



**Geschäftsbericht 2008**  
**Deutsche Ärzteversicherung AG**

# Unsere Kennzahlen

	2008	2007	2006
<b>Beitragseinnahmen in Mio. Euro</b>			
Posten I.1.a) der Gewinn- und Verlustrechnung	485	477	483
<b>Versicherungsbestand*</b>			
- in Mio. Euro laufende Beiträge	487	483	485
- Anzahl der Verträge in Tausend	200	203	205
<b>Neuzugang*</b>			
- in Mio. Euro laufende Beiträge	52	54	54
- in Mio. Euro Einmalbeiträge	10	8	8
<b>Abgang* durch Storno</b>			
- in Mio. Euro laufende Beiträge	13	13	12
- in Prozent der mittleren laufenden Beiträge	2,6	2,7	2,4
<b>Leistungen zugunsten unserer Kunden in Mio. Euro</b>	218	223	266
davon			
- ausgezahlte Leistungen in Mio. Euro	518	495	484
- Zuwachs der Leistungsverpflichtungen in Mio. Euro	-300	-272	-218
<b>Verwaltungskosten in Prozent der Bruttobeiträge</b>	3,7	3,7	3,4
<b>Kapitalanlagen in Mio. Euro</b>	3.488	3.737	4.097
<b>Nettoverzinsung des laufenden Geschäftsjahres</b>	3,8	4,3	4,3
<b>Nettoverzinsung der vergangenen drei Jahre</b>	4,1	4,6	4,5
<b>Bruttoüberschuss in Mio. Euro</b>	42	31	47
<b>Jahresüberschuss in Mio. Euro</b>	0,3	0,3	2,5
Dividende in Euro je Stückaktie	0,11	0,10	1,18
Garantiedividende in Euro je Stückaktie	-	-	1,54
<b>Gezeichnetes Kapital in Mio. Euro</b>	7	7	7
<b>Eigenkapital in Mio. Euro</b>	52	22	25

Alle Angaben beziehen sich auf das Gesamtgeschäft (Einzel- und Kollektivversicherungen)

\* Die Angaben zu Beiträgen beziehen sich auf selbst abgeschlossene Haupt- und Zusatzversicherungen, die Angaben zur Anzahl nur auf selbst abgeschlossene Hauptversicherungen

# Die Deutsche Ärzteversicherung – der Standesv

*Die Deutsche Ärzteversicherung ist ein Spezialversicherer, dessen arzt spezifische Versicherungs- und Vorsorgeprodukte nur den Angehörigen der akademischen Heilberufe vorbehalten sind. Die Erfolgsgeschichte der Deutschen Ärzteversicherung, die im Jahr 1881 begann und deren damalige Gründerväter – ausnahmslos Ärzte – eine Selbsthilfeorganisation gründeten, um von staatlicher Fürsorge unabhängig zu sein, ist mit diesem einen Satz zu erklären. So wie zur Gründungszeit des Unternehmens ist dies auch heute noch der Kern unseres Geschäftsmodells.*

Auf der Basis dieser langen Tradition im Umgang mit dem ärztlichen Berufsstand und in Kenntnis der besonderen Anforderungen des Marktes war es der Deutschen Ärzteversicherung immer möglich, innovative Vorsorge- und Absicherungsprodukte für den Arzt in seiner jeweiligen Berufs- und Lebensphase zu entwickeln. Die Fokussierung auf die Zielgruppe der akademischen Heilberufe ist auch heute ohne Zweifel der größte Nutzen für den Arzt als Kunde unseres Unternehmens.

## **Alles, was wir tun, kontrollieren unsere Kunden**

Es ist eine Versicherung von Ärzten für Ärzte geblieben. So ist verbindlich geregelt, dass zwei von sechs Aufsichtsratsmandaten von Vertretern der akademischen Heilberufe auf Vorschlag des Beirates berufen werden. Daneben ist ein Aufsichtsratsmandat einem Vertreter der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, der Standesbank des Berufsstandes, vorbehalten. Darüber hinaus wahrt ein Beirat, der sich aus hochrangigen Vertretern von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten und Apothekern zusammensetzt, die Belange unserer Kunden und berät und unterstützt den Vorstand in allen die Versicherten betreffenden Fragen. Nach der Satzung kann der Beirat auch in seiner Eigenschaft als Ombudsmann von den Versicherten angerufen werden.

## **Vernetzte Partner sichern unsere Entscheidungen ab**

Die Deutsche Ärzteversicherung hat starke Partner an ihrer Seite. Mit den wichtigsten berufsständischen Organisationen wird eng zusammengearbeitet und es bestehen feste vertragliche Verbindungen. So arbeiten zum Beispiel 13 von 17 Ärztekammern mit der Tochtergesellschaft Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine auf vertraglicher Basis im Bereich Berufshaftpflichtversicherung zusammen. Ein solcher Vertrauensbeweis spricht für ein nachhaltiges Bemühen um eine vertrauensvolle Partnerschaft mit klaren Produktkonzepten, die die Partner überzeugen und die im Markt überlegen sind. Neben den Körperschaften sind Kooperationen mit den großen fachübergreifenden Berufsverbänden wie Marburger Bund, Hartmannbund, Deutscher Hausärzterverband und Freier Verband Deutscher Zahnärzte der Kern eines festen Heilberufesnetzwerkes. Dieses Netzwerk wird ergänzt durch eine exklusive bundesweite Kooperation mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, die die Entwicklung attraktiver Produktkonzepte wie der „Fondspolice“ und des „Praxiskonzeptes“ möglich macht.

## **Hochqualifizierte Vertriebspartner sind unser wichtigstes Kapital**

Der Anspruch der Deutschen Ärzteversicherung an die Vertriebspartner ist hoch. Sie müssen in der Lage sein, auf hohem Niveau über komplexe Produkte im Rahmen des von dem

# ersicherer von Ärzten für Ärzte

Unternehmen angebotenen zielgruppenspezifischen Berufs- und Lebensphasenkonzeptes mit einem anspruchsvollen Klientel zu sprechen. Mit den Repräsentanten der Deutschen Ärzte Finanz, der apo-finanz und wenigen ausgewählten Maklern verfügen wir über die gewünschte Präsenz im Markt mit dem geforderten hohen Beratungsniveau. Ein Indiz für die Qualität einer kundenorientierten Beratung ist bei einem Versicherungsunternehmen die Stornoquote bei Lebensversicherungen. Unangefochten hat die Deutsche Ärzteversicherung seit Jahren die niedrigste Stornoquote im deutschen Markt. Aufgrund des niedrigen Stornos können wir eine zusätzliche Produktbesonderheit bei unseren Kapitalversicherungen sowie bei der Fondsgebundenen Lebensversicherung anbieten: Bei Verträgen ab Tarifgeneration 2008 verzichten wir komplett auf Stornoabzüge, wenn der Kunde Kapital aus seiner Versicherung durch vollständigen oder teilweisen Rückkauf benötigt.

## **Die Wege der Kommunikation werden vielfältiger**

Neben den klassischen Kommunikationswegen zu unseren Kunden wurde im Berichtsjahr mit einer Reihe innovativer Internetaktivitäten der potentielle Kunde angesprochen bzw. die Kundenbindung gefestigt. Um die durch die Integration der DBV-Winterthur gewonnene zusätzliche Kompetenz der Zielgruppe zu verdeutlichen, wurden Gewinnspiele wie „Stressduell“ und „Schätzaktion“ über das Internet gestartet, in deren Verlauf die Teilnehmer bei richtiger Beantwortung fachlicher Fragen attraktive Preise gewinnen konnten. Daneben wurde der Ausbau des Servicebereiches forciert, so mit Informationen „Tipps im Schadensfall“. Für unsere Vertriebspartner wurde das schon für die Repräsentanten lange bekannte „Extranet“ – ein für einen geschlossenen Benutzerkreis reserviertes Informationsportal – neu eingerichtet.

## **Versicherer im Heilberufemarkt – Anspruch und Wirklichkeit**

Mit der im Berichtsjahr erfolgten Integration der DBV-Winterthur wurde die „neue“ Deutsche Ärzteversicherung die Nr. 1 bei den akademischen Heilberufen in Bezug auf die Anzahl der Kunden und der Verträge. Es formte sich aus zwei Partnern mit komplementären Stärken der führende Anbieter in den wesentlichen Segmenten des Heilberufemarktes. Als Versicherer in diesem Markt haben wir unsere Identität, die über viele Jahrzehnte hinweg gewachsen ist und wesentlich zum Erfolg unseres Unternehmens beigetragen hat. Dieser Identität werden wir treu bleiben und unsere Position als die Nr. 1 im Vorsorge- und Versicherungsmarkt der akademischen Heilberufe festigen und ausbauen.

Unsere Anstrengungen wurden Ende des Berichtsjahres durch Standard & Poor's, eine der weltweit renommiertesten Ratingagenturen, bewertet: Die Deutsche Ärzteversicherung wurde mit dem Rating A+ bei stabilem Ausblick versehen. Die Ratingagentur begründete dieses Rating mit der Stellung der Deutschen Ärzteversicherung als Marktführer im Bereich der Heilberufe sowie einer überzeugenden operativen Entwicklung. Als besondere Stärken der Deutschen Ärzteversicherung wurde die auf die Zielgruppe spezialisierte Vertreterorganisation, die Vertriebskooperation mit der APO Bank wie auch die enge Vernetzung mit den bedeutendsten Berufsverbänden und Organisationen der akademischen Heilberufe genannt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Aufsichtsrat</b>	<b>4</b>	<b>Jahresabschluss</b>	<b>57</b>
<b>Vorstand</b>	<b>4</b>	Bilanz zum 31. Dezember 2008	58
<b>Beirat</b>	<b>5</b>	Gewinn- und Verlustrechnung	62
<b>Marktsituation</b>	<b>8</b>	Anhang: Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden	66
<b>Lagebericht</b>	<b>30</b>	Angaben zur Bilanz	74
Hufeland-Preis	30	Angaben zur Gewinn- und Verlustrechnung	85
Geschäfts- und Rahmenbedingungen	31	Überschussbeteiligung für Versicherungsnehmer	87
Überblick über den Geschäftsverlauf	32	Sonstige Angaben	120
Geschäftsergebnis	34	<b>Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers</b>	<b>124</b>
Beitragseinnahmen	34	<b>Anlagen zum Lagebericht</b>	<b>125</b>
Kapitalanlageergebnis	34	Betriebene Versicherungsarten	126
Kostenverlauf	34	Statistische Angaben	128
Leistungen für unsere Kunden	34	<b>Adressen</b>	<b>132</b>
Deckungsrückstellung für Rentenversicherungen	35		
Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer	35		
Steuern	35		
Jahresüberschuss	36		
Eigenkapitalausstattung	36		
Bestandsentwicklung	37		
Versicherungsbestand	37		
Neuzugang	37		
Abgang	38		
Kapitalanlagebestand	38		
Zeitwerte der Kapitalanlagen	40		
Risiken der zukünftigen Entwicklung	41		
Sonstige Angaben	52		
Nachtragsbericht	53		
Ausblick und Chancen	53		
<b>Gewinnverwendungsvorschlag</b>	<b>54</b>		
<b>Bericht des Aufsichtsrates</b>	<b>55</b>		

# Aufsichtsrat

## **Dr. Frank Keuper**

Vorsitzender  
Vorsitzender des Vorstandes der AXA Konzern AG  
Köln

## **Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe**

1. stellv. Vorsitzender  
Präsident der Bundesärztekammer  
und des Deutschen Ärztetages  
Präsident der Ärztekammer Nordrhein  
Düren

## **Dr. Carl Hermann Schleifer**

2. stellv. Vorsitzender  
Rechtsanwalt und Steuerberater  
Thumby-Sieseby

## **Gerhard Girner**

Mitglied des Vorstandes der  
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank eG  
Düsseldorf

## **Dr. med. Frank Ulrich Montgomery**

Präsident der Ärztekammer Hamburg  
Vizepräsident der Bundesärztekammer  
Hamburg

## **Dr. med. Dr. med. dent. Jürgen Weitkamp**

Präsident der Bundeszahnärztekammer  
Lübbecke

# Vorstand

## **Gernot Schlösser**

Vorsitzender  
Personal und Verwaltung, Maklervertrieb,  
Unternehmensentwicklung, Kapitalanlagen, Revision

Produktpolitik und Underwriting, Marketing,  
Standesorganisationen, Kunden- und Vermittler-  
service, Antrags- und Vertragsverwaltung sowie  
Leistung, Rück- und Mitversicherung,  
Versorgungswerke (ab 7. Dezember 2008)

## **Jörg Arnold**

Exklusivvertriebe, Deutsche Ärzte Finanz,  
Bankkooperation

## **Hans Geiger (bis 6. Dezember 2008)**

Produktpolitik und Underwriting, Marketing,  
Standesorganisationen, Kunden- und Vermittler-  
service, Antrags- und Vertragsverwaltung sowie  
Leistung, Rück- und Mitversicherung,  
Versorgungswerke

## **Dr. Christoph Jurecka**

Risikomanagement, Planung, Rechnungswesen,  
Controlling, Steuern, Inkasso

# Mitglieder des Beirates

**Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe**

Vorsitzender  
Präsident der Bundesärztekammer  
und des Deutschen Ärztetages  
Präsident der Ärztekammer Nordrhein  
Düren

**Dr. med. dent. Karl-Heinz Sundmacher**

stellv. Vorsitzender  
Bundesvorsitzender des Freien Verbandes  
Deutscher Zahnärzte  
Bonn

**Dr. med. Andreas Crusius**

Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern  
Rostock

**Dr. med. dent. Peter Engel**

Präsident der Zahnärztekammer Nordrhein  
Bergisch Gladbach

**Dr. med. Henning Friebe**

Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt  
Magdeburg

**Dr. med. vet. Hans-Joachim Götz**

Präsident des bpt  
Bundesverbandes Praktizierender Tierärzte  
Kirkel-Limbach

**Dr. med. Torsten Hemker**

Vorsitzender des Verwaltungsausschusses des  
Versorgungswerkes der Ärztekammer Hamburg  
Hamburg

**Dr. med. Günther Jonitz**

Präsident der Ärztekammer Berlin  
Groß-Glienecke

**Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Kossow**

Ehrevorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes  
(Bundesverband)  
Achim-Uesen

**Dr. med. Frank Ulrich Montgomery**

Präsident der Ärztekammer Hamburg  
Vizepräsident der Bundesärztekammer  
Hamburg

**Friedemann Schmidt**

Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer  
Leipzig

**Dr. med. Ursula Stüwe**

Präsidentin der Landesärztekammer Hessen  
(bis 29.08.2008)  
Schlangenbad

**Dr. med. Dr. med. dent. Jürgen Weitkamp**

Ehrenpräsident der Bundeszahnärztekammer  
(seit 25.10.2008)  
Lübbecke

**Dr. med. Martina Wenker**

Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen  
Hildesheim

**Dr. med. Elmar Wille**

Vorsitzender des Verwaltungsausschusses  
der Berliner Ärzteversorgung  
Berlin

**Dr. med. Kuno Winn**

Bundesvorsitzender des Hartmannbundes  
Hannover

**Dr. med. Theodor Windhorst**

Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe  
Bielefeld

# Ehrenmitglieder des Beirates

**Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karsten Vilmar**

Ehrevorsitzender

Ehrenpräsident der Bundesärztekammer  
und des Deutschen Ärztetages

Bremen

**Prof. Dr. med. Rolf Bialas**

Ehrevorsitzender des Verwaltungsausschusses

des Versorgungswerkes der Ärztekammer Hamburg

Hamburg

Wir trauern um

## Hans Geiger

der am 6. Dezember 2008 im Alter von 58 Jahren tödlich verunglückte.

Hans Geiger trat im Jahr 1976 in unser Unternehmen ein und gehörte dem Vorstand seit 2001 an.

Die Deutsche Ärzteversicherung hat ihm viel zu verdanken. Ihm gelang der fruchtbare Dialog zwischen der Ärzte- und Zahnärzteschaft, den berufsständischen Organisationen und Körperschaften und unserem Unternehmen.

Für sein unermüdliches Engagement im Gesundheitswesen wurde er mit den höchsten Auszeichnungen der ärztlichen Standesorganisationen geehrt.

Mit dem Tod von Hans Geiger verlieren wir eine für unser Unternehmen prägende Persönlichkeit und einen wertvollen Menschen. Für seine unternehmerische Kompetenz, seine Fachkenntnis und sein freudiges Wirken haben wir ihn hochgeschätzt.

Wir werden sein Andenken in Ehren bewahren.

Für den Aufsichtsrat der  
Deutschen Ärzteversicherung  
Dr. Frank Keuper

Für den Vorstand der  
Deutschen Ärzteversicherung  
Gernot Schlösser

# Marktsituation

## Gesundheitspolitik

### Gesundheitsfonds, Einheitsbeitrag und Morbi-RSA

Der lange umstrittene Gesundheitsfonds ist zusammen mit dem einheitlichen Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und dem neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) pünktlich Anfang 2009 in Kraft getreten. Beide zentralen Aspekte der jüngsten Gesundheitsreform waren bereits Anfang April 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) beschlossen worden – ihre Vorbereitung und Umsetzung jedoch bedurfte ausreichend Zeit. Doch angesichts dieses Zeitrahmens ist es nicht verwunderlich, dass das Jahr 2008 zentral durch die Auseinandersetzung um die konkrete Ausgestaltung sowohl des Gesundheitsfonds als auch des Morbi-RSA bestimmt waren. Die immer wieder genährten Hoffnungen, diese „gigantische Geldumverteilungsmaschinerie“ sei noch aufzuhalten, stellten sich jedoch als falsch heraus.

So kam es gleich Anfang 2008 zu einer heftigen politischen Kontroverse über die zeitgerechte Einführung des Gesundheitsfonds, aber auch über seine prinzipielle Sinnhaftigkeit. Auslöser war ein Gutachten des Münchner Gesundheitsökonomen Prof. Dr. Günter Neubauer. Die vom Institut für Gesundheitsökonomik München (IfG) im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM) erstellte Studie war zu dem Ergebnis gekommen, dass die Beiträge für über 44 Millionen Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und damit knapp 90% aller Beitragszahler bereits 2008 teilweise empfindlich steigen würden. Auf einzelne GKV-Versicherte kämen Beitragserhöhungen von bis zu 700 Euro pro Jahr zu. So springe beispielsweise für die 530.000 Mitglieder der IKK Sachsen der Beitragssatz von derzeit 12,7 auf dann 15,5%.

Verantwortlich für den Anstieg sei die Mechanik des Gesundheitsfonds. Während bis Ende 2008 die Beitragssätze der 236 Kassen zum Teil erheblich auseinander klafften (von 12,2 bis 16,7%), wurden sie mit dem Gesundheitsfonds auf einen einheitlichen Satz festge-

legt. Dieser Satz, so Neubauer in seiner damaligen Prognose, würde bei 15,5% liegen – und damit 0,7 Prozentpunkte höher als der seinerzeitige durchschnittliche Beitragssatz.

Vertreter verschiedener gesetzlicher Krankenkassen und Experten stützen das Gutachten des Münchner Instituts für Gesundheitsökonomik. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wies die Schätzung dagegen seinerzeit sofort als „unseriös“ zurück – zu Unrecht, wie wir alle heute wissen. Denn im Oktober 2008 schlug das BMG selbst genau diesen Satz von 15,5% als einheitlichen Beitragssatz ab dem 1. Januar 2009 vor, und der Bundestag stimmte diesem Vorschlag zu.

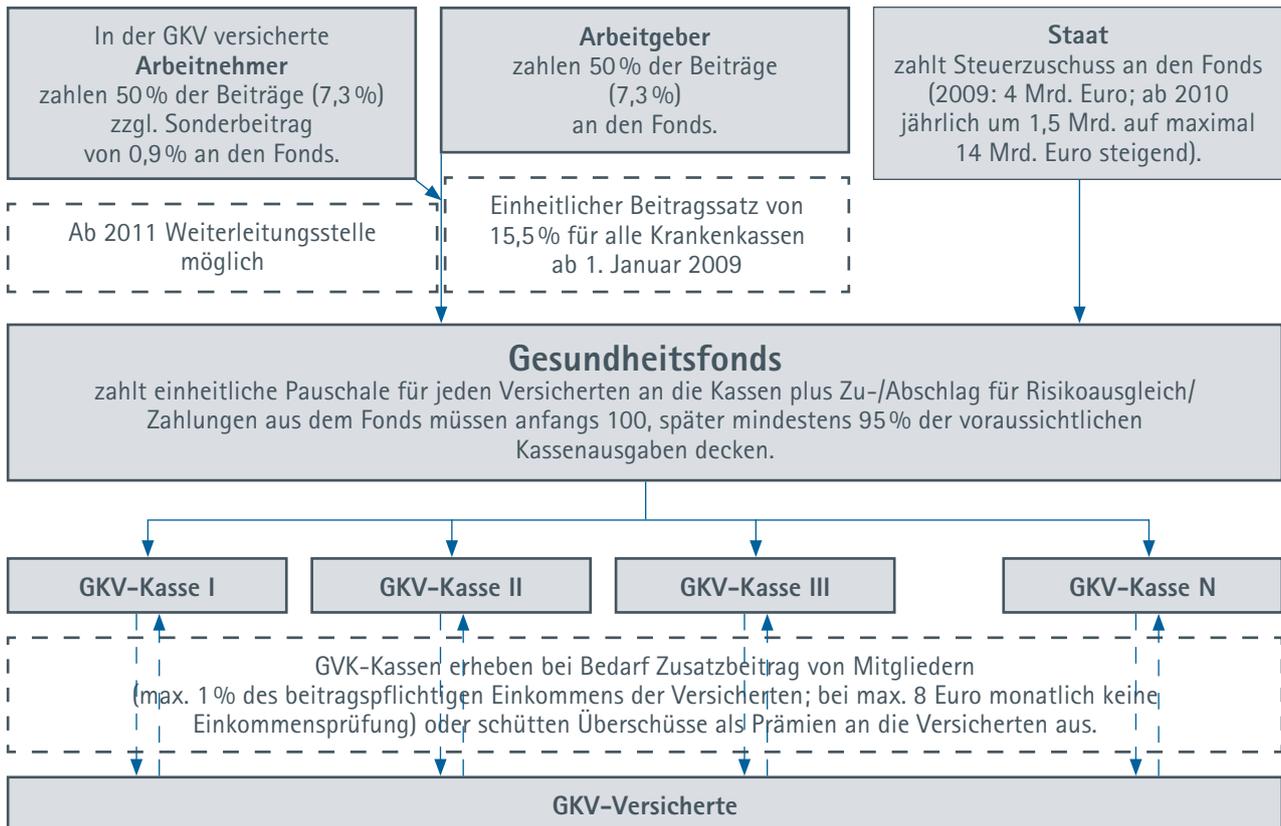
### „Überflüssig wie ein Kropf“

Doch damit war die Auseinandersetzung um den Gesundheitsfonds keineswegs beendet – insbesondere die Spitzenvertreter der gesetzlichen Krankenversicherung versuchten immer wieder, den Fonds nachdrücklich zu problematisieren – und den drohenden Verlust ihres Rechtes, ihre Beitragssätze selbst zu bestimmen, doch noch abzuwenden: So kritisierte etwa Anfang März 2008 der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Angestellten-Krankenkasse Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher im Rahmen einer Podiumsdiskussion in Berlin den Gesundheitsfonds als „so überflüssig wie ein Kropf“ und sprach in diesem Zusammenhang von einem „autistischen Politikverständnis“, weil dies zwar alle so sehen würden, aber niemand etwas unternehmen würde.

Bis zum Herbst 2008 wisse niemand, wie der direkt mit dem Gesundheitsfonds zusammenhängende neue Risikostrukturausgleich genau funktioniere und vor allem, welche konkreten Auswirkungen er auf die Umverteilung des Geldes zwischen den Kassen haben würde. Dabei würde offensichtlich von der Politik übersehen, dass es um 100% der GKV-Einnahmen gehe. Rebscher warnte, dieses Experiment könne hochwirtschaftliche Einrichtungen in den Bankrott stürzen und umgekehrt unwirtschaftlichen Kassen plötzlich unverhoffte Mehreinnahmen bringen. Übersehen werde in der Diskussion auch, dass ab dem zweiten Fonds-Jahr über diesen nur noch 95% der Kassenausgaben – im Durchschnitt von

# So funktioniert der Gesundheitsfonds

ab dem 1. Januar 2009



© 2009 Uwe K. Preusker

zwei Jahren – zu decken seien. Das würde bedeuten, dass den Kassen insgesamt dann 7 Mrd. Euro an Mitteln fehlen würden.

Die Logik des Fonds, so der DAK-Vorstandsvorsitzende, laute: Einheitsbeitrag und Einheitszuweisung aus dem Fonds. Die Folge sei auch, dass dies dann Druck in Richtung Einheitsvergütungen für Leistungserbringer auslösen würde. Der Fonds habe eine zentrale Wirkung auf die Vergütung, betonte Rebscher. Denn die Kassen müssten in jedem Fall versuchen, die finanziellen Auswirkungen des Fonds für sie mit Einzelvereinbarungen zu „untertunneln“. Auch müsse jede Kasse versuchen, durch intensives Versorgungsmanagement die Versorgungsbedarfe zu senken.

