

Abhandlungen

Geza von Puskás, München

Die neue Zusatzversorgung – Erste Erfahrungen aus dem kommunalen und kirchlichen Bereich –*

Ein Jahr nach der Systemumstellung der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes vom Gesamtversorgungs- auf das neue Punktesystem ist es Zeit, eine erste Bilanz zu ziehen. Ziel der heutigen Veranstaltung ist es nicht, auf die Neugestaltung der Zusatzversorgung einzugehen. Dies ist bereits in mehreren Veranstaltungen sowie einer ganzen Serie von Fachveröffentlichungen ausführlich geschehen¹. Vielmehr soll heute über die ersten Erfahrungen berichtet werden.

1. Die Pflichtversicherung

1. Die Systemumstellung

Mit den Tarifverträgen über die betriebliche Altersversorgung des öffentlichen Dienstes vom 1. März 2002 haben die Tarifvertragsparteien den Startschuß für eine Umstellungsaktion gegeben, die in der betrieblichen Altersversorgung ohne Beispiel sein dürfte. Um nicht auf Jahrzehnte hinaus neben dem neuen Punktesystem das bisherige Gesamtversorgungssystem weiterpflegen zu müssen, wurde die Grundsatzentscheidung getroffen,

- die laufenden Renten weiter zu zahlen und jährlich mit 1 v.H. zu dynamisieren sowie
- die Anwartschaften zum Umstellungsstichtag am 31.12.2001 in Form von Startgutschriften betragsmäßig festzustellen und in das Punktemodell zu transferieren.

Während sich die Umstellung der 875.000 Renten der kommunalen und kirchlichen Kassen relativ einfach bewältigen ließ, waren und sind mit der Ermittlung der Startgutschriften der bestehenden Anwartschaften erhebliche Schwierigkeiten mengenmäßiger und sachlicher Art zu überwinden. Hier gilt es folgendes Mengengerüst abzarbeiten:

- 400.000 Berechnungen für rentennahe Jahrgänge ab Alter 55,
- 2,4 Mio. Berechnungen für rentenferne Jahrgänge sowie
- 2,1 Mio. Berechnungen für beitragsfrei Versicherte.

* Vortrag gehalten auf der Tagung der Fachvereinigung Öffentlich-Rechtliche Altersversorgungseinrichtungen am 13.3.2003 in Stuttgart.

1 von Puskás, BetrAV 2001 S. 309 ff., BetrAV 2002 S. 21 ff.; BetrAV 2002 S. 616 ff. (= ZTR 2002 S. 512 ff.); Stephan, ZTR 2002 S. 49 ff. und S. 150 ff.; Fieberg, BetrAV 2002 S. 230 ff.; Engbroks, BetrAV 2002 S. 519 ff.; Peters, BetrAV 2002 S. 512 ff.; Wein, BetrAV 2002 S. 523; Hügelschäffer, BetrAV 2002 S. 237 ff.; Langenbrinck/Mühlstädt, „Betriebsrente der Beschäftigten des öffentlichen Dienstes“, 2002.

Bei den rentennahen Jahrgängen erfolgt eine konkrete Rentenberechnung anhand von Rentenauskünften der gesetzlichen Rentenversicherung zum Stand 31.12.2001, während bei den rentenfernen Jahrgängen ein pauschaliertes Berechnungsverfahren auf der Grundlage von § 18 Abs. 2 BetrAVG durchzuführen ist. Die Berechnung der Startgutschriften für rentennahe Jahrgänge entspricht dem vollen Arbeitsaufwand für eine normale Rentenberechnung. Die Kapazität aller kommunalen und kirchlichen Kassen für die Einweisung von Versorgungsrenten belief sich vor der Systemumstellung auf ca. 60.000 Festsetzungen von Versorgungsrenten pro Jahr. Danach hätte allein die Abarbeitung dieses Bestandes – gemessen an den bisherigen Möglichkeiten der Kassen – mehr als 6 Jahre betragen müssen. Ein derartig langer Umstellungszeitraum wäre allerdings mit dem Interesse der Versicherten, möglichst rasch Klarheit über ihre Versorgungssituation zu erhalten, kaum vereinbar gewesen. Die Kassen haben daher einen Zeithorizont bis Ende 2004 ins Auge gefaßt, um die Umstellung bis dahin abzuschließen. Ein früherer Termin wäre schon deshalb unrealistisch gewesen, weil die Kassen bei der Umsetzung der rentennahen Versicherten auf Auskünfte der Rentenversicherung angewiesen sind, die eine vorherige Kontenklärung voraussetzen. Nach Abklärung des formalen Verfahrens und der Gestaltung der Antragsvordrucke erklärten sich die Rentenversicherungsträger bereit, die bis zum Ende September 2002 von den Versicherten zu stellenden Anträge² bis Ende 2003 zu bescheiden.

