



**Leitfaden
zur Altersrückstellungsverordnung
für die gesetzlichen Krankenkassen
und ihre Verbände
(KK-AltRückV)**

Stand: 22. September 2025

Vorwort

Am 25. Juli 2011 wurde im Bundesgesetzblatt (BGBl. I, Nr. 37, S. 1396) die Verordnung zur Bildung von Altersrückstellungen durch die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände (Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung - KK-AltRückV) verkündet und trat am 26. Juli 2011 in Kraft.

Ziel der Verordnung ist es, sicherzustellen, dass die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände die seit dem 1. Januar 2010 bestehende gesetzliche Verpflichtung einhalten, spätestens bis zum 31. Dezember 2049 einen ausreichenden Kapitalstock aufzubauen, um ihren Altersversorgungsverpflichtungen (Renten und Beihilfeleistungen) nachkommen zu können.

Mit diesem Leitfaden möchte das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) den gesetzlichen Krankenkassen, ihren Verbänden sowie den weiteren Nutzern die Umsetzung der KK-AltRückV erleichtern. Es werden häufige Fragen und Problemstellungen, die sich aus der KK-AltRückV ergeben, erläutert. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet.

Der Leitfaden wird **regelmäßig aktualisiert**, um neue Fragestellungen der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände in den Leitfaden aufzunehmen.

Der Leitfaden zur KK-AltRückV ist unter der Internetadresse des BAS (www.bundesamtsozialesicherung.de – in der Rubrik „Themen“ unter der Überschrift „Alle Sozialversicherungszweige – Finanzen und Vermögen“ unter dem Punkt „Altersversorgungsverpflichtungen“) zu finden. Wir verzichten daher auf eine Versendung in Papierform.

Inhalt

I. Ziel der Verordnung.....	4
II. Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung	6
III. Finanzierungsinstrumente der bAV.....	14
IV. Gutachten und Zuführungsplan.....	17
V. Haushalt, Bilanzierung und Jahresrechnung der Krankenkassen.....	20
VI. Versicherungsmathematische Vorgaben	31
VII. Anlage der Mittel des Deckungskapitals.....	34
VIII. FAQ-Häufig gestellte Fragen.....	35
Anlage.....	46

I. Ziel der Verordnung

Durch das Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG, BGBl. I, 2008, S. 2426) unterliegen seit dem 1. Januar 2010 alle gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände dem Anwendungsbereich der Insolvenzordnung (InsO); ausgenommen hiervon ist die landwirtschaftliche Krankenkasse (§§ 17 Satz 3, 34 Abs. 1 Satz 3 KVLG 1989). Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Krankenversicherung durch (§ 147 SGB V), ist aber ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. BT-Drs. 16/9559, S. 19). Bis dahin galt die Insolvenzordnung (bezogen auf die Krankenkassen) nur für bundesunmittelbare Krankenkassen, was zu ungleichen wettbewerblichen und wirtschaftlichen Ausgangspositionen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen führte, z.B. hinsichtlich der Beitragspflicht gegenüber dem Pensions-Sicherungs-Verein - Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (PSV a.G.).

Des Weiteren hat der Gesetzgeber durch das GKV-OrgWG der Beachtung bestimmter Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung (GoB) Gesetzesrang eingeräumt. Die Krankenkassen sind seitdem nach § 77 Absatz 1a SGB IV gesetzlich verpflichtet, die dort genannten GoB zu beachten.

Nach § 170 SGB V i. V. m. § 162 SGB V sind die gesetzlichen Krankenkassen (mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse, §§ 17 Satz 3, 34 Abs. 1 Satz 3 KVLG 1989) und ihre Verbände seit dem 1. Januar 2010 verpflichtet, für ihre Altersversorgungszusagen, die eine direkte Einstandspflicht nach dem Betriebsrentengesetz (BetrAVG) auslösen, sowie für Beihilfeverpflichtungen im Krankheits- und Pflegefall bis spätestens zum 31. Dezember 2049 ein zur Ausfinanzierung ausreichendes Deckungskapital und entsprechende Rückstellungen zu bilden. Die KK-AltRückV regelt die Festlegung der allgemeinen versicherungsmathematischen Vorgaben sowie die Abgrenzung der Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung, für die das Deckungskapital zu bilden ist.

Das von 1999 bis 2009 bestehende Bilanzierungswahlrecht für die Bildung von Altersrückstellungen nach § 12 Absatz 1 SVRV (i. d. Fassung vom 15. Juli 1999) hatte der Gesetzgeber durch Artikel 5 des GKV-OrgWG aufgehoben und zum 1. Januar 2010 in

eine Bilanzierungspflicht umgewandelt. § 170 SGB V ist eine gegenüber § 12 Absatz 1 SVRV vorrangige Spezialregelung, die die Ausfinanzierung der Altersversorgungsverpflichtungen ab 1. Januar 2050 vorsieht. In der Begründung des GKV-OrgWG heißt es hierzu: „...Um eine Überforderung einzelner Krankenkassen zu vermeiden, ist für den Kapitalaufbau ein Zeitraum von 40 Jahren vorzusehen.“ Eine über § 170 SGB V hinausgehende Verpflichtung zur Bildung von Altersrückstellungen besteht nicht.

Gemäß § 77 Absatz 1a Satz 3 Nr. 2 SGB IV muss die Jahresrechnung klar und übersichtlich sein. Daher empfehlen wir für den Ausweis von Deckungskapital und Altersrückstellungen, die ggf. ergänzend nach § 12 Absatz 1 SVRV gebildet werden, eine analoge Anwendung der Vorgaben der KK-AltRückV. Es ist nicht sinnvoll, für die gleiche Thematik - Finanzierung der Altersversorgungszusagen - unterschiedliche versicherungsmathematische Annahmen (z.B. einen Rechnungszins) zu Grunde zu legen.

Altersrückstellungen nach § 170 SGB V und § 12 SVRV sind gemäß den jeweiligen Bestimmungen des Kontenrahmens gesondert zu bilanzieren. Die bereits nach § 12 SVRV gebildeten Altersrückstellungen können in Altersrückstellungen nach § 170 SGB V umgewidmet werden.

Des Weiteren empfehlen wir, aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit und Transparenz ein versicherungsmathematisches Gutachten erstellen zu lassen, das alle Altersversorgungsverpflichtungen, getrennt nach Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung, umfasst (s. auch Rn. 30/31). Die Berechnungen der Rückstellungen für Altersversorgungsverpflichtungen gemäß § 170 SGB V und § 12 SVRV sind ebenfalls jeweils gesondert in dem versicherungsmathematischen Gutachten vorzunehmen.

Im Folgenden werden mögliche Problemstellungen und unklare Sachverhalte angesprochen und erläutert.

II. Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung

Das Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrentengesetz, BetrAVG) sieht fünf verschiedene Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung (bAV) vor. Danach können die Arbeitgeber für ihre Beschäftigten Beiträge an Pensionskassen, Pensionsfonds oder an Unterstützungskassen leisten, Direktversicherungen für ihre Beschäftigten abschließen oder Direktzusagen für ihre Beschäftigten erteilen. Betriebliche Altersversorgung liegt dann vor, wenn der Arbeitgeber mindestens ein biometrisches Risiko übernimmt, also wenn der Arbeitgeber Leistungen der Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung aus Anlass eines Arbeitsverhältnisses zusagt (§ 1 Absatz 1 Satz 1 BetrAVG). Ansprüche auf Leistung werden mit dem Eintritt des biologischen Ereignisses fällig. Gemäß § 1 Absatz 1 Satz 3 BetrAVG steht der Arbeitgeber für die Erfüllung der von ihm zugesagten Leistungen auch dann ein, wenn die Durchführung nicht unmittelbar über ihn erfolgt.

1

Nach § 2 KK-AltRückV sind nur für die Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung Deckungskapital und Rückstellungen gemäß § 170 SGB V zu bilden, die entweder aus einer Direktzusage auf eine betriebliche Altersversorgung resultieren oder aber auf Zusagen für eine betriebliche Altersversorgung beruhen, die von einer Unterstützungskasse durchgeführt wird.

a) Direktversicherung

Nach § 1b Absatz 2 Satz 1 BetrAVG handelt es sich bei einer Direktversicherung um eine Lebensversicherung, die der Arbeitgeber auf das Leben des Beschäftigten abschließt, wobei der Beschäftigte bzw. die Hinterbliebenen ganz oder zum Teil bezugsberechtigt sind. In der Direktversicherung können Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenleistungen versichert werden.

2

b) Pensionskasse

Bei Pensionskassen handelt es sich um rechtsfähige Versorgungseinrichtungen, die dem Beschäftigten oder den Hinterbliebenen auf ihre Leistungen einen Rechtsanspruch gewähren (§ 1b Absatz 3 Satz 1 BetrAVG). Pensionskassen können öffentlich-rechtlich (VBL, Zusatzversorgungskassen) oder privatrechtlich (Arbeitgeber, Trägerunternehmen) organisiert sein. Privatrechtliche Pensionskassen werden dabei in der Rechtsform

3

der Aktiengesellschaft (AG) oder eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG) betrieben und unterliegen dem Versicherungsaufsichtsgesetz (vgl. § 232 VAG). Die Aufsicht über die vorgenannten Pensionskassen obliegt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

Seit 1. Januar 2006 sind alle im Wettbewerb mit Lebensversicherungsunternehmen stehenden Pensionskassen dereguliert. Dadurch gelten auch für die Pensionskassen die gleichen Vorschriften wie für Lebensversicherungsunternehmen (u.a. gleiche Anforderungen an den Rechnungszins). Spezielle Firmenpensionskassen in der Rechtsform eines VVaG können bei der BaFin die Wiederherstellung der Regulierung beantragen, soweit die Anforderungen des § 233 Absatz 1 VAG erfüllt werden. U.a. dürfen keine rechnungsmäßigen Abschlusskosten für die Vermittlung von Versicherungsverträgen erhoben werden. Ferner differenziert der Gesetzgeber zwischen regulierten (§ 233 VAG) und deregulierten (§ 232 VAG) Pensionskassen. Regulierte Pensionskassen werden individuell nach den Vorgaben der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) beaufsichtigt und können daher andere Rechnungsgrundlagen (z.B. Sterbetafeln, Rechnungszins) verwenden (vgl. Kaulbach / Bähr / Pohlmann, VAG, Kommentar zu § 233, 6. Auflage, München 2019, Verlag C. H. Beck, S. 787 f.).

Bei den regulierten Pensionskassen besteht nach § 233 Absatz 1 Nr. 1a VAG die Möglichkeit, eine Kürzung der Versicherungsansprüche vorzunehmen: diese Sanierungsklausel könnte eine Einstandspflicht des Arbeitgebers auslösen. Die Kürzung der Beiträge kann durch Einrichtung eines nachträglichen Gründungsstocks abgewendet werden. Die Gewährung eines entsprechenden Darlehens (durch den Arbeitgeber/die bundesunmittelbare Krankenkasse) an die Pensionskasse ist von der zuständigen Aufsichtsbehörde aufsichtsrechtlich zu prüfen (Genehmigungsverfahren).

c) Pensionsfonds

Pensionsfonds sind in der Bundesrepublik Deutschland zum 1. Januar 2002 als fünfter Durchführungsweg der betrieblichen Altersversorgung eingeführt worden und unterliegen ebenso der Aufsicht durch die BaFin (§§ 1, 236 VAG). Bei einem Pensionsfonds handelt es sich, wie bei einer Pensionskasse, um eine rechtsfähige Versorgungseinrichtung in Form einer AG, einschließlich der Europäischen Gesellschaft (SE), und Pensi-

4

onsfondsvereinen auf Gegenseitigkeit(§ 237 Absatz 3 VAG), die dem Beschäftigten oder den Hinterbliebenen einen Rechtsanspruch auf ihre Leistungen gewährt (§ 1b Absatz 3 Satz 1 BetrAVG).

d) Unterstützungskasse

Eine Unterstützungskasse ist nach § 1b Absatz 4 Satz 1 BetrAVG eine rechtsfähige Versorgungseinrichtung, die den Beschäftigten **keinen Rechtsanspruch** auf ihre Leistungen gewährt. Aufgrund dessen unterliegt die Unterstützungskasse auch nicht der Aufsicht durch die BaFin nach § 3 Absatz 1 Nr. 1 VAG.