Doch auch um die Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes, der ab Anfang 2009 gelten sollte, gab es im Herbst 2008 nochmals heftige Auseinandersetzungen. Im Gegensatz zu früheren Gepflogenheiten waren es diesmal die Vertreter der GKV-Kassen, die gegen eine zu niedrige Festlegung protestierten. Als das Bundeskabinett am 7. Oktober den Entwurf einer Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung mit der erstmaligen Festlegung des neuen einheitlichen allgemeinen GKV-Beitragssatzes ab Anfang 2009 auf 15,5% beschloss, hagelte es von GKV-Seite und insbesondere vom neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) Proteste. Nach Kassenmeinung hätte der einheitliche Beitragssatz auf 15,8% festgelegt werden müssen.

## **Bundesregierung: 11 Mrd. Euro Mehreinnahmen der GKV in 2009**

Nach der Begründung der Verordnung wird allein der einheitliche Beitragssatz im Jahr 2009 isoliert betrachtet zu Mehreinnahmen der GKV in Höhe von rund sechs Mrd. Euro führen. Unter Berücksichtigung der erwarteten Mehreinnahmen, die insbesondere aus einem Anstieg der Löhne und Renten resultierten, ergäben sich für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt geschätzte Mehreinnahmen in einer Größenordnung von rund elf Mrd. Euro, hieß es weiter. Damit könnten im Jahr 2009 die voraussichtlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung vollständig finanziert werden. Durch die Anhebung des paritätisch finanzierten Beitragssatzniveaus in der gesetzlichen Krankenversicherung werde außerdem ermöglicht, in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens zusätzliches Personal einzustellen oder vorhandenes Personal weiter beschäftigen zu können. Damit seien positive beschäftigungs- und gesamtwirtschaftliche Effekte und daraus resultierend sowohl höhere Steuereinnahmen bei Bund, Ländern und Gemeinden als auch höhere Beitragseinnahmen in der Sozialversicherung zu erwarten. Diese – im Einzelnen nicht quantifizierbaren – Effekte reduzierten die Belastungswirkungen, die in der Wirtschaft sowie bei Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern als Arbeitgeber entstünden, heißt es im Verordnungsentwurf weiter.

## **GKV-Spitzenverband wollte 15,8 %**

Der GKV-Spitzenverband bezweifelte allerdings, dass der nun festgelegte Beitragssatz die voraussichtlichen Ausgaben des Jahres 2009 zu 100 % decken würde. In einer Erklärung des GKV-Spitzenverbandes hieß es, das Gesetz schreibe vor, dass der Gesundheitsfonds im ersten Jahr seiner Einführung zu 100 % und damit ausreichend für die medizinische Versorgung ausgestattet werden müsse. Doch statt diese Vorgabe umzusetzen, sei die Bundesregierung der Empfehlung des Bundesgesund-

heitsministeriums und des Bundesversicherungsamtes im Schätzerkreis gefolgt und verursache damit Zusatzbeiträge, die einseitig die Versicherten belasteten. Schon nach der vorausgegangenen Sitzung des Schätzerkreises beim Bundesversicherungsamt hatte der GKV-Spitzenverband betont, auf Grundlage der Einschätzungen der Experten in den Anhörungen der vergangenen Tage seien dazu nach GKV-Schätzung 15,8 % notwendig.

## **Morbi-RSA – hier geht es um das „Eingemachte“**

Intensive Auseinandersetzungen gab es insbesondere während der zweiten Hälfte des Jahres 2008 auch um die Detailregelungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Hier stritten vor allem die unterschiedlichen GKV-Kassen um die besten Ausgangspositionen für die „Stunde Null“, also den 1. Januar 2009, wenn sie die ihnen zustehenden Gelder gemäß der neuen RSA-Regelung aus dem Gesundheitsfonds erhalten würden. Insgesamt, so schätzt die Bundesregierung, werden im Jahr 2009 167 Mrd. Euro über den Gesundheitsfonds nach den Regelungen des Morbi-RSA an die gut 200 GKV-Kassen verteilt. Die Ausgestaltung des Filters Morbi-RSA ist dabei entscheidend dafür, wie viel Geld die einzelnen Kassen tatsächlich zur Finanzierung ihrer Ausgaben aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Das Problem: Reichen die Gelder aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, müssen die betroffenen Kassen Zusatzbeiträge erheben, die den Mitgliedern gleichzeitig das Recht geben, die Kasse zu wechseln.

Das neue Regelwerk ist tatsächlich deutlich komplizierter als die bisherigen Ausgleichsmechanismen zwischen den verschiedenen Kassen. So kommt es jetzt bereits bei der Zuteilung des Geldes an die einzelnen Kassen zu einer Aufteilung nach der Risikostruktur der Kassen und nicht erst im Nachhinein, wie es der bisherige RSA vorsah.

## So funktioniert der Morbi-RSA

Neben den bisherigen Merkmalen des Risikostruktur- ausgleichs wie Alter, Geschlecht und Bezug einer Er- werbsminderungsrente wird dabei nun auch die anhand von 80 ausgewählten Krankheiten gemessene Krank- heitslast der Krankenkassen berücksichtigt. Durch die Zu- und Abschläge nach Alter und Geschlecht wird die monatliche Grundpauschale auf den Betrag angepasst, den ein gesunder Versicherter gleichen Alters und Geschlechts durchschnittlich benötigt. Außer bei Neu- geborenen und sehr alten Menschen liegt dieser Betrag unterhalb der Grundpauschale. Daher gibt es nach den Risikomerkmale Alter und Geschlecht in der Regel einen Abschlag. Für Versicherte, die an einer der 80 aus- gewählten Krankheiten leiden, erhalten die Kranken- kassen dagegen Zuschläge. Diese Morbiditätszuschläge spiegeln die erhöhten Ausgaben wider, die im Durch- schnitt von dieser Krankheit verursacht werden. Die monatliche Grundpauschale je Versichertem betrug zu Beginn des Jahres 2009 185,6373 Euro. Die Zu- und Abschläge betragen zwischen -143,2563 Euro (männ- lich, 25 bis 29 Jahre) und 5.064,7053 Euro (Hämophilie). Im Ergebnis erhalten die GKV-Kassen also zwischen rund 40 und über 5.000 Euro pro Versichertem je nach der Krankheitslast dieser Versicherten.

## Wirtschaftsweise kritisieren Gesundheitsfonds

Keine Gnade fand die Einführung des Gesundheitsfonds und insbesondere der Überforderungsklausel dagegen beim Sachverständigenrat zur Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR Wirtschaft). In seinem Gutachten 2008/2009 kritisiert er vielmehr die Reform der Finanzierungsseite des Gesundheitssystems durch den Gesundheitsfonds als „misslungen“. Wörtlich heißt es dort unter anderem: „Fasst man die Reform des Gesundheitswesens als einen letztlich nie endenden Prozess auf, sollte es in der nächsten Legislaturperiode als erstes darum gehen, die Konstruktionsfehler der zusammen mit dem Fonds am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Überforderungsklausel zu beseitigen.“ Darüber hinaus sei zu hoffen, dass die Politik die Kraft

finde, das Finanzierungssystem in Richtung des ökonomisch überlegenen Konzepts der Bürgerpauschale umzugestalten.

Der grundlegende Reformbedarf im Gesundheitswesen sei mit dem GKV-WSG nicht beseitigt worden, urteilt der Sachverständigenrat. In seiner beschlossenen Ausgestaltung sei der Gesundheitsfonds nicht zielführend. Daher müsse es in einem ersten Nachbesserungsschritt darum gehen, die Dysfunktionalität der Überforderungsregelung zu beseitigen. Damit der Zusatzbeitrag eine Preisfunktion und somit die Funktion als Wettbewerbs- element ausüben könne, dürfe er ausschließlich als Pauschale erhoben werden; entsprechendes gelte für Beitragsrückerstattungen. Darüber hinaus müsse aber der Zusatzbeitrag so ausgestaltet sein, dass er nicht von den Strukturmerkmalen der Versicherten – Einkommen, Gesundheitsrisiko und Anteil der beitragsfrei mitver- sicherten Familienangehörigen – abhängt.

Allerdings würde allein mit der wettbewerbskonformen Ausgestaltung des Zusatzbeitrags keine wesentliche Verbesserung im Vergleich zum derzeitigen System erreicht. Denn die beiden wichtigsten Ziele einer finan- zierungsseitigen Reform der Krankenversicherung, die Abkopplung der Beiträge von den Arbeitskosten sowie die Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarkts, blieben weiterhin ungelöst. Aus diesem Grund sollte in einem zweiten, wirklichen Reformschritt der Gesund- heitsfonds als Ausgangspunkt genutzt werden, um in der nächsten Legislaturperiode das Finanzierungs- system auf die vom Sachverständigenrat vorgestellte Bürgerpauschale umzustellen. Anders als bei den Rege- lungen des GKV-WSG würden in der Bürgerpauschale die sinnvollen Elemente der beiden Modellansätze der Koalitionsparteien, die von der SPD favorisierte „Bürger- versicherung“ und die „solidarische Gesundheitsprämie“ der Unionsparteien, kombiniert: Die bestehende Seg- mentierung des Versicherungsmarkts werde ebenso wie die Lohnabhängigkeit der Krankenversicherungsbeiträge abgeschafft. Zudem werde durch die finanzierungs- seitige Neuregelung anders als beim GKV-WSG der ver- zerrte Kassenwettbewerb beseitigt und nicht noch weiter verschärft.

## **OECD-Survey: Deutschland braucht Reform der Gesundheitsfinanzierung**

Weitere Reformen der Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems forderte auch die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in ihrem ökonomischen Survey 2008. Angesichts des durch den technologischen und demografischen Wandel bedingten erheblichen Ausgabendrucks müsse Deutschland seine Gesundheitsfinanzierung reformieren, um sie effizient zu gestalten und die negativen Beschäftigungs- und Wachstumseffekte zu begrenzen. Die geplanten schrittweisen Erhöhungen der Zuweisungen aus dem Bundeshaushalt an die gesetzliche Krankenversicherung würden zur Verringerung der Lohnnebenkosten beitragen, weil das allgemeine Steueraufkommen auf einer breiteren Basis beruhe als die vom Erwerbseinkommen abhängigen Sozialversicherungsbeiträge.

Die OECD betont weiter, die Bundesrepublik müsse auch bislang ungenutzte Potenziale für Effizienzsteigerungen erschließen, damit das Kostenwachstum in ausreichendem Umfang eingedämmt werde, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten. Hier gebe es durchaus noch Defizite. Deutschland habe sich für verstärkten Wettbewerb als wichtigstes Instrument zur Verwirklichung dieses Ziels entschieden. Das neue Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung könnte die Anreize zur Risikoselektion verringern und die Chancen erhöhen, dass der Wettbewerb zwischen den Kassen zu mehr Kosteneffizienz führt. Zur Vermeidung von Verzerrungen müsste allerdings seine Ausgestaltung korrigiert werden.

Der Großteil der Kosten werde weiter über vom Erwerbseinkommen abhängige Beiträge finanziert, womit Niedrigeinkommensbezieher geschützt würden, während das Preissignal von einem Zusatzbeitrag ausgehen solle. Der Zusatzbeitrag werde jedoch eine sowohl

schwache als auch verzerrende Wirkung haben, da er nicht mehr als ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Versicherten betragen dürfe, womit sich die Anreize zum Kassenwechsel insbesondere für Mitglieder mit niedrigem Einkommen verringerten. Außerdem werde die damit verbundene Umverteilung über die Mitglieder der Kassen erfolgen, die Zusatzbeiträge erheben, wodurch Krankenkassen mit einem hohen Anteil an Geringverdienern einen Wettbewerbsnachteil erleiden würden, weil sie bei den Versicherten mit höherem Einkommen höhere Zusatzbeiträge erheben müssten. Die OECD-Autoren empfehlen dagegen einen pauschalen Zusatzbeitrag, der keiner Begrenzung im Verhältnis zum Einkommen der Versicherten unterliege, und zugleich die Haushaltszuweisungen zu erhöhen, so dass diese einen größeren Teil der Gesamtkosten des Systems deckten, um die Finanzierung der Gesundheitsversorgung noch etwas mehr vom Erwerbseinkommen abzukoppeln. Soweit dann zusätzliche Zuschüsse für Geringverdiener notwendig würden, sollten diese aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert werden, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden.

## **Reform der Pflegeversicherung: Pflege-Weiterentwicklungsgesetz**

Durch das am 14. März 2008 vom Bundestag verabschiedete Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), das zum 1. Juli 2008 in Kraft trat, ist unter anderem auch der Beitragssatz zur Pflegeversicherung um 0,25 Prozentpunkte angehoben worden. Damit ist der Beitragssatz in der Pflegeversicherung ab dem 1. Juli 2008 von bisher 1,7 auf dann 1,95%, für Kinderlose von bisher 1,95 auf dann 2,2% angestiegen. Die Anhebung des Beitragssatzes soll nach Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit die derzeitige Unterdeckung der Pflegeversicherung abdecken und die Verbesserungen der Leistungen durch die Pflegereform bis etwa 2015 finanzieren.

Weitere wesentliche Regelungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes sind:

- Individualanspruch auf umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement)
- Verbesserung der Rahmenbedingungen insbesondere für neue Wohnformen durch gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen
- Schrittweise Anhebung der ambulanten und stationären Leistungen
- Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Einbeziehung von Menschen der so genannten Pflegestufe 0
- Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege
- Leistungsdynamisierung
- Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte
- Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege
- Ausbau der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Transparenz, unter anderem durch die Pflicht zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten durch die Pflegeeinrichtungen
- Portabilität der Alterungsrückstellungen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

### **„Rettet die Krankenhäuser“: Ein Jahr Auseinandersetzung um bessere finanzielle Rahmenbedingungen**

Im Hinblick auf die Krankenhäuser war 2008 durch eine lang andauernde Auseinandersetzung um verbesserte finanzielle Rahmenbedingungen gekennzeichnet. Höhepunkt dieser Auseinandersetzung auf Klinik-Seite war zweifellos die Demonstration am 25. September 2008 in Berlin vor dem Brandenburger Tor, zu der das Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ aufgerufen hatte. Der Zusammenschluss aus Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG), ver.di, Deutschem Städte- tag, Marburger Bund, Bundesärztekammer, dbb

beamtenbund und tarifunion, Verband der Krankenhaushausdirektoren Deutschlands (VKD), Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) und Deutschem Pflegerat schaffte es, insgesamt rund 130.000 Demonstranten nach Berlin zu holen, die dort für eine bessere finanzielle Ausstattung der Kliniken kämpften. In dem gemeinsamen Aufruf des Aktionsbündnisses hieß es unter anderem: „Wir fordern gemeinsam und mit Nachdruck von den politisch Verantwortlichen:

- Stoppt die Kürzungen
- Weg mit dem Deckel auf die Krankenhausbudgets
- Ausgleich für steigende Energie- und Sachkosten
- Gegenfinanzierung der Tariflohnsteigerungen
- Mehr Geld für Arbeitsplätze und Nachwuchssicherung.“

### **Massive Kostenbelastungen durch Tarifabschlüsse**

Der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Dr. Rudolf Kösters warnte, in jedem dritten Krankenhaus drohten mittelfristig die Lichter auszugehen. Von den 2.100 Kliniken in Deutschland schrieben inzwischen fast 700 Häuser rote Zahlen – mit steigender Tendenz. Das Aktionsbündnis rechnete vor, den Krankenhäusern entstünden massive Kostenbelastungen durch die Tarifabschlüsse für 2008/2009 in Höhe von 4,1 Mrd. Euro. Hinzu kämen für den gleichen Zeitraum steigende Energie- und Sachkosten in Höhe von 3,8 Mrd. Euro. Diesen insgesamt 8 Mrd. Euro Zusatzkosten stünden auf der anderen Seite nur etwa 1 Mrd. Euro an Entlastung durch Vergütungszuwächse gegenüber. Seit Jahren, so die Argumentation, würde den Krankenhäusern keine Chance gelassen, die Kostenlawine aufzuhalten: Die Grundlohnrate, über die die Kliniken auf Preiserhöhungszuwächse reagieren könnten, läge seit vier Jahren unter einem Prozent, für 2008 betrüge sie 0,64 Prozent, von denen noch einmal 0,5 Prozent als Sanierungsbeitrag für die Krankenkassen abginge.

## **Henke: Bisheriges Finanzierungssystem „gehört auf die Intensivstation“**

Die Verantwortung der Politik forderte auch der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, ein: „Es wäre zynisch von der Politik, Ärztemangel und Pflegenotstand zu bejammern, Konferenzen zur Verbesserung der Situation einzuberufen und gleichzeitig Verursacher der Misere zu sein. Die Politik kommt mir manchmal vor wie Brandstifter und Feuerwehr in einem.“ Für die Kliniken gehe es darum, finanziellen Gestaltungsspielraum zu erhalten, um die hochwertige medizinische Versorgung in Deutschland gewährleisten zu können. Rudolf Henke, der Vorsitzende des Marburger Bundes, betonte „15 Jahre nach der Einführung der an die Grundlohnsummenentwicklung und damit an die Einnahmen der Krankenkassen gekoppelten gedeckelten Budgets hat sich dieses System endgültig überlebt. Es ist völlig untauglich geworden für die Zukunftssicherung der Krankenhäuser. Das bisherige Finanzierungssystem für die Krankenhausmedizin gehört dringend auf die Intensivstation.“

## **Baum: 20.000 Arbeitsplätze in Gefahr!**

Im Zusammenhang mit der Anfang September stattgefundenen Anhörung zum Entwurf eines Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) wies die DKG darauf hin, dass ohne eine dauerhafte und schnelle Lösung der Finanzierungskrise der Kliniken eine Entlassungswelle erheblichen Ausmaßes drohe. Mit dem 1. Januar 2009 käme eine zweite Kostenwelle auf die Kliniken zugerollt. Die Tariflöhne stiegen um 5 Prozent, die Vergütung der Krankenhäuser hingegen nur um 1,5 Prozent. Diese finanzielle Lücke entspreche dem Gegenwert von mehr als 20.000 Arbeitsplätzen. Ohne gesicherte finanzielle Hilfen würden die Kliniken immer weiter unter Rationalisierungsdruck gesetzt. Die Aufgabe der Tarifbindung und Entlassungen würde für

viele Krankenhäuser die Folgen sein müssen. Die Kliniken forderten daher von Bundesregierung und Bundestag, die Vergütungen für das Jahr 2009 so zu erhöhen, dass die finanziellen Belastungen der Krankenhäuser in Höhe von insgesamt rund 6,7 Mrd. Euro aus gestiegenen Sach- und Personalkosten refinanziert werden könnten. Zudem müsse die Grundlohnratenbegrenzung genauso wie im niedergelassenen Bereich abgeschafft werden, um den Kliniken eine dauerhafte Finanzierungsperspektive zu geben.

## **KHRG verabschiedet – und niemand ist wirklich zufrieden**

Am 18. Dezember 2008 verabschiedete der Bundestag schließlich mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen den Entwurf des Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) mit den vom Gesundheitsausschuss vorgeschlagenen Änderungen. Das vom CDU-Abgeordneten Dr. Hans-Georg Faust als „Notzelt“ für die Krankenhäuser bezeichnete Gesetz soll den Kliniken im kommenden Jahr rund 3,5 Mrd. Euro zusätzliche Mittel bringen. Darüber hinaus sollen zusätzliche Mittel aus dem letzten Konvergenzschritt des Fallpauschalensystems auf die Jahre 2009 und 2010 verteilt werden.

Das Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ kritisierte die Neuregelung als „unterdosierte Finanzspritze“, die auf Dauer die hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern nicht sichern könne. Dr. Rudolf Kösters, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), kritisierte, das Gesetzgebungsverfahren zur Krankenhausfinanzierung ende mit einem verwässerten Hilfspaket und falschen ordnungspolitischen Weichenstellungen für die Kliniken. Aus Sicht der Krankenhäuser sei das Gesamtergebnis enttäuschend.

## **GKV-Spitzenverband: Das kostet mindestens 4,1 Mrd. Euro**

Dr. Doris Pfeiffer, die Vorsitzende des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes, betonte dagegen, es wäre gut und richtig gewesen, wenn der Gesetzgeber den innovativen Kliniken und Krankenkassen über wettbewerbliche Regelungen mit selektiven Verträgen neue Wege für eine moderne, gute und günstige Versorgung der Versicherten eröffnet hätte. Der GKV-Spitzenverband kritisierte das Gesetz als zu teuer und unflexibel. In einer Stellungnahme hieß es unter anderem, damit stehe fest, dass auf die Krankenkassen und deren Beitragszahler eine finanzielle Mehrbelastung von mindestens 4,1 Mrd. Euro zukomme. Im Gesundheitsfonds seien jedoch nur 3,5 Mrd. Euro veranschlagt worden. Konsequenz aus dieser Gesetzgebung sei, dass die Wahrscheinlichkeit deutlich steige, dass Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben müssten. Trotz einiger Änderungen im Laufe der Gesetzgebung zeige sich, dass die Reform ineffiziente Strukturen und Abläufe in den Kliniken konserviere statt den Strukturwandel einzuleiten.

## **Zentrale Regelungen des KHRG**

Für die Festlegung des GKV-Beitragsatzes für das Jahr 2009 wurden Mehrausgaben in Höhe von 3,5 Mrd. Euro einkalkuliert. Die wesentlichen Inhalte des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes sind:

- Ab dem Jahr 2009 werden die für die Jahre 2008 und 2009 tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerungen zu 50 Prozent durch die Krankenkassen refinanziert, soweit diese Erhöhungen die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen überschreiten, und tatsächlich gezahlt werden.
- Das Statistische Bundesamt wird bis Mitte 2010 einen Orientierungswert ermitteln, der zeitnah die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich erfasst und voraussichtlich ab dem Jahr 2011 als Alternative zur bisherigen strikten Grundlohnbindung der Krankenhauspreise dienen kann.
- Zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern wird ein Förderprogramm eingeführt, durch das in drei Jahren bis zu 17.000 zusätzliche Stellen im Pflegedienst zu 90 Prozent durch die Krankenkassen zusätzlich finanziert werden. Dabei können die zusätzlichen Mittel auch zur Aufstockung von Teilzeitstellen genutzt werden.
- Die Konvergenzphase wird um ein Jahr bis 2010 verlängert, so dass die aufgrund eines ungleichgewichtigen letzten Konvergenzschrittes entstehenden weiteren Mehrausgaben im Jahr 2009 halbiert werden. Gegenüber der bisherigen Rechtslage, die ein vollständiges Auslaufen der Konvergenzphase vorsah, halbieren sich dadurch die konvergenzbedingten Mehreinnahmen bei Krankenhäusern mit Budgetzuwächsen.
- Bei der anteiligen Übernahme der Kosten für tariflich bedingte Mehrausgaben werden die tatsächlichen Verhältnisse in jedem Krankenhaus zugrunde gelegt. Das heißt, dass nur die Kliniken, die die Tariflohnsteigerungen auch tatsächlich weitergegeben haben, eine entsprechende Refinanzierung erhalten. Für Krankenhäuser mit Notlagentarifverträgen gilt diese Regelung nicht.
- Entwicklung und Einführung eines pauschalierten und tagesbezogenen Vergütungssystems für Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Eine erstmalige Abrechnung nach diesem neuen Entgeltssystem ist für das Jahr 2013 vorgesehen. Zudem wird die Finanzierung der Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung verbessert, um die Personalbesetzung in psychiatrischen Einrichtungen zu optimieren.
- Die unterschiedlichen Landesbasisfallwerte werden in einem Zeitraum von 5 Jahren, beginnend im Jahr 2010, schrittweise in Richtung auf einen einheitlichen Basisfallwertkorridor angenähert. Von dieser Konvergenz wird eine Bandbreite (Korridor) in Höhe von +2,5 Prozent bis -1,25 Prozent um einen rechnerisch ermittelten einheitlichen Basisfallwert ausgenommen. Für die jährliche Absenkung des Landes-

basisfallwerts an den einheitlichen Basisfallwertkorridor wird zudem eine Obergrenze vorgegeben, die die entstehende Belastung für die Krankenhäuser in den betroffenen Ländern begrenzt und zugleich den Konvergenzzeitraum entsprechend verlängert.

Grundsätzlich soll die Investitionsfinanzierung ab 2012 auf Investitionspauschalen umgestellt werden, wenn sich die Länder hierzu entscheiden. Dazu wird ein gesetzlicher Auftrag zur Entwicklung einer Reform der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch leistungsorientierte Investitionspauschalen bis Ende 2009 erteilt. Die näheren Einzelheiten des Verfahrens hierzu müssen Länder und Bund allerdings erst noch festlegen. Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene und das DRG-Institut werden mit der Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen beauftragt.

