welche Kombination von Durchführungsweegen und welche Leistungsstruktur für die geplante Versorgung am besten geeignet ist. Hier spielen folgende Faktoren eine große Rolle:

- Art der Versorgungsleistung (lebenslange Rente, abgekürzte Rente, Kapitalzahlung),
- Soll zudem ein System der Entgeltumwandlung angeboten werden?
- Höhe der Versorgung in Abhängigkeit des Beitragsaufwands,
- Auslagerung der Verwaltung von Anwartschaften und laufender Versorgungsleistungen auf den Versorgungsträger,
- steuerliche und sozialrechtliche Förderung für den Arbeitnehmer,
- interne Finanzierung der Versorgung oder Finanzierung über Versorgungsträger,
- periodengerechte Finanzierung,
- Abzugsfähigkeit der Beiträge als Betriebsausgaben,
- bilanzielle Auswirkungen im Unternehmen,
- Leistungsstrukturen risikoarm für Arbeitgeber,

- Leistungsstrukturen risikoarm und kalkulierbar für den Arbeitnehmer
- Versicherbarkeit der zugesagten Leistungen,
- Insolvenzsicherungspflicht,
- Anpassungsverpflichtung,
- Portabilität der Anwartschaften bei Ausscheiden,
- Unverfallbarkeit der arbeitgeberfinanzierten Anwartschaften.

VII. Die rückgedeckte Gruppenunterstützungskasse

Als Ergänzung oder als Alternative zu einer Direktversicherung kann sich die Durchführung über die rückgedeckte Unterstützungskasse anbieten. Rückgedeckte Unterstützungskassen werden auf dem Markt zumeist als sog. Gruppenunterstützungskassen angeboten, wobei die Anzahl der Anwärter und Rentner über alle teilnehmenden Trägerunternehmen hinweg (unsegmentiert) betrachtet wird.

Bei der Durchführung über die rückgedeckte Gruppenunterstützungskasse schließt der Arbeitgeber (als sog. Trägerunternehmen) mit der Unterstützungskasse einen Versorgungsvertrag für seine Arbeitnehmer. Die Unterstützungskasse wiederum schließt als Versicherungsnehmerin eine Rückdeckungsversicherung zur Finanzierung ab. Der Arbeitgeber verpflichtet sich gegenüber der Unterstützungskasse, sog. Zuwendungen an diese zu zahlen. Mit diesen Zuwendungen finanziert die Unterstützungskasse die Beiträge zur Rückdeckungsversicherung.

In der richtigen Ausgestaltung kommt dieser Durchführungsweg einer Direktversicherung sehr nahe, wenn auch nicht in allen Belangen. Denn wie bei der Direktversicherung ergibt sich auch bei der rückgedeckten Gruppenunterstützungskasse die Höhe der zugesagten Leistung aus den Beiträgen, die mittels des Versicherungstarifs in garantierte Leistungen umgewandelt werden.

Hinweis: Von der Gruppenunterstützungskasse ist die pauschal dotierte Unterstützungskasse zu unterscheiden, die hier nicht behandelt wird. Die pauschal dotierte Unterstützungskasse dient dem Trägerunternehmen hauptsächlich als Darlehensgeber und ist mit einem sehr hohen Verwaltungs- und Controllingaufwand verbunden.

Bei der pauschal dotierten Unterstützungskasse ist zudem eine periodengerechte Ausfinanzierung und somit ein Kapitaldeckungsverfahren der Versorgung nicht möglich, so dass im Leistungsfall eine weitere Ausfinanzierung erforderlich ist.

1. Leistungsziele, Leistungsarten und Leistungsstrukturen

Mit der Unterstützungskassenversorgung können die Versorgungsziele Alter, Invalidität und Hinterbliebenenversorgung abgedeckt werden.

Damit die Zuwendungen an die Unterstützungskasse als Betriebsausgaben abzugsfähig sind, müssen bestimmte steuerrechtliche Vorgaben erfüllt sein, die schon bei der Wahl der Leistungsarten beachtet werden sollten. So gibt das Steuerrecht insbesondere vor, dass die betriebsrentenrechtlichen Versorgungsleistungen als „lebenslange Leistungen“ vorgesehen sein müssen.

Dabei geht die Finanzverwaltung dann von lebenslangen Leistungen aus, wenn die Leistungen nicht schon von vorneherein nur für eine bestimmte Anzahl von Jahren oder bis zu einem bestimmten Lebensalter des Berechtigten vorgesehen sind.

Hinweis: Die Eigenschaft der zugesagten Leistung als lebenslange Leistung wird nicht durch Vorbehalte im Leistungsplan beeinträchtigt wie z. B. Wiederverheiratsklauseln oder Wegfall der Invaliditätsrente bei Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit etc.

Eine bis zum Altersrentenbeginn begrenzte selbständige Invaliditätsleistung kann nicht zugesagt werden. So muss eine Invaliditätsrente mit Eintritt des Rentenalters als eine Invaliditätsaltersrente fortgesetzt werden.