5

e) Direktzusage

Bei der Direktzusage (§ 1 Absatz 1 Satz 2 BetrAVG) erteilt der Arbeitgeber dem Beschäftigten eine Zusage auf Leistungen der betrieblichen Altersversorgung. Zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten befindet sich in diesem Fall keine unabhängige Versorgungseinrichtung, die dem Beschäftigten Ansprüche gewährt. Daher handelt es sich bei der Direktzusage um einen unmittelbaren Durchführungsweg der betrieblichen Altersversorgung. Demgegenüber spricht man bei der Direktversicherung, der Pensionskasse, dem Pensionsfonds und der Unterstützungskasse von mittelbaren Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung.

6

In § 2 KK-AltRückV wird der Durchführungsweg der Unterstützungskasse von den weiteren mittelbaren Durchführungswegen (Pensionskasse, Pensionsfonds, Direktversicherung) gesondert betrachtet.

7

Bei den mittelbaren Durchführungswegen Pensionskasse, Pensionsfonds und Direktversicherung müssen die Arbeitgeber (vorliegend die gesetzlichen Krankenkassen bzw. ihre Verbände) im Versorgungsfall nicht unmittelbar eintreten, wie es bei der Direktzusage der Fall ist. Bei mittelbaren Altersversorgungszusagen, unter der Einschaltung einer externen Versorgungseinrichtung, erwerben die Beschäftigten sowie die Betriebsrentnerinnen und Betriebsrentner jeweils einen unmittelbaren Anspruch gegenüber der Versorgungseinrichtung. Die Krankenkassen und ihre Verbände haften bei Zahlungsunfähigkeit der Versorgungseinrichtung subsidiär. Da aber die Durchführungswege Pensionskasse, Pensionsfonds und Direktversicherung von externen Versorgungseinrichtungen umgesetzt werden, die unter die Versicherungsaufsicht der BaFin fallen und dem VAG unterliegen, sind diese mittelbaren Haftungsrisiken (Subsidiärhaftung) nicht rückstellungsbedürftig.

Anders stellt es sich dar, wenn als Durchführungsweg eine Unterstützungskasse gewählt wird. Eine Unterstützungskasse weist sowohl Elemente eines mittelbaren wie auch eines unmittelbaren Durchführungsweges auf:

- mittelbar, da die Unterstützungskasse im Regelfall für den Arbeitgeber die betriebliche Altersversorgung der Beschäftigten durchführt und
- unmittelbar, da die Unterstützungskasse nach dem Wortlaut des § 1b Absatz 4 BetrAVG keine Rechtsansprüche auf ihre Leistungen gewährt und dementsprechend von Seiten der Beschäftigten bzw. Betriebsrentnerinnen und Betriebsrentner Rechtsansprüche gegenüber dem Arbeitgeber geltend gemacht werden müssen.

Schließlich gibt es bei der Unterstützungskasse weder nach dem BetrAVG eine besondere rechtliche Vorgabe zur Sicherung der Vermögensanlagen noch unterliegt sie der Aufsicht durch die BaFin, wodurch sie grundsätzlich ihr Kapital frei am Kapitalmarkt investieren kann. Reicht das Vermögen der Unterstützungskasse zur Zahlung der Versorgungszusagen nicht aus, verbleibt die Versorgungsverpflichtung beim Arbeitgeber. Eine Sonderform der Unterstützungskasse ist die, die ihre in Aussicht gestellten Versorgungsleistungen rückdeckt (vgl. III. Rückdeckung).

Die Rückstellungsbedürftigkeit ist gegeben, soweit die Unterstützungskasse nur einen Teil der Altersversorgungszusagen deckt. Soweit eine Ausfinanzierung besteht, entfällt die Bilanzierungspflicht. Die Ausfinanzierung muss nach § 170 Absatz 1 Satz 3 SGB V durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachgewiesen werden (vgl. RdNr. 19).

Müssen nach § 2 KK-AltRückV Altersrückstellungen und Deckungskapital für Zusagen auf eine betriebliche Altersversorgung, die von einer Unterstützungskasse durchgeführt wird, gebildet werden, gelten bezüglich der Geldanlage einer Unterstützungskasse die allgemeinen Regeln der §§ 80 ff. SGB IV, einschließlich der zusätzlichen Anlagemöglichkeiten nach § 83 Abs. 1b SGB IV. Sofern eine Unterstützungskasse auf Grund ihrer Mitgliederstruktur (insbesondere private Unternehmen) anderen Vorschriften zur Geldanlage folgt, kann dies dazu führen, dass die Krankenkasse die Mitgliedschaft kündigen

muss. Wir bitten, die dem BAS unterstehenden Sozialversicherungsträger sich in derartigen Fällen an das BAS zu wenden.

Grundsätzlich wird bei den Finanzierungs- und Zusageformen der betrieblichen Altersversorgung zwischen Arbeitnehmer-, Arbeitgeber- und Mischfinanzierung unterschieden. Die Mischfinanzierung stellt eine Kombination aus Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträgen zur betrieblichen Altersversorgung dar („matching contribution“).

9

Die Finanzierungs- und Zusageformen stellen keine Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung dar. Ob die Finanzierungsform in den Geltungsbereich des § 170 SGB V fällt, ist abhängig von der Wahl des Durchführungsweges der betrieblichen Altersversorgung. Erfolgt der Aufbau des Deckungskapitals der arbeitnehmerfinanzierten Altersversorgung, z.B. in Form einer Unterstützungskasse, gelten die entsprechenden Regelungen des § 170 SGB V. Da der Durchführungsweg der Unterstützungskasse – unabhängig von der Finanzierungsform – in den Geltungsbereich des § 170 SGB V i. V. m. der KK-AltRückV fällt, muss eine Bilanzierung der Altersversorgungsverpflichtungen erfolgen. Die Bilanzierungspflicht entfällt, wenn durch ein versicherungsmathematisches Gutachten gemäß der KK-AltRückV die Ausfinanzierung nachgewiesen wird (vgl. RdNr. 19).

➤ Entgeltumwandlung (§ 1 Absatz 2 Nr. 3 BetrAVG)

Die Entgeltumwandlung stellt eine arbeitnehmerfinanzierte Form der betrieblichen Altersversorgung dar. Seit 2002 können Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gem. § 1a Absatz 1 BetrAVG vom Arbeitgeber verlangen, dass von ihren künftigen Entgeltansprüchen Teile in eine wertgleiche Anwartschaft auf Versorgungsleistungen umgewandelt werden. Die Entgeltumwandlung ist grundsätzlich in allen Durchführungsweisen der betrieblichen Altersversorgung möglich.

Die arbeitgeberfinanzierte Altersversorgung ist in § 1 BetrAVG geregelt:

➤ Leistungszusage (§ 1 Absatz 1 Satz 1 BetrAVG)

Der Arbeitgeber sagt seinen Beschäftigten Leistungen der Alters-, Invaliden- oder Hinterbliebenenversorgung zu. Die Leistungszusage ist in allen fünf Durchführungsweisen der betrieblichen Altersversorgung möglich.

➤ Beitragsorientierte Leistungszusage (§ 1 Absatz 2 Nr. 1 BetrAVG)

Hier erfolgt eine beitragsorientierte Zusage (BOLZ) des Arbeitgebers, bestimmte Beiträge in eine Anwartschaft (Leistung) auf Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung umzuwandeln. Die beitragsorientierte Leistungszusage ist in allen fünf Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung möglich.

➤ Beitragszusage mit Mindestleistung (§ 1 Absatz 2 Nr. 2 BetrAVG)

Der Arbeitgeber sagt dem Arbeitnehmer zu, Beiträge zur Finanzierung von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung zu zahlen und für Leistungen zur Altersversorgung die geleisteten Beiträge und die daraus erzielten Erträge zur Verfügung zu stellen. Mindestens erhält der Beschäftigte die Summe der gezahlten Beiträge, soweit diese nicht rechnungsmäßig für einen biometrischen Risikoausgleich verbraucht wurden. Hier sind nur die Durchführungswege Pensionsfonds, Pensionskasse und Direktversicherung möglich.

➤ Reine Beitragszusage (§ 1 Absatz 2 Nr. 2a BetrAVG)

Bei der reinen Beitragszusage entfällt die bisher im BetrAVG vorgesehene Einstandspflicht (Subsidiärhaftung) des Arbeitgebers. Der Arbeitgeber ist bei dieser Zusageform nur verpflichtet, die Beiträge an die durchführende Einrichtung zu zahlen (vgl. BT-Drs. 18/11286, S. 42). Diese Zusageform ist für die Durchführungswege Pensionsfonds, Pensionskasse und Direktversicherung möglich, für Direktzusagen ist eine reine Beitragszusage nach dem Betriebsrentengesetz unzulässig. Gemäß § 1 Absatz 2 Nr. 2a 1. Hs. BetrAVG ist eine reine Beitragszusage nur in Verbindung mit einem Tarifvertrag möglich.

Des Weiteren empfehlen wir - falls vorhanden -, die nicht bilanzierungspflichtigen Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung (Direktversicherung, Pensionskasse und Pensionsfonds) aus Gründen der Transparenz im Anhang C zur Jahresrechnung unter den entsprechenden Ziffern (3.1.1 und 3.2.3) zu benennen. Hintergrund ist, dass auch bei diesen mittelbaren Durchführungswegen die gesetzliche Krankenkasse als Arbeitgeber (Trägerunternehmen) weiterhin nach § 1 Absatz 1 Satz 3 BetrAVG subsidiär haftet (Ausnahme: reine Beitragszusage). Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat in einem Urteil vom 19. Juni 2012 (AZ: 3 AZR 408/10) klargestellt, dass auch bei einer

Auslagerung der betrieblichen Altersversorgung auf eine Pensionskasse der Arbeitgeber dafür haftet, dass die zugesagte Leistung (arbeitsrechtliche Grundverpflichtung-) erbracht wird. In diesem konkreten Fall hatte eine Pensionskasse aufgrund der zurzeit niedrigen erwirtschafteten Renditen ihre Leistungen reduziert (dies war gemäß der Satzung der Pensionskasse möglich). Der Arbeitgeber muss diese „Finanzierungslücke“ ausgleichen. Dem Beschäftigten stand in dem vom BAG entschiedenen Fall ein Erfüllungsanspruch gegen seinen Arbeitgeber zu, da die Pensionskasse weniger zahlte, als arbeitsrechtlich zugesagt war. Es ist also nicht auszuschließen, dass auch eine Krankenkasse bei einem mittelbaren Durchführungsweg der betrieblichen Altersversorgung eine möglicherweise entstehende Finanzierungslücke schließen muss.

Zur grundsätzlichen Frage, in welcher Form ein Pensionsfonds zur Finanzierung von Pensionslasten der Dienstordnungs-Beschäftigten (DO-Angestellte) dienen kann, hatte sich das BAS an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gewandt. Das BMAS hat mitgeteilt, dass aus seiner Sicht keine Bedenken bestehen, den Durchführungsweg des Pensionsfonds zur Finanzierung der betrieblichen Altersversorgung von DO-Angestellten bei bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern zu wählen. Das BMAS verweist darauf, dass bei der Frage, welcher Durchführungsweg gewählt werden soll, eine sorgfältige Abwägung der Vor- und Nachteile im Einzelfall erforderlich sei. Neben den Wünschen und Bedürfnissen der Beschäftigten seien insbesondere auch betriebliche Belange, Dotierungsmöglichkeiten und Risiken aus der subsidiären Einstandspflicht der Arbeitgeber zu berücksichtigen.