### **SVR Wirtschaft: „Externe Bürokratisierung von Investitionsentscheidungen“**

Grundsätzliche Kritik an der geltenden Krankenhausfinanzierung übte der Sachverständigenrat Wirtschaft in seinem Gutachten 2008. Kritisiert wird vom Rat insbesondere die fehlende Möglichkeit der Krankenhäuser, die Finanzierung von Investitionen und laufendem Betrieb kohärent zu planen und zu verhandeln. Dies beeinträchtigt deren betriebswirtschaftliche Rentabilität. Zudem seien die Krankenhausbedarfsplanungen der Länder, auf denen die Investitionsfinanzierung basiere, durch eine substanzielle landes- und kommunalpolitische Einflussnahme mit negativen Folgen auf die Entwicklung des Krankensektors gekennzeichnet. Hinzu kämen zeitliche Verzögerungen infolge der externen Bürokratisierung von Investitionsentscheidungen und nicht zuletzt der Umstand, dass sachfremde Aspekte maßgeblich über die Zuteilung der Fördermittel mitentschieden.

Außerdem sei die duale Finanzierung der Krankenhäuser infrage zu stellen, da sie zur stark kritikbehafteten Sektoralisierung im deutschen Gesundheitswesen beitrage. Während im ambulanten Bereich Kapazitätsplanung und Sicherstellungsfunktion in der Verant-

wortung der kassenärztlichen Vereinigungen liege und die Leistungserbringer ihre Investitionsaufwendungen vollständig aus ihrer Vergütung durch die Krankenkassen finanzierten, seien hierfür im Krankenhausbereich jeweils die Bundesländer zuständig. Die unterschiedliche Investitionsfinanzierung im ambulanten und stationären Bereich bedinge zudem eine Verzerrung der relativen Preise zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die steuerfinanzierte Förderung von Investitionen der Krankenhäuser konterkarriere somit den Grundsatz „ambulant vor stationär“ und die Optimierung der Angebotsstrukturen im Rahmen der Bemühungen um eine integrierte Versorgung.

Damit bestehende Überkapazitäten abgebaut würden, gleichzeitig aber Investitionen dort, wo sie unter gesamtwirtschaftlichen Versorgungsaspekten effizient seien, ausreichend finanziert werden könnten, sollten die Investitionsmittel möglichst leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilt werden, fordert der Rat. Das Konzept der monistischen Finanzierung, die Krankenhausfinanzierung „aus einer Hand“, sehe deshalb vor, dass die Krankenhäuser Betriebsausgaben und Investitionsaufwendungen allein aus der Vergütung ihrer erbrachten Behandlungsleistungen durch die Krankenkassen finanzieren. Im Hinblick auf die Mittelaufbringung bedeute Monistik, dass die Krankenkassen (stellvertretend für die Patienten als Nutzer von Krankenhausleistungen) sowohl für die Betriebs- als auch für die Investitionsaufwendungen der Kliniken Zahlungen tätigten, und zwar entsprechend den in Anspruch genommenen Leistungen.

### **Altersgrenze für Vertragsärzte aufgehoben**

Eine lange angestrebte Veränderung im Vertragsarztrecht gab es im Oktober 2008: Mit dem am 17. Oktober vom Bundestag beschlossenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde auch rückwirkend zum 1. Oktober 2008 die Aufhebung der Altersgrenze für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte beschlossen. Damit können seither Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten auch nach Vollendung des

68. Lebensjahres ärztlich tätig sein. Zur Erläuterung hieß es, damit werde nicht nur dem Wunsch vieler Betroffener entsprochen, sondern auch der Tatsache Rechnung getragen, dass einige Praxen insbesondere in ländlichen Regionen nicht nachbesetzt werden könnten.

### **Finanzkrise/Konjunkturpaket II: GKV-Beitragssatz wird gesenkt – Kliniken erhalten mehr Investitionsmittel**

Zu überraschenden Veränderungen am erst seit Anfang 2009 geltenden einheitlichen GKV-Beitragssatz wird es zur Jahresmitte 2009 als Folge der globalen Finanz- und nachfolgenden Wirtschaftskrise kommen: Am 27. Januar 2009 hat die Bundesregierung ein zweites Konjunkturpaket im Umfang von rund 50 Mrd. Euro beschlossen. Dabei wurde auch der Gesundheitsbereich berücksichtigt: Das Konjunkturprogramm sieht hier unter anderem die Senkung des erst zum 1. Januar 2009 in Kraft getretenen einheitlichen GKV-Beitragssatzes von 15,5 auf 14,9% ab dem 1. Juli 2009 vor. Zum Ausgleich sollen die dem Gesundheitsfonds zufließenden Steuermittel im Jahr 2009 von 4 um 3,2 auf 7,2 Mrd. Euro erhöht. 2010 soll der Steuerzuschuss zusätzlich zu der bereits beschlossenen Erhöhung um 1,5 Mrd. Euro um weitere 6,3 auf dann 14 Mrd. Euro anwachsen.

### **Gute Nachricht für Kliniken: Weiteres Geld aus Infrastrukturprogramm**

Außerdem sollen die Krankenhäuser im Rahmen des zum Konjunkturpaket II gehörenden Förderprogramms für Zukunftsinvestitionen, das insgesamt rund 10 Mrd. Euro aus Bundesmitteln umfasst, ebenfalls berücksichtigt werden. 35% der Finanzhilfen, also 3,5 Mrd. Euro, können für die Modernisierung der kommunalen Infrastruktur eingesetzt werden, insbesondere für Krankenhäuser (trägerneutral), Städtebau, ländliche Infrastruktur und die Lärmsanierung an kommunalen Straßen. Die Bundesländer sollen hier zusätzlich zu den vom Bund finanzierten Mitteln weitere rund 25% Finanzmittel bereitstellen, so dass sich insgesamt für die Modernisierung der kommunalen Infrastruktur eine Summe von 4,375 Mrd. Euro ergeben würde. Dazu heißt es von

Seiten der Bundesregierung: „Die Krankenhäuser aller Trägerarten sind in das Programm an hervorgehobener Stelle einbezogen. Die Länder übernehmen dabei einen Kofinanzierungsanteil von 25% zusätzlich zu den Finanzhilfen des Bundes. Der Bund erwartet, dass mindestens die Hälfte dieses Fördervolumens noch in 2009 wirksam wird.“

### **DKG: Klinikinvestitionen geben starken Konjunkturimpuls**

Doch die voraussichtlich zusätzlich bereit stehenden Investitionsmittel für die Kliniken bleiben weit hinter dem zurück, was in den Krankenhäusern aktuell an Investitionsbedarf existiert. Das machte eine Blitzumfrage des Deutschen Krankenhaus-Institutes (DKI) deutlich. Danach könnten die Krankenhäuser in Deutschland allein im Jahr 2009 für insgesamt 7,38 Mrd. Euro sinnvolle Investitionen tätigen. Hochgerechnet auf alle Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten wären die Häuser in der Lage, 3,26 Mrd. Euro an Investitionen aus Pauschalfördermitteln zu tätigen. Für die Einzelförderung ergibt sich für die Krankenhäuser ein Bedarf in Höhe von 4,12 Mrd. Euro.

Eine im Januar veröffentlichte Studie der Prognos AG zu den makroökonomischen Auswirkungen zusätzlicher Investitionen im Krankenhausbereich im Jahr 2009 zeigte, dass Investitionen in die Krankenhäuser eine nachhaltige Wirkung auf die Konjunktur und die Arbeitsplätze in Deutschland haben. In der Studie hieß es dazu, dass zusätzliche Investitionen in das Krankenhauswesen zu einem überproportionalen Anstieg des Bruttoinlandsprodukts führten. Mit einer Milliarde Euro für die Kliniken würden 2,8 Mrd. Euro bewegt, die 34.000 Arbeitsplätze sicherten. Bei breiten über die Volkswirtschaft gestreuten öffentlichen Ausgaben liege dieser Multiplikator oftmals nur in der Nähe von eins und nicht wie bei den Krankenhäusern bei 1,8. Der hohe Multiplikator für das Krankenhauswesen begründe sich im Wesentlichen damit, dass durch diese spezifische Ausrichtung der Investitionen in besonderem Maße heimische Wertschöpfung gestärkt werde.

## Die Situation der Heilberufe

### Bundesärztekammer fordert nachhaltige Gesundheitspolitik

Schwerwiegende Kritik hat die Bundesärztekammer im Laufe des Jahres 2008 immer wieder an den grundlegenden Linien der Gesundheitspolitik geübt. So betonte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe im November, das Vertrauen in die Zukunftsfähigkeit der Gesundheitspolitik sei nachhaltig erschüttert. Die Menschen spürten, dass die finanziellen und personellen Ressourcen nicht mehr ausreichen, um das derzeit noch hohe Niveau der Versorgung aufrechtzuerhalten. Wenn Deutschland den medizinischen Fortschritt auch in einer Gesellschaft des langen Lebens erhalten wolle, dann brauche man endlich eine nachhaltige Gesundheitspolitik, die im Gesundheitswesen nicht nur einen Kostenfaktor sehe.

In einem Spitzengespräch der Bundesärztekammer mit der Deutschen Bischofskonferenz und dem Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland Ende November 2008 wies Hoppe in der Diskussion über die gegenwärtige Situation im Gesundheitswesen auch auf die zunehmende Ökonomisierung der Patientenversorgung hin. Der Präsident der Bundesärztekammer machte auf die Unterfinanzierung in Teilen des Gesundheitswesens und die Überbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit aufmerksam, die einer zugewandten Medizin entgegenstünden. Übereinstimmung herrschte darüber, dass die Grundlagen einer humanen Patientenversorgung gestärkt und die Grundprinzipien Solidarität und Subsidiarität sowie auch Eigenverantwortung und Nächstenliebe stärker ins Bewusstsein gerückt werden müssten. Ziel der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens müsse es sein, eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung mit chancengleichem Zugang und Teilhabe Aller am medizinischen Fortschritt gerade auch unter schwierigen gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen sicherzustellen.

### Ärztetag: Gesetzgeber soll sich „zur expliziten Priorisierung und Rationierung bekennen“

Bereits anlässlich des 111. Deutschen Ärztetages im Frühjahr 2008 in Ulm hatte sich die Ärzteschaft kritisch mit der Gesundheitspolitik und ihren langfristigen Auswirkungen befasst. Hoppe betonte zur Eröffnung des Ärztetages: „Ärztinnen und Ärzte müssen seit Jahren eine heimliche Rationierung im Gesundheitswesen ertragen und vor ihren Patienten dafür geradestehen. Das aber wollen wir nicht mehr.“ Die Politik dürfe sich nicht aus der Verantwortung stehlen und so tun, als gebe es diese Rationierung nicht. Durch die strikte Begrenzung der Finanzmittel in der gesundheitlichen Versorgung werde schon längst nur noch das medizinisch unbedingt Notwendige von den Krankenkassen bezahlt. Die Möglichkeiten der Ärzte, für ihre Patienten die individuell beste Therapie auszusuchen, würden seit Jahren immer stärker eingeschränkt. „Die Konflikte, die sich daraus ergeben, müssen aber aus der Patient-Arzt-Beziehung herausgehalten werden“, mahnte Hoppe.

Im „Ulmer Papier“, den vom 111. Deutschen Ärztetag in Ulm verabschiedeten neuen gesundheitspolitischen Leitsätzen der Deutschen Ärzteschaft, heißt es zu diesem Thema: „Die an sich notwendige medizinische Versorgung kann heute nicht mehr allen Patienten zur Verfügung gestellt werden. Rationierung findet statt. Dabei geht es nicht allein um die unzureichende Bereitstellung von Finanzmitteln. Unter Budgetbedingungen mangelt es auch an Zeit für ein aufklärendes Gespräch, an ärztlicher Zuwendung und an Ruhe, zum Beispiel Sterbende angemessen zu begleiten. Es besteht kein Zweifel, dass die Mittelknappheit im Gesundheitswesen so ausgeprägt ist, dass sie nicht allein durch die Erschließung von Effizienzreserven oder durch Optimierung von Prozessen und Abläufen abgefangen werden kann.“

Und wenig später heißt es ausdrücklich: „Wenn der Gesetzgeber nicht gewillt ist, die für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung erforderlichen Mittel im Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen, und weiterhin auf eine Steuerung der Gesundheitsausgaben durch Budgets setzt,

- muss das Haftungsrecht angepasst werden,
- muss der Gesetzgeber die Verantwortung für einen Leistungskatalog unter dem Primat allein der Beitragssatzstabilität übernehmen,
- muss der Gesetzgeber die Absenkung von Versorgungsstandards verantworten und
- muss er sich letztlich zur expliziten Priorisierung und Rationierung bekennen.

Diese Klarstellung würde die bisherige Steuerung der Ausgaben im Gesundheitswesen mit heimlicher und implizierter Rationierung beenden. Der Gesetzgeber könnte dann nicht länger Rationierung als mangelnde Qualität darstellen.“

Als Konsequenz forderte der Ärztetag, dass ein Gesundheitsrat eingerichtet werden soll, um gesundheitspolitische Priorisierungsentscheidungen vorzubereiten. Dieser Gesundheitsrat müsse institutionell unabhängig unter enger Einbindung von Ärzteschaft, Politik und Patientenvertretern im vopolitischen Raum arbeiten. Seine Aufgabe sei es, Schwerpunkte für die Gesundheitsversorgung zu definieren und Umsetzungsempfehlungen zu erarbeiten. Eine solche Priorisierung könne nur auf der Basis ärztlicher, ethischer, medizinisch-wissenschaftlicher und sozialer Kriterien erfolgen und sollte vor allem Ergebnisse der Versorgungsforschung berücksichtigen. Die Priorisierungsentscheidungen müssten von der Politik transparent und öffentlich nachvollziehbar getroffen werden.

## Warnung vor Eingriffen in die Therapiefreiheit

Hoppe wertete das „Ulmer Papier“ als wichtige Positionsbestimmung der Ärzteschaft in der gesundheitspolitischen Debatte der nächsten Zeit. „Das ‚Ulmer Papier‘ ist eine gute argumentative Grundlage für die Auseinandersetzung mit der Politik über die Neuausrichtung des Gesundheitswesens“, betonte Hoppe. Das Papier sei ein klares Votum gegen die zunehmende Standardisierung der ärztlichen Tätigkeit zu Lasten einer individuellen Behandlung und Betreuung der Patienten. Unter Budgetbedingungen mangle es nicht nur an Finanzmitteln. Auch die Zeit für ein aufklärendes Gespräch und für ärztliche Zuwendung werde immer mehr eingeschränkt.

Die Ärzteschaft kritisiert in ihren Leitsätzen die „mechanistische Vorstellung des therapeutischen Geschehens“ in den Reformgesetzen der letzten Jahre. „Weil Gesundheit weder angeordnet noch hergestellt werden kann, da sie wesentlich vom Mitwirken des Patienten abhängig ist, kann diese Begegnung nicht standardisiert erfolgen“, erklärte der Ärztetag. Stattdessen sei die Therapiefreiheit von einer grundsätzlichen, sehr hohen Bedeutung für Patienten und Ärzte. Der Arzt entscheide zusammen mit seinem Patienten, inwieweit er die Ergebnisse evidenzbasierter Leitlinien in seine Therapie einfließen lässt. „Externe Eingriffe in die Therapiefreiheit wie etwa schematische Standardisierungen können sich nur destruktiv auf die Vertrauensbeziehung von Patient und Arzt auswirken: Der Arzt fühlt sich seiner Freiheit beraubt, der Patient zweifelt an der Unabhängigkeit seines Arztes.“

## „Priorisierung? Na endlich!“

Dass die Beschäftigung mit den Fragen von Rationierung und einer grundlegenden Neuorientierung der deutschen Gesundheitspolitik keineswegs nur eine Eintagsfliege waren, betonte die Tatsache, dass das Deutsche Ärzteblatt Ende 2008 in Berlin seinen dritten „Ärzteblatt-Wortwechsel“ unter dem Titel „Priorisierung? Na endlich!“ veranstaltete. Priorisierung, so die Grundüberzeugung vieler Teilnehmer, würde vor der ansonsten unausweichlichen Rationierung von Leistungen schützen können. Und: Die Realität des deutschen Gesundheitssystems bestehe längst in verdeckter Rationierung, deren Last vor allem auf den Ärzten ruhe.

Doch die im Titel der Veranstaltung ausgedrückte klare Aufforderung für eine Priorisierung stieß bei den Diskutanten der Podiumsdiskussion nicht nur auf Befürworter: Insbesondere Dr. Klaus-Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, wehrte sich heftig gegen die Auffassung, in Deutschland sei so etwas nötig. Das deutsche Gesundheitssystem, so sein Gegenargument, sei „viel robuster, als manche meinen“. Dies zeige sich unter anderem darin, dass früher einmal deutsche Patienten zu Herzoperationen und speziell Herztransplantationen ins Ausland geflogen werden mussten, heute dagegen sowohl in diesem Bereich als auch in vielen anderen wie etwa der Dialyse ein flächendeckendes Angebot für jeden Patienten existiere, der solche Behandlungen benötige. Rationierung, so sein Vorwurf, gebe es in Ländern mit Wartelistenmedizin wie Großbritannien oder Schweden, nicht aber in Deutschland.

Die klare Gegenposition vertrat dagegen Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe: Rationierung gehöre im deutschen Gesundheitssystem längst zum Alltag – allerdings in einer Form, die sich kaum öffentlich zeige. Die Last der impliziten Rationierung läge vor allem bei den Ärztinnen und Ärzten, weil sie gegenüber dem einzelnen Patienten die Folgen der Budgetierung vertreten müssten. Viele Ärzte vor allem in der ambulanten Versorgung würden darüber klagen, dass die Möglichkeiten der modernen Medizin schon längst nicht mehr allen Patienten zugänglich seien.

## BÄK-Ethikkommission: Wir brauchen Priorisierung in der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung!

Unterstützung bekam Hoppe hier von Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing, dem Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin in Tübingen und Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission der BÄK (ZEKO). Die Ethikkommission hat im September 2007 in einer Stellungnahme mit dem Titel „Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung“ unter anderem festgestellt: „Die ZEKO ist der Überzeugung, dass gewichtige ethische Argumente für eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen sprechen“; die Kommission halte es für erforderlich, „auch in Deutschland eine breite öffentliche Diskussion über eine explizite Prioritätensetzung in der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung zu beginnen“.

Wiesing betonte, in dem Moment, in dem die Budgetierung der Mittel für die Gesundheitsversorgung eingeführt werde, müsse man sich jedoch auch der Diskussion um implizite Rationierung stellen. Doch es gebe eine erhebliche politische Scheu in Deutschland, dieses Thema offen und sachlich anzugehen, so der Medizin-Ethiker.

## EBM 2009 – eher Flop als Top

Zu massiven Problemen bei der Umsetzung hat Anfang 2009 die grundlegende Honorarreform für die Vertragsärzte und der dafür entwickelte neue Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) 2009 geführt. Zwar stehen den Vertragsärzten in Deutschland insgesamt im Jahr 2009 gegenüber dem Jahr 2007 rund 3 Mrd. Euro mehr an Honorarsumme zur Verfügung. Durch Teile der Neuregelung, so vor allem das neue Regelleistungsvolumen, kommt es aber offensichtlich zu erheblichen Verwerfungen zwischen den verschiedenen Facharztgruppen. So wurde bereits im Herbst 2008 die damals von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung noch als großer Erfolg gefeierte Steigerung der Arzthonorare zu Beginn des Jahres 2009 keineswegs überall positiv gesehen. Grund war – und ist der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses von Kassen und KBV, die

Honorarsteigerung nicht gleichmäßig, sondern nach einem bestimmten Schlüssel auf die kassenärztlichen Vereinigungen zu verteilen. Die Folge: Die tatsächlichen Honorarsteigerungen in den einzelnen KVen schwanken zwischen 1,5 und 21,6%! Besonders schlecht schneiden dabei die Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg (+1,5%) und Nordrhein (+3,6%) ab. Spitzenreiter beim Honorar-Zuwachs sind dagegen die KVen in den neuen Bundesländern mit Steigerungen zwischen 13,8 (Brandenburg) und 21,6% (Thüringen).

### **Geharnischter Protest aus Nordrhein**

So setzte es auch sofort geharnischten Protest aus Nordrhein: Vorstand und Vertreterversammlung der KV Nordrhein protestierten heftig gegen den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses auf Bundesebene – man hätte die Aushandlung der Steigerungsrate für die einzelnen KVen den Akteuren vor Ort überlassen müssen. Die nordrheinischen Vertragsärzte sollten eine Honorarerhöhung von nur 109 Mio. Euro oder 3,6% erhalten, während anderen Regionen deutlich höhere Zuwächse zugesprochen wurden. Die Ablösung der leistungsfeindlichen Budgets durch Regelleistungsvolumen sei im Übrigen eine „Mogelpackung“. Durch die festgelegte Begrenzung der Fallzahl auf Vorjahreszahlen würden die patientenfeindlichen Budgets zementiert.

### **Unzufriedenheit auch in Baden-Württemberg**

Verhalten unzufrieden äußerte sich auch Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW): Für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg bedeute der Beschluss „eine schwarze Null“ und damit keine Steigerung des Honorars. So ist es nur folgerichtig, dass die Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg Ende Januar 2009 beschloss, die Systematik des neuen Regelleistungsvolumens vorerst nicht umzusetzen.

### **KBV: höchste Honorarsteigerung seit Bestehen der ärztlichen Selbstverwaltung!**

Außerordentlich positiv wurde die letztlich durch einen Schlichterspruch erzielte Honorarsteigerung dagegen von Dr. Andreas Köhler, dem Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bewertet. Wörtlich betonte er seinerzeit: „Das ist heute ein wichtiger Schritt gewesen, um die flächendeckende und qualitativ hochwertige ambulante Versorgung für die Patienten auf Dauer zu sichern. Zugleich ist eine der wichtigsten Hürden hin zu einer leistungsgerechten Vergütung in Euro und Cent nach 20 Jahren des Einfrierens ärztlicher Honorare genommen. Kopfpauschalen und Honorarbudgets sind nach zwei Jahrzehnten abgeschafft.“ Die neue morbiditätsbedingte – also am tatsächlichen Krankheitszustand der Versicherten orientierte – Gesamtvergütung sei gerechter und transparenter. Die Kernforderungen der KBV sah Köhler weitgehend als erfüllt an. „Die Trennung der Honoraranteile für Haus- und Fachärzte kann beibehalten werden. Zugleich werden die Ärzte und Psychotherapeuten in den alten Bundesländern keine Honorarverluste erleiden. Für die neuen Bundesländer ergibt sich eine Angleichung der gezahlten Vergütung je Versicherten auf durchschnittlich 94% des Westniveaus.“

### **Begrenzung der Honorarverluste und Überarbeitung des Regelleistungsvolumens**

Nach heftigen Protesten und Streikankündigungen verschiedener Facharztgruppen im Januar und Februar 2009 ruderte Köhler dann deutlich zurück. So kündigte er Anfang Februar an, die KBV werde sich für eine Überarbeitung der Regelleistungsvolumen einsetzen. Mit der neuen Gebührenordnung in Euro und Cent erhielten Ärzte nun bundesweit für gleiche Leistungen ein annähernd gleiches Honorar. Da dies bei einigen Arztgruppen zu Honorarverlusten geführt habe, hätten die Kassen einer Begrenzung dieser Verluste zugestimmt. Zusätzlich wolle die KBV nun auch die Regelleistungsvolumen überarbeiten.

Auf der Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses Mitte Januar einigten sich die Vertreter der niedergelassenen Ärzte und der Krankenkassen auf eine Konvergenzphase von insgesamt sieben Quartalen bei der weiteren Einführung der neuen arzt- und praxisbezogenen Vergütung. Die ab dem 1. April 2009 beginnende Konvergenzphase sieht vor, dass in den nächsten sieben Quartalen die Honorarveränderungen bei den größten Gewinnern unter den Kassenärzten begrenzt und bei den größten Verlierern gebremst werden. Diese freiwillige Vereinbarung zwischen den Vertretern der niedergelassenen Ärzte und der Krankenkassen sieht vor, dass es keine zusätzliche Erhöhung des Gesamtvolumens des Ärztehonorars gibt. Die Minderung des Einkommensverlustes einzelner Ärzte und Arztgruppen soll dadurch finanziert werden, dass die Zuwächse anderer Ärzte und Arztgruppen begrenzt werden. Voraussetzung sei, dass die Honorarveränderung nicht durch die Praxis zu verantworten, sondern durch die neue Systematik der Mengensteuerung bedingt ist. Mit dem 31. Dezember 2010 werde die Konvergenzphase beendet sein. In den nächsten Wochen müsse jetzt auf regionaler Ebene geklärt werden, welche Arztgruppen wie betroffen sind und wie die Konvergenz konkret umgesetzt wird. Eine neue Verteilung zwischen den verschiedenen kassenärztlichen Vereinigungen sei dabei ausdrücklich nicht vorgesehen.

Doch auch diese Maßnahme dämpfte die innerärztliche Kritik an der Honorarreform nicht. Wenige Tage später warnte Köhler angesichts einer weiter anwachsenden Protestwelle gar vor dem Zusammenbruch des bisherigen Kassensystems und verlangte für die Kassenärzte einen Nachschlag von einer Milliarde Euro.

