



DAV

DEUTSCHE
AKTUARVEREINIGUNG e.V.



IVS

INSTITUT DER
VERSICHERUNGSMATHEMATISCHEN
SACHVERSTÄNDIGEN
FÜR ALTERSVERSORGUNG e.V.

Ergebnisbericht des Fachausschusses Altersversorgung

**Invaliditäts- und Hinterbliebenenabsicherung
bei der reinen Beitragszusage**

Köln, 30. November 2020

Präambel

Die Arbeitsgruppe *Reine Beitragszusage* des Fachausschusses Altersversorgung der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. (DAV) hat den vorliegenden Ergebnisbericht zum Thema „Ausgewählte Aspekte zur Biometrie bei der reinen Beitragszusage“ erstellt.¹ Der Ergebnisbericht ergänzt die Ausführungen insbesondere der Kapitel 7, 11.9 und 13.5 des Ergebnisberichts „Die reine Beitragszusage gemäß dem Betriebsrentenstärkungsgesetz“ vom November 2017.

Anwendungsbereich

Der Ergebnisbericht behandelt Fragestellungen zur Gestaltung reiner Beitragszusagen hinsichtlich biometrischer Leistungen und betrifft die auf dem Gebiet der betrieblichen Altersversorgung tätigen Aktuare und Mathematischen Sachverständigen. Ziel der Ausarbeitung ist es, Gestaltungsmöglichkeiten und Rahmenbedingungen aufzuzeigen und den Lesern damit eine Orientierungshilfe für die praktische Umsetzung zu geben. Der Anwendungsbereich umfasst die für die reine Beitragszusage vorgesehenen Durchführungswege Pensionsfonds, Pensionskasse und Direktversicherung. Der Ergebnisbericht ist an die Mitglieder und Gremien der DAV zur Information über den Stand der Diskussion und die erzielten Erkenntnisse gerichtet und stellt keine berufsständisch legitimierte Position der DAV dar.²

Zusammenfassung

Neben einer lebenslangen Altersrente ist es bei einer reinen Beitragszusage auch möglich, Invaliditäts- und Hinterbliebenenleistungen abzusichern. Dabei können unterschiedlichste Formen der Leistungsdefinition gewählt werden. Auch bei der Finanzierung gibt es vielfältige Möglichkeiten, hier ist insbesondere der Umgang mit gegebenenfalls auftretenden Abrechnungssalden zu klären. Im vorliegenden Ergebnisbericht wird des Weiteren auf mögliche separate Rentnerkollektive für Alter-, Invaliden- und Hinterbliebenenrentner eingegangen sowie erläutert, wie versicherungstechnische Risiken der durchführenden Einrichtung – hier vor allem Tod mit Hinterbliebenenabsicherung und Invalidität – auf einen Dritten übertragen werden können.

Verabschiedung

Der Ergebnisbericht ist durch den Fachausschuss Altersversorgung am 30. November 2020 verabschiedet worden.

¹ Der Fachausschuss Altersversorgung dankt der Unterarbeitsgruppe *Biometrie* der Arbeitsgruppe *Reine Beitragszusage* ausdrücklich für die geleistete Arbeit, namentlich Dr. Sandra Blome, Stefan Oecking (Leitung), Katrin Schulze, Marius Wenning.

² Die sachgemäße Anwendung des Ergebnisberichts erfordert aktuarielle Fachkenntnisse. Dieser Ergebnisbericht stellt deshalb keinen Ersatz für entsprechende professionelle actuarielle Dienstleistungen dar. Actuarielle Entscheidungen mit Auswirkungen auf persönliche Vorsorge und Absicherung, Kapitalanlage oder geschäftliche Aktivitäten sollten ausschließlich auf Basis der Beurteilung durch eine(n) qualifizierte(n) Aktuar DAV/Aktuarin DAV getroffen werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Beschreibung möglicher Zusagen	4
1.1. <i>Invaliditätsleistung</i>	4
1.2. <i>Hinterbliebenenleistung.....</i>	6
1.3. <i>Hinweise zur Ausgestaltung</i>	6
2. Finanzierung: Umgang mit Abrechnungssalden	8
3. Rentnerkollektive	10
4. Rück(deckungs)versicherung	11
4.1. <i>Risikorückversicherung.....</i>	11
4.2. <i>Risikorückdeckungsversicherung</i>	11
4.3. <i>Hinweise zur Gestaltung mit Rückdeckung oder Rückversicherung</i>	12

