

Betriebliche Altersversorgung – Die Direktversicherung

Inhalt

- I. Vorbemerkung
- II. Teilnahmeberechtigter Personenkreis
- III. Leistungsziele und Leistungsarten
- IV. Leistungsstrukturen und Bemessungsgrundlage
- IV. Unverfallbarkeitsfristen- Neuregelungen und Auswirkungen schon vor der Gesetzesänderung
- V. Kriterien für die Auswahl des Durchführungsweges
- VI. Die Direktversicherung

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. Die fehlende Sozialversicherungspflicht der umgewandelten Gehaltsteile hingegen ist einer der Gründe aus denen sich eine betriebliche Altersversorgung aus Sicht des Arbeitgebers lohnen kann.

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 selber 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.
- Schließlich können Systeme eingerichtet werden, die eine selbständige Grundversorgung und einen Matching Plan kombinieren.

MERKBLATT

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.

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. 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 ratsamer Weise über eine Versicherung finanziert wird, sollte der Arbeitgeber für entgeltfreie Zeiten der Mitarbeiter berücksichtigen, dass je nach Tarifwahl der Versicherung eine Beitragsfreistellung zum Erlöschen des Versicherungsschutzes führen kann. Dieser muss dann bei Beendigung der entgeltfreien Zeiten wieder kosten- und verwaltungintensiv erneuert werden. Es kann daher ratsam sein, die Beiträge auch während dieser Zeit weiter zu finanzieren, 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.

Die gewählte Leistungsstruktur bestimmt

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

Sie bestimmt zudem auch:

- ob der Arbeitgeber bei der Direktversicherung und der Publikumspensionskasse haftungsbefreiend die **versicherungsförmige Lösung** (Mitgabe der Versicherung) wählen kann;
- 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.

Hinweis: Durch eine Änderung des Betriebsrentengesetzes, die zum 1.1.2018 in Kraft treten wird (Bundestagsbeschluss vom 12.12.2015), werden die Regelungen zur Höhe der unverfallbaren Anwartschaften ausgeschiedener Arbeitnehmer genauer gefasst. Die Anwartschaft des ausgeschiedenen Arbeitnehmers soll 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 Versorgungsbeitrag
- 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 aufrecht zu erhalten 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.

MERKBLATT

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 Halbwaisenrente mit 10 % und die Vollwaisenrente mit 20 % der Altersrente bestimmt werden.

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

V. Unverfallbarkeitsfristen- Neuregelungen und Auswirkungen schon vor der Gesetzesänderung

Mit der Änderung des Betriebsrentengesetzes zum 1.1.2018 verkürzen sich die Unverfallbarkeitsfristen der Anwartschaften. So wird die gesetzliche Unverfallbarkeitsfrist von bisher 5 Jahre auf 3 Jahre reduziert. Hinzu kommt ein niedrigeres Mindestalter des Anwärters. Dies wird von bisher 25 Jahre auf 21 Jahre reduziert. Diese Änderung gilt für Versorgungszusagen, die ab dem 1.1.2018 erteilt werden. Für Versorgungszusagen, die vor diesem Zeitpunkt erteilt werden (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, 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 3 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 3 Jahre liegen.

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

Hinweis: Neben der verkürzten Unverfallbarkeitsfrist wird es auch eine Einschränkung beim einseitigen Abfindungsrecht für Bagatellanwartschaften geben. Ab dem 1.1.2018 dürfen sog. Kleinanwartschaften nicht gegen den Willen des Arbeitnehmers abgefunden werden, wenn dieser ein neues Arbeitsverhältnis in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union begründet. Dies muss der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses mitteilen.

Für rein inländische Sachverhalte bleibt es bei dem einseitigen Abfindungsrecht des Arbeitgebers.

VI. Kriterien für die Auswahl des Durchführungsweges

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

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

Die Präferenz für einen oder mehrere Durchführungswegen 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.