Die Reaktion von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt war eindeutig: Der Vorsitzende der KBV habe noch vor Kurzem selbst mitgeteilt, dass die Kassenärzte einen Honorarzuwachs von 3 Mrd. Euro im Vergleich der Jahre 2009 zu 2007 erzielen würden. Jetzt solle eine neue Forderung von nochmals 1 Mrd. Euro mehr Geld „offenbar von eigenen Unzulänglichkeiten bei der Umsetzung der maßgeblich von der KBV betriebenen

Honorarreform ablenken“. Angesichts der in diesem Jahr bereits zur Verfügung gestellten 11 Mrd. Euro mehr für die medizinische Versorgung (insgesamt 167 Mrd. Euro) sei für neue Mehrforderungen jedoch keinerlei Spielraum.

## **Apotheker für Erhalt des Fremdbesitzverbotes**

Nach Auffassung des EuGH-Generalanwaltes Yves Bot verstößt das deutsche Fremdbesitzverbot für Apotheken nicht gegen Gemeinschaftsrecht. In seinem Schlussantrag zum Vorlageverfahren des Verwaltungsgerichts Saarbrücken im Verfahren um die DocMorris-Apotheke in Saarbrücken hat der Generalanwalt beim Europäischen Gerichtshof (EuGH) Mitte Dezember 2008 vielmehr das Fremdbesitzverbot für Apotheken als mit dem europäischen Recht vereinbar angesehen. Zur Begründung führte Bot aus, die Beschränkung der Niederlassungsfreiheit sei durch das Ziel des Gesundheitsschutzes gerechtfertigt. Der einzelne Mitgliedstaat könne dabei bestimmen, auf welchem Niveau er den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung gewährleisten wolle und wie dieses Niveau erreicht werden solle.

Angesichts der Tatsache, dass der EuGH in den meisten Fällen dem Tenor des Antrages des Generalanwaltes folgt, stellte diese klare Positionierung eine deutliche Erleichterung für die deutschen Apotheker und ihre offiziellen Vertretungen dar. Denn seit einiger Zeit wird sowohl in Berlin als auch vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) in Straßburg heftig um die Zukunft der deutschen Apotheken gestritten. Vor dem EuGH geht es, wie bereits dargestellt, um das im deutschen Recht verankerte Fremdbesitzverbot für Apotheken, und in Berlin wollen einige Bundesländer die Möglichkeiten zum Versandhandel mit Arzneimitteln wieder einschränken.

Ausgangspunkt sind zwei auf den ersten Blick unabhängig voneinander erfolgte Vorgänge: Zum einen eröffnete vor gut zwei Jahren die Versandapotheke DocMorris in Saarbrücken eine Vor-Ort-Apotheke – dagegen klagten Apothekenvereinigungen und Apotheker.

Der zweite Streitpunkt – der Versandhandel mit Arzneimitteln – wurde im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) Anfang 2004 in Deutschland erlaubt.

Bereits vor der Legalisierung des Versandhandels hatte die niederländische Versandapotheke DocMorris Arzneimittel nach Deutschland versandt und mit verschiedenen Urteilen politischen Handlungsdruck erzeugt. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hatte im Sommer 2004 die Legalisierung des Versandhandels ausschließlich für freiverkäufliche Arzneimittel bestätigt. Auf die Legalisierung des Versandhandels gründet sich das sogenannte dm-Urteil, dass Arzneimittelabholstellen zum Beispiel in Drogerien erlaubt.

### **EuGH-Verhandlung: Unterstützung für Apotheken**

Bereits bei der mehr als siebenstündigen mündlichen Verhandlung vor dem EuGH Anfang September 2008 wurden die Bundesregierung und Deutschlands unabhängige Apotheken von zahlreichen anderen EU-Mitgliedsstaaten in ihrer Position zur Aufrechterhaltung des Fremdbesitzverbotes unterstützt. Den Argumentationen des Deutschen Apothekerverbandes (DAV), der Apothekerkammer des Saarlandes, der klagenden Apotheker und der Bundesregierung pflichteten Spanien, Frankreich, Italien, Österreich, Griechenland, Lettland und Irland bei.

So betonte der DAV-Vorsitzende Hermann Stefan Keller nach der Anhörung in Luxemburg, es gehe um einen Paradigmenwechsel, der nicht nur für die Apotheker, sondern besonders für die deutschen und europäischen Verbraucher schwerste Nachteile bringen könnte. Wenn nach der Energieversorgung nun auch die Gesundheitsversorgung in die Hände von Konzernen geriete, wären die Unabhängigkeit und Qualität der Versorgung mit Medikamenten in Deutschland massiv gefährdet. Keller betonte, das deutsche Fremdbesitzverbot schütze die Verbraucher. Die freiberufliche Unabhängigkeit von Apothekerinnen und Apothekern in Deutschland und den meisten anderen europäischen Ländern stehe für ein Höchstmaß an persönlicher Verantwortung in der

Arzneiversorgung. Er warnte davor, die Konzerninteressen über die Bedürfnisse von Verbrauchern und Patienten zu stellen.

Die Eröffnung der DocMorris-Apotheke am 3. Juli 2006 hatte in Deutschland wegen des herrschenden Fremdbesitzverbots für andauernde juristische Auseinandersetzungen gesorgt. Nachdem die Apotheke aufgrund einer einstweiligen Verfügung vom 13. September 2006 schließen musste, ist sie seit der positiven Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts Saarlouis vom 22. Januar 2007 wieder regulär geöffnet. DocMorris ist mittlerweile ein Tochterunternehmen der Celesio AG.

### **Bayern und Sachsen wollen Arzneimittel- Versandhandel wieder abschaffen!**

Ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln haben derweil die Länder Bayern und Sachsen beim Bundesrat beantragt. Schon im Juli 2008 hatte die sächsische Staatsregierung beschlossen, eine Gesetzesinitiative für einen sicheren Versandhandel mit Arzneimitteln einbringen zu wollen.

Zur Begründung heißt es unter anderem, der seit 2004 in Deutschland zulässige Versandhandel mit Arzneimitteln habe zu einer Verringerung der Patientensicherheit geführt. Wörtlich heißt es im Antrag Bayerns: „Nach nunmehr fast vierjähriger Erfahrung mit dem Versandhandel ist festzustellen, dass die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung durch ein flächendeckendes Netz von Apotheken gefährdet, die Sicherheit bei der Arzneimittelabgabe, insbesondere durch neue Vertriebswege wie die Einschaltung gewerblicher Abholstellen, nicht gewährleistet ist und auch keine Effizienzen für die Gesundheitsversorgung erreicht wurden.“

Sachsen und Bayern gehen außerdem davon aus, dass die Patienten nicht klar zwischen legalen und illegalen Versandangeboten von Arzneimitteln unterscheiden könnten. Darüber hinaus bestätigten aktuelle Studien, dass nahezu 95% der im Internet angebotenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel ohne Vorlage eines Rezepts erhältlich seien.

Ebenso könnten nach jüngster Rechtsprechung Versandapotheken aus dem EU-Ausland für das Sammeln von Rezepten und die Arzneimittelauslieferung an Patienten auch die Dienste von Gewerbebetrieben wie Videotheken, Drogerien oder Tankstellen in Anspruch nehmen. Nach Auffassung der Staatsregierungen könne damit eine sichere und flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung im bisher bestehenden Rechtsrahmen nicht mehr gewährleistet werden.

Weiter heißt es in dem Antrag an den Bundesrat, während ein generelles nationales Verbot des Versandhandels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln nach der Rechtsprechung des EuGH (Urteil vom 11. Dezember 2003 Rs. C-322/01) gegen die Warenverkehrsfreiheit verstoße, hätte der EuGH ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus Gründen des Gesundheitsschutzes und zur Regulierung der medizinischen Versorgung ausdrücklich als gerechtfertigt angesehen.

## **Mehrwertsteuer auf Arzneimittel kostet 4,1 Mrd. Euro**

Der volle Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel beschert dem Finanzminister Mehreinnahmen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Darauf wies Ende Januar 2009 die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) hin. Danach gaben die Kassen 2008 mehr als 4,1 Mrd. Euro für die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel aus. Würde – wie in vielen anderen europäischen Ländern – für Arzneimittel nur der ermäßigte Mehrwertsteuersatz in Höhe von hierzulande 7% erhoben, hätten die Kassen rund 2,6 Mrd. Euro an Ausgaben eingespart. Die gesetzlich Versicherten könnten somit um 0,2 bis 0,3 Beitragssatzpunkte entlastet werden.

## **Zahnärzte setzen sich für sinnvolle Reform der GOZ ein**

Für die Zahnärzte stand das Jahr 2008 unter anderem im Zeichen des Kampfes um die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). So hatte die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) bereits Mitte 2008 vor den Auswirkungen einer vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

weitgehend diktierten neuen Gebührenordnung (GOZ) für Praxis und Patienten gewarnt. Stattdessen forderte Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, der Präsident der BZÄK, nach wie vor eine stärkere Orientierung an der von der BZÄK erarbeiteten Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ). Die vom BMG und den privaten Krankenversicherungen geforderte Öffnungsklausel lehnte Weitkamp strikt ab.

BZÄK-Präsident Weitkamp betonte, die derzeitige, seit nahezu 20 Jahren unverändert geltende GOZ sei ein „marodes Übel“: Sie basiere nicht mehr auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und lasse die Weiterentwicklung zahnmedizinischer Behandlungsmethoden völlig außer Acht. Sie basiere außerdem auf veralteten Schätzungen und Stichproben. Neue Behandlungsmethoden und verbesserte Techniken, die den Patienten zugutekämen, seien mit der derzeitigen Gebührenordnung nicht vereinbar. Während die GOZ seit 1988 unverändert fortbestehe, hätten sich beispielsweise die Kosten auf dem Dienstleistungssektor in diesem Zeitraum über 50% erhöht.

Bereits 2007 hatte die BZÄK in einer außerordentlichen Bundesversammlung den Entwurf einer ‚Honorarordnung der Zahnärzte‘ verabschiedet – die HOZ. Weitkamp betonte, die HOZ sei der konstruktive Beitrag der Zahnärzte für ein neues Gebührenmodell. Die HOZ basiere nicht auf veralteten Schätzungen, sondern auf seriösen Gutachten. Sie orientiere sich am Alltag und am tatsächlichen Bedarf der Zahnmediziner.

## **BZÄK: Öffnungsklausel zerstört Versorgungsstruktur und schafft freie Arztwahl ab**

Zentraler Diskussionspunkt der GOZ-Novellierung ist die sogenannte Öffnungsklausel. Sie sieht vor, dass private Versicherungsunternehmen mit Gruppen von Zahnärzten pauschale Sondervereinbarungen außerhalb der Gebührenordnung treffen können sollen. Die BZÄK sieht darin vor allem die Gefahr, dass dann Privatpatienten ohne empfindliche Mehrkosten nur noch die Vertragszahnärzte ihres privaten Versicherers aufsuchen könnten. Außerdem gehe von der Öffnungsklausel die Gefahr aus, dass die GOZ als Vergütungsgrundlage

ausgehöhlt und letztlich überflüssig werde. Wegen des intensiven Kostendrucks würden sich dann nämlich viele Zahnärzte in spezialisierten Zentren zusammenschließen. Kleinere Praxen, vor allem außerhalb von Ballungsräumen, könnten eventuell nicht mehr mithalten. Dies würde die bewährte deutsche Praxisstruktur und die flächendeckende Versorgung mit Zahnärzten bedrohen.

Die Bundeszahnärztekammer fordert deshalb die Streichung der Öffnungsklausel aus dem Novellierungsentwurf der GOZ. Neben ihrer Existenz bedrohenden Wirkung für viele Zahnärzte sei sie auch juristisch fragwürdig. Sie verletze sowohl das Wettbewerbs- als auch das Verfassungs- und Europarecht. Wegen der auftretenden Patientensteuerung wäre sie auch berufsrechtlich bedenklich. Sie gefährde darüber hinaus das bestehende Gebühren- und Erstattungsrecht. Nicht zuletzt würde sie die Patienten in ihrem Recht auf die freie Wahl ihres Zahnarztes einschränken.

### **BÄK und BZÄK gemeinsam gegen GOÄ/GOZ-Diktat**

Auf eine klare Abwehrfront stieß entsprechend auch im November der Entwurf einer neuen Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bei der Bundeszahnärztekammer und der Bundesärztekammer. Der Entwurf sei „insgesamt völlig unzulänglich“, betonten die beiden Organisationen übereinstimmend in einer gemeinsamen Erklärung, in der gleichzeitig grundlegende Korrekturen gefordert wurden.

Eine außerordentliche Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) verabschiedete dazu einstimmig eine Grundsatzerklärung, der sich die Bundesärztekammer (BÄK) anschloss. Die Rückweisung war das Ergebnis einer knapp dreiwöchigen Analyse des GOZ-Entwurfs durch verschiedene Gremien von BZÄK, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV), der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sowie verschiedener Berufsverbände.

### **Bundesärztekammer: Weg in die Einheitsversicherung**

Der Referentenentwurf für eine neue GOZ sei „der durchsichtige Versuch, privatärztliche Gebührenordnungen den Bewertungsmaßstäben der gesetzlichen Krankenversicherung anzugleichen, um so den Weg zu einer Einheitsversicherung zu bahnen“, kritisierte San.-Rat Dr. Franz Gadomski, Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer. Die Weichenstellungen in der GOZ stellten gleichzeitig ein Präjudiz für die Novellierung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) dar. Insofern unterstütze die Bundesärztekammer nachdrücklich die Ablehnung der GOZ-Novelle durch die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer.

Die Legitimationsbasis einer amtlichen Gebührentaxe für privatärztliche oder privat Zahnärztliche Leistungen bestehe darin, so die Bundesärztekammer weiter, Voraussetzungen für einen fairen Ausgleich zwischen den berechtigten Interessen der Patienten und der Zahnärzte beziehungsweise der Ärzte zu schaffen. Mit dem vorgelegten Referentenentwurf aber werde der Gesetzgeber dieser Verantwortung nicht gerecht. Nach 21 Jahren Stillstand bei der Gebührenanpassung habe sich das Bundesgesundheitsministerium zu einer Anhebung des Punktwerts für privat Zahnärztliche Leistungen von 5,62421 Cent auf 5,65 Cent entschlossen – dies entspreche einer Steigerung von lediglich 0,46 Prozentpunkten. „Die Absicht des Ordnungsgebers ist nur allzu klar: Das privat Zahnärztliche und auch das privatärztliche Vergütungsniveau soll eingefroren werden.“ Wenn noch nicht einmal inflationsbedingte Kostensteigerungen kompensiert werden könnten, habe das Folgen für die wirtschaftliche Existenz vieler Praxen und die Arbeitsplätze in diesem Sektor unseres Gesundheitswesens, warnte Gadomski.

## **Öffnungsklausel führt zu Kasseneinkaufsmodell**

Als besonders problematisch sehen BZÄK und BÄK die geplante Öffnungsklausel an. Trotz der von beiden Organisationen vorgetragenen schwerwiegenden verfassungsrechtlichen und wettbewerbsrechtlichen Bedenken würde im Referentenentwurf den privaten Krankenversicherungen und Beihilfeträgern das Recht eingeräumt, Preisabsprachen mit einzelnen Ärzten oder Krankenhäusern völlig losgelöst von der Amtlichen Gebührenordnung zu vereinbaren. Dem Zahnarzt werde dabei die Aufgabe zugewiesen, über „den wesentlichen Inhalt des Vertrages, dessen Vertragsparteien und das Widerrufsrecht des Zahlungspflichtigen“ zu informieren (§ 2 a Abs. 2 Satz 1 GOZ-E). Der Leistungserbringer werde damit in die Rolle eines Erfüllungsgehilfen für die privaten Krankenversicherungen gedrängt. Das stehe im krassen Gegensatz zu zahnärztlichem und ärztlichem Berufsrecht, kritisierte Gadomski. Die Öffnungsklausel verspreche vordergründig mehr Freiraum, laufe de facto aber auf eine Entwertung der GOZ beziehungsweise GOÄ und eine Schwächung der individuellen Vertragsautonomie im privatärztlichen bzw. privatärztlichen Bereich hinaus. „Statt einer Stärkung des freien Arztberufs droht – wie im GKV-System – ein Einkaufsmodell der Krankenkassen.“

## **Positive Reaktion der PKV**

Positiv bewertete dagegen der PKV-Verband den Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums für eine neue privatärztliche Gebührenordnung (GOZ). So betonte etwa der Vorsitzende des Leistungsausschusses im PKV-Verband, Günter Dibbern, die PKV begrüße ausdrücklich die im Referentenentwurf enthaltene Öffnungsklausel. Durch sie werde erstmals ermöglicht, dass die private Krankenversicherung und die Vertreter der Zahnärzte auf freiwilliger Basis von

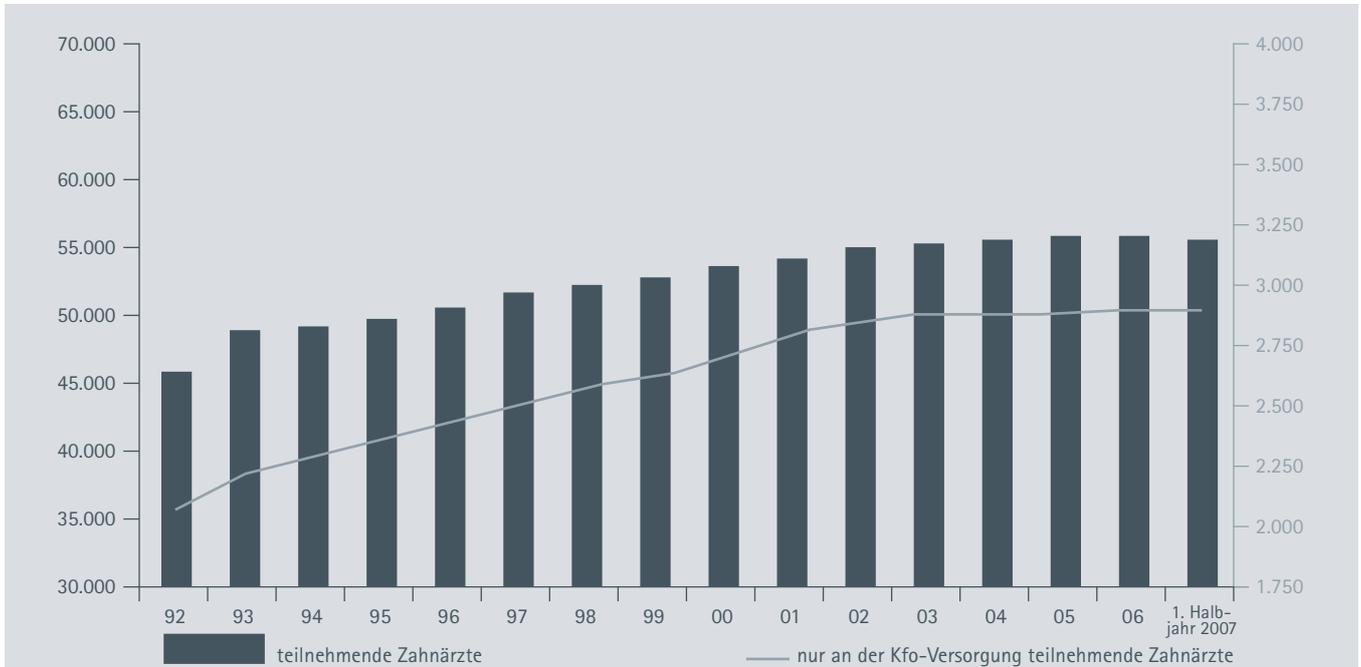
der GOZ abweichende Vereinbarungen aushandeln könnten. Dibbern appellierte an die Zahnärzte, dieses Verhandlungsmandat für eine Qualitätsoffensive zugunsten der Patienten zu nutzen und mit der PKV etwa über längere Gewährleistungen und höherwertigen Service zu sprechen. Die im Referentenentwurf implizierten Mehrbelastungen, die sich aus neuen Leistungsbeschreibungen ergeben, lehnte die PKV dagegen ab. Insgesamt führe dies zu Kostensteigerungen von mehr als zehn Prozent.

## **Zahl der Vertragszahnärzte geht seit 2007 leicht zurück**

Die Zahl der Vertragszahnärzte, die in Deutschland für die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten zur Verfügung stehen, ist nach Angaben der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) auf 55.023 (Stand: 31. März 2008/neueste Zahlen) gesunken. Gegenüber dem Vorjahreszeitpunkt sei damit ein Rückgang von 0,8% zu verzeichnen. Mitte 2007 hatte die Anzahl der Vertragszahnärzte noch bei 55.448 gelegen (siehe Grafik).

„Bis Ende 2006 hat die Zahnarztdichte im Bundesdurchschnitt über die Jahre stets zugenommen. Seit Anfang 2007 sind die Quartalszahlen jeweils leicht rückläufig. Das ist ein Novum“, erklärte dazu der Vorsitzende des Vorstandes der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz. Versorgungsengpässe sind aber nach Einschätzung des KZBV-Chefs nicht in Sicht: „Wir haben eine solide, flächendeckende Versorgung mit zahnärztlichen Leistungen, auch in ländlichen und dünn besiedelten Gebieten. Das ändert sich nicht von heute auf morgen. Ich gehe davon aus, dass sich die Zahnarztdichte in etwa auf dem jetzigen Niveau einpendelt, weil ein optimaler Versorgungsgrad erreicht ist.“

## An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte 1992 bis 30. Juni 2007



## Versicherungs- und Finanzdienstleistungsmarkt Heilberufe

### Ärzte zwischen Patientensorgen und Reformdruck

Eine im Berichtsjahr erstellte repräsentative Studie „Dossier Ärzte“ zu den Trends im Arztberuf haben die Deutsche Ärzteversicherung, die DBV-Winterthur und das FAZ-Institut der Öffentlichkeit im Rahmen einer Pressekonferenz vorgestellt. Zentrale Ergebnisse: Die Landkarte der medizinischen Versorgung wird löchrig und Einnahmerückgänge gefährden die Existenz vieler Niedergelassener. Die Studie zeigt, dass die Ärzte nach wie vor mit den Arbeitsbedingungen, der Vergütung der ärztlichen Leistungen und vor allem der Bürokratie sehr unzufrieden sind. Dies gilt sowohl für die angestellten Ärzte in Krankenhäusern als auch für die niedergelassenen. Es wird sicher damit gerechnet, dass sich der Status quo in nächster Zukunft nicht ändern wird. Die Verunsicherung auf Seiten der Ärzte wie auch der Patienten ist groß. Das Szenario:

#### **Die Patienten sind durch die Auswirkungen der Gesundheitsreform verunsichert**

Mehr als acht von zehn Medizinern werden häufig von ihren Patienten auf die Auswirkungen der Gesundheitsreform angesprochen. Die Fragen belegen die vorherrschende allgemeine Verunsicherung vor allem über die Konsequenzen der Reform auf die persönliche Situation.

#### **Mediziner lehnen zum Wohle der Patienten Eingriffe in die Therapiefreiheit und Budgetkürzungen ab**

Am größten ist der Widerstand gegen die Rationalisierungsmaßnahmen des Gesetzgebers und der Krankenkassen bei der Arzneimittelverschreibung und der therapeutischen Behandlung. Vor allem die Zahn- und Kassenärzte, die eine Einzelpraxis betreiben, lehnen die geltenden Budgets und Leistungskataloge der Krankenkassen ab.

#### **Ärzte sehen die fortschreitende Privatisierung öffentlicher Kliniken kritisch**

Kliniken schließen sich zusammen, private Betreiber übernehmen öffentliche Häuser. Die fortschreitende

Privatisierung stößt bei Ärzten im stationären Bereich auf wenig Gegenliebe, denn die Konsolidierung unter Krankenhäusern beschleunigt den Abbau von Arbeitsplätzen.

#### **Niedergelassene Ärzte sehen sich durch die Teilöffnung des ambulanten Bereichs für Kliniken und medizinische Versorgungszentren bedroht**

Die meisten Mediziner in Kliniken wollen in Zukunft mehr ambulante Leistungen erbringen dürfen. Doch die überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Ärzte lehnt eine weitere Öffnung des ambulanten Bereichs für stationäre Leistungserbringer rundweg ab.

#### **Dramatischer Ärztemangel bedroht die medizinische Versorgung**

Neun von zehn Medizinern erwarten, dass bis 2010 immer mehr Praxen von niedergelassenen Ärzten mangels eines Nachfolgers schließen müssen. Immer mehr Ärzte werden Deutschland verlassen. Bürokratie und mäßige Verdienstaussichten halten viele Aspiranten davon ab, den Arztberuf zu ergreifen. Patienten in ländlichen Gebieten und im Osten Deutschlands sind die Leidtragenden.

#### **Mangels Nachfolger müssen immer mehr Praxen schließen**

Fast alle Befragten erwarten, dass bis 2010 immer mehr Praxen mangels eines Nachfolgers schließen müssen. Die unsichere Einkommenslage angesichts der Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung erhöht das finanzielle Risiko bei der Praxisfinanzierung. Schließungen wird es vor allem in dünnbesiedelten Gebieten geben.