1. Beschreibung möglicher Zusagen

Im Folgenden sollen beispielhaft mögliche Zusagen für die biometrischen Leistungen für Invalidität und im Todesfall innerhalb einer reinen Beitragszusage beschrieben werden. Ziel ist also keine umfassende Beschreibung sämtlicher Möglichkeiten einer Ausgestaltung, sondern der Hinweis, an welchen Stellen eine genauere actuarielle Analyse erforderlich erscheint.

1.1. Invaliditätsleistung

Höhe

Die Höhe der Invaliditätsleistung kann grundsätzlich leistungs-, risikobeitrags- oder vermögensbasiert festgelegt werden.

Bei der *leistungsbasierten* Festlegung erfolgt die Definition der Höhe der Invalidenleistung, z.B. als

- Rente in EUR,
- Anteil des aktuellen Gehalts,
- Prozentsatz (z.B. 100 %) der voraussichtlichen Altersrente auf Basis bisheriger Beiträge (wobei hier im Leistungsfall zur Bestimmung der Leistungshöhe Annahmen bzgl. zukünftiger Vermögensentwicklung zu treffen sind) oder
- Prozentsatz (z.B. 100 %) der voraussichtlichen Altersrente auf Basis bisheriger und zukünftiger Beiträge bis zum voraussichtlichen Beginn der Altersrente (wobei hier im Leistungsfall zur Bestimmung der Leistungshöhe Annahmen bzgl. zukünftiger Beitragszahlungen und Vermögensentwicklung zu treffen sind).
- Zusätzlich kann die Höhe bei den oben genannten Definitionen auch noch von den erreichten Beitragsjahren abhängen.

Bei der leistungsbasierten Festlegung ist zu beachten, dass es sich nicht um eine garantierte Leistung handelt. Falls tatsächliche Rechnungsgrundlagen von den erwarteten abweichen, kann es zu einer Anpassung der in Aussicht gestellten Leistungen kommen.³

Bei der *risikobeitragsbasierten* Festlegung ergibt sich die Höhe der Invalidenleistung durch Umwandlung eines beitragsbasierten Betrags unter Verwendung von Rechnungsgrundlagen 2.Ordnung (wie z.B. gemäß § 24 Absatz 2 Satz 2 bis 4 PFAV). Dabei bestimmt die Summe der vereinnahmten Beträge eines Abrechnungszeitraums die Höhe der in diesem Zeitraum entstehenden Invaliditätsleistungen. Der beitragsbasierte Betrag kann sich z.B. aus einem bestimmten Anteil der bisher gezahlten Beiträge speisen. Damit wird quasi die Risikoprämie defi-

³ s. dazu Kapitel 2

niert. Zusätzlich könnten die Invalidenleistungen aufgestockt werden, wenn die Invalidität in jungen Altern bzw. nach wenigen Beitragszahlungen eintritt (z.B. über Zurechnungszeiten).

Bei der *vermögensbasierten* Festlegung ermittelt sich die Invalidenleistung aus der Verrentung des vorhandenen Vermögens des Versorgungsberechtigten. Das planmäßig zuzurechnende Versorgungskapital⁴ kann dabei ggf. aus Teilen des Anwartschaftspuffers⁵ um einen pauschalen Anteil ergänzt werden, um auch beim Eintritt des vorzeitigen Versorgungsfalls eine Teilhabe an diesen kollektiven Puffern zu ermöglichen. Abrechnungssalden⁶ können in diesem Fall gar nicht erst entstehen. Dies gilt jedoch nicht mehr für den Fall, in dem bei Invalidität in jungen Altern bzw. nach wenigen Beitragszahlungen eine Aufstockung erfolgt. Um hier zu vermeiden, dass doch eine Risikoprämie notwendig ist, könnten die zusätzlichen Leistungen aus dem Anwartschaftspuffer oder dem Sicherungsbeitragspuffer⁷ finanziert werden.