Es muss im Einzelfall geprüft werden, welcher Durchführungsweg bzw. welche Kombination von Durchführungswegen und welche Leistungsstruktur für die geplante Ver-

sorgung 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 Versorgung über Versorgungsträger,
- periodengerechte Finanzierung,
- Abzugsfähigkeit der Beiträge als Betriebsausgaben,
- bilanzielle Auswirkungen im Unternehmen,
- Leistungsstrukturen risikoarm für Arbeitgeber,
- Versicherbarkeit der zugesagten Leistungen,
- Insolvenzsicherungspflicht,
- Anpassungsverpflichtung,
- Portabilität der Anwartschaften bei Ausscheiden.

VII. Die Direktversicherung

1. Leistungsziele und Leistungsarten

Mit der Direktversicherung können alle drei Leistungsziele Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung separat oder kombiniert abgedeckt werden.

Soll die steuer- und sozialrechtliche Förderung in Anspruch genommen werden, können Altersvorsorge, Invaliditätsversorgung und Hinterbliebenenversorgung nur als Rentenzahlungen im **Versorgungsversprechen** zugesagt werden.

Hinweis: Zusagen auf einmalige Kapitalzahlungen im Todesfall (Risikolebensversicherungen) werden hier weder steuer- noch sozialrechtlich gefördert und führen zu steuer- und sozialversicherungspflichtigem Einkommen beim Arbeitnehmer. Dennoch bietet sich auch diese Versorgung an, da die Leistungen aus diesen Direktversicherungen im Leistungsfall für die Hinterbliebenen einkommensteuer- und sozialversicherungsfrei sind.

Steuerlich unschädlich ist jedoch, wenn der **Versicherungstarif** anstelle der Rentenzahlung ein Kapitalwahlrecht

MERKBLATT

mit einmaliger Auszahlung des gesamten Deckungskapitals vorsieht. Dieses Wahlrecht des Arbeitnehmers darf jedoch erst innerhalb des letzten Jahres vor dem altersbedingten Ausscheiden ausgeübt werden. Die Altersrente kann in diesem Fall dann auch als Einmalkapital gezahlt werden, ohne dass die Steuerfreiheit der Beiträge entfällt.

Die Invaliditätsleistungen hingegen können immer nur als Rente und nicht als Kapital geleistet werden.

Bei Altersrentenversicherungen, die mit Hinterbliebenenleistungen kombiniert sind, sehen viele Versicherungstarife im Todesfall die Zahlung eines Kapitals anstelle einer Hinterbliebenenrente vor. So kann für den Fall des Todes vor Altersrentenbeginn die Beitragsrückgewähr in einer Kapitalzahlung vorgesehen sein. Auch für den Fall des Todes nach Altersrentenbeginn können einmalige Kapitalzahlungen anstelle von Hinterbliebenenrentenzahlungen vorgesehen sein. Steuerlich unbeachtlich ist die Kapitalzahlung dann, wenn dieses Kapitalwahlrecht erst im zeitlichen Zusammenhang mit dem Tod des ursprünglich Berechtigten ausgeübt wird.

Bei der Direktversicherung können auch zeitlich begrenzte Leistungen vorgesehen sein. So kann hier insbesondere die selbständige Invaliditätsrente zeitlich begrenzt werden und mit dem Altersrentenbeginn enden, ohne dass danach noch weitere Leistungen erbracht werden müssen.

2. Leistungsstrukturen

Im Direktversicherungsversprechen können alle Leistungsstrukturen zugesagt werden. So kann bei der Invaliditätsversorgung sowohl eine Leistungszusage als auch eine beitragsorientierte Leistungszusage erteilt werden.

Bei der Alters- und Hinterbliebenenversorgung kann sowohl auf die beitragsorientierte Leistungszusage, die Beitragszusage mit Mindestleistung als auch auf die Leistungszusage zurückgegriffen werden.