#### **Rückläufige Einnahmen aufgrund der Reformen veranlassen Kassenärzte, Zulassung zurückzugeben**

In den nächsten drei Jahren werden geringere Einnahmen aus der selbstständigen Tätigkeit erwartet. Vor allem die Kassenärzte stellen sich auf diesen Zustand ein. Mehr Kassenärzte werden voraussichtlich freiwillig ihre Zulassung zurückgeben. Stattdessen werden sich mehr Niedergelassene fachlich spezialisieren und nur noch Privatpatienten behandeln.

### **Jeder zweite Mediziner fürchtet, wegen Behandlungsfehlern von Patienten juristisch belangt zu werden**

Im Besonderen mit juristischen Problemen rechnen viele Ärzte. An erster Stelle steht dabei das Risiko, von den eigenen Patienten für Behandlungsfehler juristisch belangt zu werden. Jeder dritte Befragte sieht für sich in den kommenden drei Jahren das Risiko grober Behandlungsfehler.

### **Die Deutsche Ärzteversicherung ist der Begleiter des Arztes in Sachen Sicherheit und Finanzen**

Die Studie zeigt deutlich, dass für den Arzt die Ausübung seines Berufes heute sehr viel komplexer zu sehen ist. Die Gründung und der wirtschaftliche Betrieb einer Praxis erfordern Kenntnisse über das medizinische Fachwissen hinaus. Durch die veränderten politischen Rahmenbedingungen werden existentielle finanzielle Risiken während der Berufsphase und damit auch für die Altersvorsorge evident.

Die Deutsche Ärzteversicherung versteht sich aus ihrer Tradition heraus als Begleiter des Arztes in den Bereichen seiner Sicherheit und Finanzen. Dabei werden keine standardisierten Produkte „von der Stange“ angeboten, sondern Problemlösungen, die flexibel an neue Berufs- und Lebenssituationen angepasst werden können.

#### **Berufsunfähigkeitsversicherung**

Mit ihren außerordentlich kundenfreundlichen Konditionen gehört die Berufsunfähigkeitsversicherung zu den besonders herausragenden Leistungen der Deutschen Ärzteversicherung. Der besondere Vorteil: Die Absicherung bezieht sich auf die zuletzt ausgeübte ärztliche Tätigkeit, womit der Arzt sicher sein kann, dass er nicht in einen anderen Beruf oder auf eine andere ärztliche Tätigkeit im Falle einer Berufsunfähigkeit verwiesen werden kann.

#### **Fondspolice**

Die Fondspolice mit verschiedenen Fonds, die im Berichtsjahr um weitere Fonds ergänzt wurde, erschließt unseren Kunden die Erfolge international renommierter Fondsgesellschaften. Daneben zeichnet sich die Fondspolice durch hohe Flexibilität aus, zum Beispiel die Möglichkeit der Entnahme während der Vertragslaufzeit sowie der reduzierten Startbeiträge. Im Berichtsjahr wurde darüber hinaus die „Garantioption“ eingeführt. Das ist eine Möglichkeit, erzielte Gewinne zu einem selbst zu wählenden Zeitpunkt „einzufrieren“.

#### **DocD'or**

Eine exklusive Vorsorge für die Mitglieder der kooperierenden Berufsverbände kombiniert mit einem mehrfach ausgezeichneten Berufsunfähigkeitsschutz ist DocD'or. Dieses PC-gestützte Produktkonzept wurde weiterentwickelt und die Gruppenverträge mit den Berufsverbänden verbessert.

#### **Praxiskonzept**

Für die Absicherung einer Finanzierung bieten wir mit dem Praxiskonzept ein sehr flexibles Produkt an, denn es erlaubt dem Praxisgründer kostenoptimiert zu finanzieren und dabei in Bezug auf die Altersvorsorge und Finanzierung alle steuerlichen Möglichkeiten zu nutzen. Auf der Basis einer privaten Rentenversicherung, zum Beispiel einer Fondspolice mit langer Laufzeit, wird der Beitrag so kalkuliert, dass zum geplanten Zeitpunkt der angesparte Rückkaufwert zur kompletten Tilgung des Darlehens zur Verfügung steht.

# Lagebericht

## Hufeland-Preis 2008 für Präventionsstudie „Gesundheitsprojekt Schule“

Mit der Stiftung Hufeland-Preis setzt sich die Deutsche Ärzteversicherung seit 1959 aktiv für die Präventivmedizin in Deutschland ein. Am 4. März 2009 erhielten im Kölner Gürzenich die Kardiologin Dr. med. Claudia Walther und der Biologe Dr. rer. nat. Volker Adams, beide Universität Leipzig, Herzzentrum, Abteilung für Kardiologie, den mit 20.000 Euro dotierten Preis für ihre Präventionsstudie „Gesundheitsprojekt Schule“. Der Preis wird von der Deutschen Ärzteversicherung, Köln, gestiftet und von der Bundesärztekammer und der Bundeszahnärztekammer, beide Berlin, sowie der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Bonn, ideell gefördert.

Primäres Ziel des „Gesundheitsprojektes Schule“ ist es zu prüfen, ob gezieltes körperliches Ausdauertraining von Schulkindern im Rahmen des täglichen Sportunterrichts in Verbindung mit Unterrichtsstunden zu gesunder Lebensführung zu einer Steigerung der körperlichen Aktivität (gemessen anhand der maximalen Sauerstoffaufnahme VO<sub>2</sub>max) führt. Des Weiteren sollte untersucht werden, inwieweit sich täglicher Schulsport auf den BMI und auf zirkulierende endotheliale Vorläuferzellen auswirkt.

Elf Klassen der 6. Jahrgangsstufe von drei Schulen im Leipziger Landkreis und aus Leipzig wurden bisher in die Studie eingeschlossen. Sechs Klassen erhielten für ein ganzes Schuljahr zusätzlichen Sportunterricht (täglich eine Stunde), die anderen fünf Klassen aus den oben genannten Schulen behielten den regulären Sportunterricht (zwei Stunden/Woche) bei. Zusätzlich wurden drei Klassen der gleichen Jahrgangsstufe eines Sportgymnasiums ausgewählt und dienten als sogenannte Referenzgruppe. Die Schüler des Sportgymnasiums trainierten durchschnittlich zwölf Stunden pro Woche

mit zwei bis drei Trainingseinheiten pro Tag. Zu Beginn und am Ende des Schuljahres wurden die anthropometrischen Daten erfasst, die Körperzusammensetzung mittels einer Impedanzmessung analysiert, eine Blutentnahme zur Messung der zirkulierenden Vorläuferzellen durchgeführt, ein Laufbandtest mit Spirometrie absolviert, die motorischen Fähigkeiten mit Hilfe des Koordinationstest für Kinder ermittelt, die Endothelfunktion gemessen und ein Fragebogen zu Häufigkeit und Intensität von Sportgewohnheiten ausgefüllt.

Wie die Preisträger in einem Pressegespräch anlässlich der Preisverleihung erklärten, erreicht der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder in allen europäischen Ländern gleichermaßen ein erschreckendes Ausmaß. Bis zu 25% der europäischen Schulkinder werden heutzutage als übergewichtig eingestuft, die Tendenz ist weiter steigend. Gleichzeitig beobachten wir aber auch eine Zunahme der damit assoziierten Begleiterkrankungen wie metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus und andere chronische Erkrankungen bis hin zur Atherosklerose im Kindesalter. Übergewichtigkeit im Kindesalter führt mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auch zu Übergewichtigkeit im Erwachsenenalter mit den entsprechenden Begleiterkrankungen und Risikofaktoren.

Insbesondere der Mangel an körperlicher Aktivität und der zunehmend inaktive Lebensstil spielen bei der Entstehung der kindlichen und jugendlichen Übergewichtigkeit eine entscheidende Rolle. Die protektive Wirkung körperlicher Aktivität für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen im Erwachsenenalter konnte im Rahmen klinischer Studien überzeugend belegt und die zugrunde liegenden Mechanismen teilweise aufgeklärt werden. Inwieweit solche Effekte auch bei Kindern und Jugendlichen erzielt werden können, ist bisher noch unklar. Um Kinder und Jugendliche auf breiter Basis anzusprechen und in ein geeignetes Programm einzu beziehen, bieten sich insbesondere Kindergärten und Schulen an.

Insgesamt nahmen 322 Schüler (50,6% Mädchen, mittleres Alter  $11,2 \pm 0,5$  Jahre) an dem Projekt teil. 12% der Schüler der Interventionsgruppen und 13% der Schüler der Kontrollgruppen waren übergewichtig und adipös (> 90 Perzentile). Im Vergleich hierzu traf das nur für 2% der Schüler des Sportgymnasiums zu. Nach einem Jahr zeigte sich ein ähnliches Verteilungsmuster in allen drei Gruppen, wobei bei Schülern der Interventionsklassen ein Trend zu niedrigeren BMI-Perzentilen zu beobachten war. Der tägliche Sportunterricht führte zu einer wesentlichen Verbesserung der körperlichen Fitness, auch wenn das Niveau der Sportgymnasiasten nicht ganz erreicht werden konnte. Auch ein positiver Einfluss auf die endothelialen Vorläuferzellen konnte durch täglichen Sportunterricht erreicht werden. Bei den Schülern der „Sportklassen“ war nach einem Jahr ein signifikanter 75%iger Anstieg zu beobachten, wohingegen keine Veränderung bei den Kontrollklassen zu sehen war.

Zusammenfassend kann man sagen, dass durch eine relativ einfache Methode – nämlich alleinige Steigerung des Schulsportunterrichts auf täglich eine Stunde – die körperliche Leistungsfähigkeit der Schulkinder deutlich gesteigert werden kann. Zusätzlich kommt es noch zu einem positiven Effekt auf endotheliale Vorläuferzellen – ein Marker des kardiovaskulären Risikoprofils. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass eine tägliche Schulsportstunde unbedingt in den Lehrplan eingearbeitet werden sollte.

## Geschäfts- und Rahmenbedingungen

Die internationale Immobilien- und Bankenkrise und die damit einhergehenden Verwerfungen an den Finanzmärkten haben im Verlauf des Jahres 2008 die ohnehin vorhandene zyklische Abschwächungstendenz der Weltwirtschaft verstärkt. Die Auswirkungen der Finanzkrise im Verbund mit einer rezessiven Entwicklung der US-amerikanischen Wirtschaft führten im Verlauf des Jahres zu einer globalen Rezession. In der Bundesrepublik Deutschland wurde die zu verzeichnende positive Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt im letzten Quartal des Jahres durch die negative Konjunkturstimung, die spätestens nach dem Zusammenbruch einer auch für Europa wichtigen US-Bank um sich griff, massiv abgeschwächt. Die aufgrund der steigenden Beschäftigung und eines allgemeinen Anstiegs des Lohnniveaus erzielten Einkommenszuwächse wurden im Jahresverlauf durch eine ungünstige Preisentwicklung weitgehend aufgezehrt.

Vor dem Hintergrund der globalen Finanzmarktkrise erhöhten sich die Kreditaufschläge deutlich, wodurch sich die Refinanzierungsbedingungen insbesondere für die Finanzdienstleister verschlechterten. Führende Notenbanken – darunter die US-Notenbank, die Europäische Zentralbank sowie die Bank of England – ergriffen gemeinsam Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzmärkte und senkten beginnend im Herbst 2008 sukzessive die Leitzinsen, um die Versorgung der Geld- und Kapitalmärkte mit Liquidität sicherzustellen sowie den Folgen der Finanzkrise auf die Realwirtschaft entgegenzuwirken. Hierdurch verminderten sich in den bedeutendsten Märkten die Zinssätze und milderten die negativen Effekte der gestiegenen Kreditaufschläge.

Von den Turbulenzen an den Finanzmärkten waren gleichermaßen Aktientitel und Rohstoffe (Öl und Gold) betroffen. Trotz einiger kurzfristiger Erholungsphasen schlossen die Aktienmärkte das Jahr 2008 mit deutlichen Verlusten ab.

Das Übergreifen der Finanzkrise auf die Realwirtschaft, die weltweit zu verzeichnenden massiven Verluste an den Aktienmärkten und das Absinken der Zinssätze für Staatsanleihen erschwerten auch für Versicherungen eine erfolgreiche Kapitalanlage. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass die Versicherungswirtschaft die aktuelle Krise deutlich besser als der Bankensektor überstanden hat, der durch staatliche Unterstützungsmaßnahmen vor existenzbedrohenden Risiken geschützt werden soll.

## Überblick über den Geschäftsverlauf

Das Beitragswachstum im **deutschen Lebensversicherungsmarkt** war im Geschäftsjahr 2008 gegenüber dem Vorjahr durch ein geringes Wachstum geprägt. Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) beziffert das Beitragswachstum mit 1,1 % nach 0,7 % im Vorjahr. Insgesamt betrug das Beitragsaufkommen der inländischen Lebensversicherer im abgelaufenen Geschäftsjahr 76,3 Mrd. Euro. Dabei stiegen die laufenden Beiträge marktweit leicht um 0,5 % auf 63,7 Mrd. Euro und die Einmalbeiträge um 4,2 % auf 12,6 Mrd. Euro. Die Beiträge aus dem Neugeschäft stiegen insgesamt um 5,1 % auf 19,3 Mrd. Euro. Die marktweite Stornoquote stieg von 5,0 auf 5,5 %.

Standard & Poor's hat erstmals eine Bewertung der Deutschen Ärzteversicherung AG vorgenommen und die finanzielle Stärke der 100-prozentigen Tochter der AXA Konzern AG mit dem Rating A+ bei stabilem Ausblick versehen. Standard & Poor's begründet dieses Rating unter anderem mit der Stellung der DÄV als Marktführer im Sektor Heilberufe, der überzeugenden operativen Entwicklung sowie der strategisch wichtigen Rolle innerhalb des AXA Konzerns. Mit ihrem Geschäftsmodell – dem Angebot maßgeschneiderter Produkte für die spezielle Zielgruppe der Ärzte – stehe die DÄV im Einklang mit der Strategie der AXA Gruppe und sichere dieser den Zugang zu einem sehr lukrativen Markt.

Die **Deutsche Ärzteversicherung AG** verzeichnete im Geschäftsjahr 2008 in ihrem Kerngeschäft, den einzelvertraglichen Beziehungen zu den Angehörigen der akademischen Heilberufe, einen Anstieg der Beitrags-einnahmen um 4,3 % auf 471,0 Mio. Euro. Dies ist insbesondere auf das fortgesetzte kräftige Neugeschäftswachstum bei den fondsgebundenen Rentenversicherungen zurückzuführen. Hier nahm das Beitragsvolumen deutlich um 31,8 Mio. Euro oder 44,8 % zu; ihr Anteil an den gesamten Beiträgen erhöhte sich auf 21,2 %.

Das gesamte **Beitragsaufkommen** unserer Gesellschaft erhöhte sich im Geschäftsjahr 2008 um 1,8 % auf 485,1 Mio. Euro. Dabei stiegen die laufenden Beiträge um 1,5 % auf 475,0 Mio. Euro und die Einmalbeiträge um 21,0 % auf 10,1 Mio. Euro an. Bereinigt um die Beiträge aus den Rückdeckungsverträgen mit den Hamburger und Berliner Ärzteversorgungswerken erhöhten sich die gebuchten Beiträge um 4,3 % auf 471,0 Mio. Euro (2007: 451,6 Mio. Euro).

Unsere Gesellschaft verbuchte im Geschäftsjahr 2008 einen **Neuzugang** an laufendem Jahresbeitrag von 51,8 Mio. Euro, dabei sank das Neugeschäftsvolumen im Vergleich zum Vorjahr um 4,3 %. Das Neugeschäft gegen Einmalbeitrag dagegen nahm mit einem Volumen von 10,1 Mio. Euro um 21,0 % zu.

Unser **Bestand** an statistisch laufenden Beiträgen nahm um 0,9 % auf 487,4 Mio. Euro zu. Zum Jahresende 2008 betreute unsere Gesellschaft 199.643 Verträge (-1,7 %) mit einer Versicherungssumme von 12,0 Mrd. Euro (-3,0 %). Die **Stornoquote** verzeichnete einen leichten Rückgang von 2,7 % auf 2,6 %, lag aber weiter erheblich unter dem Marktdurchschnitt von 5,5 %.

Die vereinbarte Reduzierung des Rückdeckungsvertrags mit den Ärzteversorgungswerken Hamburg und Berlin hatte auch Einfluss auf unsere Kapitalanlagen. Bei einer laufenden Verzinsung von 4,5 % ging das **Kapitalanlageergebnis** wegen des geringeren Kapitalanlagevolumens auf 136,7 Mio. Euro (2007: 169,8 Mio. Euro) zurück. Die Nettoverzinsung der Kapitalanlagen verringerte sich im Berichtsjahr auf 3,8 % (2007: 4,3 %).

Die gesamten **ausgezahlten Leistungen** für unsere Kunden – Zahlungen für Abläufe, Rückkäufe, Todes- und Heiratsfälle sowie für Renten einschließlich der zugehörigen Überschussanteile – lagen mit 518,2 Mio. Euro (2007: 495,2 Mio. Euro) um 4,6 % höher als im Vorjahr. Die Rückstellungen für Leistungsverpflichtungen nahmen aufgrund der Reduzierung des Rückdeckungsvertrages mit den Ärztekammern Hamburg und Berlin um 299,8 Mio. Euro auf 3,7 Mrd. Euro ab.

Die **Verwaltungskostenquote** blieb mit 3,7 % im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Ebenso lag die Abschlusskostenquote, gemessen an der gesamten Beitragssumme des Neugeschäfts, mit 5,9 % auf Vorjahresniveau. Der Rohüberschuss nach Ertragsteuern nahm aufgrund des gesunkenen Ertragssteueraufwandes von 52,1 Mio. Euro auf 63,9 Mio. Euro zu. Vom erzielten Bruttoüberschuss unserer Gesellschaft haben wir 42,1 Mio. Euro – das sind 99,3 % – der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt, um sie für die Überschussbeteiligung unserer Kunden zu verwenden. Der Bilanzgewinn in Höhe von 0,3 Mio. Euro soll zur Ausschüttung einer Dividende in Höhe von 0,11 Euro je Stückaktie dienen.

## Geschäftsergebnis

### Beitragseinnahmen

Die Beitragseinnahmen unserer Gesellschaft erhöhten sich im Geschäftsjahr 2008 um 1,8% auf 485,1 Mio. Euro. Vom gesamten Beitragsvolumen entfiel mit 475,0 Mio. Euro (+1,5%) wiederum der weitaus größte Teil auf die laufenden Beiträge. Die Einmalbeiträge stiegen erfreulich und lagen mit 10,1 Mio. Euro um 21,0% über dem Vorjahresniveau. Bereinigt um das Geschäft mit den Versorgungswerken der Ärzteschaft Hamburg und Berlin, das zum Kerngeschäft der Deutschen Ärzteversicherung zählt, nahmen die gesamten Beiträge unserer Gesellschaft um 4,3% zu. Die erfreuliche Entwicklung resultiert vor allem aus Beitragszuwächsen bei unserer Exklusivvertriebsorganisation Deutsche Ärzte Finanz (+3,6%), der Apo-Bank/apofinanz (+4,5%) und dem Maklervertrieb (+12,2%).

### Kapitalanlageergebnis

Das gesamte Kapitalanlageergebnis – alle Erträge abzüglich aller Aufwendungen – betrug 136,7 Mio. Euro (2007: 169,8 Mio. Euro). Dabei verringerte sich das laufende Ergebnis abzüglich der Aufwendungen für Kapitalanlagen um 26,2 Mio. Euro auf 161,2 Mio. Euro. Der Rückgang ist in erster Linie eine Folge des verminderten Kapitalanlagebestandes wegen der Reduzierung der Rückdeckungsverträge mit den Versorgungswerken der Ärztekammern Hamburg und Berlin.

Aus dem Abgang von Kapitalanlagen realisierten wir Gewinne in Höhe von 22,5 Mio. Euro (2007: 7,6 Mio. Euro). Diese Gewinne haben wir sowohl aus dem Verkauf von festverzinslichen Wertpapieren als auch aus der Kaufpreiszahlung der Übernahme des Anteils der Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG erzielt. Den Abgangsgewinnen standen Abgangsverluste in Höhe von 4,6 Mio. Euro (2007: 10,2 Mio. Euro) gegenüber.

Im Berichtsjahr haben wir außerplanmäßige Abschreibungen auf Kapitalanlagen in Höhe von insgesamt 43,2 Mio. Euro (2007: 15,1 Mio. Euro) vorgenommen. Hiervon ist der größte Anteil auf die Entwicklung an

den Kapitalmärkten infolge der Immobilienkrise in den USA zurückzuführen (29,4 Mio. Euro). Zusätzlich wurden Anteile an Rentenfonds aufgrund von in Fonds realisierten Verlusten in Höhe von 11,2 Mio. Euro im Wert gemindert. Die Zuschreibungen auf Kapitalanlagen beliefen sich im Geschäftsjahr auf 952 Tsd. Euro (2007: 71 Tsd. Euro).

Die Nettoverzinsung der Kapitalanlagen – berechnet nach der Formel des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft – verringert sich im Berichtsjahr auf 3,8% (2007: 4,3%).

### Kostenverlauf

Im Berichtsjahr blieben die gesamten Abschluss- und Verwaltungsaufwendungen unserer Gesellschaft mit 89,05 Mio. Euro nahezu unverändert. Dabei sanken die Abschlusskosten um 1,5% auf 71,0 Mio. Euro. Dieser Rückgang resultiert in erster Linie aus den gesunkenen Abschlussprovisionen aufgrund der gesunkenen Beitragssumme im Neugeschäft. Die Abschlusskostenquote blieb mit 5,9% im Vergleich zum Vorjahr konstant.

Die Verwaltungskosten nahmen im Berichtsjahr um 2,9% auf 18,05 Mio. Euro zu. Dies ist im Wesentlichen bedingt durch höhere Personalaufwendungen. Bei einem gleichzeitigen Anstieg der gebuchten Beiträge um 1,8% blieb die Verwaltungskostenquote von 3,7% im Vergleich zum Vorjahr unverändert.

### Leistungen für unsere Kunden

Die Leistungen an unsere Kunden für Abläufe, Rückkäufe, Todesfälle sowie für Renten einschließlich der zugehörigen Überschussanteile und Anteile aus der Direktgutschrift erhöhten sich um 4,6% auf 518,2 Mio. Euro (2007: 495,2 Mio. Euro). Der Anteil der vertragsgemäßen Abläufe stieg auf ca. 80%, der Anteil der Rückkäufe lag wie im Vorjahr bei 9%, der der Renten- und Berufsunfähigkeitsleistungen bei 8%. Die verbleibenden 3% entfielen auf Leistungen für Todesfälle.

Den Rückstellungen für Leistungsverpflichtungen gegenüber unseren Versicherungsnehmern (Deckungsrückstellung, Überschussguthaben und Rückstellung für Beitragsrückerstattung) entnahmen wir 300 Mio. Euro (2007: 272,3 Mio. Euro). Ein großer Teil dieses Rückganges resultiert aus der weiteren Reduzierung der Rückdeckungsverträge mit der Hamburger Ärztekammer und der Berliner Ärztekammer.

Insgesamt betragen die Leistungen für unsere Kunden 218,4 Mio. Euro (-2,0%). Die Rückstellungen für Leistungsverpflichtungen beliefen sich am Ende des Berichtsjahres auf insgesamt 3.694,8 Mio. Euro (-7,5%).

### **Zusätzliche Deckungsrückstellung für Rentenversicherungen**

Bei der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) werden die Untersuchungen zur Sterblichkeit in der Rentenversicherung durch Berücksichtigung neuer Daten laufend aktualisiert, da eine Fortsetzung des Trends zu weiter steigenden künftigen Lebenserwartungen nicht ausgeschlossen werden kann. Auch unsere eigenen Versicherungsbestände werten wir entsprechend aus. Zur Berücksichtigung der gestiegenen Lebenserwartung haben wir für unseren Bestand an Rentenversicherungen, die nicht nach der aktuellen Sterbetafel DAV 2004 R kalkuliert wurden, die Deckungsrückstellung im Jahr 2008 um 0,6 Mio. Euro verstärkt. Zur Ermittlung dieser zusätzlichen Deckungsrückstellung erfolgte einzelvertraglich eine Vergleichsrechnung mit dem Wert, der sich aus einer aktuariell angemessenen Interpolation der Deckungsrückstellungen entsprechend der Sterbetafel für Rentenversicherungen DAV 2004 R-Bestand und DAV 2004 R-B20 ergab. Positive Differenzen zwischen Vergleichsreserve und ursprünglicher Reserve wurden unter Verwendung der unternehmensindividuellen Kapitalwahlrechtsquoten und der Stornoquote aufgefüllt.