Die Altersversorgung kann aber von vorneherein sowohl als Rente als auch als Kapital zugesagt und geleistet werden. Denn Einmalkapitalzahlungen anstelle von Rentenleistungen gelten nach den steuerlichen Vorgaben auch als lebenslange Leistungen. Gleiches gilt für die Hinterbliebenenversorgung, so dass auch ein Hinterbliebenenkapital versprochen werden kann. In Kombination mit einem Hinterbliebenenkapital kann dann auch ein Invaliditätskapital versprochen werden. Zudem können zeitlich begrenzte Waisenrenten als Zusatzversicherung versprochen werden.

Hinweis: Die Vielfalt der Leistungsarten kann durch die verfügbaren Tarife der Rückdeckungsversicherungen eingeschränkt sein.

Um den Betriebsausgabenabzug der Zuwendung sicherzustellen, muss bei der Tarifwahl der Rückdeckungsversicherung die Vorgabe beachtet werden, dass die Versicherung nicht vor Vollendung des 55. Lebensjahres des Begünstigten enden darf. Die Beiträge zur Versicherung müssen zudem gleichbleibend oder steigend sein. Ein veränderliches Beitragsniveau aufgrund von Überschussverrechnungen aus der Rückdeckungsversicherung ist jedoch unschädlich.

Bei der Durchführung über die Unterstützungskasse kommen als Leistungsstrukturen nur die beitragsorientierte Leistungszusage und die Leistungszusage in Betracht. Die Beitragszusage mit Mindestleistung ist hier ausgeschlossen. Bei der in der Praxis überwiegenden beitragsorientierten Leistungszusage wird die Höhe der Versorgungsleistung üblicherweise durch die garantierte tarifliche Leistung der Versicherung bestimmt.

Da die Gruppenunterstützungskasse als soziale Einrichtung von der Körperschaftsteuer befreit ist, sind die Versorgungsleistungen der Kasse begrenzt. Allerdings können unsegmentierte Gruppenunterstützungskassen bei einer homogenen Versorgung mehr Anwarter und Leistungsempfänger mit höheren Versorgungsleistungen versichern als segmentierte Gruppenunterstützungskassen oder kleinere unternehmenseigene Unterstützungskassen.

2. Besonderheit: Mindestalter der Anwarter

Das Steuerrecht fordert für die Abzugsfähigkeit der Zuwendung des Trägerunternehmens zur Unterstützungskasse ein Mindestalter der zu versorgenden Anwarter. Zuwendungen an die Unterstützungskasse für die Versorgung im Alter sind nur dann als Betriebsausgaben abzugsfähig, wenn der Anwarter das 23. Lebensjahr vollendet hat. Diese Altersgrenze gilt jedoch nicht, wenn in der Versorgungszusage die Anwartschaften von Anfang an vertraglich unverfallbar gestellt werden. Für die Invaliditäts- und Hinterbliebenerversorgung gilt dieses Mindestalter ebenfalls nicht.

3. Verwaltungsaufwand

Bei einer entsprechend großen Gruppe (ab etwa zehn Arbeitnehmer) können Rahmenverträge abgeschlossen werden und vorteilhafte Kollektivversicherungstarife vereinbart werden. Diese beinhalten Vereinfachungen beim Aufnahmeverfahren, in der Verwaltung und Vergünstigungen für die Prämienkalkulation. Zudem wird durch den Rahmenvertrag sichergestellt, dass für alle Arbeitnehmer dieselben Bedingungen und Tarife gelten.

Bei der Unterstützungskasse muss die Übernahme der Verwaltungsaufgaben in einer Servicevereinbarung mit dem Versicherer oder einem Dienstleister gegen Honorar geregelt werden. Dazu gehören in der Anwartschaftsphase z. B. die Versorgungsbescheinigungen für den Arbeitnehmer, die Berechnung der Beitragsbemessungsgrundlage und der Beitragspflicht für die Pensionssicherung. Auch die Rentenabrechnung und -verwaltung müssen dort geregelt werden.

4. Insolvenzsicherungspflicht

Die Gruppenunterstützungskasse ist immer insolvenzsicherungspflichtig, auch wenn eine Rückdeckungsversicherung vorhanden ist. Daher muss der Arbeitgeber für gesetzlich unverfallbare Anwartschaften und für laufende Versorgungsleistungen Beiträge an den PSVaG zahlen.

5. Ausscheiden mit unverfallbaren Anwartschaften

Anders als bei der Direktversicherung und der Pensionskasse ist bei der Gruppenunterstützungskasse keine versicherungsförmige Lösung vorgesehen.

Liegen Bagatelleistungen vor, können diese abgefunden werden. Im Jahr 2025 ist bundeseinheitlich von einer Bagatelleistung auszugehen, wenn die künftigen monatlichen

Rentenleistungen den Betrag in Höhe von 37,45 € nicht überschreiten. Die Bagatellgrenze für Kapitalleistungen beläuft sich dabei im Jahr 2025 bundeseinheitlich auf 4.494 €. Auch hier wird die Zustimmung des Arbeitnehmers zur Abfindung notwendig, wenn dieser ein neues Arbeitsverhältnis in einem Mitgliedstaat der EU begründet und er dies fristgerecht mitteilt.