11

Ergänzend weisen wir auf Folgendes hin:

Die Versorgungsansprüche der DO-Angestellten bundesunmittelbarer Sozialversicherungsträger richten sich nach den Regelungen des Beamtenversorgungsgesetzes i. V. m. der Dienstordnung der jeweiligen Anstellungskörperschaft. Ebenso sind für die bundesunmittelbaren und landesunmittelbaren Körperschaften des öffentlichen Rechts die Vorschriften des Zweiten Gesetzes zur Vereinheitlichung und Neuregelung der Besoldung in Bund und Ländern (2. BesVNG Art. VIII) i. V. m. § 144 SGB VII anzuwenden. Das Beamtenversorgungsrecht kann und wird durch den Gesetzgeber von Zeit zu Zeit geändert. Diese Veränderungen können zu Verschlechterungen oder zu Verbesserungen der Altersversorgung führen. Der Vertrag, den der bundesunmittelbare Sozialversicherungsträger mit dem Pensionsfondsanbieter abschließen möchte, sollte in der Lage

sein, das Primat des Beamtenversorgungsrechts für die Altersversorgung der DO-Angestellten anzuerkennen. Der Vertrag ist daher derart zu gestalten, dass er Veränderungen des Dienstrechtes umsetzen kann. Betroffen ist insbesondere der beamtenrechtliche Versorgungsbezug (Pension), da er für die DO-Angestellten eine Leistung des Betriebsrentenrechts darstellt. Bei den weiteren Leistungen des Beamtenversorgungsrechts ist zu prüfen, ob es sich jeweils um eine Leistung der betrieblichen Altersversorgung, d.h. des Betriebsrentenrechts, handelt. Die Beihilfe im Krankheitsfall ist keine Leistung des Betriebsrentenrechts und kann somit auch nicht über einen Pensionsfonds finanziert werden.

Unter der Voraussetzung einer vertraglichen Anpassungsmöglichkeit bei gesetzlichen Änderungen sieht auch das BAS keine grundsätzlichen Bedenken, den Durchführungsweg des Pensionsfonds zur Finanzierung der betrieblichen Altersversorgung von DO-Angestellten zuzulassen.

III. Finanzierungsinstrumente der bAV

a) Rückdeckung der betrieblichen Altersversorgung

Viele Krankenkassen, die gegenüber ihren Beschäftigten eine Direkt- oder eine Unterstützungskassenzusage abgegeben haben, finanzieren diese Zusage vollständig oder teilweise über den Abschluss einer Rückdeckungsversicherung, hierbei handelt es sich um ein Finanzierungsinstrument der betrieblichen Altersversorgung (bAV). Durch den Abschluss einer Rückdeckungsversicherung wird die direkte Einstandspflicht der Krankenkasse nicht aufgehoben (§ 170 Absatz 1 Satz 1 SGB V i. V. m. § 2 KK-AltRückV). Es erfolgt kein Übergang von einer unmittelbaren zu einer mittelbaren Versorgungszusage.

In der Praxis werden drei Fälle der Rückdeckungsversicherung unterschieden:

- Per Definition ist eine Rückdeckung als kongruent zu einer Altersversorgungszusage anzusehen, „...wenn sie sowohl der Fälligkeit nach als auch der Höhe nach...“ mit der Verpflichtung aus der Altersversorgungszusage übereinstimmt. Ebenso müssen die in die Versorgungszusage eingehenden Leistungsarten (diese umfassen die Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenrente) mit den Leistungsarten identisch sein, die von der Rückdeckungsversicherung abgedeckt werden (vgl. Thierer, A.: „Kongruente Rückdeckung von Pensionszusagen durch Versicherungsprodukte“, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswirtschaft, 2008, S. 135 bis 153). 12
- Bei einer vollen Rückdeckungsversicherung werden hingegen Kapitalbeträge versichert, obwohl Renten zugesagt wurden. Die Kapitaleistungen werden so bemessen, dass davon die Rentenverpflichtungen voll bezahlt werden können. 13
- Eine partielle Rückdeckungsversicherung liegt dann vor, wenn die in die Versorgungszusage eingehenden Leistungsarten mit den Leistungsarten der Rückdeckungsversicherung nur teilweise identisch oder aber die Risiken nur in einem gewissen Umfang versichert sind. Eine partielle Rückdeckungsversicherung liegt demnach vor, wenn die Rückdeckungsversicherung beispielsweise ausschließlich Zusagen für die Hinterbliebenenversorgung tätigt, der Arbeitgeber aber noch 14

Zusagen für die Alters- und/oder die Invaliditätsversorgung getätigt hat, oder wenn vertraglich zugesagte Erhöhungen der laufenden Leistungen nicht im Rückdeckungstarif abgebildet sind

Werden Altersversorgungszusagen rückgedeckt abgesichert, ist die Beurteilung, ob die Rückdeckung kongruent oder partiell ist, aufgrund der arbeitsrechtlichen Verpflichtung zu beantworten. Die Feststellung erfolgt nach Analyse der arbeitsrechtlichen Zusage und ist unabhängig vom Durchführungsweg Direktzusage oder Unterstützungskassenzusage. **15**

Entspricht die Rückdeckung hinsichtlich ihrer Höhe und Fälligkeit den Verpflichtungen aus den arbeitsrechtlichen Zusagen, besteht Kongruenz.

Wenn Teile der arbeitsrechtlichen Zusage (z. B. früherer Leistungsbeginn oder eine höhere Leistung) nicht durch die Rückdeckungsversicherung erfasst werden, dann sind diese Teile der Zusage nicht rückgedeckt und es besteht keine Kongruenz.

Der Nachweis einer kongruenten Rückdeckungsversicherung kann nur durch ein entsprechendes Gutachten erfolgen.

Beim Aufbau des Deckungskapitals werden die von der Rückdeckungsversicherung erbrachten Leistungen gemäß § 170 Absatz 2 Satz 2 SGB V entsprechend berücksichtigt. Das gilt auch dann, wenn die Rückdeckungsversicherung nach 2009 abgeschlossen wurde. **16**

Liegt eine partielle Rückdeckung vor, sind für den nicht rückgedeckten Teil der Versorgungszusagen Altersrückstellungen und Deckungskapital nach § 170 SGB V zu bilden.

Die Ausfinanzierung bei einer kongruenten Rückdeckungsversicherung kann nur dann vorliegen, wenn es aufgrund vertraglicher Regelungen zu keiner Unterdeckung kommen kann. Bestimmte zugesagte Leistungen (z.B. die arbeitsrechtliche Verpflichtung zur Anpassung der späteren Betriebsrenten nach § 16 BetrAVG) werden durch die erwirtschaftete Überschussbeteiligung gedeckt. Reicht diese nicht aus, kann es zu einer Finanzierungslücke kommen und die Krankenkasse muss nachfinanzieren. **17**

Nur wenn eine möglicherweise notwendige Nachfinanzierung durch die Krankenkasse vertraglich geregelt ist, kann die Ausfinanzierung vorliegen (vgl. Beispiel RdNr. 64).

b) Treuhandmodell (Contractual Trust Arrangement, CTA)

Neben der Rückdeckungsversicherung werden bei der Finanzierung der betrieblichen Altersversorgung weitere Finanzierungsinstrumente, wie beispielsweise ein Treuhandmodell (Contractual Trust Arrangement, CTA) eingesetzt. Bei den Altersrückstellungen der Krankenkassen und ihrer Verbände sind auch nach der Auslagerung der Mittel des Deckungskapitals in ein Treuhandmodell weiterhin die Anlagevorschriften nach § 80 ff. SGB IV sowie die sozialrechtlichen Vorschriften zu beachten. Wir bitten die der Aufsicht des BAS unterstehenden Sozialversicherungsträger, bei Fragen bezüglich der Gründung eines CTAs, sich vorab an das BAS zu wenden. Eine Anzeige- oder Genehmigungspflicht besteht jedoch in der Regel nicht.

Der Vollständigkeit halber verweisen wir darauf, dass ein CTA im Gegensatz zu einer Rückdeckungsversicherung, nicht der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) unterliegt.

Neben dem CTA und der Rückdeckungsversicherung gibt es noch weitere Finanzierungsinstrumente der bAV, die hier nicht näher erläutert werden. Die Auflistung der Finanzierungsinstrumente ist daher nicht abschließend.

IV. Gutachten und Zuführungsplan

1. Vorgehensweise

Zur Ermittlung der Höhe des Deckungskapitals (Zielgröße), das spätestens bis zum 31. Dezember 2049 nach § 170 Absatz 1 Satz 1 SGB V gebildet werden muss, ist ein versicherungsmathematisches Gutachten erforderlich.

18

Der zur Ausfinanzierung notwendige Zuführungsplan wird auf Grundlage des zuvor ermittelten Deckungskapitals erstellt und definiert sowohl den Zeitpunkt als auch die Höhe der zuzuführenden Beträge, bis die o. g. Zielgröße (das insgesamt zu bildende Deckungskapital) erreicht ist.

Die Zuführungen müssen grundsätzlich jährlich stattfinden (§ 170 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Für das betrachtete Geschäftsjahr ergibt sich somit eine zu erreichende Sollgröße, welche bis spätestens zum 31. Dezember des betrachteten Geschäftsjahres dem Deckungskapital zugeführt werden muss.

Gemäß § 170 Absatz 1 Satz 3 SGB V entfällt für die Krankenkasse die Pflicht der jährlichen Zuführung zum Deckungskapital nach § 170 Absatz 1 Satz 1 SGB V, wenn die Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachweist, dass für die Verpflichtungen aus Versorgungszusagen sowie für Beihilfeverpflichtungen ein Deckungskapital besteht, das die in § 170 Absatz 1 Satz 1 SGB V i. V. m. der KK-AltRückV genannten Voraussetzungen erfüllt (sogenannte Ausfinanzierung).

19

Der Begriff der Ausfinanzierung bezieht sich dabei stets auf den Stichtag 31. Dezember 2049.

Das BAS begleitet im Rahmen seiner aufsichtsrechtlichen Tätigkeit die Bildung von Altersrückstellungen und den Aufbau eines wertgleichen Deckungskapitals gemäß § 170 SGB V i. V. m. der KK-AltRückV durch die bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen.

2. Anforderungen an Gutachten und Zuführungsplan

Wir verweisen allgemein auf die Rundschreiben der BaFin 2/2018 (VA) – „Hinweise für die Aufstellung versicherungsmathematischer Gutachten bei Pensionskassen“ und 3/2018 (VA) – „Hinweise für die Aufstellung versicherungsmathematischer Gutachten bei Pensionsfonds“ Demnach ist das versicherungsmathematische Gutachten durch entsprechende Sachverständige (Aktuarin und Aktuar) zu erstellen, die über die notwendigen versicherungsmathematischen Kenntnisse verfügen. Aus unserer Sicht liegen die „notwendigen versicherungsmathematischen Kenntnisse“ z. B. bei IVS-geprüften Sachverständigen (Institut der Versicherungsmathematischen Sachverständigen für Altersversorgung e. V.) vor. Aus dem vorgelegten versicherungsmathematischen Gutachten muss ersichtlich werden, dass dieses durch entsprechende Sachverständige mit o. g. erworbenen Qualifikationen erstellt wurde. 20

Das versicherungsmathematische Gutachten ist regelmäßig alle fünf Jahre bzw. bei wesentlichen Änderungen der Berechnungsgrundlagen (z.B. bei Veränderungen der versicherungsmathematischen Vorgaben gemäß § 3 KK-AltRückV oder bei einer Fusion) zu aktualisieren (§ 4 Absatz 3 Satz 1 KK-AltRückV). Der Zuführungsplan sollte Bestandteil des versicherungsmathematischen Gutachtens sein, kann aber auch durch die Krankenkassen bzw. deren Verbände erstellt werden. Er bezieht sich auf den Zeitraum vom Stichtag des Gutachtens bis zum 31. Dezember 2049. 21

Des Weiteren müssen auch mögliche Beihilfeverpflichtungen, die eine Krankenkasse gegenüber ihren Beschäftigten zugesagt hat, Bestandteil des versicherungsmathematischen Gutachtens sein. 22

Aus dem versicherungsmathematischen Gutachten müssen u.a. die folgenden Punkte ersichtlich werden: 23

- Zu welchem Bilanzstichtag wurde das Gutachten angefertigt?
- Die Ermittlung des Barwertes hat nach den zum jeweiligen Bilanzstichtag anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zu erfolgen (§ 3 Absatz 1 KK-AltRückV).
- Berechnung des Barwertes der Altersversorgungsverpflichtungen
 - unter Verwendung eines Rechnungszinses von 4,25 %.