### **Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer**

Der Rohüberschuss nach Ertragsteuern für das Geschäftsjahr 2008 stieg um 22,6% auf 63,9 Mio. Euro und hat seinen Grund vor allem in dem gesunkenen Ertragssteueraufwand. Den Bruttoüberschuss haben wir zu 99,3% (2007: 99,0%) der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt, um sie für die Überschussbeteiligung unserer Kunden zu verwenden. Der Rückstellung für Beitragsrückerstattung haben wir zugunsten unserer Kunden 42,2 Mio. Euro (2007: 44,3 Mio. Euro) entnommen. Sie ging insgesamt um 7,9% auf 207,8 Mio. Euro zurück.

Bei der Deutsche Ärzteversicherung wird die laufende Verzinsung (Garantieverzinsung plus Zinsüberschussanteil) für das Jahr 2009 je nach Vertragstyp unverändert zwischen 3,5% und 4,0% betragen; zusätzlich wird je nach Vertragstyp ein Kostenüberschussanteil von bis zu 0,3% gewährt. Hieraus ergibt sich einschließlich des Schlussgewinnanteils eine Gesamtverzinsung von bis zu 4,8%. Die laufende Verzinsung von 3,5% ergibt sich rein rechnerisch bei den jüngeren Tarifgenerationen seit 2003, bei denen gegenüber den vorherigen Tarifgenerationen die garantierten Leistungen deutlich erhöht wurden. Hierbei wird die Überschussbeteiligung so festgesetzt, dass, bezogen auf die Ablaufleistung, ebenfalls eine vierprozentige Verzinsung erreicht wird.

Die Überschussanteilsätze für die einzelnen Tarife sind im Anhang auf den Seiten 87 bis 119 dargestellt.

### **Steuern**

Der Steueraufwand betrug im Berichtsjahr 11,7 Mio. Euro (2007: 26,5 Mio. Euro) und entfiel überwiegend auf die Steuern vom Einkommen und Ertrag. Der gesunkene Ertragssteueraufwand ist neben einem geringeren Steuersatz ab 2008, einem niedrigeren Vorsteuerergebnis und der nachträglichen steuerlichen Anerkennung von Abschreibungen auf CDO-Fonds insbesondere auf Erträge aus latenten Steuern im abgelaufenen Geschäftsjahr zurückzuführen.

## Jahresüberschuss

Nach der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrück-  
erstattung und nach Steuern verbleibt ein Jahresüber-  
schuss von 300.000 Euro. Einschließlich des Gewinn-  
vortrags aus dem Vorjahr beläuft sich der Bilanzgewinn  
unserer Gesellschaft auf 321.004,96 Euro. Dieser soll in  
Höhe von 316.800,00 Euro zur Ausschüttung einer  
Dividende verwendet und der Rest vorgetragen werden

	2008 Mio. Euro	2007 Mio. Euro
Jahresüberschuss	0,300	0,300
Gewinnvortrag	0,021	0,009
Entnahme aus anderen Gewinnrücklagen	-	-
<b>Bilanzgewinn</b>	<b>0,321</b>	<b>0,309</b>

## Eigenkapitalausstattung

Unsere Eigenkapitalausstattung stellt sich wie folgt dar:

	2008 Mio. Euro	2007 Mio. Euro
Gezeichnetes Kapital	7,4	7,4
Kapitalrücklage	43,7	13,7
Andere Gewinnrücklagen	0,6	0,6
Bilanzgewinn	0,3	0,3
<b>Eigenkapital</b>	<b>52,0</b>	<b>22,0</b>

## Bestandsentwicklung

### Versicherungsbestand

Die Deutsche Ärzteversicherung betreute am Ende des Geschäftsjahres 2008 insgesamt 199.643 Verträge (-1,7%) mit einer Versicherungssumme von 12,0 Mrd. Euro (-3,0%) und einem laufenden Jahresbeitrag von 487,4 Mio. Euro (+0,9%). Unverändert bildeten die Einzelkapitalversicherungen mit 252,8 Mio. Euro und einem Anteil von 51,9% den Hauptanteil am Bestand

gemessen an laufendem Jahresbeitrag. Die zweite Stelle nahmen mit 158,3 Mio. Euro (+23,2%) und einem Anteil am Gesamtbestand von 32,5% die fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen ein. Der Bestand an Rentenversicherungen ist um 9,2% auf 37,3 Mio. Euro gestiegen. Die Kollektivversicherungen haben einen Anteil am Gesamtbestand von 4,5%. Das Kollektivgeschäft wird durch die Umschichtung eines Konsortialvertrages mit den ärztlichen Versorgungswerken beeinflusst.

Bestand nach Versicherungsart	laufender Beitrag (Mio. Euro)	Anteil 2008 (%)	Anteil 2007 (%)
Einzelkapitalversicherungen	252,8	51,9	56,2
Risikoversicherungen	16,9	3,5	3,4
Rentenversicherungen	37,3	7,6	7,1
Fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherungen	158,3	32,5	26,6
Kollektivversicherungen	22,1	4,5	6,7
<b>Gesamt</b>	<b>487,4</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

### Neuzugang

Unsere Gesellschaft erzielte im Berichtsjahr einen Neuzugang an laufendem Jahresbeitrag von 51,8 Mio. Euro. Die Zahl der neu abgeschlossenen Verträge betrug 10.449 Stück. Das Neugeschäft gegen Einmalbeitrag ist um 21,0% auf 10,1 Mio. Euro gestiegen. Die aus dem Neuzugang resultierende Gesamtbeitragssumme – definiert als laufender Jahresbeitrag multipliziert mit der Beitragszahlungsdauer zuzüglich der Einmalbeiträge – beträgt 1,2 Mrd. Euro.

Den Schwerpunkt unseres gesamten Neugeschäfts bildeten mit einem laufenden Beitrag von 35,9 Mio. Euro

die fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen, deren Anteil am gesamten Neuzugang bei 69,3% lag. Danach folgten die Einzelkapitalversicherungen und Rentenversicherungen mit etwa gleichem Anteil am gesamten Neuzugang und einem laufenden Jahresbeitrag von 6,5 Mio. Euro. Mit 1,6 Mio. Euro an laufendem Jahresbeitrag und einem Anteil von 3,2% waren die Kollektivversicherungen am neu abgeschlossenen Beitrag beteiligt.

Die Risikoversicherungen waren mit einem Beitrag von 1,3 Mio. Euro – das entspricht einem Anteil von 2,4% – am gesamten Neuzugang beteiligt.

Neuzugang nach Versicherungsart	laufender Beitrag (Mio. Euro)	Anteil 2008 (%)	Anteil 2007 (%)
Einzelkapitalversicherungen	6,5	12,5	15,1
Risikoversicherungen	1,3	2,4	3,0
Rentenversicherungen	6,5	12,6	10,0
Fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherungen	35,9	69,3	67,7
Kollektivversicherungen	1,6	3,2	4,2
<b>Gesamt</b>	<b>51,8</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

## Abgang

Im Berichtsjahr verzeichneten wir einen Abgang von 11.556 (-6,0%) Verträgen mit einer auf dem Vorjahresniveau liegenden Versicherungssumme von 743,5 Mio. Euro und einem Jahresbeitrag von 36,4 Mio. Euro (-7,6 %). Auf die vertragsmäßigen Abläufe entfielen hiervon 22,8 Mio. Euro (-9,2%) an laufendem Jahresbeitrag. Die Abgänge durch Tod oder Heirat sind um 5,4% auf 0,8 Mio. Euro gestiegen.

Der vorzeitige Abgang (Rückkäufe, Umwandlungen in beitragsfreie Versicherungen sowie sonstige vorzeitige Abgänge) lag mit 12,8 Mio. Euro an laufendem Jahresbeitrag um 2,7% niedriger als im Vorjahr. Weiterhin deutlich unter dem Marktdurchschnitt liegt unsere Stornoquote. Im Vergleich zum Vorjahr ist sie um 0,1 Prozentpunkte auf 2,6% gesunken.

## Kapitalanlagebestand

Das Jahr 2008 war durch die schwerwiegendste Finanzmarktkrise seit dem 2. Weltkrieg geprägt. Die Ausweitung der Immobilienkrise in den USA führte zur weltweiten Bankenkrise sowie zu Einbrüchen an den Aktien- und Zinsmärkten.

Von den Turbulenzen an den Finanzmärkten waren gleichermaßen Aktientitel als auch Rohstoffe (Öl und Gold) betroffen. Der Ölpreis bewegte sich bis zur Mitte des Jahres 2008 zuerst auf fast 150 US-Dollar pro Barrel

und brach zum Jahresende auf unter 40 US-Dollar pro Barrel ein. Am 15. Juli erreichte die europäische Gemeinschaftswährung mit 1,6038 Dollar einen neuen Rekord. Trotz einiger kurzfristiger Erholungsphasen haben die Aktienmärkte das Jahr 2008 mit deutlichen Verlusten abgeschlossen. Der Deutsche Aktienindex (DAX) verzeichnete am Jahresende einen Rückgang von 40%. Der für den europäischen Aktienmarkt repräsentative Index EuroStoxx 50 wies sogar einen leicht stärkeren Verlust von 44% aus. Im amerikanischen Wirtschaftsraum wurden ähnliche Kursverluste verzeichnet – der S&P 500-Index ging um 38% zurück.

Im vergangenen Geschäftsjahr war ein Sinken der Zinsen im US-Raum sowie im Euro-Raum zu beobachten. Während die US-Notenbank Fed die Leitzinsen kontinuierlich insgesamt auf 0 bis 0,25% senkte, erfolgten die Zinssenkungsschritte der Europäischen Zentralbank erst in der zweiten Jahreshälfte. Im Laufe des Jahres 2008 erhöhte zuerst die Europäische Zentralbank im Juli die Leitzinsen von 4,00% auf 4,25%. Angesichts der zunehmend eintrübenden Konjunkturaussichten sowie der vor diesem Hintergrund wachsenden Zurückhaltung der internationalen Anleger sanken die Leitzinsen im Euro-Raum in drei Schritten von 4,25% auf insgesamt 2,50%. Auch der Zinssatz für zehnjährige Bundesanleihen fiel unter Schwankungen von 4,31% Anfang 2008 auf 2,95% Ende Dezember.

In diesem krisenhaften Umfeld hat die Deutsche Ärzteversicherung durch ein ausgewogenes Kapitalanlagenportfolio die an ihre Kunden gegebenen Leistungsversprechen erfüllt. Zudem nutzte die Deutsche Ärzteversicherung die Vorteile als Unternehmen eines internationalen Versicherungskonzerns, um die zur Verfügung stehenden Mittel in Kapitalanlagen mit attraktiven Konditionen zu investieren.

So wurde im Geschäftsjahr 2008 verstärkt in höherverzinsliche Unternehmensanleihen aus dem Europäischen Wirtschaftsraum investiert.

Des Weiteren wurde das Aktienexposure ab Mitte 2007 bis Anfang Oktober 2008 durch Absicherungsmaßnahmen und Verkäufe schrittweise deutlich reduziert. Ende 2008 belief sich der Anteil der Aktien einschließlich Beteiligungen und alternativen Investments gemessen an Marktwerten auf 3,4% (Vorjahr 8,1%).

Im Zusammenhang mit dem Rückdeckungsvertrag der Ärzteversorgungswerke Hamburg und Berlin wurden zum 1. Januar 2008 die Kapitalanlagen in Höhe von 455,1 Mio. Euro gegen Gewährung von Policendarlehen auf die beiden Ärzteversorgungswerke übertragen. Zum 31. Dezember 2008 beträgt der Buchwert der Policendarlehen unverändert 269,0 Mio. Euro.

Struktur der Kapitalanlagen	Buchwerte 2008		Buchwerte 2007		Zeitwerte	
	Mio. Euro	%	Mio. Euro	%	2008 Mio. Euro	2007 Mio. Euro
Grundbesitz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Verbundene Unternehmen und Beteiligungen inklusive Ausleihungen	205,7	5,9	102,8	2,7	210,3	106,6
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	1.222,2	35,1	1.084,4	29,0	1.092,7	1.067,8
Festverzinsliche Wertpapiere	416,2	11,9	739,1	19,8	403,7	710,8
Hypotheken	158,4	4,5	185,5	5,0	158,4	178,6
Schuldscheindarlehen und Namenspapiere	1.141,6	32,7	1.564,5	41,9	1.250,5	1.551,8
Darlehen und Vorauszahlungen auf Versicherungsscheine	278,6	8,0	8,6	0,2	279,7	9,5
Einlagen bei Kreditinstituten	12,5	0,4	0,0	0,0	12,5	0,0
Andere Kapitalanlagen	52,5	1,5	51,6	1,4	53,4	50,7
<b>Summe</b>	<b>3.487,5</b>	<b>100,0</b>	<b>3.736,5</b>	<b>100,0</b>	<b>3.461,2</b>	<b>3.675,9</b>

914,4 Mio. Euro (842,7 Mio. Euro im Vorjahr) legten wir 2008 neu an. Mit 797,1 Mio. Euro oder 87,2% bildeten die Rentenpapiere wieder den Schwerpunkt unserer Neuanlagen. Ihr Bestand, inklusive der in festverzinslichen Wertpapieren investierten Investmentanteile, betrug 3,5 Mrd. Euro oder 90,7% der gesamten Kapitalanlagen.

Im Geschäftsjahr 2008 wurde eine von unserer Muttergesellschaft AXA, Paris, ausgegebene Schuldverschreibung in Höhe von 100 Mio. Euro erworben. Der Bilanzausweis erfolgt unter Ausleihungen an verbundene Unternehmen.

Wir halten den überwiegenden Teil unserer Aktien in Spezialfonds, die auf Aktieninvestments ausgerichtet sind, jedoch auch einen begrenzten Anteil an Renteninvestments beinhalten. Auf Buchwertbasis verringerte sich im Geschäftsjahr 2008 unsere Aktienquote, die nur die reinen Aktien- und keine Rentenanteile berücksichtigt, von 5,4% auf 2,2%. Gemessen an den Marktwerten fiel diese Quote durch die Aktienmarktentwicklung im laufenden Jahr von 6,9% auf 1,6%.

Struktur der Zugänge (Mio. Euro)	Zugänge	Abgänge	Saldo
Grundbesitz	0,0	0,0	-
Verbundene Unternehmen und Beteiligungen inkl. Ausleihungen	105,4	2,5	102,8
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	320,2	139,9	180,3
Festverzinsliche Wertpapiere	54,9	377,5	-322,6
Hypotheken	0,4	27,5	-27,1
Schuldscheindarlehen und Namenspapiere	149,3	571,8	-422,5
Darlehen und Vorauszahlungen auf Versicherungsscheine	271,8	2,0	-269,8
Einlagen bei Kreditinstituten	12,5	0,0	-12,5
Andere Kapitalanlagen	0,0	0,0	-
<b>Summe</b>	<b>914,4</b>	<b>1.121,2</b>	<b>-206,8</b>

## Zeitwerte der Kapitalanlagen

Die Bewertungsreserven als Differenz zwischen dem aktuellen Marktwert und dem Buchwert beliefen sich zum 31. Dezember 2008 auf -26,3 Mio. Euro (2007: -60,7 Mio. Euro). Unter Berücksichtigung von gezahlten Aufgeldern und Disagien bei zu Nennwerten bilanzierten Kapitalanlagen ergibt sich eine Bewertungsreserve von -30,7 Mio. Euro (2007: -70,5 Mio. Euro). Die Ursache für diesen Anstieg liegt vor allem in der Entwicklung der Rentenmärkte.

## Mark-to-model

Die Umstellung der Bewertungsmethode von Mark-to-market auf Mark-to-model, wie in den Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden beschrieben, führte zu einer Erhöhung der Zeitwerte um 32,6 Mio. Euro.

Die Bewertungsreserven auf Aktien, Beteiligungen und Immobilienfonds betragen am Ende des Berichtsjahres -19,9 Mio. Euro (2007: 56,2 Mio. Euro). Diese reduzierten sich marktbedingt im Vergleich zum Vorjahr. Da die Rendite des Bestandes an festverzinslichen Titeln unter der Marktrendite zum Bewertungsstichtag lag, existiert eine negative Bewertungsreserve in Höhe von -6,4 Mio. Euro (2007: -116,9 Mio. Euro).

## Risiken der zukünftigen Entwicklung

Einschätzungen der zukünftigen Entwicklung unseres Unternehmens beruhen in erster Linie auf Planungen, Prognosen und Erwartungen. Dementsprechend kommen insbesondere in der Berichterstattung über die Risiken und die künftige Entwicklung der Deutschen Ärzteversicherung allein unsere Annahmen und subjektiven Ansichten zum Ausdruck.

Wie vom Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) gefordert, verfügen wir über ein Risikomanagementsystem, „damit den Fortbestand der Gesellschaft gefährdende Entwicklungen früh erkannt werden“.

Als Risiko wird gemäß den Mindestanforderungen an das Risikomanagement für Versicherungsunternehmen (MaRisk VA) die Möglichkeit des Nichterreichens eines explizit formulierten oder sich implizit ergebenden Zieles verstanden. Dies schließt die Risikodefinition des Deutschen Rechnungslegungs-Standards zur Risikoberichterstattung (DRS 5) ein, innerhalb dessen Risiken als negative künftige Entwicklung der wirtschaftlichen Lage im Vergleich zur Situation am Bilanzstichtag definiert sind.

Grundsätzlich kann zwischen folgenden Risiken unterschieden werden:

- versicherungstechnische Risiken,
- Risiken aus dem Ausfall von Forderungen aus dem Versicherungsgeschäft,
- Risiken aus Kapitalanlagen,
- operationale und sonstige Risiken.

Im Folgenden werden unsere Organisationseinheiten des Risikomanagements und der Risikomanagementprozess aufgezeigt. Darüber hinaus wird unsere Risikosituation insbesondere entsprechend dem Deutschen Rechnungslegungs-Standard zur Risikoberichterstattung von Versicherungsunternehmen (DRS 5-20) dargestellt.

## Organisationseinheiten des Risikomanagements

Aufgrund der Komplexität des Versicherungsgeschäfts ist die Risikomanagementfunktion der Deutschen Ärzteversicherung auf verschiedene Organisationseinheiten und Gremien verteilt. Kontrollgremium ist der Aufsichtsrat als den Vorstand überwachendes Organ. Der Vorstand wie auch das in 2008 eingerichtete Risikokomitee als Gremium des Gruppenvorstandes ist zuständig für die risikopolitische Ausrichtung der Deutschen Ärzteversicherung sowie die Implementierung eines funktionierenden angemessenen Risikomanagements und dessen Weiterentwicklung. Darüber hinaus existiert die in 2008 eingerichtete Risikorunde als zentrales Kommunikationsgremium für Risikothemen auf Geschäftsbereichsebene und das Compliance and Operational Risk Committee als zentrales Kommunikationsgremium für Themen zu Compliance- und operationalen Risiken. Zusätzlich werden risikorelevante Themen in diversen Spezialgremien, wie zum Beispiel dem Business Continuity Management Committee und Asset Liability Committee, besprochen.

Zur Risikomanagementfunktion gehörende Organisationseinheiten sind

- der Bereich Value & Risk Management (zentrales Risikomanagement),
- die Risikoverantwortlichen für die Steuerung und Kontrolle der Risiken in ihrem jeweiligen Unternehmensbereich (dezentrales Risikomanagement),
- der dezentrale Risikomanager pro Ressort für die Koordination aller risikorelevanter Themen innerhalb des Ressorts und
- der verantwortliche Aktuar sowie
- die interne Revision als unabhängige Prüfinstanz.

Der Chief Risk Officer der AXA Deutschland stellt die zeitnahe Kommunikation risikorelevanter Themen durch regelmäßige Berichterstattung an das Risikokomitee innerhalb der Gremiensitzungen bzw. ad hoc sicher.

## Risikomanagementprozess

Das Risikomanagement der Deutschen Ärzteversicherung erfolgt unter Beachtung gesetzlicher, aufsichtsrechtlicher und innerbetrieblicher Vorgaben. Der Risikomanagementprozess der Deutschen Ärzteversicherung setzt sich aus Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung, Risikosteuerung und Überwachung sowie Risikokommunikation/Berichterstattung zusammen.

**Risikoidentifikation:** Die vollständige Erfassung aller Risiken erfolgt in Form von Risikopolicen. Hierbei werden die identifizierten wesentlichen Risiken inkl. deren aufbau- und ablauforganisatorischen Regelungen dokumentiert. Die regelmäßige Risikoidentifikation erfolgt innerhalb der mindestens quartalsweise stattfindenden Risikogremiensitzungen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit der Ad-hoc-Berichterstattung direkt an das zentrale Risikomanagement. Risiken neuer Kapitalmarkt- und Versicherungsprodukte werden im Rahmen des standardisierten Product Approval Process (PAP) von dem Bereich Value & Risk Management unabhängig auf alle wesentlichen internen und externen Risikoeinflussfaktoren untersucht sowie deren Auswirkungen auf das Gesamtrisikoprofil bewertet. Darüber hinaus gibt es zur Identifikation operationaler Risiken einen regelmäßigen Risikoerhebungsprozess auf Basis einer Befragung ausgesuchter Mitarbeiter.

**Risikoanalyse und -bewertung:** Die qualitative Beurteilung und die quantitative Bewertung aller wesentlichen Risiken erfolgen mit Hilfe des ökonomischen Risikokapitalmodells. Für nicht quantifizierbare Risiken werden qualitative Ansätze verfolgt.

**Risikosteuerung:** Unter Risikosteuerung wird die Umsetzung von konkreten Maßnahmen zur Bewältigung der Risikosituation der Deutschen Ärzteversicherung zusammengefasst. Dazu zählen Risikovermeidung, -minderung, -absicherung/-weitergabe und Tragen/bewusste Inkaufnahme. Die Entscheidung, welche Maßnahme im speziellen Fall durchgeführt wird, erfolgt durch Abwägung des Risikos/Ertragsprofils sowie Beachtung der Risikotragfähigkeit bzw. der Bereitschaft des Vorstandes, bestimmte Risiken zu übernehmen.

**Risikoüberwachung und Kommunikation:** Die Risikoüberwachung erfolgt im Rahmen des Risikomanagements, zum Beispiel durch Nachverfolgung von Frühwarnindikatoren. Neben der Ergebnisberichterstattung des ökonomischen Risikokapitals wird auf Konzernebene regelmäßig ein Risikobericht verfasst, der den Vorständen der Versicherungsgesellschaften vorgelegt und an das dezentrale Risikomanagement, das Audit Committee und die Aufsichtsbehörde übermittelt wird. Zusätzlich sind sofortige Berichterstattungspflichten bei Erreichen definierter Schwellenwerte implementiert. Risikorelevante Themen werden darüber hinaus im Rahmen des Risikokomitees besprochen, die zuvor innerhalb der ebenfalls quartalsweise stattfindenden Risikogremiensitzungen – Risikorunde und Compliance and Operational Risk Committee – diskutiert worden sind.

Das Risikomanagement der Deutschen Ärzteversicherung ist in das konzernweite Risikomanagementsystem der AXA Deutschland eingebunden.

## Versicherungstechnische Risiken

Die Deutsche Ärzteversicherung betreibt im Lebensversicherungsgeschäft hauptsächlich konventionelle und fondsgebundene Kapital-, Risikolebens- und Rentenversicherungen sowie Berufsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen.

Die spezifischen Risiken aus dem Lebensversicherungsgeschäft aus Unternehmenssicht sind biometrische Risiken, Risiken aus Kundenverhalten sowie Kosten- und Zinsgarantierisiken. Ferner bestehen noch sparten-spezifische Risiken aus Rechtsprechung und Gesetzgebung.

### Biometrische Risiken

Biometrische Risiken entstehen aus Veränderungen biometrischer Annahmen wie Sterblichkeit und Berufsunfähigkeit. Sinkende Sterblichkeiten, bewirkt durch verbesserte medizinische Versorgung, führen bei Kapital- und Risikoversicherungen zu einer Erhöhung der Marge, andererseits erzwingt dieser Trend bei Rentenversicherungen zusätzliche Leistungen. Eine Erhöhung der Sterblichkeit, hervorgerufen durch Epidemien, hat

wiederum einen gegenläufigen Effekt. Das Risiko in der Berufsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht darin, dass sich die Invalidisierungswahrscheinlichkeiten durch Veränderungen der Berufsunfähigkeitsgründe oder die Verstärkung bestehender Ursachen erhöhen. Die Leistungen unterliegen neben medizinischen und juristischen Veränderungen zusätzlich sozialen und konjunkturellen Entwicklungen, die sich als Belastungen oder Entlastungen realisieren können.