Obligatorisch oder fakultativ

Bei einer obligatorischen Invaliditätsleistung ist diese für alle Versorgungsberechtigten vorgesehen. Bei fakultativen Systemen besteht für den Versorgungsberechtigten eine Wahlmöglichkeit, ob eine Invaliditätsleistung eingeschlossen sein soll und möglicherweise auch über deren Höhe. Bei fakultativen Zusagen ist auf das Selektionsrisiko zu achten, das u. a. durch Wartezeiten, Gesundheitsprüfung und Begrenzungen der Leistungen gemindert werden kann.

Leistungsauslöser

Wie bei anderen Zusagearten auch, kann sich der Eintritt der Invalidität beispielsweise auf die Definition der gesetzlichen Erwerbsminderung gem. § 43 SGB VI beziehen. Hier ist darauf zu achten, ob ein statischer Verweis vorliegt – und damit die Definition bei Erteilung der Zusage gilt – oder ob es ein dynamischer Verweis ist, sodass die Definition durch Gesetzesänderung angepasst wird und sich damit auch die Eintrittswahrscheinlichkeiten ändern können. Des Weiteren kann Invalidität als Berufsunfähigkeit definiert werden, d.h. Invalidität liegt vor, wenn der zuletzt ausgeübte Beruf nicht mehr ausgeübt werden kann (vgl. § 172 VVG). Auch Kombinationen aus beiden sind denkbar, in dem je nach erfüllter Definition eine bestimmte Höhe gezahlt wird.

⁴ S. § 35 Abs. 1 Satz 1 PFAV

⁵ S. § 35 Abs. 1 Satz 2 PFAV

⁶ S. Kapitel 2

⁷ S. § 35 Abs. 3 PFAV

Laufzeit

Leistungen zur Absicherung von biometrischen Risiken, insbesondere bei Invalidität, sind laufend, aber nicht notwendigerweise lebenslang zu gewähren.⁸ Damit sind beispielsweise auch befristete Renten möglich, wie in dem Fall, dass das Vorliegen der Invalidität an die gesetzliche Erwerbsminderung gem. § 43 SGB VI gekoppelt ist. Gesetzliche Erwerbsminderungsrenten werden regelmäßig nur befristet für 3 Jahre geleistet. Nach einer erneuten Überprüfung wird die gesetzliche Erwerbsminderungsrente ggf. eingestellt. Es kommt dann zu einer Reaktivierung (s. dazu auch Abschnitt 1.3).

Auch die Vereinbarung bis zum Beginn der Altersrente befristeter Invalidenrenten ist möglich. In dem Fall ist ein Invaliden gleichzeitig Rentenempfänger und Anwärter auf eine Altersrente.

1.2. Hinterbliebenenleistung

Grundsätzlich gelten für Hinterbliebenenleistungen die gleichen Aussagen wie für Invaliditätsleistungen. Häufig dürfte sich die Definition der Hinterbliebenenleistung auch an der vereinbarten Invalidenleistung orientieren. Da auch die Hinterbliebenenleistungen laufend, aber nicht lebenslanglich zu zahlen sind, sind auch hier bekannte Gestaltung wie Begrenzung der Waisenrente gem. § 48 SGB VI auf Alter 18 bzw. 27 oder Erlöschen der Witwen-/Witwerrente bei Wiederverheiratung möglich.

Auch eine Mindestlaufzeit der Altersrente, ggf. auch über den Tod des Altersrentners hinaus, ist eine mögliche Form einer befristeten Hinterbliebenenleistung. Dabei gelten auch für die Rentenzahlungen nach dem Tod des Altersrentners die gleichen Rentenanpassungsmechanismen wie für die Altersrente.

Die Zahlung eines Sterbegeldes in Form eines einmaligen Betrags ist vom Wortlaut des Gesetzes⁹ nicht abgedeckt.