- unter Berücksichtigung eines jährlichen Anstiegs der ruhegehaltstfähigen Dienstbezüge und Vergütungen um 1,5 %.
- unter Berücksichtigung eines jährlichen Anstieges der Versorgungsbezüge und Renten um 1 %.
- Berücksichtigung der Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung um vier Jahre bezogen auf das Jahr 2049.
- Welche Berechnungsmethode wurde angewandt (z.B. PUC-Methode, Teilwertmethode etc.)?
- Höhe des Barwertes der Altersversorgungsverpflichtungen zum Stichtag 31. Dezember 2049.
- Barwert der möglichen Beihilfeverpflichtungen zum 31. Dezember 2049.
- Falls die Altersversorgungsverpflichtungen über eine Rückdeckungsversicherung rückgedeckt sind, sind entsprechende Angaben zu machen (welche Rückdeckungsversicherung, kongruente und/oder partielle Rückdeckung, Höhe des Barwertes der nicht kongruent rückgedeckt ist etc.).
- Zusätzlich empfehlen wir den zum jeweiligen Bilanzstichtag ermittelten Barwert der Altersversorgungsverpflichtungen nach § 12 SVRV anzugeben.
- Ebenso empfehlen wir, direkt durch die Aktuarin oder den Aktuar einen Zuführungsplan erstellen zu lassen.
- Ferner bitten wir um Zusendung der versicherungsmathematischen Gutachten ohne personenbezogene Daten (Geburtsdatum, Name etc.), Anhänge mit Personenlisten sind nicht erforderlich.

Versicherungsmathematische Gutachten, die z.B. nach steuerrechtlichen Vorschriften (§ 6a Absatz 3 Satz 3 EStG, Zinssatz 6 %) berechnet worden sind, entsprechen nicht den Vorgaben der KK-AltRückV.

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei Berechnungen mit einem Rechnungszins gemäß § 3 Absatz 2 Nr. 1 KK-AltRückV um eine gesetzlich geforderte Mindestvorgabe handelt. In Absprache mit der Aufsichtsbehörde ist die Erstellung eines Alternativgutachtens zulässig.

V. Haushalt, Bilanzierung und Jahresrechnung der Krankenkassen

1. Bilanzierung ohne Abschluss einer Rückdeckungsversicherung

Sofern die Versorgungszusagen der Krankenkassen unter den Tatbestand des § 170 Absatz 1 Satz 1 SGB V i. V. m. § 2 der KK-AltRückV fallen, erfolgt ein Ausweis des gebildeten Deckungskapitals (Aktiv-Seite) und der korrespondierenden Altersrückstellungen (Passiv-Seite) in der Jahresrechnung auf den entsprechenden Konten 0683 bzw. 1603.

25

Den Werten, die in der Jahresrechnung auszuweisen sind, sind die versicherungsmathematischen Annahmen zu Grunde zu legen, die gemäß § 170 Absatz 1 Satz 3 SGB V i. V. m. §§ 3 und 4 KK-AltRückV für den Nachweis einer Ausfinanzierung erforderlich sind.

Neben der Passivierung der Altersrückstellungen muss auch eine Aktivierung in Höhe des gebildeten Deckungskapitals erfolgen. Aktiv- und Passivwert müssen sich entsprechen.

26

2. Bilanzierung bei Abschluss einer Rückdeckungsversicherung

Eine Rückdeckungsversicherung dient lediglich der Finanzierung von Verpflichtungen aus Direktzusagen und Unterstützungskassenzusagen. Die Krankenkassen müssen ihre Verpflichtungen aus unmittelbaren Leistungszusagen grundsätzlich passivieren und die Ansprüche aus der rückgedeckten Zusage aktivieren. Der Aktivwert auf Konto 0683 muss hierbei dem Passivwert auf Konto 1603 entsprechen.

27

Nach § 3 Absatz 2 Nr.1 KK-AltRückV wird für die Berechnung der Barwerte ein Rechnungszins von 4,25 % zugrunde gelegt (vgl. VI. Versicherungsmathematische Vorgaben). Rückdeckungsversicherungen kalkulieren, sofern sie der versicherten Person eine Zinsgarantie gewähren, nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) mit einem niedrigeren Höchstrechnungszins, der zurzeit 1,00 % beträgt. Der Zins ist auch deswegen so niedrig, da er die sogenannte Solvabilität garantieren soll. Darunter versteht man die jederzeitige Erfüllbarkeit der Verträge. Die gesetzlichen Kran-

kenkassen und ihre Verbände müssen aber erst ab dem 1. Januar 2050 die Ausfinanzierung gewährleisten (§ 170 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Daher berücksichtigt der Rechnungszins der KK-AltRückV die insgesamt 40-jährige Ansparphase.

Da einerseits die Beitragskalkulation der Rückdeckungsversicherung die Normen der DeckRV beachten muss und andererseits das versicherungsmathematische Gutachten und der Zuführungsplan der Krankenkassen gemäß § 170 SGB V i. V. m. der KK-AltRückV den dort festgelegten Annahmen folgen, wird das zum Bilanzstichtag ermittelte gebildete Kapital bei der Rückdeckungsversicherung von dem zum Bilanzstichtag laut Zuführungsplan zu bildenden Deckungskapital bei den gesetzlichen Krankenkassen abweichen. Diese Abweichung wird über das Konto 0684 kompensiert, indem der aktive Überhang von Konto 0683, der aus einer abgeschlossenen Rückdeckungsversicherung resultiert, auf dem Konto 0684 ausgewiesen wird. Die zum Ausgleich der Bilanz erforderliche Gegenbuchung erfolgt auf dem Konto 1604.

Ausgehend von Empfehlungen des Instituts der Wirtschaftsprüfer (IDW) schlagen wir für die Bilanzierung einer kongruenten bzw. vollen Rückdeckungsversicherung folgende Vorgehensweise vor (vgl. Mitteilungsblatt „Betriebliche Altersversorgung“, 3/2007; S. 230 bis 236):

28

➤ Primat des Passivpostens:

Die Ermittlung der Höhe der Rückstellungen erfolgt gemäß den Vorgaben der KK-AltRückV. Die zu aktivierenden Ansprüche (Forderungen) aus der Rückdeckungsversicherung werden auf den Wert der korrespondierenden Altersversorgungsverpflichtung beschränkt, da die Rückdeckungsversicherung die Altersversorgungsverpflichtungen in der Regel nicht überkompensiert. Beim Passivprimat wird somit der Wert der Verpflichtung auch für die Rückdeckungsversicherung angesetzt (vgl. hierzu Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) RH FAB 1.021).

Auch die Rechnungslegung folgt bei der Bilanzierung rückgedeckter Versicherungen dem Primat des Passivpostens.

Bei einer kongruent rückgedeckten Direktzusage bleibt die Krankenkasse unmittelbar einstandspflichtig, auch wenn die Versicherung die Zahlungen an die ehemals Beschäftigten übernimmt.

29

Somit ist das Deckungskapital, das die Rückdeckungsversicherung aufgebaut hat, unter Konto 0683 und ggf. unter Konto 0684 auszuweisen, während die zugesagten Verpflichtungen als Altersrückstellungen unter Konto 1603 und ggf. unter 1604 zu passivieren sind. Der Begriff der kongruenten Rückdeckung ist nicht mit dem Begriff der Ausfinanzierung gleichzusetzen. Die Ausfinanzierung setzt voraus, dass z. B. auch Beihilfeansprüche abgedeckt sind.

Bei der partiell rückgedeckten Direktzusage sind nicht alle Leistungsarten abgedeckt, bzw. nicht vollumfänglich ausfinanziert. Somit ist es u. U. erforderlich, dass das versicherungsmathematische Gutachten die ausfinanzierten und nicht ausfinanzierten Leistungsarten separat bewertet und dementsprechend das für die nicht ausfinanzierten Leistungsarten zu bildende Deckungskapital separat ermittelt. Der Grund für dieses Verfahren ist darin zu sehen, dass das Versicherungsunternehmen bei einer partiellen Rückdeckungsversicherung lediglich verpflichtet ist, die im Vertrag festgelegten Versorgungsleistungen zu tragen. 30

Für eine kongruent rückgedeckte Unterstützungskassenzusage ist keine Bilanzierung erforderlich. 31

Bei einer partiell rückgedeckten Unterstützungskassenzusage gelten die unter RdNr. 30 getätigten Ausführungen entsprechend.

3. Kontenrahmen: (Stand: BMG-Erlass vom 9. August 2024)

Die Bestimmungen des Kontenrahmens als Anlage 1 zu § 25 Absatz 2 Nr. 1 SRVwV sind maßgeblich für den Ausweis der entsprechenden Sachverhalte und der Leitfaden kann ausschließlich erläuternden Charakter haben. Notwendige Präzisierungen von Buchungsbestimmungen sind ausschließlich im Kontenrahmen selbst vorzunehmen. Die für die Bilanzierung von Altersrückstellungen von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß dem Kontenrahmen zu verwendenden Konten sind aus Gründen der Übersichtlichkeit als **Anlage 1** dem Leitfaden beigelegt. 32

4. Ergänzende Anmerkungen zu den einschlägigen Bestimmungen des Kontenrahmens der GKV

Konto 0681:

33

§ 12 SVRV umfasst die Rückstellungen zur Finanzierung der betrieblichen Altersversorgungsansprüche, die vor dem 1. Januar 2050 fällig werden. Dazu gehört auch das bei einer Rückdeckungsversicherung angesparte Deckungskapital. Altersrückstellungen und Deckungskapital sind in gleicher Höhe zu buchen (Aktiva gleich Passiva). Es gilt das Primat des Passivpostens. Wir empfehlen, die Einzelheiten zu den abgeschlossenen Rückdeckungsversicherungen im Anhang C zur Jahresrechnung darzustellen.

Konto 0683:

34

Rückstellungen und Deckungskapital sind in gleicher Höhe zu bilden (Aktiva gleich Passiva). Es gilt das Primat des Passivpostens.

Soweit Direkt- oder Unterstützungskassenzusagen kongruent rückgedeckt werden und gemäß § 170 Absatz 1 Satz 3 SGB V ausfinanziert sind, ist kein Deckungskapital aufzubauen. Bei der partiellen Rückdeckung einer Direkt- oder einer Unterstützungskassenzusage muss die Krankenkasse den nicht rückgedeckten Teil der Altersrückstellungen passivieren und in entsprechender Höhe ergänzend Deckungskapital aufbauen. Da die Ausfinanzierung bis spätestens 31. Dezember 2049 gewährleistet sein muss, ist der bislang erreichte Aufbau des ergänzenden Deckungskapitals zu bilanzieren. Wir empfehlen, die Einzelheiten zu den abgeschlossenen Rückdeckungsversicherungen im Anhang C zur Jahresrechnung darzustellen.

Wir weisen auf die Zweckbindung der Mittel des Deckungskapitals zur Finanzierung der Altersversorgungsverpflichtungen hin. Entnahmen, Umwidmungen oder Umbuchungen aus dem Deckungskapital zur Finanzierung der Altersversorgungsverpflichtungen nach § 170 SGB V sind daher nur in Ausnahmefällen zulässig (vgl. RdNr. 78). Wir empfehlen stattdessen, bei Überversorgung die Höhe der jährlichen Zuführungen zu reduzieren. Umwidmungen sind unseres Erachtens keine nachhaltigen Lösungsansätze und in § 170 SGB V nicht vorgesehen.

Konto 0684:

35

Das Primat des Passivpostens besagt, dass die zu aktivierenden Forderungen aus der Rückdeckungsversicherung auf den Wert der korrespondierenden Altersversorgungs- verpflichtungen beschränkt werden. Aufgrund eines niedrigeren Zinssatzes nach der DeckRV ist der Aktivwert höher als die nach der KK-AltRückV berechneten Altersrück- stellungen (Rechnungszins von 4,25 %). Der dabei entstehende aktivische Überhang aufgrund einer abgeschlossenen Rückdeckungsversicherung ist unter diesem Konto auszuweisen.

Da auch für sogenannte „Altzusagen“ bzw. Altersversorgungszusagen nach § 12 SVRV ggf. Rückdeckungsversicherungen abgeschlossen worden sind, kann es hier u. U. (Konto 1681 und Konto 1600) zu einem aktivischen Überhang kommen. Dieser ist ebenfalls (vgl. Konto 0683 und Konto 1603) unter dem neu eingeführten Konto 0684 auszuweisen. Der bilanzielle Ausgleich erfolgt über das Konto 1604.

Konto 1600:

36

Auch wenn keine gesetzliche Verpflichtung zur Bildung von Altersrückstellungen nach § 12 SVRV besteht, haben Krankenkassen Altersrückstellungen zur Finanzierung der betrieblichen Altersversorgungsansprüche gebildet, die vor dem 1. Januar 2050 fällig werden. Diese sind hier zu buchen.