Allein diese Fakten mögen aufzeigen, daß zur Verwirklichung dieser Zeitplanung außerordentliche organisatorische, technische und personelle Anstrengungen erforderlich sind, zumal es galt, gleichzeitig die Einführung der freiwilligen Höherversicherung zur Pflichtversicherung mit diversen Produktvarianten bis Ende 2002 sicherzustellen (vgl. Abschnitt II).

2. Die Umsetzung

Die Einführung des neuen Punktemodells setzte zunächst voraus, daß die rechtlichen Grundlagen in den Kassensatzungen geschaffen werden. Grundlage hierfür war die Mustersatzung der AKA, die bereits vier Wochen nach dem Abschluß der Tarifverträge verabschiedet wurde. Zugleich mußten die versicherungstechnischen Grundlagen für die neue Pflichtversicherung in Form eines versicherungstechnischen Geschäftsplans in Angriff genommen werden, der inzwischen von einer Arbeitsgruppe der von den Kassen bestellten Verantwortlichen Aktiare erarbeitet worden ist. Damit sind die Grundlagen für die von den Tarifvertragsparteien konzipierte neue Pflichtversicherung in Form des Punktemodells bundesweit einheitlich gelegt worden.

Die organisatorische und technische Umsetzung ist indessen Aufgabe der einzelnen Kassen. Hierbei kam es zunächst darauf an, die Versicherten, die über die Medien, Gewerkschaften und Verbände über die Systemumstellung informiert waren, näher mit den Einzelheiten vertraut zu machen. Auch insoweit hat sich die Zusammenarbeit innerhalb der AKA für ihre Mitgliedskassen bewährt.

Da im nicht tarifgebundenen kirchlichen Bereich die Weichenstellung in Richtung Punktemodell schon vor der endgültigen Entscheidung der Tarifvertragsparteien erfolgt war, lag bereits ein Grundkonzept vor, auf dem die AKA aufbauen konnte. Die AKA setzte daher verschiedene Arbeitsgruppen ein, die sich neben einer Reihe von technischen Problemen auch auf der Grundlage von bereits vorliegenden Entwürfen zusammen mit einer Werbeagentur mit der Gestaltung der Printmedien befaßte, mit denen die Versicherten über die

2 Vgl. § 33 Abs. 4 S. 2 ATV/ATV-K.

Systemumstellung und die Vorzüge der freiwilligen Versicherung unterrichtet werden sollten. Den einzelnen Kassen blieb es überlassen, inwieweit sie dieses Informationsmaterial übernehmen und für ihre eigenen Belange kassenspezifisch ausgestalten wollten.

Neben diesem gemeinsam erarbeiteten Druckmaterial nutzen die Kassen alle weiteren Möglichkeiten der Information, z.B. durch Rundschreiben und Ausgestaltung ihrer Internetauftritte. Ein besonderes Schwergewicht wurde auf die Informationsveranstaltungen vor Ort gelegt. So haben die großen kommunalen und kirchlichen Zusatzversorgungseinrichtungen allein im 2. Halbjahr 2002 mit Hunderten von Veranstaltungen jeweils mehrere Zehntausende von Versicherten erreicht. Dieses Informationsangebot wurde schließlich durch die Einrichtung von Service-Centern abgerundet, die größtenteils mit versiertem Personal der Kassen besetzt wurden. Für Spitzenbelastungen durch individuelle Nachfragen im Zusammenhang mit dem Versand von Startgutschriften wurden zum Teil auch Dienste externer Dienstleister in Anspruch genommen, die in der neuen Zusatzversorgung allerdings erst vorher geschult werden mußten.

In der Zwischenzeit ist der Versand der Startgutschriften für die rentenfernen Versicherten, der – nach Beendigung der notwendigen umfangreichen DV-technischen Programmierungsarbeiten – bei den meisten Kassen ab Dezember des vergangenen Jahres begann, so gut wie abgeschlossen. Die rentennahen Jahrgänge sind derzeit in Arbeit. Hier gehen die Kassen in der Regel schrittweise vor. Teilweise ist ein Massenversand in den nächsten Monaten vorgesehen.