1.3. Hinweise zur Ausgestaltung

Da nicht von einer gleichmäßigen Beitragszahlung von Beginn der Zusage bis zum Eintritt des Versorgungsfalls ausgegangen werden kann, sind bei der Ausgestaltung der Absicherung biometrischer Risiken innerhalb einer reinen Beitragszusage entsprechende Regelungen vorzusehen. Insbesondere bei Entgeltumwandlung ist die Höhe zukünftiger Beiträge ungewiss, dies kann aber auch bei arbeitgeberfinanzierten Systemen der Fall sein, wenn die Beiträge beispielsweise vom Bilanzgewinn abhängen. Des Weiteren kann es zur Beitragsfreistellung mit und ohne Ausscheiden aus dem Unternehmen kommen sowie zu Beitragsunterbrechungen wie z.B. bei Elternzeit, Sabbat-Jahr oder längeren Krankheiten.

⁸ S. Gesetzesbegründung zum § 244b Abs. 1 Nr. 3 VAG in DS 18/11286, Seite 54 oben

⁹ § 244b Abs. 1 Nr. 3 VAG

In diesen Fällen ist grundsätzlich vorab zu prüfen und geeignet zu definieren, wie sich dies auf die Höhe der biometrischen Leistungen auswirkt. Bei leistungs-basierten Festlegungen (s. Abschnitt 1.1) ist auf eine entsprechende Anpassung der Leistungen zu achten. Sollte die tatsächliche Beitragszahlung geringer ausfallen als erwartet und werden die biometrischen Leistungen in diesem Fall nicht reduziert, verringert sich ceteris paribus die Höhe der Altersrente im Verhältnis dazu oder – in Abhängigkeit vom Finanzierungsmodell – die Leistungen der anderen Mitglieder im Kollektiv. Bei beitragsbasierten Festlegungen ist zu regeln, inwieweit die Absicherung biometrischer Risiken aufrechterhalten wird. In Fällen, in denen der Risikoschutz beispielsweise technisch einjährig über Risikoprämien aus dem Beitrag finanziert wird, würde ohne weitere Regelung die Absicherung entfallen, wenn die Beitragszahlung erlischt.

Für den Fall einer Reaktivierung nach Invalidität ist festzulegen, wie die Anwartschaft auf Alters-, Invaliden und Hinterbliebenenleistungen danach aussieht. Außerdem ist ggf. festzulegen, welcher Teil der Invaliden-Deckungsrückstellung in das planmäßig zuzurechnende Versorgungskapital des dann wieder Anwärters umgebucht wird. Eine Möglichkeit zur Ermittlung der Höhe dieser Deckungsrückstellung besteht darin, den Anteil des Reaktivierten an der gesamten Invaliden-Deckungsrückstellung derart zu bestimmen, dass sein Anteil am Barwert der Leistungen für dieses Rentnerkollektiv bestimmt wird, wobei allerdings auch zu beachten ist, wie mit Aufstockungen aus kollektiven Mitteln umzugehen ist.

2. Finanzierung: Umgang mit Abrechnungssalden

Für die Finanzierung vorzeitiger Risikoleistungen sind verschiedene Modelle denkbar, die sich an der Ausgestaltung der Risikoleistung orientieren. Bei einigen Modellen entstehen Abrechnungssalden.

Bei einem Abrechnungssaldo handelt es sich um eine interne Nebenrechnung zur Prüfung der Angemessenheit der Risikoprämien. Ein Abrechnungssaldo kann positiv oder negativ sein. Ein Abrechnungssaldo ist keine Bilanzposition.

Ein positiver Abrechnungssaldo ist grundsätzlich unproblematisch. Ein negativer Abrechnungssaldo bedeutet, dass die erhobenen Risikoprämien nicht ausreichen, um den Barwert der zu zahlenden Leistungen aus neuen vorzeitigen Leistungsfällen zu finanzieren bzw. zu bedecken. Aufgrund der aufsichtsrechtlichen Regelungen, insbesondere §§ 37, 38 PFAV, muss aber dieser Barwert unmittelbar finanziert werden.