Konto 1603:

37

Hier werden die Altersrückstellungen zur Finanzierung betrieblicher Altersversorgungs- zusagen, die nach dem 31. Dezember 2049 fällig werden, gebucht. Die Krankenkasse hat die Rückstellungen zu bilden, die sie zur Finanzierung ihrer Versorgungszusagen benötigt. Rückstellungen und Deckungskapital sind in gleicher Höhe zu bilden (Aktiva gleich Passiva). Es gilt das Primat des Passivpostens.

Soweit Direkt- und Unterstützungskassenzusagen kongruent rückgedeckt werden und ein Nachweis des Rückdeckungsversicherers vorliegt, dass die arbeitsrechtliche Zu- sage der Krankenkasse durch den Versicherungsvertrag kongruent rückgedeckt ist, sind keine Rückstellungen zu bilden. Bei der partiellen Rückdeckung einer Direkt- oder Unterstützungskassenzusage muss die Krankenkasse den nicht rückgedeckten Teil der Altersrückstellungen passivieren und in entsprechender Höhe ergänzend Deckungska- pital aufbauen. Da die Ausfinanzierung bis spätestens 31. Dezember 2049 gewährleis- tet sein muss, ist der bislang erreichte Aufbau des ergänzenden Deckungskapitals zu

bilanzieren. Wir empfehlen, die Einzelheiten zu den abgeschlossenen Rückdeckungsversicherungen im Anhang C zur Jahresrechnung darzustellen.

Konto 1604:

38

Durch die alleinige Einführung des Kontos 0684 (ohne Konto 1604) wäre der Grundsatz Aktivseite gleich Passivseite nicht mehr beachtet gewesen, da bis dato kein Konto auf der Passivseite existierte, auf dem die Gegenbuchung zu Konto 0684 erfolgen konnte. Durch das Konto 1604 wird sichergestellt, dass die Mittel zur Finanzierung der Altersversorgungsverpflichtungen, soweit sie die unter dem Konto 1600 bzw. dem Konto 1603 ausgewiesenen Altersrückstellungen aufgrund einer abgeschlossenen Rückdeckungsversicherung übersteigen und unter dem Konto 0684 gebucht werden, ausschließlich zur Finanzierung der Altersrückstellungen verwendet und auf der Passivseite zweckentsprechend ausgewiesen werden und es so zu einem Bilanzausgleich kommt. Ebenso wird so vermieden, dass der aktivische Überhang zur „Verbesserung“ der Finanzlage genutzt wird.

5. Übersicht zur Bilanzierung des Deckungskapitals und der Rückstellungen nach § 170 SGB V i. V. m. der KK-AltRückV (bezogen auf die gesetzlichen Krankenkassen)

5.1 Durchführungsweg Direktzusage

5.1.1 ohne Rückdeckungsversicherung

39

	Buchungssätze:	Erläuterungen:
1.	7028 an 1603	Zuführungen zu den Altersrückstellungen (Passiva) gemäß dem versicherungsmathematischen Gutachten nach § 170 SGB V i. V. m. den Vorgaben der KK-AltRückV.
2.	0683 an z. B. 0002	Anpassung des Deckungskapitals (Aktiva) auf die Höhe der gebildeten Rückstellungen (Konto 1603). Es handelt sich hier um einen Aktivtausch. Es müssen Geldmittel aus den Girokonten in ein spezielles Girokonto bzw. Geldmittelkonto „umgebucht“ werden.

		<p>U. E. sollten die Mittel auf ein separates (Unter)Konto gebucht werden, welches ausschließlich der Absicherung der Beschäftigten, denen eine Direktzusage erteilt wurde, dient.</p> <p>Es sollte sichergestellt werden, dass diese Mittel im Falle einer möglichen Insolvenz ausschließlich zweckentsprechend verwendet werden dürfen (z. B. durch Verpfändung an den Beschäftigten).</p>
3.	0683 an 3033	Zinserträge aus der Anlage der Mittel aus dem Deckungskapital
4.	6033 an 1603	Passivierung der Zinserträge (lediglich buchungstechnische Bedeutung)

5.1.2 mit Rückdeckungsversicherung (kongruente Rückdeckung)

40

	Buchungssätze:	Erläuterungen:
1.	7016 an z. B. 0002	Zahlung der Beiträge (Aufwand) zur Rückdeckungsversicherung
2.	7028 an 1603	Zuführungen zu den Altersrückstellungen (Passiva) gemäß dem versicherungsmathematischen Gutachten nach § 170 SGB V i. V. m. den Vorgaben der KK-Alt-RückV.
3.	0683 an 7016	Erhöhung des Aktivwertes (Ertrag) aus der Rückdeckungsversicherung. Erhöhung unter diesem Konto kann nur infolge aktueller Gutachtenwerte für Altersrückstellungen erfolgen.
4.	0684 an 0683	Aufgrund einer abgeschlossenen Rückdeckungsversicherung wird der aktivische Wert in aller Regel höher sein als der Wert der Altersrückstellungen der gemäß dem versicherungsmathematischen Gutachten nach § 170 SGB V i. V. m. den Vorgaben der KK-AltRückV zu passivieren ist. Der aktivische Überhang wird auf dem Konto 0684 eingebucht.
5.	7028 an 1604	Angleichung des Ausgleichskontos 1604 auf der Passivseite. Durch diese Buchung wird dem Grundsatz Aktivseite gleich Passivseite entsprochen.

Es ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass „Kongruenz“ nur dann vorliegt, ... „wenn die aus ihr erfolgten Zahlungen sowohl hinsichtlich der Höhe als auch der Zeitpunkte deckungsgleich sind mit den Zahlungen an den Versorgungsberechtigten.“ (vgl. IDW RS HFA 30, RdNr. 74, Stand: 16. Dezember 2016). Der Nachweis einer kongruenten Rückdeckungsversicherung kann nicht durch den Arbeitgeber selbst erfolgen, sondern muss durch die Rückdeckungsversicherung bestätigt werden. Liegt dem Arbeitgeber der Nachweis einer kongruenten Rückdeckungsversicherung vor und kann gemäß § 170 Absatz 1 Satz 3 SGB V die Ausfinanzierung nachgewiesen werden, müssen die oben unter Punkt 5.1.2 beschriebenen Buchungssätze nur einmalig erfolgen.

5.1.3 mit Rückdeckungsversicherung (partiell)

41

- Der Teil der nachweislich kongruent rückgedeckt ist, wird wie unter Punkt 5.1.2 gebucht.
- Der Teil, der nicht rückgedeckt ist, wird wie unter Punkt 5.1.1 gebucht.

5.2 Durchführungsweg Unterstützungskasse

42

5.2.1 Kongruente Rückdeckungsversicherung

Keine Bilanzierung erforderlich, wenn damit die Ausfinanzierung gewährleistet ist (vgl. RdNr. 48). Die Beiträge an die Rückdeckungsversicherung müssen bilanziell über das Konto 7016 erfasst werden.

5.2.2 Partielle Rückdeckungsversicherung

- Der Teil, der nachweislich kongruent rückgedeckt ist, ist nicht bilanzierungspflichtig. Die Buchung der Beitragszahlung erfolgt über Konto 7016.
- Der Teil, der partiell rückgedeckt ist, ist wie unter 1.1 zu buchen.

Grundsatz: Es müssen stets insoweit Rückstellungen gebildet werden, als wegen nicht ausreichender Zahlungen an die Unterstützungskasse noch eigene Verpflichtungen der Krankenkasse bestehen (BR-Drs. 283/11 S. 5 zu § 2 KK-AltRückV).

5.3 Durchführungsweg Pensionsfonds

43

keine Bilanzierung

Buchung der Beitragszahlung über Konto 7015

5.4 Durchführungsweg Pensionskasse	44
keine Bilanzierung	
Buchung der Beitragszahlung über Konto 7022	
5.5 Durchführungsweg Direktversicherung	45
keine Bilanzierung	
Buchung der Beitragszahlung über Konto 7015	
6. Übersicht zur Bilanzierung des Deckungskapitals und der Rückstellungen nach § 12 SVRV (bezogen auf die gesetzlichen Krankenkassen)	46

Zur besseren Übersicht und Transparenz werden im Folgenden auch die Buchungssätze gemäß § 12 SVRV bei einer Direktzusage kurz beschrieben. Auch „Altzusagen“ können durch eine Rückdeckungsversicherung abgesichert sein:

6.1 ohne Rückdeckungsversicherung:

	Buchungssätze	Erläuterungen
1.	7023 an 1600	Siehe jeweils Erläuterungen zu den Buchungssätzen gemäß § 170 SGB V.
2.	0681 an z. B. 0002	
3.	0681 an 3031	
4.	6031 an 1600	

6.2 mit Rückdeckungsversicherung (kongruente Rückdeckung):

	Buchungssätze	Erläuterungen
1.	7016 an z. B. 0002	Siehe jeweils Erläuterungen zu den Buchungssätzen gemäß § 170 SGB V.
2.	7023 an 1600	
3.	0681 an 7016	
4.	0684 an 0681	
5.	7023 an 1604	

Auch hier muss eine Rückbuchung erfolgen, falls der Ausweis des aktivischen Überhangs aufgrund einer abgeschlossenen Rückdeckungsversicherung bis dato auf der Passivseite im Reinvermögen erfolgte.

6.3 mit Rückdeckungsversicherung (partielle Rückdeckung):

- Der Teil, der nachweislich kongruent rückgedeckt ist, wird wie unter Punkt 6.2 gebucht.
- Der Teil, der nicht kongruent rückgedeckt ist, wird wie unter Punkt 6.1 gebucht.

7. Jahresrechnung

Soweit die jeweiligen Fallkonstellationen der Krankenkassen nicht hinreichend genug in der Jahresrechnung dargestellt werden können, sind die ausgewiesenen Beträge im **Anhang** zur Jahresrechnung nach § 29a SVHV zu erläutern (vgl. Teil C Anhang zur Jahresrechnung).

47

Prüfung der Jahresrechnung:

Gemäß § 77 Absatz 1a Satz 5 SGB IV ist die Jahresrechnung der gesetzlichen Krankenkassen durch eine Wirtschaftsprüfung oder vereidigte Buchprüfung zu prüfen und testieren zu lassen. Dies umfasst auch die Prüfung der Altersrückstellungen gemäß § 170 SGB V. Nach Durchsicht der Jahresrechnungen wird ersichtlich, dass in Einzelfällen bei Wirtschaftsprüfungen der Jahresrechnung der gesetzlichen Krankenkassen primär die Prüfmaßstäbe des Handelsgesetzbuches (HGB) und nicht die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften angewendet werden. Das gilt auch für die Bewertung und Prüfung der Bilanzierung der Altersversorgungsverpflichtungen gemäß § 170 SGB V.

48

Der § 77 Absatz 1a Satz 4 SGB IV verweist auf die Rechtsverordnung nach § 78 Satz 1 SGB IV. § 78 SGB IV lautet:

„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für die Sozialversicherungsträger mit Ausnahme der Bundesagentur für Arbeit Grundsätze über die Aufstellung des Haushaltsplans, seine Ausführung, die Rech-

nungsprüfung und die Entlastung sowie die Zahlung, die Buchführung und die Rechnungslegung zu regeln. Die Regelung ist nach den Grundsätzen des für den Bund und die Länder geltenden Haushaltsrechts vorzunehmen; sie hat die Besonderheiten der Sozialversicherung und der einzelnen Versicherungszweige zu berücksichtigen.“

Bezogen auf die Prüfung der Altersrückstellungen in den Jahresrechnungen sind somit für die Wirtschaftsprüfungen neben den allgemeinen Vorschriften in der gesetzlichen Krankenversicherung (SVHV, SVRV, SRVwV) vor allem die KK-AltRückV sowie der Kontenrahmen für die gesetzliche Krankenversicherung und die dort genannten Bestimmungen für die Verbuchung der Altersrückstellungen gemäß § 170 SGB V maßgebend.

VI. Versicherungsmathematische Vorgaben

Die Höhe des Deckungskapitals, der Altersrückstellungen und des erforderlichen jährlichen Zuweisungsbetrages sind nach § 4 Absatz 3 KK-AltRückV bei wesentlichen Änderungen der Berechnungsgrundlagen (z. B. bei Veränderungen der versicherungsmathematischen Vorgaben gemäß § 3 KK-AltRückV oder einer Fusion), spätestens aber alle fünf Jahre, zu überprüfen. Der Zuweisungsbetrag ist ggf. anzupassen.