Die Durchführung all dieser Arbeiten zur Systemumstellung war mit dem bisherigen Personalbestand der Kassen nicht möglich. Verstärkt bzw. neu eingerichtet wurden die Bereiche Öffentlichkeitsarbeit, Schulung und Service-Center. Dabei wird zum großen Teil auch auf befristet neu eingestellte Beschäftigte zurückgegriffen, die für einfachere Arbeiten für die Dauer der Systemumstellung eingesetzt werden können.

3. Akzeptanz des neuen Punktemodells

Die ersten Erfahrungen zeigen, daß die neue Zusatzversorgung wegen ihrer besseren Transparenz und Kalkulierbarkeit starke Akzeptanz findet. Versicherte und Mitglieder stehen dem neuen Punktemodell durchweg positiv gegenüber, obgleich mitunter Unbehagen über die Ablösung des „guten alten Gesamtversorgungssystems“ und die hiermit verbundene Absenkung des Leistungsniveaus zu spüren ist.

Mit dem Versand der Startgutschriften werden für die Versicherten die persönlichen Auswirkungen der Systemumstellung erstmals deutlich. Die Fragen der Versicherten zielen größtenteils darauf ab, ob der Systemwechsel eine persönliche Schlechterstellung bedeutet. In diesem Zusammenhang stehen insbesondere die Besitzstandsregelungen und die Ermittlung der Startgutschriften im Vordergrund. Insbesondere Versicherte, die in der Vergangenheit Proberechnungen erhalten haben, sehen sich häufig bei einem Vergleich mit den ihnen zugegangenen Startgutschriften in ihren Erwartungen enttäuscht, wenn dort deutlich geringere Beträge ausgewiesen wurden. Seitdem geht bei den Kassen eine Fülle von Einsprüchen, z.T. in Form von Mustereingaben, ein. Hierzu ist jedoch anzumerken, daß frühere Proberechnungen nur eine Stichtagsbetrachtung nach dem damals geltenden Recht waren und unter dem Vorbehalt der Änderung der Rechtslage standen. Hierauf wurde stets ausdrücklich hingewiesen. Wegen der laufenden Änderung der Bezugssysteme (Beamtenversorgung, gesetzliche Rentenversicherung, Steuerrecht) und des tarifvertraglichen und satzungsgemäßen Änderungsvorbehalts konnte im Rahmen der früheren

Gesamtversorgung grundsätzlich kein Versicherter darauf vertrauen, daß er bei einem u.U. erst nach Jahren eintretenden Versicherungsfall die in der Proberechnung ausgewiesene Zusatzversorgung erhalten wird. Proberechnungen haben in der Vergangenheit also in der Regel keinen Vertrauensschutz erzeugt.

Die Fallkonstellationen, die typischerweise bisher Gegenstand von Eingaben und Einsprüchen waren, sind zwischenzeitlich von den Tarifvertragsparteien erörtert worden. In dem 2. Änderungstarifvertrag vom 12. März 2003 haben die Tarifvertragsparteien insbesondere bei schwerbehinderten Personen und bei vor der Umstellung vereinbarten Altersteilzeitfällen Korrekturen vorgenommen, um Hürden bei der Systemumstellung für diese Personenkreise zu beseitigen. Im übrigen haben sie in einer Niederschriftserklärung ausdrücklich die Rechtmäßigkeit der getroffenen Umstellungsregelungen bekräftigt³.

Die Systemumstellung hat bei der VBL und bei fast allen kommunalen Kassen – trotz Absenkung des Leistungsniveaus – zu einer deutlich höheren finanziellen Belastung der Arbeitgeber geführt. Diese ist auf die sich verschärfende Entwicklung der Rentenlasten zurückzuführen sowie auf das Bemühen, durch Zusatzbeiträge zu einer stärkeren Kapitaldeckung beizutragen und damit Umlagesprünge in der Zukunft zu vermeiden. Diese Mehrbelastungen stellen insbesondere für solche Dienstleistungsbereiche des öffentlichen Dienstes ein Problem dar, die im Wettbewerb stehen, wie z.B. Krankenhäuser sowie Verkehrs- und Versorgungsbetriebe. Aus der Beraterbranche werden daher auf Informationsveranstaltungen in den kommenden Monaten Alternativen zur Zusatzversorgung angeboten. Die in der AKA zusammengeschlossenen Kassen sind sich der Zwänge durchaus bewußt, denen sich diese Dienstleistungsbereiche gegenübersehen. Sie werden daher bis Mitte des Jahres differenzierte Lösungen im Rahmen der Zusatzversorgung anbieten, die im Vergleich zu einem Ausstieg wirtschaftlich wesentlich attraktiver sind. Daher kann vor vorschnellen Entscheidungen nur gewarnt werden.