Dies könnte erreicht werden, indem innerhalb des Anwartschaftspuffers ein separater Bestandteil geführt wird, der jeweils um den Abrechnungssaldo nach oben oder unten verändert wird. Zum Beginn der Zusage würde diesem separaten Bestandteil des Anwartschaftspuffers ein „Startkapital“ zugeführt, damit von Beginn an ein negativer Abrechnungssaldo ausgeglichen werden könnte. Ein positiver Abrechnungssaldo äußert sich dann dadurch, dass im separaten Bestandteil des Anwartschaftspuffers ein Wert oberhalb des Startkapitals verzeichnet wird. Ein negativer Abrechnungssaldo äußert sich durch einen Betrag unterhalb, der aber immer noch positiv ist.

Die Art der Festlegung von Risikoleistungen wirkt sich unterschiedlich auf den Abrechnungssaldo aus:

- Bei einer *leistungsbasierten Festlegung* der Risikoleistungen erfolgt die Finanzierung durch Risikobeiträge. Hierbei ist sowohl eine Finanzierung auf einjähriger Basis als auch eine Finanzierung mit durchlaufend kalkulierten Beiträgen (nach Art der Lebensversicherung) denkbar. Bei dieser Finanzierung entstehen systematisch Abrechnungssalden.
- Bei einer *risikobeitragsbasierten* Festlegung der Risikoleistungen werden diese auf Basis der insgesamt gezahlten Risikobeiträge festgelegt und auch daraus finanziert. Da die Leistungshöhe erst ex-post ermittelt wird, also nachdem tatsächliche Beiträge und Leistungsfälle feststehen, entstehen keine Abrechnungssalden.
- Bei einer *vermögensbasierten* Festlegung der Risikoleistung ergibt sich die Höhe der Leistung durch Verrentung des bis zum Leistungsfall vorhandenen Vermögens des Versorgungsberechtigten. Bei einer rein vermögensbasierten Festlegung der Risikoleistungen entstehen keine Abrechnungssalden.

Falls bei risikobeitrags- und vermögensbasierten Risikoleistungen eine Aufstockung, z. B. durch Gewährung von Zurechnungen, vorgesehen ist, sind für die Finanzierung Einzelheiten von den Tarifparteien festzulegen. Soweit die Aufstockungen auf Basis der vorhandenen Mittel (z. B. durch im Anwartschaftspuffer

dafür vorgesehene Vermögen) erfolgen, entstehen keine Abrechnungssalden. Sofern die Aufstockungen nach anderen Kriterien (z. B. beitrags- oder altersabhängig) gewährt werden, ist das Entstehen von negativen Abrechnungssalden nicht ausgeschlossen.

Sofern durch die konkrete Finanzierung das Entstehen von Abrechnungssalden nicht ausgeschlossen ist, ist festzulegen, wie mit diesen Abrechnungssalden umzugehen ist. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass die Abrechnungssalden weit vom ursprünglichen Startkapital abweichen.

Im Falle eines **positiven Abrechnungssaldos** erscheint es naheliegend, einen überschüssigen Teil dem restlichen Anwartschaftspuffer zuzuordnen. Sofern ein restlicher Anwartschaftspuffer nicht gebildet wird, erscheint auch eine Zuordnung zum planmäßig zuzurechnenden Versorgungskapital der einzelnen Versorgungsanwärter denkbar; hierfür ist ein geeigneter Verteilungsmaßstab (z. B. Höhe der Risikobeiträge bei leistungsbasierter Festlegung der Risikoleistungen, Höhe des planmäßig zuzurechnenden individuellen Versorgungskapitals bei vermögensbasierter Festlegung der Risikoleistungen) festzulegen. Eine Rückführung zum Sicherheitsbeitragspuffer ist aufgrund gesetzlicher Regelungen ausgeschlossen. Ebenso ist es denkbar, einen positiven Abrechnungssaldo zur Erhöhung laufender oder zukünftiger Risikoleistungen zu verwenden oder Risikobeiträge für die Zukunft zu senken.