49

1. Rechnungszins nach § 3 Absatz 2 Nr. 1 KK-AltRückV

Der Rechnungszins in Höhe von 4,25 % orientiert sich an dem Zinssatz der Verordnung zur Bildung von Altersrückstellungen durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger (Unfallversicherungs-Altersrückstellungsverordnung - UV-AltRückV) und wurde so gewählt, um einen einheitlichen Rechnungszins innerhalb der Sozialversicherung festzulegen. Eine Überprüfung der Vorgaben der UV-AltRückV erfolgte 2014; ein Anpassungsbedarf hinsichtlich der versicherungsmathematischen Vorgaben wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) als ehemaligen Verordnungsgeber nicht gesehen.

50

Das BAS als Verordnungsgeber der KK-AltRückV hat nach Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband die versicherungsmathematischen Vorgaben bislang nicht geändert. Unabhängig davon behält sich der Verordnungsgeber vor, eine Prüfung und Anpassung des Rechnungszinses vorzunehmen, sollte dies z.B. aufgrund einer langfristig anhaltenden Zinsentwicklung für notwendig erachtet werden.

Der Rechnungszins der KK-AltRückV verweist nicht auf den jeweils aktuellen Rechnungszins gemäß § 253 Absatz 2 Satz 2 und Satz 4 HGB (sog. BilMoG-Zins), da hier lediglich ein Wahlrecht wiedergegeben wird, anstelle der tatsächlichen Laufzeit auf eine Restlaufzeit von 15 Jahren abzustellen. Es besteht also nach HGB die Möglichkeit, verschiedene Zinssätze je nach Laufzeit zu wählen. Somit wäre nicht sichergestellt, dass die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände einen einheitlichen Rechnungszins verwenden, was wiederum Voraussetzung ist, damit die versicherungsmathematischen Berechnungen vergleichbar sind.

Sinn und Zweck des Rechnungszinses ist es nicht, dass es zu einer regelmäßigen Anpassung an den Kapitalmarktzins kommt. Der Rechnungszins soll die langfristige und nicht die aktuelle Zinsentwicklung widerspiegeln.

Beim Rechnungszins handelt es sich um einen langfristigen Zins, der sich nach den Vorgaben der KK-AltRückV insgesamt noch auf eine Zeitspanne von derzeit ca. 25 Jahren bezieht. Es handelt sich nicht um einen Kapitalmarktzins, sondern um einen kalkulatorischen Zins.

Der Rechnungszins nach der KK-AltRückV beschreibt die gesetzlichen Mindestanforderungen. Soweit ein Sozialversicherungsträger aufgrund einer andauernden Niedrigzinsphase einen niedrigeren Rechnungszins für erforderlich erachtet und die Höhe der Zuführungen danach ausrichtet, würde das BAS als Aufsichtsbehörde der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger dieses nach Abstimmung aufsichtsrechtlich tolerieren.

2. Lebenserwartung (§ 3 Absatz 3 Satz 1 KK-AltRückV)

Die pauschale Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung um vier Jahre, bezogen auf das Jahr 2049, führt letztendlich zu einer Erhöhung des zu bildenden Deckungskapitals und analog der zu bildenden Rückstellungen. Die KK-AltRückV nimmt die absehbare und realistische Entwicklung einer immer weiter ansteigenden durchschnittlichen Lebenserwartung vorweg. Dadurch wird allerdings das damit einhergehende Langlebkeitsrisiko, also das Risiko, dass eine Person länger lebt als erwartet, reduziert.

51

3. Beihilfeverpflichtungen (§ 3 Absatz 3 Satz 3 KK-AltRückV)

Da die Höhe der erwarteten Beihilfeaufwendungen von der Altersstruktur der versorgungserhaltenden Person abhängig ist, besteht die Notwendigkeit einer gesonderten Berechnung des Barwertes der Beihilfeverpflichtungen (vgl. Verordnungsbegründung zu § 2 KK-AltRückV - BR-Drs. 283/11).

52

Die Beihilfeverpflichtungen erfassen neben den ab 1. Januar 2050 vorhandenen versorgungserhaltenden Personen auch die dann gegenwärtig Beschäftigten mit Anspruch auf Versorgung. Ebenso erfasst die KK-AltRückV auch die Beihilfeverpflichtungen gegenüber den Tarifbeschäftigten bzw. gegebenenfalls gegenüber deren Hinterbliebenen.

53

Was unter "Beihilfeleistung" verstanden wird bzw. was darunter fällt, ist in § 80 Bundesbeamtengesetz (BBG) geregelt.

Nach § 80 Absatz 3 BBG sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen im Krankheits- und Pflegefall, zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten oder z.B. in Geburtsfällen beihilfefähig.

Ob Beihilfeverpflichtungen bestehen, hängt ausschließlich von der arbeitsrechtlichen Verpflichtung des Arbeitgebers gegenüber seinen Beschäftigten ab. Nur wenn die arbeitsrechtliche Verpflichtung auf Beihilfe besteht, müssen zwingend Altersrückstellungen gebildet werden.

Es geht um die Frage, ob bei den gesetzlichen Krankenkassen entsprechende tarifvertragliche Regelungen, Dienstvereinbarungen oder betriebliche Übungen bestehen.

§ 170 SGB V differenziert bezüglich der Beihilfe nicht zwischen aktiv Beschäftigten und im Ruhestand Befindlichen. Daher müssen nach § 170 SGB V bei zugesagten Beihilfeleistungen gegenüber den Beschäftigten Altersrückstellungen gebildet werden.

Eine Beihilfeleistung im Krankheitsfall ist nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) keine betriebliche Altersversorgung i.S.v. § 1 Absatz 1 Satz 1 BetrAVG (vgl. Urteil vom 21. April 2009 – 3 AZR 285/07). Es handelt sich in dieser vom Arbeitgeber gegenüber den Beschäftigten abgegebenen Leistungszusage um keine Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung. Das BAG argumentiert, dass anknüpfend an das gesetzliche Rentenversicherungsrecht, die betriebliche Altersversorgung die Übernahme bestimmter biometrischer Risiken (z.B. Invalidität, Tod) voraussetzt. Das Krankheitsrisiko gehöre nicht zu diesen Risiken.

VII. Anlage der Mittel des Deckungskapitals

Das Achte Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (8. SGB IV-Änderungsgesetz – 8. SGB IV-ÄndG) trat zum 1. Januar 2023 in Kraft. Das Gesetz beinhaltet Änderungen im Vermögensrecht in Bezug auf die Anlage der Mittel des Deckungskapitals zur Finanzierung der Altersversorgungsverpflichtungen. § 170 Abs. 3 SGB V wurde aufgehoben. Die Anlage der Mittel des Deckungskapitals zur Finanzierung der Altersversorgungsverpflichtungen ist nunmehr in den §§ 80 ff. SGB IV geregelt. Grundlegende Hinweise hierzu enthält das Rundschreiben des BAS über die „Grundsätze für die Anlage und Verwaltung der Mittel der Sozialversicherungsträger“ vom 17. September 2023 (Az. 511-10111#00005#0002) bzw. in der jeweiligen aktuellen Fassung, das auf der Internetseite des BAS veröffentlicht ist. Das BAS bittet um Beachtung. 55

Da die Ausfinanzierung der Altersversorgungszusagen nach § 170 SGB V zum 1. Januar 2050 vorgesehen ist, empfiehlt sich aus Sicht des BAS eine mittel- bzw. langfristige Anlage - unter Berücksichtigung einer ausreichenden Liquidierbarkeit und der Abstimmung der Fälligkeitsstruktur -, um einen angemessenen Ertrag zu erzielen. 56

Der in der KK-AltRückV festgeschriebene Rechnungszins von 4,25 % ist eine theoretische Plangröße, die zur Ermittlung des Barwertes der Altersversorgungsverpflichtungen zum 31. Dezember 2049 im versicherungsmathematischen Gutachten heranzuziehen ist. Dies bedeutet nicht, dass bei der Anlage der Mittel des Deckungskapitals für Altersversorgungsverpflichtungen auch tatsächlich eine Rendite von 4,25 % erzielt werden muss. Wenn die erwirtschaftete Rendite unterhalb des in der KK-AltRückV festgeschriebenen Rechnungszinses liegt, muss ergänzend Deckungskapital zugeführt werden. Insbesondere ist zu beachten, dass sich der Rechnungszins auf den gesamten Ansparzeitraum bis 2049 bezieht. Es handelt sich nicht um einen Kapitalmarktzins, sondern um einen kalkulatorischen Zins. 57

VIII. FAQ-Häufig gestellte Fragen

Dieses abschließende Kapitel geht auf wiederkehrende Fragen zum Verständnis und zur richtigen Anwendung des § 170 SGB V, des § 12 SVRV und der KK-AltRückV ein, die von den Krankenkassen, ihren Verbänden oder deren Beauftragten an das BAS herangetragen werden. 58

Diese Fragen nehmen u. a. Bezug auf die Möglichkeit der Entnahme von zweckgebundenen Mitteln oder beschäftigen sich mit der Thematik von Rückdeckungsversicherungen.

a) Fragen zu zweckgebundenen Entnahmen

Nach § 170 Absatz 1 Satz 5 SGB V dürfen das Deckungskapital und korrespondierend die Rückstellungen nur zweckentsprechend verwendet bzw. aufgelöst werden. Zweckentsprechend heißt, dass Entnahmen ausschließlich für die späteren Renten-, Hinterbliebenen-, Invaliden- und Beihilfezahlungen zulässig sind. 59

In der Vergangenheit sind Krankenkassen an das BAS herangetreten, ob es mögliche Fälle und Konstellationen gibt, in denen der Versorgungszweck entfällt oder reduziert wird.

Hierzu möchten wir auf Folgendes hinweisen:

➤ **Tod ohne Auslösung von Hinterbliebenenleistung**

Die leistungsberechtigte Person stirbt, bevor sie Anspruch auf die zugesagten Leistungen hat und hinterlässt keine Hinterbliebenen, die Ansprüche auf die zugesagten Versorgungsleistungen haben. 60

In diesem Fall erlischt die Zweckbindung des Deckungskapitals nicht. Altersrückstellungen sind nicht personenbezogen, sondern bilanzbezogen. Daher bleibt die rechtliche Zweckbindung des Deckungskapitals erhalten.

➤ **Ausscheiden vor Erreichen der gesetzlichen Unverfallbarkeit**

Nach § 1b Absatz 1 Satz 1 BetrAVG bleibt einem Beschäftigten, dem Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung zugesagt worden sind, die Anwartschaft erhalten, wenn das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versorgungsfalls, jedoch nach Vollendung des 21. Lebensjahres endet und die Versorgungszusage zu diesem Zeitpunkt mindestens drei Jahre bestanden hat (unverfallbare Anwartschaften). Auf die Übergangsregelung des § 30f BetrAVG wird hingewiesen. **61**

Die Pflicht zur Bildung von Altersrückstellungen gemäß § 170 SGB V besteht erst ab Unverfallbarkeit der einzelnen Zusage. Besteht die gesetzliche Unverfallbarkeit von Anwartschaften, müssen Altersrückstellungen gemäß § 170 SGB V gebildet werden.

b) Fragen zur Behandlung von Rückdeckungsversicherungen

- **Gemäß § 4 KK-AltRückV wird der Zuweisungsbetrag auch unter Berücksichtigung eines Faktors „B“ (bereits gebildetes Deckungskapital) errechnet. Eine Krankenkasse hat bereits Rückstellungen vor dem 1. Januar 2010 bei einem Versicherungsunternehmen rückgedeckt abgesichert. Kann dieser Betrag oder ein Teilbetrag bei der Ermittlung der Höhe des Rückstellungsbetrages aufgrund der KK-AltRückV angerechnet werden?** **62**

Bei der Bildung von Altersrückstellungen können bereits gebildete Rückstellungen, die rückgedeckt abgesichert sind, angerechnet werden. Bei bereits gebildeten Rückstellungen für Versorgungszusagen, die ab dem 1. Januar 2050 fällig werden und die über eine Rückdeckungsversicherung kongruent abgesichert sind, muss kein Ausweis in der Jahresrechnung erfolgen, wenn gemäß § 170 Absatz 1 Satz 3 SGB V eine Ausfinanzierung (vollständige Deckung) durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachgewiesen wird. Liegt hingegen eine partielle Rückdeckungsversicherung vor (nicht alle biometrischen Risiken werden kongruent rückgedeckt abgesichert), dann muss der nicht rückgedeckte Teil in der Jahresrechnung ausgewiesen werden.