Zusammenfassend läßt sich daher feststellen, daß der Informationsbedarf über die neue Zusatzversorgung nach wie vor ungebrochen ist und die Umstellungsregelungen auf dem Prüfstand der Rechtsprechung stehen werden. Hiermit haben die Tarifvertragsparteien im übrigen von vornherein gerechnet. Für den Fall, daß bestimmte Regelungen des ATV/ATV-K in der gefestigten Rechtsprechung keinen Bestand haben sollten, haben sie sich in einer Protokollerklärung zu den Tarifverträgen darauf verständigt, ggf. eine Regelung zu treffen, die mit den Zielen des neuen Punktemodells vereinbar ist. In diesem Fall werden die Zusatzversorgungskassen – wie bisher – ihre Satzungen entsprechend anpassen.

II. Die freiwillige Versicherung

Mit dem ATV/ATV-K vom 1. März 2002 haben die Tarifvertragsparteien aber nicht nur die Pflichtversicherung neu gestaltet, sondern die Zusatzversorgungseinrichtungen des öffentlichen Dienstes zugleich verpflichtet, im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung eine freiwillige Höherversicherung zur Pflichtversicherung einzuführen⁴. Die Tarifvertragsparteien haben es den Kassen überlassen, außerdem auch eine fondsgebundene Rentenversicherung anzubieten. Mit diesen Formen der fakultativen Aufbesserung der betrieblichen Altersversorgung sollten den Arbeitnehmerinnen und

³ Vgl. Abschnitt II, Nr. 1, 6 – 10 des 2. Änderungstarifvertrages zum ATV/ATV-K vom 12. März 2003.

⁴ Vgl. § 26 ATV/ATV-K; so jetzt ausdrücklich auch die gemeinsame Niederschriftserklärung der Tarifvertragsparteien in Abschnitt II Nr. 5 des 2. Änderungstarifvertrages zum ATV/ATV-K vom 12. März 2003.

Arbeitnehmern des öffentlichen Dienstes die gleichen Fördermöglichkeiten eingeräumt werden wie im privatwirtschaftlichen Bereich. Voraussetzung hierfür war die Systemumstellung, da diese Vorteile den Pflichtversicherten bei Fortsetzung des an der Beamtenversorgung orientierten Gesamtversorgungssystems ausdrücklich vorenthalten worden wären⁵.

1. Widerstände

Die Zusatzversorgungskassen sind diesem Auftrag der Tarifvertragsparteien zeitnah gerecht geworden. Innerhalb weniger Monate ist es gelungen, das Produkt der freiwilligen Höherversicherung zu entwickeln und den Versicherten der Kassen – trotz erheblicher Widerstände seitens der Versicherungswirtschaft – zur Verfügung zu stellen.

Gegen das Angebot der Zusatzversorgungskassen wurde aus Kreisen der Lebensversicherer eingewandt, daß es hierdurch zu einer Verfälschung des Wettbewerbs komme, da die Zusatzversorgungseinrichtungen des öffentlichen Dienstes nicht unter Versicherungsaufsicht stünden, sie daher nicht den einschlägigen Regelungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes unterlägen und damit zugleich gegen das europäische Wettbewerbs- und Beihilferecht verstießen. Besonders beanstandet wurde, daß die versicherungstechnischen Grundlagen, insbesondere die verwendeten Sterbetafeln und die Verzinsung angeblich nicht den allgemein geltenden aufsichtsrechtlichen Maßstäben entsprächen.

Die Versuche im letzten Jahr, noch vor Ende der laufenden Legislaturperiode die Zusatzversorgungseinrichtungen der Versicherungsaufsicht zu unterstellen, konnten abgewendet werden. Wäre es hierzu gekommen, so hätte dies zu Zeitverzögerungen geführt, die es den Zusatzversorgungseinrichtungen nicht mehr ermöglicht hätten, ihren Pflichtversicherten – wie von den Tarifvertragsparteien gewünscht – noch im Jahr 2002 ein Angebot zum Abschluß einer freiwilligen Versicherung zu unterbreiten. Damit hätten die Zusatzversorgungseinrichtungen dem tarifvertraglichen Auftrag nicht Rechnung tragen können, den Arbeitnehmern des öffentlichen Dienstes von vornherein die steuerliche Vorteile der „Riesterrente“ zu sichern.