Soweit die Risikoaufwendungen (einschließlich der zu bildenden Deckungsrückstellungen) innerhalb einer Abrechnungsperiode nicht durch die hierfür vorgesehenen Risikobeiträge gedeckt werden, entsteht ein **negativer Abrechnungssaldo**. Ein negativer Abrechnungssaldo könnte vollständig oder teilweise beispielsweise, sofern dies entsprechend geregelt ist und vorhanden, durch Reduktion des restlichen Anwartschaftspuffers ausgeglichen werden. Es würde damit eine Umwidmung innerhalb des Anwartschaftspuffers vorgenommen. Ebenso kommt eine Finanzierung durch Sicherheitsbeiträge in Betracht, soweit die tarifvertraglichen Vereinbarungen eine entsprechende Verwendung der Sicherheitsbeiträge vorsehen.

Insbesondere für das Ausscheiden aus dem Unternehmen unter Mitnahme des Übertragungswertes könnte zusätzlich festgelegt werden, wie ein Abrechnungssaldo die Höhe des anteiligen Anwartschaftspuffers beeinflusst, da ein Ausgleich über die Zeit nicht mehr erfolgen kann.

Grundsätzlich kann das Entstehen von (positiven und negativen) Abrechnungssalden durch Rück(deckungs)versicherungen verhindert werden (vgl. hierzu Kapitel 4).

3. Rentnerkollektive

Es ist auch möglich, separate Rentnerkollektive für Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenrentner zu bilden, so dass der Kapitaldeckungsgrad gemäß § 36 PFAV dann für jedes Kollektiv separat ermittelt wird. Wird dies innerhalb des gleichen Sicherungsvermögens bzw. Anlagestocks durchgeführt, müssen dafür die gleichen Kapitalanlagestrategien vorliegen. Des Weiteren müssen diese Kollektive klar abgegrenzt sein. Aus der für das jeweilige Kollektiv relevanten Deckungsrückstellung und dem Barwert der für dieses Kollektiv zu erbringenden Leistungen ermittelt sich jeweils der Kapitaldeckungsgrad, sodass sich in der Konsequenz daraus drei Kapitaldeckungsgrade ergeben.

Darüber hinaus ist es möglich, für die Rentnerkollektive der Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenrentner jeweils ein eigenes Sicherungsvermögen (bzw. einen eigenen Anlagestock) zu bilden. Damit könnte auch jeweils eine eigene Kapitalanlagestrategie umgesetzt werden und man könnte auf die unterschiedlichen Anforderungen (z. B. aufgrund von unterschiedlichen Durationen oder Risikotoleranz) eingehen.

Ein Vorteil von getrennten Rentnerkollektiven liegt darin, dass unterschiedliche Grundlagen zur Bestimmung der Verrentungsfaktoren in Abhängigkeit von der Art der Rente möglich sind. Dies kann beispielsweise in den Fällen sinnvoll sein, in denen der zur Verrentung verwendete vorsichtige Zins durch einen konstanten Abschlag auf den für die Barwertberechnung der zu erbringenden Leistungen verwendeten Zins ermittelt wird. Bei sehr frühen Verrentungen in Folge von Invalidität oder Tod könnte sonst, bedingt durch die lange Laufzeit der lebenslangen Leistung, hieraus ein Kapitaldeckungsgrad höher als 125 % resultieren, was gegen § 36 Abs. 2 PFAV verstoßen würde. Insbesondere müssen bei separaten Rentnerkollektiven keine gemischten Rechnungsgrundlagen, sondern es können die spezifischen Rechnungsgrundlagen für den jeweiligen Rentenbestand verwendet werden.

Zudem kann durch getrennte Rentnerkollektive das Risiko reduziert werden, dass durch eine falsche Einschätzung bei einer Rentenart (z. B. Fehleinschätzung der Invalidensterblichkeit) eine andere Rentenart (z. B. Altersrente) belastet wird.

Erfolgt die Absicherung der Hinterbliebenen oder für den Fall der Invalidität durch eine separate Rückdeckungsversicherung (indem beispielweise ein fest definierter Beitrag in die Versicherung fließt und die zugesagten Leistungen der reinen Beitragszusage mit den Leistungen der Rückdeckungsversicherungen übereinstimmen) erscheinen separate Rentnerkollektive sinnvoll, da dann die Überschüsse aus der Rückdeckungsversicherung ggf. im jeweiligen Kollektiv bleiben.