Unabhängig von der gewählten Leistungsstruktur ist bei der Direktversicherung die zugesagte Höhe der Versorgungsleistung auf die Versicherungsleistung beschränkt, die sich aus einem klassischen Versicherungstarif mit Garantieleistung ergibt.

Hinweis: Die Höhe der zugesagten Versorgungsleistung ist von der Höhe der tatsächlichen Ausfallhaftung, für die der Arbeitgeber einzustehen hat, zu unterscheiden.

Bei fondsgebundenen Produkten und dem damit zusammenhängenden Risiko einer Nachschusspflicht bei vorzeitigem Ausscheiden des Arbeitnehmers sollte nur die Beitragszusage mit Mindestleistung verwendet werden.

3. Verwaltungsaufwand

Je nach Größe der zu versichernden Gruppe (ab etwa 10 Arbeitnehmer) können Rahmenverträge abgeschlossen werden, die die Anwendung von Kollektivversicherungstarifen festlegen. Diese führen zu einer erheblichen Vereinfachung der Verwaltung der betrieblichen Altersversorgung. Neben vereinfachten Risikoprüfungen gewähren sie auch Vergünstigungen in der Prämienkalkulation. Zudem wird durch den Rahmenvertrag sichergestellt, dass für alle Arbeitnehmer dieselben Bedingungen und Tarife gelten.

Der Verwaltungsaufwand bei einer Direktversicherung ist für den Arbeitgeber sehr überschaubar. Neben der Verwaltung der Versicherung für die Beitragszahlung muss der Arbeitgeber lediglich die Besteuerungsart des Beitrags an den Lebensversicherer mitteilen. Dieser übernimmt dann die komplette Verwaltung sowohl in der Anwartschafts- als auch in der Rentenphase. Dies umfasst auch den Ausweis der zu versteuernden Versicherungsleistung mit Zuordnung zur Einkunftsart und Meldung, das Abführen der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und die Auszahlung. Die Kalkulation des Beitrags für die Direktversicherung erfasst alle Kosten für diesen Verwaltungsaufwand.

4. Insolvenzschutzpflicht

Bei einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Direktversicherung beginnt mit Eintritt der gesetzlichen Unverfallbarkeit der Anwartschaften grundsätzlich auch die gesetzliche Melde- und Beitragspflicht zum Träger der Insolvenzversicherung (PSVaG). Wird dem Arbeitnehmer jedoch das Bezugsrecht unwiderruflich eingeräumt und werden die Ansprüche aus der Direktversicherung durch den Arbeitgeber weder abgetreten noch beliehen, dann entfällt die Insolvenzschutzpflicht.

5. Ausscheiden mit unverfallbaren Anwartschaften

Mit Ablauf der gesetzlichen Unverfallbarkeitsfrist sind die Anwartschaften auf die Direktversicherungsleistungen unverfallbar, so dass sie bei Ausscheiden des Arbeitnehmers vor Eintritt des Versorgungsfalls nicht ersatzlos verfallen.

a) Wahlrecht des Arbeitgebers zur versicherungsförmigen Lösung

Bei der Direktversicherung hat der Arbeitgeber die Möglichkeit, die versicherungsförmige Lösung zu wählen. Diese ermöglicht, dass der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer die Versicherung zur Fortführung mit eigenen Beiträgen mitgibt und seine Versorgungsverpflichtungen damit erfüllt sind.

Dieses Wahlrecht besteht jedoch nur, wenn die Leistungsstruktur der Leistungszusage oder die beitragsorientierte Leistungszusage gewählt wurde, nicht jedoch bei Wahl der Beitragszusage mit Mindestleistung.

Für eine wirksame Wahl der versicherungsförmigen Lösung durch den Arbeitgeber muss Folgendes beachtet werden:

- Vom Beginn der Versicherung an werden nach dem Versicherungsvertrag die Überschussanteile nur zur Verbesserung der Versicherungsleistung verwendet.
- Zudem hat der ausgeschiedene Arbeitnehmer nach dem Versicherungsvertrag das Recht, die Versicherung mit eigenen Beiträgen fortzuführen.