Unabhängig hiervon haben sich AKA und VBL aber auch von der Sache her mit den Argumenten der Versicherungswirtschaft auseinandergesetzt. Hervorzuheben ist aus unserer Sicht, daß im Bereich der betrieblichen Altersversorgung ein Wettbewerb nur dort und nur insoweit bestehen kann, wo die Tarifvertragsparteien die betriebliche Altersversorgung für den Wettbewerb öffnen. Dies ist aber für den Bereich Pflichtversicherung und der freiwilligen Höherversicherung gerade nicht geschehen, da diese Aufgabe ausschließlich den bestehenden Zusatzversorgungseinrichtungen zugewiesen worden ist, die die Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes kraft Gesetzes oder öffentlichen Auftrags in ihrem Zuständigkeitsbereich durchführen. Es gibt daher weder einen Wettbewerb der Kassen untereinander, noch einen solchen zu Anbietern anderer Altersvorsorgeprodukte; denn ein Wettbewerb kann sich nur auf dem gleichen relevanten Markt abspielen. Die Durchführung der Altersversorgung teilt sich aber auf Anbieter verschiedener relevanter Märkte auf, nämlich auf die betriebliche Altersversorgung, die Lebensversicherung und auf die Anbieter des Finanzmarktes, die unter sehr unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen arbeiten. Nicht bestritten werden soll, daß diese unterschiedlichen Märkte natürlich um den gleichen Kunden konkurrieren, der sein Geld schließlich nur einmal ausgeben kann.

⁵ Vgl. § 10 a Abs. 1 Satz 4 EstG.

Ungeachtet dessen haben die Zusatzversorgungskassen selbst ein Interesse daran, daß auch die freiwillige Versicherung auf anerkannten versicherungsmathematischen Grundlagen beruht. Diese Grundlagen sind im Punktemodell von den Tarifvertragsparteien sowohl für die Pflichtversicherung als auch für die freiwillige Versicherung vorgeschrieben worden. Sie entsprechen im Ergebnis den allgemein üblichen Maßstäben bei den Pensionskassen. Die langfristige Finanzierbarkeit der zugesagten Leistungen ist durch entsprechende aktuarielle Sicherungsmechanismen sichergestellt und wird nicht nur durch die Kassengremien, sondern auch durch die Aufsichtsbehörden überwacht. Die Zusatzversorgungskassen sehen deshalb keinen Grund zur Unterstellung unter die Versicherungsaufsicht, zumal aufgrund ihrer Mitgliederstruktur die Gewähr für die jederzeitige Erfüllbarkeit der zugesagten Leistungen gegeben ist.

AKA und VBL haben darüber hinaus auch die EU-rechtlichen Aspekte der freiwilligen Versicherung durch einen anerkannten Experten überprüfen lassen, der – im Gegensatz zu einem anwaltlichen Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) – zu dem Ergebnis kommt, daß die Aufnahme der freiwilligen Versicherung durch die Zusatzversorgungskassen nicht gegen europäisches Recht verstößt⁶. In Absprache mit dem GDV ist das gesamte Material im Sommer des vergangenen Jahres der zuständigen Generaldirektion Wettbewerb in Brüssel zur Verfügung gestellt worden, ohne daß sie bis heute einen Anlaß für ein Einschreiten gesehen hat.

2. Produktentwicklung und Vermarktung

Trotz der tarifvertraglichen Vorgaben für die freiwillige Versicherung galt es jedoch, die rechtlichen und organisatorischen Maßnahmen für die freiwillige Versicherung zu schaffen. Für den kommunalen und kirchlichen Bereich wurde daher von der AKA auch für die freiwillige Versicherung eine Reihe von Arbeitsgruppen eingerichtet, die sich u. a. der Erarbeitung von Antrags- und Vertragsformularen sowie von Musterbedingungen widmeten, die inzwischen bundesweit der freiwilligen Versicherung zugrunde liegen. Gleichzeitig wurde der versicherungstechnische Geschäftsplan für die freiwillige Versicherung inhaltlich zwischen den Aktuarien abgestimmt. Zusammen mit der inzwischen geänderten Kassensatzung, die auf der Grundlage der AKA-Mustersatzung die Einführung der freiwilligen Versicherung vorsieht, waren damit bei jeder Kasse die Voraussetzungen für die aufsichtsbehördliche Genehmigung geschaffen.