Als Nachteil von getrennten Rentnerkollektiven muss sicherlich ins Feld geführt werden, dass die zufallsbedingten Schwankungen größer sind, je kleiner das Kollektiv ist. Zudem erhöht eine derartige Ausgestaltung die Komplexität.

4. Rück(deckungs)versicherung

Durch eine Rückversicherung werden versicherungstechnische Risiken der durchführenden Einrichtung – hier vor allem Tod mit Hinterbliebenenabsicherung und Invalidität – auf einen Dritten übertragen. Hierfür kommen als Anbieter Versicherer oder spezialisierte Rückversicherer in Betracht.

Davon zu unterscheiden ist die sogenannte Rückdeckungsversicherung, die sich vor allem in der betrieblichen Altersversorgung und ähnlichen Leistungen gegenüber Arbeitnehmern findet. Hierbei wird die Finanzierung der rückgedeckten Leistung meist vollständig – und damit einschließlich der Zinsrisiken – auf einen Dritten übertragen. Versicherungsrechtlich handelt es sich hierbei um normale Lebensversicherungsverträge. Deshalb können Rückdeckungsversicherungen nur bei Erstversicherern abgeschlossen werden.

4.1. Risikorückversicherung

Die Rückversicherung von Risiken dient dem Risikomanagement der durchführenden Einrichtung bzw. des jeweiligen Kollektivs. Die Rückversicherung stabilisiert die Risikoergebnisse ganz oder teilweise und schützt insoweit das Kollektiv vor volatilen Risikoergebnissen. Die Ansprüche der Versorgungsberechtigten im rückversicherten Leistungsfall gegen die durchführende Einrichtung sind von der Gestaltung der Rückversicherung unberührt.

Der Rückversicherer deckt in der Regel entweder einen festgelegten Anteil der Schäden (Quotenrückversicherung oder proportionale Rückversicherung) oder einen eine feste Grenze übersteigenden Teil der Schäden (nicht-proportionale Rückversicherung, z. B. Schadenexzedenten- oder Stop Loss- Rückversicherung).

4.2. Risikorückdeckungsversicherung

Bei der Risikorückdeckung wird für jeden Versorgungsberechtigten ein Lebensversicherungsvertrag geschlossen, aus dem die durchführende Einrichtung bezugsberechtigt ist.

Anstelle einer laufenden Invalidenrente kann auch eine Kapitalleistung als Invalidenleistung vereinbart werden, die dann quasi als Einmalbeitrag dem Versorgungskapital des Versorgungsberechtigten gutgeschrieben wird. Im Anschluss erfolgt eine Verrentung nach den allgemeinen Grundsätzen des Kollektivs der Rentenempfänger. Eine Risikorückdeckungsversicherung könnte diese Kapitalleistung ganz oder teilweise abdecken.

Die Abdeckung von Hinterbliebenenleistungen ist in gleicher Weise möglich.

Weitere Hinweise sind insbesondere Kapitel 11.9 des Ergebnisberichts „Die reine Beitragszusage gemäß dem Betriebsrentenstärkungsgesetz“ vom November 2017 zu entnehmen.

4.3. Hinweise zur Gestaltung mit Rückdeckung oder Rückversicherung

Bei einer risikobeitragsbasierten Festlegung von Risikoleistungen (vgl. Abschnitt 1.1) können die Beiträge des Versorgungsberechtigten zur Finanzierung der Risikoleistungen in eine Rückdeckungsversicherung eingebracht werden. Die Höhe der Risikoleistungen kann dann so festgelegt werden, dass sie den Leistungen der Rückdeckungsversicherung entspricht. Die Kalkulation kann dabei individuell z. B. altersabhängig oder kollektiv als Einheitsbeitrag erfolgen.

Da bei kleineren Kollektiven – wie beispielsweise bei Einrichtung einer neuen reinen Beitragszusage – vorzeitige Versorgungsfälle zu größeren Ergebnisschwankungen führen, bieten sich hier eine Finanzierung über Rückdeckung oder eine Risikominderung durch Rückversicherung an.