- **Kann eine verpfändete Rückdeckungsversicherung (Verpfändung an die versorgungsberechtigte Person) aus einer betrieblichen Direktzusage als Deckungskapital i. S. d. § 170 SGB V anerkannt werden?** 63

Bei der Bildung von Deckungskapital und Altersrückstellungen gemäß § 170 SGB V i. V. m. der KK-AltRückV wird eine verpfändete Rückdeckungsversicherung aus einer betrieblichen Direktzusage angerechnet (vgl. dazu Erläuterungen zu RdNr. 62).

- **Den Beschäftigten einer Krankenkasse wurden beitragsorientierte Leistungszusagen erteilt, die kongruent rückgedeckt wurden. Die von der Krankenkasse zugesagten Leistungen sind identisch mit den Leistungen aus der Rückdeckungsversicherung, die über Zuwendungen der Krankenkasse finanziert wird. Eine Abweichung kann jedoch bei den laufenden Rentenleistungen eintreten. So wird u.U. eine Rentensteigerung zur Anpassung der Betriebsrenten gemäß § 16 Absatz 3 Satz 1 BetrAVG zugesagt. Diese zugesagte Leistung der Rückdeckungsversicherung wird in der Regel über die erwirtschaftete Überschussbeteiligung sichergestellt. Auf Grund einer angespannten Lage an den Finanzmärkten und einer niedrigen Kapitalmarktverzinsung kann der Fall eintreten, dass die erwirtschaftete Überschussbeteiligung die zugesagte Rentenanpassung nicht decken wird. In der Praxis wird die Differenz der garantierten zugesagten Rentensteigerung und der Leistung aus den Überschüssen der Rückdeckungsversicherung über einen Einmalbetrag, den die Krankenkasse im Jahr des Auftretens der Differenz zu entrichten hat, nachfinanziert. Liegt in diesem Fall dennoch eine kongruente Rückdeckungsversicherung vor?** 64

Eine kongruente Rückdeckung liegt nur dann vor, wenn die Nachfinanzierung vertraglich geregelt ist und somit die Pflicht für den Arbeitgeber besteht, die Differenz im Jahr des Auftretens nachzuzahlen.

- **Für die Jahresrechnung 2021 wurde einer Krankenkasse die Bestätigung erteilt, dass für die betriebliche Altersversorgung eine kongruente Rückdeckung vorliegt. Daher hat die Krankenkasse für das Geschäftsjahr 2021 keine Buchung getätigt. Auf Grund der niedrigen Kapitalmarktverzinsung und der** 65

daraus resultierenden niedrigen Rendite des Rückdeckungsversicherers wurde der Krankenkasse für die Jahresrechnung 2022 die Bestätigung der kongruenten Rückdeckung nicht mehr erteilt.

Der Barwert der rückzudeckenden Leistung (Passivwert) beträgt 1.000.000 € und der Barwert der rückgedeckten Leistung beträgt 850.000 € (Anm.: Die Zahlen dienen als Beispiel und wurden verändert). Somit besteht eine Unterdeckung in Höhe von 150.000 €. Wie muss für das Geschäftsjahr 2022 gebucht werden?

1. Variante:

Nur der Teil der betrieblichen unmittelbaren Versorgungszusagen muss bilanziell erfasst werden, der nicht kongruent rückgedeckt ist. Ausgehend von dem o.g. Zahlenbeispiel wäre das die aktuelle Deckungslücke in Höhe von 150.000 €. Da die Deckungslücke erst zum 31. Dezember 2049 geschlossen sein muss, sind ab dem Geschäftsjahr 2022 an jährlich 1.650,33 € (Berechnung entsprechend der Formel nach § 4 KK-AltRückV) dem Deckungskapital zuzuführen. Die Buchung für das Geschäftsjahr 2022 und für die folgenden Jahre sähe wie folgt aus:

- Buchung Deckungskapital	0683 an z.B. 0002	€ 1.650,33
- Buchung Verpflichtung	6033 an 1603	€ 1.650,33

Ferner ist es möglich, bereits heute die Deckungslücke in Höhe von 150.000 € auszufinanzieren. Dazu muss der abgezinste „heutige“ Barwert in Höhe von 30.846,14 € unter dem Konto 0683 dem Deckungskapital zugeführt werden und in gleicher Höhe Altersrückstellungen gebildet werden. Einmalige Buchung in 2022:

- Buchung Deckungskapital	0683 an z.B. 0002	€ 30.846,14
- Buchung Verpflichtung	6033 an 1603	€ 30.846,14

2. Variante:

Je nachdem, wie die Satzungsregelungen des Rückdeckungsversicherers aussehen und die Verträge zwischen der Krankenkasse und der Rückdeckungsversicherung geregelt sind, könnte die Krankenkasse die Deckungslücke auch durch eine Nachfinanzierung in Form einer Einmalzahlung leisten. Die Buchung würde dann als Beitragszahlung über das Konto 7015 in der Jahresrechnung 2022 verbucht.

c) Weitere Fragen

- **Haben Krankenkassen für Versorgungsansprüche, die bis zum 31. Dezember 2009 entstanden sind, im Sinne der KK-AltRückV Deckungskapital aufzubauen und Rückstellungen zu bilden?**

66

Gemäß § 170 SGB V i. V. m. der KK-AltRückV haben Krankenkassen seit dem 1. Januar 2010 die gesetzliche Verpflichtung für solche Versorgungszusagen und Beihilfeverpflichtungen bis spätestens 31. Dezember 2049 ein wertgleiches Deckungskapital aufzubauen und Rückstellungen zu bilden, die ab dem 1. Januar 2050 in Versorgungszusagen resultieren. Das heißt also z. B. für Rentenzahlungen an die Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger (ehemalige Beschäftigte mit unverfallbaren Anwartschaften), die ab dem 1. Januar 2050 fällig werden.

Für Versorgungsansprüche, die bis zum 31. Dezember 2009 entstanden sind, ist die KK-AltRückV ebenfalls anzuwenden, wenn z. B. Rentenzahlungen an die Beschäftigten ab dem 1. Januar 2050 fällig werden. Für Versorgungsansprüche, die bis zum 31. Dezember 2049 fällig werden, können Rückstellungen nach § 12 SVRV gebildet werden.

- **Wie ist der Ausdruck „Versorgungsansprüche“, die bis zum 31. Dezember 2009 entstanden sind, auszulegen? Erfolgt auch innerhalb ein- und derselben Zusage auf eine betriebliche Altersversorgung eine Differenzierung nach bis zum 31. Dezember 2009 und nach dem 31. Dezember 2009 erdienten Anwartschaften?**

67

Es erfolgt keine Differenzierung innerhalb ein- und derselben Zusage. Die KK-AltRückV gilt für alle Direktzusagen sowie für alle Zusagen auf eine betriebliche Altersversorgung, die von einer Unterstützungskasse durchgeführt wird, wenn diese Zusagen ab dem 1. Januar 2050 fällig werden.

- **Ist die KK-AltRückV für alle Krankenkassen einheitlich auszulegen oder gibt es Unterschiede zwischen zum 31. Dezember 2009 „PSV-pflichtigen“ und „nicht PSV-pflichtigen“ Durchführungswegen?**

68

Altersrückstellungen und Deckungskapital sind für unmittelbare Zusagen (Direktzusagen), für Zusagen der betrieblichen Altersversorgung, die von einer Unterstützungskasse

durchgeführt werden, sowie für Beihilfeverpflichtungen zu bilden. Es ist dabei unbedeutend, ob die dann beschrittenen Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung PSV-pflichtig sind oder nicht.

- **Ist die KK-AltRückV für alle Krankenkassen einheitlich auszulegen oder gibt es Unterschiede zwischen Krankenkassen, die zum 31. Dezember 2009 Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung waren, und solchen, die dies nicht waren?** 69

Ist eine Krankenkasse Mitglied in einer öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung und hat ihre Dienstordnungsangestellten z. B. über eine kommunale, regionale oder auf ein Bundesland begrenzte Versorgungseinrichtung abgesichert, werden die bereits getätigten Versorgungsleistungen - um eine Doppelbelastung der Krankenkassen zu vermeiden - berücksichtigt. Eine doppelte Kapitalbildung ist in jedem Fall zu vermeiden.

- **Eine Krankenkasse hat als Durchführungsweg der betrieblichen Altersversorgung eine Pensionskasse gewählt. Werden in diesem Fall lediglich die Beiträge zur Pensionskasse in den Verwaltungsaufwendungen erfasst?** 70

Krankenkassen, die als Durchführungsweg eine Pensionskasse gewählt haben, werden von der KK-AltRückV nicht erfasst.

Für Arbeitgeber bedeuten Zuwendungen an eine Pensionskasse Personalaufwand und dementsprechend Verwaltungsaufwand.

- **In § 170 SGB V heißt es, dass „durch mindestens jährliche Zuführungen“ Deckungskapital gebildet werden muss. Kann daraus abgeleitet werden, dass die Krankenkassen auch schneller Altersrückstellungen bilden können?** 71

Der jährliche Zuführungsbetrag zum Deckungskapital ergibt sich aus dem versicherungsmathematischen Gutachten entsprechend den Vorgaben der KK-AltRückV und dem Zuführungsplan. Den Krankenkassen ist es dabei überlassen, ob sie die Altersrückstellungen und entsprechend ein wertgleiches Deckungskapital schneller bilden und aufbauen,

als gesetzlich gefordert, und somit die Ausfinanzierung der Altersversorgungsverpflichtungen vorab nachweisen.

- **Müssen Altersversorgungsverpflichtungen, die mittelbar zugesagt worden sind, gemäß § 12 SVRV bilanziert werden?** 72

Mittelbare Versorgungszusagen der betrieblichen Altersversorgung (Direktversicherung, Pensionsfonds und Pensionskasse) müssen grundsätzlich weder nach § 170 SGB V noch nach § 12 SVRV bilanziert werden. Wir empfehlen jedoch, auch mittelbare Versorgungszusagen im Anhang C zur Jahresrechnung zu benennen, da bei mittelbaren Versorgungszusagen eine Finanzierungslücke entstehen kann und aufgrund der Subsidiärhaftung durch die Krankenkasse zu schließen ist (vgl. RdNr. 10).

- **Bei einer Krankenkasse wurden bereits Altersrückstellungen gemäß § 12 SVRV unter dem Konto 1600 gebildet. Können aus Gründen der Einfachheit Altersrückstellungen gemäß § 170 SGB V ebenfalls unter dem Konto 1600 ausgewiesen werden?** 73

Altersrückstellungen gemäß § 170 SGB V müssen nach dem Kontenrahmen unter dem Konto 1603 ausgewiesen werden. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass Altersrückstellungen nach § 170 SGB V zweckentsprechend erst ab dem 1. Januar 2050 aufgelöst werden dürfen. Altersrückstellungen gemäß § 12 SVRV können bereits heute zweckentsprechend aufgelöst werden. Entsprechendes gilt für den Ausweis auf der Aktivseite. Die Mittel für das Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen gemäß § 170 SGB V müssen unter Konto 0683 ausgewiesen werden.

- **§ 4 Absatz 3 Satz 1 der KK-AltRückV bestimmt, dass die Höhe des Deckungskapitals, der Altersrückstellungen und des erforderlichen Zuweisungsbetrages bei wesentlichen Änderungen der Berechnungsgrundlagen, spätestens aber alle fünf Jahren zu überprüfen sind. Fällt hierunter (Änderung der Berechnungsgrundlage) auch die Änderung / Anpassung der Sterbetafeln?** 74

Wesentliche Änderungen der Berechnungsgrundlage beziehen sich insbesondere auf Änderungen des § 3 KK-AltRückV (Änderung der versicherungsmathematischen Annahmen oder auf Änderungen im Personenbestand einer Krankenkasse (z.B. durch Fusion)). Die Verordnung macht keine Vorgaben, welche Sterbetafeln zu verwenden sind. Gemäß § 3 Absatz 1 KK-AltRückV hat die Berechnung der Barwerte den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum jeweiligen Berechnungszeitpunkt zu folgen. Folglich müssen die zum jeweiligen Berechnungszeitpunkt anerkannten Sterbetafeln zugrunde gelegt werden.