Dementsprechend konnten die Versicherten der meisten Kassen im Frühherbst des Jahres 2002 nicht nur über die Systemumstellung, sondern zugleich über die Möglichkeiten der freiwilligen Versicherung informiert werden.

Zugleich mit den Druckschriften mußten auch die DV-technischen Voraussetzungen für die Durchführung der freiwilligen Versicherung geschaffen werden. Hierzu wurde von den Kassen externe Unterstützung in Anspruch genommen. Dabei wurde für das Zulageverfahren in aller Regel Standardsoftware eingesetzt. Den Kassen kam bei der DV-Planung zugute, daß sie sich bereits vor Jahren in wenigen Gruppen zu einem Datenverarbeitungsverbund zusammengeschlossen haben.

Bei den Massenaktionen gingen die Kassen unterschiedlich vor. Ein Teil der Kassen begnügte sich damit, den Versicherten ein Formular zur Verfügung zu stellen, mit dem um Zusendung eines konkreten Angebots gebeten werden konnte. Andere Kassen stellten sofort Antragsformulare zur Verfü-

⁶ Vgl. Koenig, ZfR 2002 S. 568 ff.

gung, die z.T. bereits ausgefüllt waren und unterschrieben zurückgesandt werden konnten.

Die Folge dieser Massenaktionen war ein erheblicher Informationsbedarf. Wie eine Umfrage innerhalb der AKA ergeben hat, nutzten ca. im Durchschnitt 15 – bei einzelnen Kassen bis zu 30 – v.H. der Pflichtversicherten das Angebot, sich zusammen mit der Übersendung des Antrags Probeberechnungen erstellen zu lassen.

Darüber hinaus galt es, eine Flut von Anfragen zu bewältigen. Sie betrafen schwerpunktmäßig:

- den Unterschied zwischen Pflicht- und freiwilliger Versicherung,
- die Aufklärung über die Vertragsleistung, die garantierten Leistungen und die Überschußbeteiligung,
- die Absicherung bei Erwerbsminderung und Leistungen an Hinterbliebene,
- die Grundlagen der Riesterförderung sowie
- die Besteuerung der Rentenleistungen.

Diese Anfragen erreichten die Kassen entweder schriftlich oder telefonisch über die von ihnen zumeist eingerichteten Service-Center. So liefen bei den großen Kassen bis Dezember 2002 täglich jeweils Hunderte von telefonischen Anfragen ein. Darüber hinaus nutzten die Versicherten auch die bereits erwähnten Informationsveranstaltungen und die Beratung vor Ort. Die dezentralen Organisationsstrukturen der kommunalen und kirchlichen Zusatzversorgung mit der starken regionalen Verankerung der Kassen gewährleisteten dabei eine große Kundennähe und erwiesen sich insbesondere bei der Beratung der Versicherten und der Schulung der Personalsachbearbeiter als großer Vorteil.

Das Ergebnis dieser umfassenden Information entsprach – wie bei den übrigen Anbietern von Riesterprodukten – leider nicht den Erwartungen. Bis zum Jahresende des Jahres 2002 wurden von den kommunalen und kirchlichen Zusatzversorgungskassen ca. 55.000 Verträge in der freiwilligen Versicherung abgeschlossen. Dies entspricht rund 2 v.H. des Pflichtversichertenbestandes.

Die Ursachen für dieses nicht befriedigende Ergebnis sind vielfältig. Der Hauptgrund dürfte – wie bei allen Anbietern von Riesterprodukten – in der Komplexität der Regelungen hinsichtlich der verschiedenen Fördermöglichkeiten bestehen.

Das Ergebnis der Zusatzversorgungskassen bleibt hinter den bisher von den Lebensversicherungen veröffentlichten Zahlen zurück, wonach rund 3,5% des förderberechtigten Personenkreises bis Ende 2002 Riesterverträge abgeschlossen haben sollen. Daher liegt die Annahme nahe, daß sich Angehörige des öffentlichen Dienstes teilweise für individuelle Riesterprodukte außerhalb der betrieblichen Altersversorgung entschieden haben. Hierbei spielte sicherlich auch die unterschiedliche persönliche Interessenlage der Versicherten eine Rolle, die es bei ihrer Beratung zu berücksichtigen galt. Dabei mußten immer wieder die Unterschiede zwischen individuellen Riesterprodukten und den Produkten der betrieblichen Altersversorgung verdeutlicht werden. So sind Produkte der betrieblichen Altersversorgung von ihrer Zweckbestimmung her auf die Absicherung der Beschäftigten beschränkt, so daß – wegen des fehlenden betrieblichen Bezugs – keine Versicherungsmöglichkeit für Ehegatten besteht, die ihrerseits nicht bei einem Kassenmitglied beschäftigt sind. Aus dieser Zweckbestimmung der betrieblichen Altersversorgung folgt ferner, daß bei Versterben des Versicherten kein Guthaben besteht, das vererbbar ist. Diese Beiträge sind

jedoch nicht „verloren“, sondern werden versicherungsmathematisch bei der Kalkulation der Beiträge und Leistungen, bei denen im übrigen auch Hinterbliebenenrenten eingeschlossen werden können, berücksichtigt.