Darüber hinaus müssen bei der Wahl der versicherungsförmigen Lösung die weiteren Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Arbeitgeber muss seine Wahl spätestens nach 3 Monaten seit dem Ausscheiden des Arbeitnehmers diesem und dem Versicherer mitgeteilt haben.
- Spätestens nach 3 Monaten seit dem Ausscheiden des Arbeitnehmers muss das Bezugsrecht unwiderruflich sein.
- Eine gegebenenfalls zuvor erfolgte Abtretung oder Beileihung des Rechts aus dem Versicherungsvertrag durch den Arbeitgeber muss rückgängig gemacht worden sein.
- Es dürfen keine Beitragsrückstände vorhanden sein.

Die Wahl der versicherungsförmigen Lösung ist jedoch ausgeschlossen, wenn der Arbeitnehmer zuvor von seinem Recht auf Übertragung Gebrauch macht.

b) Wahlrecht des Arbeitgebers zur Abfindung von Bagatelleleistungen

Handelt es sich um sog. Bagatelleleistungen, kann der Arbeitgeber die Anwartschaften auch gegen den Willen des Arbeitnehmers abfinden. Im Jahr 2016 ist von einer Bagatelleleistung auszugehen, wenn die künftigen monatlichen Rentenleistungen die Beträge 29,05 € (West) und 25,20 € (Ost) nicht übersteigen.

Die Abfindung ist jedoch ausgeschlossen, wenn der Arbeitnehmer zuvor von seinem Recht auf Übertragung der Anwartschaft Gebrauch macht.

c) Anspruch des Arbeitnehmers auf Übertragung

Bei der Durchführung über die Direktversicherung hat der Arbeitnehmer einen Anspruch auf Übertragung des in der Direktversicherung gebildeten Kapitals auf den neuen Arbeitgeber. Diesen Anspruch kann der ausgeschiedene Arbeitnehmer innerhalb eines Jahres nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses geltend machen.

6. Anpassungsverpflichtung für laufende Leistungen

Die Anpassungsverpflichtung für die laufende Rente hängt bei der Direktversicherung von der gewählten Leistungsstruktur ab. Wählt der Arbeitgeber die Beitragszusage mit Mindestleistung, dann ist er nicht verpflichtet, die laufenden Rentenleistungen anzupassen.

Wählt der Arbeitgeber hingegen die beitragsorientierte Leistungszusage oder die reine Leistungszusage, dann besteht grundsätzlich die Verpflichtung zur Anpassung der laufenden Leistung um wenigstens 1 %. Dieser Verpflichtung kann der Arbeitgeber bei der Direktversicherung aber dadurch nachkommen, dass er ab Rentenbeginn sämtliche auf den Rentenbestand entfallenden Überschussanteile zur Erhöhung der laufenden Leistungen verwendet.

7. Steuerliche und sozialrechtliche Auswirkungen beim Arbeitnehmer

a) Anwartschaftsphase

Bei der Direktversicherung sind die Beiträge für Rentenleistungen bis zu 4 % der Beitragsbemessungsgrenze „West“ in der allgemeinen Rentenversicherung im ersten Arbeitsverhältnis pro Kalenderjahr steuerfrei. Dieser Betrag ändert sich jährlich mit der Bekanntgabe der Sozialversicherungsrechengrößen. Für das Jahr 2016 beläuft sich dieser jährliche Freibetrag bundeseinheitlich auf 2.976 €. Daneben sind weitere 1.800 € steuerfrei, wenn die Beiträge aufgrund einer Versorgungszusage geleistet werden, die nach dem 31.12.2004 erteilt wurde und keine oder keine beitragspflichtige Direktversicherung oder Pensionskassenversicherung besteht, die einer Pauschalbesteuerung unterliegt. Im Jahr 2016 können also maximal 4.776 € lohnsteuerfrei in die Direktversicherung eingebracht werden. Darüber hinausgehende Beiträge sind dann bereits im Zeitpunkt ihrer Zuführung zum Versorgungsträger steuerpflichtiger Lohn.