Ein Anspruch des Arbeitnehmers auf Übertragung der Unterstützungskassenversorgung besteht nicht. Die bestehende Unterstützungskassenversorgung kann aber einvernehmlich vom neuen Arbeitgeber übernommen werden. Der neue Arbeitgeber kann auch aufgrund des vorhandenen Versorgungswerts ein neues Versorgungsversprechen erteilen, wenn er das möchte.

Ansonsten verbleiben die unverfallbaren Anwartschaften in der Unterstützungskasse des Trägerunternehmens. Bei der beitragsorientierten Leistungszusage entspricht diese Anwartschaft der beitragsfreien Versicherungsleistung. Bei der Leistungszusage wird die rätierliche Anwartschaft der beitragsfreien Versicherungsleistung regelmäßig nicht entsprechen. In der Anfangsphase der Versicherung kann dies zu einer entsprechenden Nachfinanzierungsverpflichtung führen, die entweder mit laufenden Zuwendungen in der Anwartschaftsphase oder im Versorgungsfall mit einer Einmalzahlung erfüllt werden kann.

6. Anpassungsverpflichtung für laufende Leistungen

Alle laufenden Leistungen müssen bei einer Durchführung über die Gruppenunterstützungskasse angepasst werden. Bei der rückgedeckten Gruppenunterstützungskasse kann diese Verpflichtung jedoch dadurch entfallen, dass der Arbeitgeber eine Rückdeckungsversicherung wählt, die eine garantierte Anpassung der laufenden Leistungen aus der Rückdeckungsversicherung um wenigstens 1 % vorsieht.

7. Steuerliche und sozialrechtliche Auswirkungen beim Arbeitnehmer

Für den Arbeitnehmer sind die Zuwendungen des Arbeitgebers zur Gruppenunterstützungskasse unbegrenzt steuer- und sozialversicherungsfrei. Die Leistungen sind erst bei Bezug als Einkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit zu versteuern. Für Kapitalleistungen kommt die sog. Fünftelungsregelung zur Anwendung. Mit Leistungsbezug sind dann auch Beiträge zur Sozialversicherung zu entrichten. Um die Attraktivität der bAV zu fördern, wurde zum 1.1.2020 ein monatlicher Freibetrag für die Beitragspflicht zur Krankenversicherung eingeführt. Dieser orientiert sich an der Bezugsgröße in der Sozialversicherung. Für das Jahr 2025 beträgt dieser bundeseinheitlich 187,25 €.

8. Steuerliche Auswirkung beim Arbeitgeber

Die Versorgungsverbindlichkeiten finden bei der rückgedeckten Gruppenunterstützungskasse keinen Niederschlag in der Bilanz des Trägerunternehmens. Der Aktivwert der

Rückdeckungsversicherung darf vom Trägerunternehmen nicht in der Bilanz angesetzt werden. Die Rückdeckungsversicherung gehört zum Vermögen der Unterstützungskasse.

9. Entgeltumwandlungssystem neben Arbeitgeberfinanzierung

Bei der Kombination von versicherungsförmigen Durchführungswegen und der Unterstützungskasse werden die Zuwendungen des Arbeitgebers an die Unterstützungskasse nicht auf den Steuerfreibetrag des versicherungsförmigen Durchführungswegs angerechnet. Die steuerliche und sozialrechtliche Förderung der versicherungsförmigen Durchführungswege wird vielmehr neben der Unterstützungskasse zusätzlich gewährt. Demnach bleiben hier Beiträge zur versicherungsförmigen Entgeltumwandlung in dem vorgegebenen Umfang voll steuer- und sozialversicherungsfrei.

In den Fällen, in denen der Arbeitgeber einen Matching Plan bzw. eine Kombination aus Matching Plan und Grundversorgung anbieten will, kommt der rückgedeckten Unterstützungskasse – neben einer Direktversicherung – eine besondere Bedeutung zu. Wird dieses Nebeneinander von Direktversicherung und Rückdeckungsversicherung für die Unterstützungskasse über denselben Versorgungsträger durchgeführt, kann die Versorgung komplett auf diesen Versorgungsträger ausgelagert werden. Ein und derselbe Versicherungstarif kann für beide Durchführungswege eingesetzt werden. Der Arbeitgeber hat es immer nur mit einem Versorgungsträger zu tun.

Hinweis: Es bietet sich daher an, die Direktversicherung für die Entgeltumwandlung zu reservieren, die rückgedeckte Unterstützungskasse für die Arbeitgeberfinanzierung und sich für einen Versorgungsträger zu entscheiden, der beides anbietet. Dies gilt auch nach dem BRSG fort, da der Beitrag zur Direktversicherung nach wie vor nur bis maximal 4 % der BBG in der allgemeinen Rentenversicherung versicherungsfrei ist.

Rechtsstand: 1.1.2025

Alle Informationen und Angaben in diesem Mandanten-Merkblatt haben wir nach bestem Wissen zusammengestellt. Sie erfolgen jedoch ohne Gewähr. Diese Information kann eine individuelle Beratung im Einzelfall nicht ersetzen.