Diesen, von den Versicherten teilweise als nachteilig empfundenen Produkteigenschaften stehen auf der anderen Seite wesentliche Vorteile gegenüber. Im Gegensatz zu den individuellen Riesterprodukten entstehen bei den Zusatzversorgungskassen keine Vertriebskosten durch einen aufwendigen Außendienst. Darüber hinaus arbeiten die Zusatzversorgungskassen auch deshalb mit sehr günstigen Verwaltungskosten, weil es sich bei der freiwilligen Versicherung um ein Annexprodukt zur Pflichtversicherung handelt. Die Kassen können daher auf den bereits vorhandenen Datenbestand, das Meldeverfahren und die Informationsschienen der Pflichtversicherung zurückgreifen. Die Vorteile der Altersversorgung aus einer Hand zeigen sich auch bei der laufenden Vertragsverwaltung. So entstehen z.B. bei der jährlichen Übersendung der Versicherungsnachweise durch die zusätzliche Aufnahme von Versorgungspunkten aus der freiwilligen Versicherung keine zusätzlichen Kosten. Darüber hinaus müssen die Zusatzversorgungskassen keine Gewinne erwirtschaften. Es fallen keine zusätzlichen Rückversicherungskosten an.

Alle diese Kostenvorteile werden in Form von höheren Leistungen an die Versicherten weitergegeben, die sich selbst über Internetabfragen bei den einzelnen Kassen oder durch Probeberechnungen der Kassen hiervon überzeugen können.

Aus der Sicht der Arbeitgeber und Arbeitnehmer ist in diesem Zusammenhang sicherlich auch von Interesse, daß sie – anders als bei Anbietern aus der Lebensversicherung – über die Mitwirkung in den Kassengremien einen wesentlichen Einfluß auf die Geschäftspolitik der Kassen haben und insbesondere auch auf deren Vermögensanlage Einfluß nehmen können.

Ärgerlich ist in diesem Zusammenhang allerdings eine gesetzliche Benachteiligung der Produkte der betrieblichen Altersversorgung gegenüber den Anbietern individueller Riesterprodukte: Im Gegensatz zu diesen unterliegen ihre Leistungen nämlich der Krankenversicherungspflicht der Rentner. Es wäre aus unserer Sicht eine dankbare Aufgabe für die aba, diesen Punkt aufzugreifen und im politischen Raum insoweit weiterhin für eine Gleichstellung der verschiedenen Altersvorsorgeprodukte zu werben.

3. Ausblick

Die Nachfrage nach der freiwilligen Höherversicherung hat sich im Jahr 2002 im kommunalen und kirchlichen Bereich im wesentlichen auf die Monate November und Dezember konzentriert. Im neuen Jahr sind die Anfragen deutlich zurückgegangen. Die Rückfragen beziehen sich jetzt vorwiegend auf bereits abgeschlossene Verträge und betreffen in erster Linie Steuerbescheinigungen, die Zulagenanträge und Renteninformationen.

Das Interesse auf Abschluß der freiwilligen Versicherung hat sich inzwischen verstetigt; die Abschlüsse bewegen sich in etwa in Höhe von 10 – 15 v.H. des Dezemberwertes. Eine Prognose über die zu erwartende Zunahme der freiwilligen Versicherung ist derzeit nur sehr schwer möglich. Wir erwarten jedoch in den kommenden Monaten wiederum einen deutlichen Anstieg der Nachfrage, nachdem es am 18./19. Februar 2003 im kommunalen Bereich zum Abschluß eines Tarifvertrages zur Entgeltumwandlung gekommen ist. Während eine Entgeltumwandlung im kirchlichen Bereich bereits seit dem Herbst des vergangenen Jahres bestand und dort auch

genutzt wurde, war dies im kommunalen Bereich bisher nur marginal im außer- und übertariflichen Sektor möglich. Die Entgeltumwandlung wird mit dem gleichen Produkt der Höherversicherung zur Pflichtversicherung abgewickelt. Für die steigende Nachfrage sind die Kassen technisch, organisatorisch und personell gerüstet.