Im Sozialrecht sind die sozialversicherungsfreien Beiträge auf maximal 4 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen Rentenversicherung begrenzt. Zudem gilt der Freibetrag nur für Rentenleistungen.

b) Bezugsphase

Die späteren Versorgungsleistungen, die aus den steuerfreien Beiträgen finanziert worden sind, werden bei Rentenbezug als sonstige Einkünfte voll versteuert. Die Rentenleistungen, die auf bereits besteuerten Beiträgen beruhen, werden dann nur noch mit dem Ertragsanteil versteuert.

MERKBLATT

Liegen die steuerrechtlichen Voraussetzungen für eine einmalige Kapitalzahlung anstelle der Altersrente oder der Hinterbliebenenrente vor, dann ist die einmalige Kapitalzahlung als sonstige Einkunft zu versteuern. Die Versorgungsbezüge aus der betrieblichen Altersversorgung sind beitragspflichtige Einnahmen und führen somit zu einer Beitragspflicht für die Krankenversicherung der Rentner und der sozialen Pflegeversicherung.

8. Steuerliche Auswirkungen beim Arbeitgeber

Die Beiträge des Arbeitgebers zu der Direktversicherung können im Jahr der Aufwendung als Betriebsausgaben abgezogen werden. Dies gilt auch dann, wenn die Beiträge beim Arbeitnehmer nicht steuerlich gefördert werden, wie etwa bei der Überschreitung der steuerlichen Freibeträge oder bei der Risikodirektversicherung.

Die Versorgungsverpflichtung aufgrund des Direktversicherungsversprechens hat keine Bilanzberührung. Es dürfen weder Rückstellungen in den Bilanzen gebildet werden, noch dürfen die Versicherungen mit ihrem Aktivwert bilanziert werden.

9. Entgeltumwandlungssystem neben Arbeitgeberfinanzierung

Die Direktversicherung ist sicherlich die einfachste und effektivste Methode eine betriebliche Altersversorgung durchzuführen. Dies gilt für die Arbeitgeberfinanzierung, aber auch für die Entgeltumwandlung.

Die steuer- und sozialrechtliche Förderung der Direktversicherung wird jedoch nur einmal pro Arbeitsverhältnis im Kalenderjahr gewährt. Bei einer gemischten Finanzierung kann es daher zur Konkurrenz von Arbeitgeberfinanzierung

und Entgeltumwandlung kommen, wobei die Beiträge des Arbeitgebers vorrangig auf die Förderung angerechnet werden. Solange das Finanzierungsvolumen insgesamt die 4 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) nicht übersteigt, ist diese Konkurrenz unproblematisch. Wenn die Freibeträge jedoch überschritten werden, dann kann es im Rahmen der Direktversicherung zu einer Steuer- und Sozialbeitragspflicht kommen, die aber regelmäßig nicht gewollt ist.

Hinweis: Die Kombination von Durchführungswegen kann hier die Lösung sein. So kann beispielsweise der Finanzierungsweg Arbeitnehmer und Arbeitgeber je ein Durchführungsweg zugewiesen werden. Etwa die Direktversicherung für die Entgeltumwandlung und die rückgedeckte Unterstützungskasse für die Arbeitgeberfinanzierung.

Denkbar ist aber auch, dass die Finanzierungsvolumen von Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils anteilig auf mehrere Durchführungswege verteilt werden, etwa die Direktversicherung und die rückgedeckte Unterstützungskasse für beide.

Rechtsstand: 01.01.2016

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.