Es ist nicht erforderlich aufgrund der Veröffentlichung neuer Richttafeln unmittelbar die versicherungsmathematischen Gutachten anzupassen, zumal spätestens nach fünf Jahren die versicherungsmathematischen Gutachten zu aktualisieren sind. Entscheidend ist, dass zum jeweiligen Berechnungszeitpunkt die anerkannten versicherungsmathematischen Regeln beachtet werden.

➤ **Welche Altersrückstellungen werden von § 12 Absatz 1 SVRV und welche nach § 12 Absatz 1a SVRV erfasst?** 75

Das von 1999 bis 2009 bestehende Bilanzierungswahlrecht für die Bildung von Altersrückstellungen nach § 12 Absatz 1 SVRV (i. d. F. vom 15. Juli 1999) hat der Gesetzgeber durch Artikel 5 des GKV-OrgWG aufgehoben und zum 1. Januar 2010 in eine Bilanzierungspflicht umgewandelt. § 170 SGB V ist eine gegenüber § 12 Absatz 1 SVRV vorrangige Spezialregelung, die die Ausfinanzierung der Altersversorgungsverpflichtungen ab dem 1. Januar 2050 vorsieht.

Nach § 12 Abs. 1 SVRV ergibt sich die Möglichkeit, über § 170 SGB V hinaus Rückstellungen für Altersversorgungsverpflichtungen zu bilden. Auch wenn der Wortlaut der Vorschrift von einer Verpflichtung spricht („...ist eine Rückstellung zu bilden“), handelt es sich faktisch um ein Wahlrecht. Bis zu dem sogenannten "Höchstbetrag" ("nach dem für den jeweiligen Versicherungszweig geltenden versicherungsmathematisch ermittelten aktuellen Wert der späteren Zahlungen") ist es der bilanzierenden Krankenkasse freigestellt, wann und in welcher Höhe Rückstellungen gebildet werden.

Soweit für Verpflichtungen einer Krankenkasse, für die nach § 169 Abs. 1 SGB V der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haftet (Pensionsverpflichtungen, die bis zum 31.12.2009 entstanden sind), eine Zuführung zu den Rückstellungen erforderlich ist, darf

dieser Betrag gem. § 12 Abs. 1a SVRV wie das nach § 170 SGB V zu bildende Deckungskapital bis spätestens zum 31.12.2049 angesammelt werden.

- **§ 29a Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe f SVHV bestimmt die Angaben im Anhang zur Jahresrechnung im Zusammenhang mit Altersrückstellungen. Dort heißt es: „die Rückstellungen für Altersversorgungsverpflichtungen, das angewandte versicherungsmathematische Berechnungsverfahren sowie die grundlegenden Annahmen der Berechnung und der abweichende Barwert der Altersversorgungsverpflichtungen, sofern der in der Vermögensrechnung ausgewiesene Betrag zum Stichtag für die Jahresrechnung vom Barwert der Altersversorgungsverpflichtungen abweicht“. Ist unter dem abweichenden Barwert stets der Wert zu verstehen, der sich unter Abzug sämtlicher Altersversorgungsverpflichtungen ergibt, auch solcher, die nach Auffassung des BAS nicht bilanziert werden müssen bzw. nicht zu bilanzieren sind?**

76

Die Altersversorgungsverpflichtungen nach § 170 SGB V und § 12 SVRV sind gesondert in der Jahresrechnung auszuweisen. Für die Altersversorgungsverpflichtungen nach § 12 Absatz 1 SVRV ist jeweils der Höchstwert des Verpflichtungsumfangs zum jeweiligen Bilanzstichtag anzugeben, da hier kein Zeitpunkt der Ausfinanzierung vorgegeben ist. Nach § 170 SGB V ist der Barwert der Altersversorgungsverpflichtungen zum 31. Dezember 2049 maßgebend. Die Krankenkassen müssen durch gleichbleibende jährliche Zuführungen die Ausfinanzierung zum 31. Dezember 2049 erreichen. Der Nachweis der Ausfinanzierung zum Bilanzstichtag ist nicht erforderlich. Sollte eine Krankenkasse bereits zum jetzigen Zeitpunkt die Ausfinanzierung nachweisen (jährliche Zuführungen wären dann nicht mehr erforderlich), muss der jeweilige auf den Bilanzstichtag abgezinste Barwert der Altersversorgungsverpflichtungen als Deckungskapital ausgewiesen werden. Gemäß Datensatzbeschreibung zur elektronischen Meldung des Anhangs zur Jahresrechnung (Kontenrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Teil D) ist im Anhang zur Jahresrechnung ab dem Rechnungsjahr 2019 unter Punkt 3.2.3.1 der Barwert zum Bilanzstichtag auszuweisen. Ergänzend sollte in den Erläuterungen für die Altersversorgungsverpflichtungen nach § 170 SGB V der Barwert zum Stichtag 31.12.2049 gemäß aktuell gültigem Gutachten angegeben werden.

- **Sind Entnahmen aus dem Deckungskapital für Altersrückstellungen vor dem 1. Januar 2050 zulässig?** 77

Entnahmen aus dem Deckungskapital für Altersrückstellungen sind nur in Ausnahmefällen, wie beispielsweise im Zuge eines Durchführungswegwechsels von einem unmittelbaren auf den mittelbaren Durchführungsweg der betrieblichen Altersversorgung (beispielsweise von der Direktzusage auf die Pensionskasse) zulässig.

- **Die Krankenkasse hat eine Überdeckung bzw. Überdotierung des angesammelten Deckungskapitals zur Finanzierung der Altersversorgungsverpflichtungen zu verzeichnen. Wie ist in diesem Fall vorzugehen?** 78

Bei einer Überdeckung bzw. Überdotierung des angesammelten Deckungskapitals zur Finanzierung der Altersversorgungsverpflichtungen kann in den Folgejahren eine Reduzierung der Zuführungsbeträge zum Deckungskapital für Altersrückstellungen vorgenommen werden, um unzulässige Entnahmen bei Korrekturbedarf zu vermeiden.

- **Ist die um vier Jahre erhöhte Lebenserwartung gemäß § 3 Abs. 3 KK-Alt-RückV auch für die Berechnung des Barwertes anzusetzen oder findet diese Lebenserwartung nur für die Bestandsabgrenzung Anwendung?** 79

Für die aktuarielle Bewertung von Altersversorgungsverpflichtungen sind geeignete biometrische Annahmen erforderlich, die in die versicherungsmathematischen Barwertberechnungen eingehen. Die pauschale, um vier Jahre erhöhte Lebenserwartung ist grundsätzlich zu berücksichtigen (die aktuellen versicherungsmathematischen Sterbetafeln sind pauschal um vier Jahre zu erhöhen). Ist die Lebenserwartung für einen Personenkreis länger als der 31. Dezember 2049, fällt dieser Personenkreis in die Vorschrift des § 170 SGB V und es müssen Altersrückstellungen und entsprechendes Deckungskapital gebildet werden. Für diesen Personenkreis muss ein entsprechender Barwert ermittelt werden. Für den Personenkreis, welcher unter Zugrundelegung der um vier Jahre erhöhten Lebenserwartung vor dem 31. Dezember 2049 statistisch gesehen „verstirbt“, ist § 170 SGB V nicht anzuwenden. Wie genau das Langlebkeitsrisiko zu berücksichtigen ist, obliegt dem für die Erstellung des Gutachtens zuständigen Aktuar.

- **Sind Entnahmen aus Altersrückstellungen nach § 12 Abs. 1 SVRV zulässig?** 80

Entnahmen aus dem Deckungskapital zur Finanzierung der Altersversorgungsverpflichtungen nach § 12 Absatz 1 SVRV sind bereits jederzeit zulässig. Sie dürfen allerdings nach § 12 Absatz 1 Satz 4 SVRV nur zweckentsprechend aufgelöst werden.

Anlage

Auszug Kontenrahmen der GKV

Stand: BMG Erlass vom 9. August 2024

Konto 0681 (Mittel der Rückstellungen für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen):

„Hier werden die Mittel (Deckungskapital) zur Finanzierung der nach § 12 SVRV und § 172c SGB VII gebildeten Altersrückstellungen ausgewiesen. Dazu gehört auch das bei einer Rückdeckungsversicherung angesparte Deckungskapital. Altersrückstellungen und Deckungskapital sind in gleicher Höhe zu buchen (Aktiva gleich Passiva). Das Konto ist spätestens beim Rechnungsabschluss zu benutzen, ein unterjähriger Nachweis ist nicht vorgeschrieben.“

Konto 0683 (Mittel aus Deckungskapital gemäß § 170 SGB V):

„Hier werden die Mittel (Deckungskapital) zur Finanzierung der nach § 170 SGB V gebildeten Altersrückstellungen ausgewiesen. Dazu gehört auch das bei einer Rückdeckungsversicherung angesparte Deckungskapital. Das hier auszuweisende Deckungskapital ist in gleicher Höhe zu buchen wie die Altersrückstellungen unter Konto 1603. Das Konto ist spätestens beim Rechnungsabschluss zu benutzen, ein unterjähriger Nachweis ist nicht vorgeschrieben.“

Konto 0684 (Ergänzende Mittel aus Deckungskapital für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen aufgrund einer abgeschlossenen Rückdeckungsversicherung):

„Hier werden die Mittel zur Finanzierung der Altersversorgungszusagen gebucht, soweit sie die unter Konto 1600 und Konto 1603 ausgewiesenen Altersrückstellungen aufgrund einer abgeschlossenen Rückdeckungsversicherung übersteigen. Die Gegenbuchung erfolgt unter dem Konto 1604“.

Konto 1600 (Rückstellungen für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen):

„Hier werden die nach § 12 SVRV, § 172c SGB VII und § 7 SVLFGG gebildeten Altersrückstellungen gebucht“.

Konto 1603 (Rückstellungen für das Deckungskapital gemäß § 170 SGB V):

„Hier werden die nach § 170 SGB V gebildeten Altersrückstellungen zur Finanzierung betrieblicher Altersversorgungszusagen gebucht“.

Konto 1604 (Ausgleichskonto zu Konto 0684):

„Hier erfolgt zum Bilanzstichtag die Gegenbuchung zu Konto 0684. Die Mittel, die zur Finanzierung der Altersversorgung aufgrund einer abgeschlossenen Rückdeckungsversicherung die unter Konto 1600 und Konto 1603 ausgewiesenen Altersrückstellungen übersteigen und unter dem Konto 0684 gebucht werden, werden hier zweckentsprechend ausgewiesen“.

Konto 3031 (Zinsen aus Mitteln der Rückstellungen für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen):

„Hier sind die aus der Anlage der Mittel der Rückstellungen für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen erzielten Zinserträge, soweit Zuführungen aufgrund der noch nicht ausfinanzierten Rückstellungen erforderlich sind, zu buchen.“

Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 0681 im Soll vorzunehmen. Die Vermögensveränderung ist über das Konto 6031 zu passivieren.

Konto 3033 (Zinsen aus dem Deckungskapital gemäß § 170 SGB V):

„Hier sind die aus der Anlage der Mittel aus dem Deckungskapital gemäß § 170 SGB V erzielten Zinserträge, soweit Zuführungen aufgrund der noch nicht ausfinanzierten Rückstellungen erforderlich sind, zu buchen.“

Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 0683 im Soll vorzunehmen. Die Vermögensveränderung ist über das Konto 6033 zu passivieren.

Konto 6031 (Zuschreibungen zu Rückstellungen für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen):

„Zur Passivierung der Zinserträge aus den Rückstellungen für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen sind hier die unter dem Konto 3031 gebuchten Zinserträge im Soll zu buchen. Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 1600 im Haben vorzunehmen.“

Konto 6033 (Zuschreibungen zu Rückstellungen für das Deckungskapital gemäß § 170 SGB V):

„Zur Passivierung der Zinserträge aus den Rückstellungen für das Deckungskapital gemäß § 170 SGB V sind hier die unter dem Konto 3033 gebuchten Zinserträge im Soll zu buchen.“

Konto 7023 (Zuführungen zu und Entnahmen aus den Altersrückstellungen nach § 12 SVRV, § 172c SGB VII und § 7 SVLFGG)

Konto 7028 (Zuführungen zu und Entnahmen aus den Altersrückstellungen nach § 170 SGB V)