III. Zusammenfassung

1. Die Systemumstellung der Zusatzversorgung von der Gesamtversorgung auf ein eigenständiges System der betrieblichen Altersversorgung in Form des Punktemodells stellt die Zusatzversorgungseinrichtungen vor große Herausforderungen. Innerhalb weniger Monate mußten bei den kommunalen und kirchlichen Kassen die rechtlichen, technischen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen dafür geschaffen werden – neben den von ihnen betreuten 875.000 Rentnern –, den gesamten Bestand von 4,9 Mio. Versicherten auf das neue System umzustellen und die Startgutschriften für das Punktemodell zu ermitteln. Hierzu sind die Kassen auch auf die Mitwirkung der Versicherten selbst und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung angewiesen. Die Systemumstellung soll innerhalb eines Zeithorizonts von 2 Jahren, d.h. bis Ende 2004, abgeschlossen sein.

2. Derzeit laufen die Berechnungen und der Versand der Startgutschriften. Hierdurch wird ein hoher Informationsbedarf bei den Versicherten ausgelöst, der nicht nur durch allgemeine Vortragsveranstaltungen in großem Umfang befriedigt wird, sondern auch durch individuelle Beratungen und die inzwischen bestehenden Service-Center.

Zur Zeit ist eine große Anzahl von Einsprüchen gegen die tarifvertraglichen und satzungsgemäßen Umstellungsregelungen zu verzeichnen, die – soweit rechtliche Grundsatzfragen dabei angesprochen werden – voraussichtlich im Rahmen von Musterprozessen geklärt werden. Für den Fall, daß diese Regelungen in der gefestigten Rechtsprechung keinen Bestand haben sollten, haben sich die Tarifvertragsparteien darauf verständigt, ggf. Lösungen zu vereinbaren, die mit der Zielsetzung der Neuordnung der Zusatzversorgung vereinbar sind. Die Kassen werden solche tarifvertraglichen Änderungen dann – wie bisher – in ihre Satzungen übernehmen.

3. Die Systemumstellung hat zu finanziellen Mehrbelastungen geführt, die insbesondere für Dienstleistungsbereiche des öffentlichen Dienstes, die im Wettbewerb stehen, problematisch sein können. Die in der AKA zusammengeschlossenen Kassen werden bis Mitte des Jahres differenzierte Lösungen anbieten, im Vergleich zu denen ein Ausstieg aus der Zusatzversorgung unwirtschaftlich wäre.

4. Die Zusatzversorgungskassen konnten förderfähige Riesterprodukte im Rahmen der freiwilligen Versicherung trotz erheblicher Widerstände der Versicherungswirtschaft rechtzeitig im Jahr 2002 anbieten. Sie haben damit den Auftrag der Tarifvertragsparteien zeitgerecht erfüllt, es den Beschäftigten des öffentlichen Dienstes mit diesen Produkten der betrieblichen Altersversorgung zu ermöglichen, unvermeidliche Einschnitte im Versorgungsniveau der Pflichtversicherung auszugleichen.

Mit ca. 55.000 Verträgen im kommunalen und kirchlichen Bereich (Stand 31.12.2002) haben sich die Erwartungen der Kassen aus den gleichen Gründen wie bei den anderen Anbietern von Riesterprodukten nicht erfüllt. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang allerdings, daß sich ein Teil der Interessenten – offenbar im Hinblick auf die Produktunterschiede zwischen betrieblicher Altersversorgung und Lebensversicherung – aus persönlichen Gründen für ein individuelles Altersversorgungsprodukt entschieden haben dürfte.

Seit Anfang des Jahres ist eine konstante Nachfrage auf niedrigerem Niveau bei den freiwilligen Versicherungen festzustellen. Mit einer Verstärkung der Nachfrage ist nach dem Abschluß der Tarifverträge zur Entgeltumwandlung im kommunalen Bereich zu rechnen.

5. Mit der Systemumstellung der Zusatzversorgung und der Einführung der freiwilligen Versicherung ist die Beratung und Betreuung der Versicherten wesentlich stärker als bisher in den Vordergrund getreten. Die Zusatzversorgungskassen haben sich organisatorisch und personell auf diese neuen Aufgaben eingestellt und sind für die Zukunft gerüstet.