Die Deutsche Ärzteversicherung steuert biometrische Risiken durch ihre Produktgestaltung, Zeichnungspolitik und Rückversicherungsverträge. Im Rahmen des Prozesses zur Gestaltung neuer bzw. Anpassung bestehender Produkte werden Risiken identifiziert, bewertet und es wird, sofern notwendig, eine Anpassung der Produktkalkulation vorgenommen. Durch die Zeichnungspolitik wird eine risikogerechte Tarifierung sichergestellt. Je nach Ergebnis der medizinischen und finanziellen Risikoprüfungen wird dem Kunden nur unter Akzeptanz eines Beitragszuschlages bzw. eines Risikoausschlusses ein Versicherungsvertrag angeboten. Zusätzlich werden bei hohen Einzel- und Kumul-Risiken sowie konzernübergreifend bei Katastrophenrisiken Rückversicherungsverträge zur Beschränkung der Leistungsbelastung abgeschlossen. Bei Berufsunfähigkeitsversicherungen wird das biometrische Risiko durch die Leistungsprüfung auf die vertraglichen Zusagen beschränkt. Hierbei wird zum einen ausführlich geprüft, ob der Leistungsfall eingetreten ist, zum anderen werden Hilfestellungen für eine schnelle Rückkehr des Versicherungsnehmers in das Berufsleben erteilt.

Für die Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen werden im Wesentlichen die bei Vertragsabschluss aktuellen von der Aufsichtsbehörde bzw. der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) empfohlenen Sterbetafeln verwendet. Alle in den Versicherungsverträgen zugesagten Leistungen werden dem Grundsatz der Vorsicht entsprechend berücksichtigt. Durch regelmäßige Überprüfung der Deckungsrückstellungen wird ein möglicher Anpassungsbedarf frühzeitig erkannt. Mit Ausnahme folgender Teilbestände werden die ver-

wendeten Wahrscheinlichkeitstafeln von der Aufsichtsbehörde und der DAV als ausreichend für die Berechnung der Deckungsrückstellung angesehen. Sie enthalten nach Einschätzung des verantwortlichen Aktuars für die Gesellschaft angemessene Sicherheitsspannen. Für den Bestand an Rentenversicherungen, die nicht nach der aktuellen Sterbetafel DAV 2004 R kalkuliert sind, wurde unter Berücksichtigung der aktuellen Empfehlungen der DAV im Jahr 2008 die Deckungsrückstellungen verstärkt. Die Deckungsrückstellung des Bestands an Berufsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeits Zusatzversicherungen, die nicht nach den aktuellen Tafeln DAV 1997 I, TI und RI kalkuliert wurden, musste nicht weiter gestärkt werden. Die Entwicklung der Sterblichkeit und Invalidisierungswahrscheinlichkeiten wird auch weiterhin laufend analysiert.

#### **Risiken aus Kundenverhalten**

Risiken aus dem Verhalten von Versicherungsnehmern resultieren vor allem aus dem Stornorisiko und dem Risiko aufgrund des Kapitalwahlrechts bei Rentenversicherungen.

Das Stornorisiko wird vom Verhalten der Versicherungsnehmer beeinflusst, da sie zum Beispiel ihre Beitragszahlung einstellen oder den Vertrag kündigen können. Rationales Verhalten vorausgesetzt, werden Lebensversicherungskunden mit einer Kapital- oder Risikoversicherung, deren Gesundheit sich während der Vertragslaufzeit verschlechtert, mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit kündigen. Hierdurch könnte die Gefahr einer negativen Risikoselektion entstehen. Andererseits kann eine Kapitalmarktentwicklung zu verstärkten Rückkäufen führen, um den ausgezahlten Betrag mit einer höheren Rendite zu reinvestieren. Das sich bei unerwartet hohen Storni ergebende Risiko von Mittelabflüssen kann bei großem Volumen zu Liquiditätseingüssen, einer Beeinträchtigung der Kapitalanlagenstruktur und der Erträge aus den Kapitalanlagen führen.

Die Stornoquoten in der Deutschen Ärzteversicherung und in der Branche werden permanent beobachtet. Insbesondere wird derzeit eine Überwachung des Stornoverhaltens als Folge der Finanzmarktkrise verstärkt durchgeführt. Die Veränderung der Stornoquoten

war in der Vergangenheit jedoch begrenzt, so dass das resultierende Risiko als niedrig einzuschätzen ist. Jedoch kann ein höheres oder niedrigeres Storno in realistischem Ausmaß bei den fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen einen Einfluss auf die Jahresergebnisse haben. So erzielt die Deutsche Ärzteversicherung bei fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen Kostendeckungsbeiträge und Gewinnmargen auch aus der Vergütung von Verwaltungsgebühren der Fondsgesellschaften. Diese sind nur dann ausreichend, wenn sich die Fondsvermögen entsprechend der kalkulierten Bestandsfestigkeit entwickeln. Im Falle eines deutlich erhöhten Stornos könnten sich die Fondsguthaben so verringern, dass die angestrebten Gewinnmargen und Kostendeckungsbeiträge nicht mehr erreicht werden.

Bei anwartschaftlichen Rentenversicherungen hat der Kunde zum Zeitpunkt der Verrentung ein Kapitalwahlrecht. Dieses Risiko wird durch die Produktgestaltung beschränkt. Das angenommene Kundenverhalten wird bei der Verstärkung der Deckungsrückstellung bei Rentenversicherungen mit älteren Rechnungsgrundlagen berücksichtigt. Derzeit wird das Risiko aufgrund des Kapitalwahlrechtes als gering betrachtet. Es könnte aber steigen, falls sich herausstellt, dass sich das Kundenverhalten systematisch ändert. Aus diesem Grund erfolgt eine regelmäßige Überwachung des Kundenverhaltens.

### **Kostenrisiko**

Das Kostenrisiko besteht darin, dass die tatsächlichen Kosten durch die einkalkulierten Kosten dauerhaft nicht finanziert werden können. Die Überwachung des Kostenrisikos erfolgt durch ein umfassendes Kostencontrolling.

### **Zinsgarantierisiko**

Das professionelle Management der Zinsgarantien stellt eine Kernherausforderung im Rahmen des Asset Liability Managements dar. Sowohl die derzeitige Nettoverzinsung der Kapitalanlagen als auch die im

Rahmen der Unternehmensplanung erwartete Rendite für die Folgejahre im Sinne von § 5 Abs. 3 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) liegen über dem durchschnittlichen Rechnungszins des Bestandes. Sollte die künftig erwartete Nettoverzinsung unter den durchschnittlichen Rechnungszins des Bestandes sinken, wäre die Deckungsrückstellung unter Berücksichtigung der künftig erwarteten Nettoverzinsung aufzufüllen.

Bei fondsgebundenen Versicherungen ohne Garantieteile bemisst sich die Versicherungsleistung an der Entwicklung des zugrunde liegenden Fonds. Hieraus ergibt sich für die Lebensversicherer kein Kapitalanlagerisiko, da die Höhe der Verpflichtung gegenüber den Versicherungsnehmern stets mit dem Wert des Fondsvermögens übereinstimmt. Für fondsgebundene Versicherungen mit Garantien gelten die Aussagen zu Zinsgarantien konventioneller Produkte.

### **Risiken aus Gesetzesänderungen**

Die Deckungsrückstellung eines Versicherungsvertrages muss mindestens der Höhe des Rückkaufwertes entsprechen. Änderungen in Gesetzgebung und Rechtsprechung, die eine Erhöhung des Rückkaufwertes bewirken, führen daher auch zu einer Erhöhung der Deckungsrückstellung für den betroffenen (Teil-)Bestand. So ist nicht auszuschließen, dass sich aus Gesetzgebung und Rechtsprechung eine extensive Interpretation der vom Bundesgerichtshof zu den Rückkaufwerten am 12. Oktober 2005 und 26. September 2007 ergangenen Urteile entwickeln könnte, woraus zusätzliche, bisher nicht berücksichtigte Leistungen resultieren würden. Für möglicherweise sich hieraus ergebende Aufwendungen unter Abschätzung der Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme wurden angemessene Rückstellungen gebildet.

Mögliche anderslautende gerichtliche Einschätzungen unserer Umsetzung der VVG-Reform könnten rückwirkende Auswirkungen auf unsere Leistungsverpflichtungen haben.

## Risiken aus dem Ausfall von Forderungen aus dem Versicherungsgeschäft

Die fälligen Ansprüche gegenüber **Versicherungsnehmern (insbesondere aus Beitragsforderungen)** sowie die Ansprüche gegenüber **Versicherungsvermittlern** (vor allem aus Provisionsrückforderungen) betragen zum Bilanzstichtag 16,6 Mio. Euro (ohne noch nicht verdiente Provisionen aus dem Geschäft mit fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen). Davon entfielen 0,4 Mio. Euro auf Forderungen, die älter als 90 Tage sind. Zur Risikovorsorge wurden die in der Bilanz ausgewiesenen Forderungen an Kunden um Wertberichtigungen von 0,2 Mio. Euro vermindert. Diese wurden auf Basis der Ausfallquoten der letzten drei Jahre ermittelt.

Die Risiken aus dem Ausfall von Forderungen gegenüber Versicherungsnehmern werden durch ein IT-unterstütztes Inkasso- und Mahnsystem gesteuert. Zeitnahe Provisionsabrechnungen stellen sicher, dass Provisionsrückforderungen an Versicherungsvermittler kurzfristig ausgeglichen werden.

## Risiken aus Kapitalanlagen

Die Deutsche Ärzteversicherung verwaltet rund 3,49 Mrd. Euro (2007: 3,74 Mrd. Euro) Kapitalanlagen. Diese werden unter strikter Beachtung der gesetzlichen, aufsichtsrechtlichen und innerbetrieblichen Richtlinien in einem strukturierten Prozess angelegt. Unter Gesamtrisikobetrachtung soll eine gleichzeitige Sicherstellung der Anlageziele Sicherheit, Rentabilität, Liquidität und Streuung der Kapitalanlagen erreicht werden:

Mit der Kapitalanlage sind unvermeidbar signifikante Risiken verbunden, die trotz der im Anlageprozess eingebauten Kontrollen und anderer risikomindernder Maßnahmen bewusst eingegangen werden. Zum Erhalt

bzw. Ausbau der notwendigen Risikotragfähigkeit werden die Risiken der Kapitalanlagen aktiv gesteuert und an das jeweilige Kapitalmarktumfeld angepasst.

Die Kapitalanlagestrategie der Deutschen Ärzteversicherung wurde in diesem Jahr stark von der Kapitalmarktkrise beeinflusst.

Die unrealisierten Gewinne und Verluste der Kapitalanlagen betragen per saldo –30 Mio. Euro (2007: –77 Mio. Euro). Im Rentenbereich wurde der Marktwertrückgang aufgrund der Ausweitung der Risiko- und Liquiditätsaufschläge im Bereich risikobehafteter Unternehmensanleihen und Kreditprodukte durch einen Marktwertanstieg aufgrund gesunkener Zinsen mehr als kompensiert. Die Marktwerte des Aktienportfolios sind als Folge der Finanzkrise deutlich zurückgegangen.

Die Kapitalanlagerisiken werden in Markt-, Kredit-, Konzentrations- und Liquiditätsrisiken unterteilt:

### Marktrisiken

Die Marktpreisrisiken der Deutschen Ärzteversicherung beruhen fast ausschließlich auf potenziellen Aktienkurs- und Zins- und Spreadänderungen sowie Änderungen im Wert des Immobilienbestandes.

Die Auswirkungen auf die Marktwerte der Kapitalanlagen werden in möglichen Risikoszenarien analysiert. Hierfür werden die Marktwertschwankungen von Aktien (ohne Beteiligungen und verbundene Unternehmen), Zinsprodukten und Währungen unter Berücksichtigung der bestehenden Währungssicherungen simuliert. Somit werden die tatsächlichen Sensitivitäten unserer Kapitalanlagen verdeutlicht.

Die folgende Übersicht zeigt auf, wie sich eine Änderung der Aktienkurse bzw. der Marktzinsen **kurzfristig** auswirken würde:

Aktienmarktveränderung	Veränderung des Marktwertes der Kapitalanlagen
Anstieg um 35%	+21 Mio. Euro
Anstieg um 20%	+11 Mio. Euro
Anstieg um 10%	+ 5 Mio. Euro
Sinken um 10%	- 5 Mio. Euro
Sinken um 20%	- 10 Mio. Euro
Sinken um 35%	- 17 Mio. Euro

Renditeveränderung des Rentenmarktes	Veränderung des Marktwertes der Kapitalanlagen
Anstieg um 200 Basispunkte	- 480 Mio. Euro
Anstieg um 100 Basispunkte	- 240 Mio. Euro
Sinken um 100 Basispunkte	+240 Mio. Euro
Sinken um 200 Basispunkte	+480 Mio. Euro

Währungsveränderung	Veränderung des Marktwertes der Kapitalanlagen
Anstieg um 10%	+2 Mio. Euro
Anstieg um 5%	+1 Mio. Euro
Sinken um 5%	- 1 Mio. Euro
Sinken um 10%	- 2 Mio. Euro

Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass ein großer Teil des Aktienexposures der Deutschen Ärzteversicherung über Futures und Optionen gegen Marktwertverluste abgesichert ist. Gleichwohl können bei anhaltend schwachen Aktienmärkten außerplanmäßige Abschreibungen insbesondere auf Aktiensondervermögen nicht ausgeschlossen werden.

Wir verfolgen die krisenhafte Entwicklung der Kapitalmärkte sehr genau. Sollten sich die zuvor gezeigten negativen Szenarien im laufenden Geschäftsjahr ganz

oder teilweise einstellen oder am Bilanzstichtag vorliegen, werden wir entsprechende Maßnahmen ergreifen. Diese beinhalten unter anderem mögliche Abschreibungen auf die nachhaltigen Werte einzelner Kapitalanlagen, den selektiven Verkauf einzelner Titel und den optionalen Einsatz von Wertsicherungsmaßnahmen, um die Portfolios kurzfristig gegen weitere Wertverluste abzusichern.

## Kreditrisiken

Das Kreditrisiko umfasst die Insolvenz, den Zahlungsverzug und die Bonitätsverschlechterung des Schuldners bzw. Emittenten von festverzinslichen Wertpapieren, Darlehen und Derivaten.

Zur Reduktion des Kreditrisikos werden hauptsächlich Investitionen bzw. Darlehensvergaben bei Emittenten und Schuldnern mit einer guten bis sehr guten Bonität getätigt. Die Einstufung der Bonität von Emittenten festverzinslicher Wertpapiere erfolgt entweder mit Hilfe von Ratingagenturen oder nach einheitlichen internen Maßstäben und wird mit kontinuierlichen Kontrollprozessen überprüft.

Das Durchschnittsrating der handelbaren festverzinslichen Wertpapiere beträgt bei der Deutschen Ärzteversicherung A.

Zusätzlich zur Überwachung der Ratings nehmen wir in Zusammenarbeit mit den von uns mandatierten Vermögensverwaltern Detailanalysen zu potenziell ausfallgefährdeten Wertpapieren vor, auf deren Basis dann über risikomindernde Maßnahmen entschieden wird. Für diese Analysen werden alle im Markt vorhandenen Informationen herangezogen.

Für die Vergabe von Hypotheken- und Refinanzierungsdarlehen gelten Vergaberichtlinien und strenge Vorschriften bezüglich der Bonität. Als Sicherheit von Hypothekendarlehen bestehen Pfandrechte an Grundstücken und/oder Versicherungsverträgen. Die Vergaberichtlinien knüpfen eine Finanzierung im Regelfall an private Nutzung und erstrangige Absicherung. Die Refinanzierungsdarlehen verfügen alle über ein Rating von mindestens A-. Einlagen bei Kreditinstituten erfolgen ausnahmslos bei Banken, die über ein Investment Grade Rating verfügen.

Das Einzelengagement unterliegt der regelmäßigen Überwachung. Mit Hilfe unserer Kontrollverfahren für den Zins- und Tilgungsdienst sowie unseres Mahnverfahrens erhalten wir einen detaillierten Überblick über ausstehende Zahlungen.

Die Kontrahenten der Derivatepositionen verfügen ausnahmslos über ein Rating von mindestens A+, sofern die Geschäfte nicht über die Terminbörse Eurex abgewickelt wurden. Das Gegenparteirisiko der Derivategeschäfte wird fortlaufend durch die Stellung von Sicherheiten (Collateral) abgesichert.

Durch die Krise an den Finanzmärkten und die Verschlechterung der allgemeinen Wirtschaftslage hat sich das Kreditrisiko signifikant erhöht.

Auch die Deutsche Ärzteversicherung hält Kapitalanlagen, deren Bonität in den letzten Monaten vor dem Hintergrund der Finanzmarktkrise in der Öffentlichkeit diskutiert wurde und die teilweise von signifikanten Spreadausweitungen betroffen waren.

Die Deutsche Ärzteversicherung hält über einen Spezialfonds verschiedene strukturierte Produkte mit spezifischen Ausfallrisiken, so zum Beispiel ein ungesichertes Exposure im Marktwert von 24 Mio. Euro in US-RMBS (Residential Mortgage Backed Securities), die mit Krediten aus dem sogenannten „Subprime-Segment“ besichert sind. Dies entspricht 0,7% der gesamten Kapitalanlagen der Gesellschaft. Auf das RMBS-Portfolio wurden im Geschäftsjahr 25 Mio. Euro außerplanmäßige Abschreibungen durchgeführt. Die verbleibende stille Last wurde zum Jahresende als nicht nachhaltig bewertet, da unsere internen Prognoserechnungen eine vollständige Einbringlichkeit des Nominalwertes der Anlagen zeigen. In Abhängigkeit von der weiteren Entwicklung des US-Immobilienmarktes werden die Sicherungsmechanismen fortlaufend überprüft, um einen möglichen zusätzlichen Abschreibungsbedarf frühzeitig zu erkennen. Bei anhaltender Marktverschlechterung sind weitere außerplanmäßige Abschreibungen nicht ausgeschlossen. Neben dem US-RMBS Exposure ist ein synthetisches CDO (Collateralized Debt Obligation) enthalten, das durch die Entwicklungen an den Kreditmärkten bezüglich der für die Bewertung relevanten Annahmen und durch konkrete Ausfälle im Referenzportfolio deutliche Marktwertverluste erlitten hat. Der Nominalwert beträgt rund 38 Mio. Euro bei einem Marktwert des Kreditderivats von -26 Mio. Euro. Zurzeit sind Abschreibungen von 6 Mio. Euro berücksichtigt.

Eine Realisierung der Verluste kann aber nur im Fall von mehreren weiteren Ausfällen in signifikanter Höhe innerhalb des CDO-Portfolios eintreten. Dieses Ausfallrisiko wird fortlaufend überwacht. Ferner zählen zu diesem Exposure noch CLO (Collateralized Loan Obligations) mit einem Nominalwert von 62 Mio. Euro (Zeitwert 51 Mio. Euro). Abschreibungen sind nicht berücksichtigt, können aber für die Zukunft nicht ausgeschlossen werden.

Ebenso hält die Deutsche Ärzteversicherung ein größeres Volumen von Fremdkapitalinstrumenten, die von nationalen und internationalen Banken sowie sonstigen privatwirtschaftlichen Unternehmen emittiert wurden. Dieses Exposure wird entweder direkt oder über Fonds, Derivate und strukturierte Produkte gehalten und enthält zu einem geringen Teil auch Instrumente von niedriger Seniorität wie nachrangige Darlehen und Genussscheine.

Von der Insolvenz der Lehman Brothers ist die Deutsche Ärzteversicherung mit einem Ausfall von 4 Mio. Euro nur in relativ geringem Maße betroffen. Das darüber hinausgehende Exposure ist durch den Einlagensicherungsfonds abgesichert.

Der größte Teil unserer Rentenbestände ist besichert bzw. von öffentlichen Emittenten ausgegeben und daher nur einem minimalen Ausfallrisiko ausgesetzt. Unsere Analysen ergeben zurzeit keine Anhaltspunkte, dass über die in der Gewinn- und Verlustrechnung verbuchten Wertminderungen hinaus Ausfälle zu verzeichnen sind. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass sich in der Zukunft die Bonität einzelner Emittenten verschlechtert und damit wesentlicher Abschreibungsbedarf entstehen könnte.

### **Konzentrationsrisiken**

Durch Konzentrationsrisiken wird die Diversifizierung des Portfolios vermindert, wodurch das Risiko hoher Verluste aufgrund von Einzelpositionen steigt. Sie stehen daher im engen Zusammenhang mit Markt- und Kreditrisiken. Konzentrationsrisiken werden durch Definition von Limiten auf Einzelpositionen und den Einsatz von Derivaten gesteuert und regelmäßig überwacht.

### **Liquiditätsrisiken**

Aufgrund der vorab vereinnahmten sowie verzinslich und liquide angelegten Beiträge ist das Liquiditätsrisiko für Versicherungsunternehmen grundsätzlich gut steuerbar. Wir tragen dem Risiko unzureichender Liquidität durch eine mehrjährige Planung der Zahlungsströme Rechnung. Zusätzlich erfolgt für einen rollierenden Zwölfmonatszeitraum eine Prognose auf Monatsbasis. Für die Überwachung des Liquiditätsrisikos wird darüber hinaus ein Liquiditätsstresstest durchgeführt. Generell hat sich in diesem Jahr die Liquiditätssituation am Kapitalmarkt verschlechtert, da in verschiedenen Marktsegmenten nur sehr wenige Transaktionen stattfinden. Auch die Deutsche Ärzteversicherung ist hiervon betroffen.

Insgesamt wird bei der Kapitalanlage auf einen hohen Anteil liquider und fungibler Kapitalanlagen geachtet, damit wir trotz der Kapitalmarktkrise den Verpflichtungen gegenüber unseren Versicherungskunden jederzeit nachkommen können. Ein eventuell auftretender unvorhergesehener Liquiditätsbedarf wird konzernintern zur Verfügung gestellt.

### **Risikosteuerung der Kapitalanlagen**

Innerhalb des AXA Konzerns sind umfassende Governance-Strukturen, Steuerungsmaßnahmen und Richtlinien zur Risikosteuerung der Kapitalanlagen implementiert. Das Asset Liability Management-Komitee schlägt die Kapitalanlagestrategie vor, der Vorstand entscheidet hierüber. Der Kapitalanlageausschuss implementiert und überwacht die strategische Aufteilung der Kapitalanlagen nach Kapitalanlagearten (Asset Allocation) und die Einhaltung vorgegebener Limite und Limitsysteme. Darüber hinaus gilt eine umfassende interne Richtlinie (Investment Guidelines) für alle Kapitalanlagen. Die aufsichtsrechtlichen Vorschriften zur Mischung und Streuung werden genau eingehalten. Darüber hinaus werden Konzentrationsrisiken durch das gruppenweite Risikomanagement monatlich ausgewertet und überwacht.

Ziel des strukturierten Anlageprozesses ist es, die Risiken in den Portfolios durch systematische und kontrollierte Abläufe zu steuern. Anlageentscheidungen werden auf Basis von Asset Liability Management (ALM)-Analysen vor dem Hintergrund der versicherungstechnischen Verpflichtungen, der Bewertungsreserven und der Eigenkapitalausstattung getätigt. Im Rahmen der strategischen und taktischen Asset-Allocation bestehen prozentuale Begrenzungen für die einzelnen Anlageklassen. Zusätzlich werden Limite für Bonität, Einzelemittenten und die Duration des festverzinslichen Portfolios definiert und überwacht. Bei der Risikoeinschätzung wird dabei von einem dem jeweiligen Risiko adäquaten Prognosezeitraum ausgegangen. Zur Bewertung der Anlagerisiken steht eine Vielzahl von Risikomanagementinstrumenten zur Verfügung.

Zum Zwecke der effizienten Portfolioverwaltung und -steuerung wird der Einsatz derivativer Finanzinstrumente regelmäßig geprüft. Mit diesen Instrumenten werden verschiedene Motive der Portfoliosteuerung umgesetzt: Absicherung, Erwerbsvorbereitung und Ertragssteigerung. Das Hauptmotiv beim Einsatz von derivativen Instrumenten der Kapitalanlagen ist die Absicherung, wodurch das im Portfolio liegende wirtschaftliche Risiko reduziert wird (Hedging). Die Motive Erwerbsvorbereitung und Ertragssteigerung werden aktuell nur begrenzt verfolgt.

Die besonderen Kapitalanlagerisiken durch die aktuelle Finanzkrise hat das Unternehmen frühzeitig erkannt und zeitnah darauf reagiert. So wurde bereits im Vorjahr die Aktienposition deutlich reduziert und Absicherungsmaßnahmen auf Aktien und US-RMBS implementiert. Diese Absicherungen wurden im Geschäftsjahr noch weiter ausgebaut.

Seit Januar 2008 wird monatlich im Kreditkomitee auf Vorstandsebene das Kreditrisiko des Gesamtportfolios sowie einzelner Anlageklassen und kritischer Emittenten besprochen.

Als Reaktion auf die Verschärfung der Finanzkrise nach der Lehman-Insolvenz berät regelmäßig ein Expertengremium aus den Bereichen Asset Liability Management, Risikomanagement und Accounting sowie den Mitgliedern des Kapitalanlageausschusses – Kapitalanlagevorstand, Finanzvorstand und Chief Risk Officer der AXA Konzern AG – über Maßnahmen zur Krisenbewältigung.

Das Audit Committee wird regelmäßig über die aktuellen Entwicklungen und die Risikosituation des Konzerns und der Einzelgesellschaften informiert.

## Operationale und sonstige Risiken

Das operationale Risiko beinhaltet Verluste aufgrund von unzulänglichen oder fehlgeschlagenen internen Prozessen sowie aus mitarbeiter- und systembedingten oder externen Vorfällen.

Die wesentlichen Prozessrisiken und die Sicherheit der internen Kontrollsysteme werden regelmäßig von unserer Konzernrevision gemeinsam mit den verantwortlichen Linienmanagern identifiziert und bewertet. Die sich hieraus ergebenden Kennzahlen sind eine wesentliche Grundlage für die mehrjährige risikoorientierte Prüfungsplanung der Konzernrevision. Um die Anforderungen des Sarbanes-Oxley-Acts zu erfüllen, wurden umfangreiche Prozessdokumentationen erstellt und zahlreiche Kontrollen implementiert.

Darüber hinaus werden die operationalen Risiken in unserem Risikomanagementsystem erfasst und bewertet und Maßnahmen getroffen, um diese Risiken zu verringern. Die Koordination unseres umfangreichen Projektportfolios erfolgt durch das Konzern-Projektmanagement, das sich auf ein umfassendes Berichtswesen mit Vorwarnelementen stützt.

Operationale Risiken, die aus dem Integrationsprozess von AXA und DBV-Winterthur entstehen könnten, wurden erfasst und evaluiert. Es wurden entsprechende Gegensteuerungsmaßnahmen erarbeitet. Die Risiken werden regelmäßig überprüft, damit auch für neue Risiken entsprechende Maßnahmen formuliert werden. Viele Systeme wurden im Rahmen der Integration bereits erfolgreich umgestellt, so zum Beispiel die Vereinheitlichung der Personal-Systeme im Januar 2008 oder die Zusammenführung wichtiger SAP-Systeme im April 2008. Mit der erfolgreichen Einführung des Releases P1 sind seit September 2008 die Zielsysteme inzwischen so vorbereitet, dass sie die Daten der „Altsysteme“ aufnehmen können. Umfangreiche Tests sollen jetzt sicherstellen, dass im Mai 2009 mit dem Realease P2 möglichst fehlerfreie, angepasste und aufeinander abgestimmte IT-Systeme eingeführt werden können.

Die strategischen Risiken, welche sich aus strategischen Geschäftsentscheidungen ergeben, werden durch einen regelmäßigen systematischen Strategieentwicklungs- und -umsetzungsprozess reduziert.

Reputationsrisiken ergeben sich aufgrund einer möglichen Beschädigung des Rufes des Unternehmens. Insbesondere mit Hilfe eines aktiven Reputations-Managements und von Medien-Resonanzanalysen wird dieses Risiko gemindert.

In 2009 erwarten wir die Verabschiedung des Bilanzrechtmodernisierungsgesetzes (BilMoG). Das derzeit als Regierungsentwurf vorliegende BilMoG wird zur umfangreichsten Modernisierung des Handelsbilanzrechts seit 1985 führen. Das deutsche Handelsrecht soll zu einer vollwertigen aber einfacheren Alternative zu den IFRS entwickelt werden. Insbesondere soll die Aussagekraft des handelsrechtlichen Jahresabschlusses erhöht werden. Wir haben die Auswirkungen des Gesetzesentwurfes auf unsere Gesellschaft analysiert. Die anstehenden Änderungen des Bilanzrechts werden im Wesentlichen Auswirkungen auf die Bilanzierung von Pensionsrückstellungen, latenten Steuern, sonstigen Rückstellungen, Kapitalanlagen und selbst erstellten immateriellen Vermögenswerten haben. Neben den Bilanzierungsvorschriften beinhaltet das BilMoG umfangreiche zusätzliche Anhangangabe- und Lageberichtspflichten sowie neue Vorgaben zur Corporate Governance. Gegenwärtig ist unklar, für welche Geschäftsjahre die Neuregelungen erstmals anzuwenden sind. Der überwiegende Teil der Änderungen wird vermutlich erstmals im Geschäftsjahr 2010 anzuwenden sein. Wir erwarten keine wesentlichen Risiken im Zusammenhang mit der Umsetzung des BilMoG.

## Kapitalmanagement und Solvabilität

Die Steuerung der Kapitalbasis erfolgt nach den aufsichtsrechtlichen Bestimmungen. Ziel ist, die jederzeitige Erfüllung der versicherungsvertraglichen Verpflichtungen sicherstellen zu können – selbst wenn im Extremfall die hierfür gebildeten versicherungstechnischen Rückstellungen unzureichend wären. Für die Bereitstellung des entsprechenden Eigenkapitals wird eine angemessene Verzinsung angestrebt.

Für die Solvabilität der Deutsche Ärzteversicherung wurden alle aufsichtsrechtlichen Anforderungen erfüllt. Zur Stärkung der Kapitalbasis führte die AXA Konzern AG im Geschäftsjahr 30,0 Mio. Euro der Kapitalrücklage zu. Der Bedeckungssatz für 2008 beträgt 150,2% (2007: 136,3%).

Ziel des Projektes Solvency II der EU-Kommission ist es, das Versicherungsaufsichtsrecht auf europäischer Ebene neu und einheitlich zu regeln. Hierzu gehört zum einen die Neuregelung der Solvenzanforderungen auf Basis risikoorientierter Kapitalmodelle (Säule I). Zum anderen wird ein prinzipienbasierter Anforderungskatalog an das Risikomanagement der Versicherungsunternehmen definiert, sodass die neuen Regelungen zur risikobasierten Eigenmittelvorschrift durch qualitative Anforderungen ergänzt werden (Säule II). Darüber hinaus werden Veröffentlichungspflichten definiert (Säule III). Die Solvency II Regelungen sollen voraussichtlich 2010 in Kraft treten. Die nationale Umsetzung von Solvency II wurde bereits durch die zum Jahresbeginn 2008 in Kraft getretene VAG Novelle (§ 64 a VAG und § 55 c VAG) vorangetrieben. Innerhalb § 64 a VAG werden die Komponenten eines angemessenen Risikomanagements definiert. Das Rundschreiben „Mindestanforderungen an das Risikomanagement VA (MaRisk VA)“ der BaFin stellt die Durchführungsverordnung des § 64 a VAG dar. Mit dem Inkrafttreten des § 55 c VAG haben Versicherungsunternehmen den an den Vorstand gerichteten Risikobericht in gleicher Form und Inhalt der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

Zur Vorbereitung auf Solvency II hat die AXA Gruppe am europaweiten Feldtest QIS4 teilgenommen. Die Quantitative Impact Study (QIS) ist eine von der europäischen Versicherungsaufsicht (CEIOPS) geleitete Übung, die der Kalibrierung des Standardmodells im Sinne von Solvency II dient. Die an dem Feldtest teilgenommenen Gesellschaften weisen, wie bei den vorangegangenen Feldtests, eine sehr gute Überdeckung auf. Derzeit entwickelt die AXA Gruppe ein Modell der ökonomischen Risikokapitalberechnung, das voraussichtlich unter Solvency II als internes Modell dienen wird. Neben den Anforderungen aus Säule I bereitet sich AXA Deutschland derzeit ebenfalls intensiv auf die Anforderung aus Säule II und Säule III vor. Zur Umsetzung der Anforderungen durch Solvency II wurde in 2008 ein Projekt gestartet.

## Zusammenfassende Darstellung der Risikolage

Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine Risiken bekannt, die den Fortbestand der Deutsche Ärzteversicherung gefährden könnten. Die Solvabilität 2008 zeigt gemäß der Berechnung wiederum eine deutliche Überdeckung. Negative zukünftige Ergebnisentwicklungen würden einerseits die Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung verringern. Bei einer anhaltenden Verschlechterung der Finanzmärkte können nennenswerte Abschreibungen auf unser Kapitalanlagenportfolio nicht ausgeschlossen werden. Andererseits würde ein in der Zukunft möglicherweise auszuweisender Fehlbetrag von der AXA Konzern AG im Rahmen des Beherrschungsvertrages ausgeglichen.

## Sonstige Angaben

### Mitarbeiter

Die Anzahl der Beschäftigten unserer Gesellschaft hat sich im Berichtsjahr 2008 von 119 auf 138 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhöht. Von den 138 Mitarbeitern sind 19 im Außendienst und 119 im Innendienst beschäftigt.

### Zusammenarbeit im Konzern

Die Geschäftsfunktionen unserer Gesellschaft werden im Rahmen von Dienstleistungsverträgen teilweise von Dienstleistungsgesellschaften des deutschen AXA Konzerns und der AXA Gruppe ausgeübt:

- die Bereiche Bestandsverwaltung, Mathematik, Controlling, Firmengeschäft, Leistungsbearbeitung, Produktmathematik, Rückversicherung, Betriebsorganisation, EDV-Anwendungsentwicklung, Personalwirtschaft und -entwicklung, Rechnungswesen, Recht, Steuern, Allgemeine Verwaltung sowie die Entwicklung, Konzeption, Realisierung und Produktion von Internet- und internetbasierten Dienstleistungen durch die AXA Service AG, Köln
- die Betreuung von SAP-basierten Anwendungsprogrammen über die AXA Service AG durch die AXA Group Solutions SA, Zweigniederlassung Köln
- der Betrieb des Rechenzentrums sowie die Inanspruchnahme von Kommunikationsdienstleistungen über die AXA Service AG durch die AXA Technology Services Germany GmbH, Köln
- die Postbearbeitung, Logistik und Archivierung über die AXA Service AG durch die AXA Logistic Services GmbH, Köln
- die Vertriebssteuerung unserer Exklusivorganisation und der Kooperation mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durch die Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG, Köln
- die Funktionen aus dem Bereich Vermögensanlage und -verwaltung für Kapitalanlagen zum überwiegenden Teil über die AXA Konzern AG durch die AXA Investment Managers Deutschland GmbH, Köln, sowie die Immobilienverwaltung über die AXA Konzern AG durch die AXA Real Estate Managers Deutschland GmbH, Köln
- die Bereiche Konzernkommunikation und Revision durch die AXA Konzern AG, Köln

Unsere Gesellschaft befindet sich im alleinigen Besitz der AXA Konzern AG. Es besteht ein Beherrschungsvertrag.

### Zusammenarbeit mit anderen Unternehmen

Über die Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG vermitteln wir Versicherungs- und Bau-sparverträge sowie Bankdienstleistungen für folgende Gesellschaften oder arbeiten mit diesen zusammen:

- AXA Lebensversicherung AG, Köln
- AXA Versicherung AG, Köln
- AXA Krankenversicherung AG, Köln
- AXA Merckens Fonds, Köln
- AXA Investment Managers Deutschland GmbH, Köln
- Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, Düsseldorf
- <pma:> Finanz- und Versicherungsmakler GmbH, Münster
- Pro bAV Pensionskasse AG, Köln
- Roland Rechtsschutz-Versicherungs-AG, Köln
- Roland Schutzbrief-Versicherung AG, Köln

Auf dem Gebiet der betrieblichen Altersversorgung arbeitet unsere Gesellschaft mit der zum Konzern gehörenden Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung, Köln, zusammen.

## Verbands- und Vereinszugehörigkeit

Unsere Gesellschaft gehört unter anderem folgenden Verbänden und Vereinen aus der Versicherungswirtschaft an:

- Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V., Berlin
- Arbeitgeberverband der Versicherungsunternehmen in Deutschland, München
- Der Versicherungsombudsmann e. V., Berlin
- Wiesbadener Vereinigung, Bonn
- Pensions-Sicherungs-Verein VVaG, Köln

## Ausblick und Chancen

Unsere Anstrengungen, die Angehörigen der akademischen Heilberufe optimal mit unseren Vorsorge- und Versicherungsprodukten zu bedienen, werden wir auch im Jahr 2009 intensiv fortführen. Wir sehen, dass die Veränderungsprozesse im gesamten Gesundheitsmarkt einen enormen Innovationsbedarf mit sich bringen. Diesen Prozessen werden wir uns mit der Bereitstellung von arzt-spezifischen Produkten und Services stellen und durch eine intensive Unterstützung unserer Vertriebskanäle begleiten. Vor dem Hintergrund dieser Anstrengungen erwarten wir auch weiterhin ein gesundes Wachstum des Neugeschäftes.

Die bereits Ende 2007 getroffene Einschätzung, dass die zusätzlichen vertrieblichen Kompetenzen, derer sich die Deutsche Ärzteversicherung aufgrund der Fusion mit der DBV-Winterthur nun bedienen kann, beste Perspektiven bieten, hat sich im Berichtsjahr bestätigt. Die vertriebliche Stärke und die damit verbundene

## Nachtragsbericht

Nach dem Schluss des Geschäftsjahres 2008 sind bei der Deutschen Ärzteversicherung – mit Ausnahme einer weiteren Verschärfung der Situation auf den Finanzmärkten – keine Vorgänge eingetreten, die wesentliche Auswirkungen auf die Ertrags-, Finanz- und Vermögenslage der Gesellschaft haben.

Bündelung der Kompetenzen macht die Deutsche Ärzteversicherung zur ersten Wahl für die akademischen Heilberufe und begründet die oben genannte Wachstumsprognose.

Angesichts der aktuellen Finanzmarktkrise lassen sich die Entwicklungen auf den Aktienmärkten nicht verlässlich vorhersehen. Unter der Annahme, dass sich die Wirtschaftskrise unter den beschlossenen Konjunkturpaketen stabilisiert und nicht weiter verschlechtert, sehen wir im Jahr 2009 gute Chancen, das Bilanzergebnis des Berichtsjahres zu erreichen.

Köln, den 19. März 2009

Der Vorstand

## Gewinnverwendungsvorschlag

Der Jahresüberschuss des Geschäftsjahres 2008 beträgt insgesamt 300.000,00 Euro. Einschließlich des Gewinnvortrages aus dem Vorjahr von 21.004,96 Euro ergibt sich ein Bilanzgewinn von 321.004,96 Euro. Vorstand und Aufsichtsrat schlagen der Hauptversammlung vor, den Bilanzgewinn wie folgt zu verwenden:

	Euro
Ausschüttung einer Dividende von 0,11 Euro je Stückaktie	316.800,00
Gewinnvortrag	4.204,96
Bilanzgewinn	321.004,96

## Bericht des Aufsichtsrates

Der Aufsichtsrat hat die Geschäftsführung des Vorstandes entsprechend den ihm nach Gesetz und Satzung zugewiesenen Aufgaben überwacht und sich während des gesamten Jahres 2008 fortlaufend von der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung überzeugt. Durch vierteljährliche Berichte und in zwei Sitzungen wurde er eingehend mündlich und schriftlich gemäß § 90 AktG über die allgemeine Geschäftsentwicklung, über grundlegende Angelegenheiten sowie die strategischen Ziele der Geschäftsführung unterrichtet. Die vom Vorstand beabsichtigte Geschäftspolitik sowie die Lage und Entwicklung der Gesellschaft wurden ausführlich besprochen. Geschäfte und Maßnahmen des Vorstandes, die der Zustimmung des Aufsichtsrates bedurften, sind in den Sitzungen vor der Beschlussfassung vom Vorstand eingehend erläutert worden.

In der Sitzung im April 2008 befasste sich der Aufsichtsrat intensiv mit dem Bericht des Vorstandes über den Geschäftsverlauf 2007 und dem vorgelegten Jahresabschluss. In der gleichen Sitzung stellte der Vorstand die endgültige Planung für 2008 vor, die vertieft erörtert wurde. In seiner Sitzung im November 2008 befasste sich der Aufsichtsrat unter anderem intensiv mit den Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf die Gesellschaft. Zudem wurde die Planung 2009 ausführlich mit dem Vorstand diskutiert. In beiden Sitzungen wurde der Aufsichtsrat ausführlich über besondere Projekte und Entwicklungen der Gesellschaft informiert.

Darüber hinaus hat der Vorsitzende des Aufsichtsrates mit dem Vorstand in zahlreichen Einzelgesprächen geschäftspolitische Fragen sowie die Lage und Entwick-

lung der Gesellschaft besprochen. Über hierdurch zur Kenntnis des Vorsitzenden gelangte wichtige Angelegenheiten wurde der Aufsichtsrat jeweils unterrichtet.

Der vom Vorstand aufgestellte Jahresabschluss und der Lagebericht für das Geschäftsjahr 2008 sind von der vom Aufsichtsrat zum Abschlussprüfer bestellten PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Düsseldorf, geprüft worden. Der Abschlussprüfer hat den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk erteilt. Der Jahresabschluss und der Lagebericht lagen dem Aufsichtsrat unverzüglich nach der Aufstellung vor. Ebenso wurde der Bericht des Abschlussprüfers allen Mitgliedern des Aufsichtsrates fristgerecht vorgelegt. Der Abschlussprüfer hat den Prüfungsbericht und das Prüfungsergebnis dem Aufsichtsrat in der bilanzfeststellenden Sitzung zusätzlich mündlich erläutert und Fragen des Aufsichtsrates beantwortet. Der Aufsichtsrat nahm den Bericht und die Erläuterungen zustimmend zur Kenntnis.

Ebenso hat der Verantwortliche Aktuar an der bilanzfeststellenden Sitzung des Aufsichtsrates teilgenommen und diesem die wesentlichen Ergebnisse seines Erläuterungsberichtes zur versicherungsmathematischen Bestätigung ausführlich mündlich erläutert und Fragen des Aufsichtsrates beantwortet. Der Aufsichtsrat stimmt den Ausführungen des Verantwortlichen Aktuars zu.

Der Aufsichtsrat hat den Jahresabschluss, den Lagebericht sowie den Vorschlag des Vorstandes zur Verwendung des Bilanzgewinns ebenfalls geprüft. Die Prüfung hat keine Beanstandungen ergeben. Der Aufsichtsrat billigte den Jahresabschluss und schloss sich dem Vorschlag für die Gewinnverwendung an.

Am 6. Dezember 2008 verunglückte Herr Hans Geiger, Mitglied des Vorstandes, tödlich. Er war seit 1976 bei der Deutschen Ärzteversicherung tätig und gehörte seit 2001 dem Vorstand an. Seiner exzellenten Sach- und Fachkenntnis, Zielstrebigkeit, Ausdauer und Teamfähigkeit ist der Auf- und Ausbau der Deutsche Ärzteversicherung AG zu einem marktführenden Versicherer und Finanzdienstleister im Heilberufemarkt in Deutschland zu verdanken. Für sein unermüdliches Engagement im Gesundheitswesen wurde Herr Geiger mit den höchsten Auszeichnungen der Standesorganisationen geehrt. Mit Herrn Geiger verliert die Deutsche Ärzteversicherung eine herausragende Führungspersönlichkeit, die den Erfolg der Deutsche Ärzteversicherung und ihre Unternehmenskultur geprägt hat.

Wir werden ihn stets in sehr guter Erinnerung behalten.

Dem Vorstand sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Dienstleistungsgesellschaften, die für unsere Gesellschaft tätig geworden sind, gilt für ihre Leistung im Jahr 2008 unser ganz besonderer Dank.

Köln, den 23. April 2009

Für den Aufsichtsrat

Dr. Frank Keuper

Vorsitzender

# Jahresabschluss

**Bilanz zum 31. Dezember 2008**

**Gewinn- und Verlustrechnung  
für die Zeit  
vom 1. Januar bis 31. Dezember 2008**

**Anhang**

# Bilanz zum 31. Dezember 2008

Aktiva	2008		2007	
	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro
<b>A. Immaterielle Vermögensgegenstände</b>				
Sonstige			-	-
<b>B. Kapitalanlagen</b>				
I. Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten einschließlich der Bauten auf fremden Grundstücken			-	-
II. Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen				
1. Anteile an verbundenen Unternehmen		71.503		71.113
2. Ausleihungen an verbundene Unternehmen		112.727		11.662
3. Beteiligungen		21.466		20.046
4. Ausleihungen an Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht		-	205.696	-
III. Sonstige Kapitalanlagen				102.821
1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere		1.222.220		1.084.362
2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere		416.200		739.113
3. Hypotheken-, Grundschul- und Rentenschuldforderungen		158.393		185.532
4. Sonstige Ausleihungen				
a) Namensschuldverschreibungen	747.603			1.035.501
b) Schuldscheinforderungen und Darlehen	326.826			462.262
c) Darlehen und Vorauszahlungen auf Versicherungsscheine	278.350			8.571
d) übrige Ausleihungen	67.161	1.419.940		66.743
5. Einlagen bei Kreditinstituten		12.500		-
6. Andere Kapitalanlagen		52.520	3.281.773	51.609
			<b>3.487.469</b>	<b>3.736.514</b>
<b>C. Kapitalanlagen für Rechnung und Risiko von Inhabern von Lebensversicherungspolicen</b>			<b>223.791</b>	<b>224.948</b>
<b>D. Forderungen</b>				
I. Forderungen aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft an:				
1. Versicherungsnehmer				
a) fällige Ansprüche	16.460			18.665
b) noch nicht fällige Ansprüche	36.383	52.843		14.934
2. Versicherungsvermittler		115	52.958	117
davon an verbundene Unternehmen				
0 Tsd. Euro (2007: 6 Tsd. Euro)				
II. Abrechnungsforderungen aus dem Rückversicherungsgeschäft			60	50
III. Sonstige Forderungen				
davon an verbundene Unternehmen			50.361	53.854
28.203 Tsd. Euro (2007: 40.271 Tsd. Euro)				
			<b>103.379</b>	<b>87.620</b>
<b>E. Sonstige Vermögensgegenstände</b>				
I. Sachanlagen und Vorräte			0	0
II. Laufende Guthaben bei Kreditinstituten, Schecks und Kassenbestand			38.341	35.541
III. Andere Vermögensgegenstände			26.111	27.092
			<b>64.452</b>	<b>62.633</b>
<b>F. Rechnungsabgrenzungsposten</b>				
I. Abgegrenzte Zinsen und Mieten			36.022	64.734
II. Sonstige Rechnungsabgrenzungsposten			3.847	10.441
			<b>39.869</b>	<b>75.175</b>
<b>G. Voraussichtliche Steuerentlastung nachfolgender Geschäftsjahre gemäß § 274 Abs. 2 HGB</b>			<b>527</b>	<b>506</b>
			<b>3.919.487</b>	<b>4.187.396</b>

## Passiva

			2008		2007
	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro
<b>A. Eigenkapital</b>					
I. Gezeichnetes Kapital		7.363			7.363
II. Kapitalrücklage		43.708			13.708
III. Gewinnrücklagen					
1. gesetzliche Rücklage	-			-	
2. andere Gewinnrücklagen					
- Vortrag zum 1.1.	562			562	
- Einstellung durch die Hauptversammlung aus dem Bilanzgewinn des Vorjahres	-			-	
- Entnahme	-			-	
- Einstellung aus dem Jahresüberschuss	-	562		-	562
IV. Bilanzgewinn		<u>321</u>			<u>309</u>
			<b>51.954</b>		<b>21.942</b>
<b>B. Nachrangige Verbindlichkeiten</b>			<b>10.000</b>		<b>10.000</b>
<b>C. Sonderposten mit Rücklageanteil</b>			<b>4.431</b>		<b>4.431</b>
<b>D. Versicherungstechnische Rückstellungen</b>					
I. Beitragsüberträge					
1. Bruttobetrag	36.385			40.221	
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	<u>14.508</u>	21.877		<u>14.632</u>	25.589
II. Deckungsrückstellung					
1. Bruttobetrag	3.216.360			3.462.997	
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	<u>182.795</u>	3.033.565		<u>191.373</u>	3.271.624
III. Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle					
1. Bruttobetrag	19.609			22.717	
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	<u>3.304</u>	16.305		<u>2.854</u>	19.863
IV. Rückstellung für erfolgsabhängige und erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung					
1. Bruttobetrag	207.793			225.517	
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	<u>-</u>	207.793		<u>-</u>	225.517
V. Sonstige versicherungstechnische Rückstellungen					
1. Bruttobetrag	-			-	
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	<u>-</u>	<u>-</u>		<u>-</u>	<u>-</u>
			<b>3.279.540</b>		<b>3.542.593</b>
<b>E. Versicherungstechnische Rückstellungen im Bereich der Lebensversicherung, soweit das Anlagerisiko von den Versicherungsnehmern getragen wird</b>					
I. Deckungsrückstellung					
1. Bruttobetrag	223.791			224.948	
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	<u>-</u>			<u>-</u>	
			<b>223.791</b>		<b>224.948</b>
<b>F. Andere Rückstellungen</b>					
I. Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen		13.587			12.444
II. Steuerrückstellungen		21.055			26.652
III. Sonstige Rückstellungen		<u>9.971</u>			<u>9.739</u>
			<b>44.613</b>		<b>48.835</b>
<b>G. Depotverbindlichkeiten aus dem in Rückdeckung gegebenen Versicherungsgeschäft</b>			<b>192.684</b>		<b>194.756</b>

	Tsd. Euro	Tsd. Euro	2008 Tsd. Euro	Tsd. Euro	2007 Tsd. Euro
<b>H. Andere Verbindlichkeiten</b>					
I. Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft gegenüber					
1. Versicherungsnehmern	90.124			107.883	
2. Versicherungsvermittlern	<u>2</u>	90.126		<u>4</u>	107.887
II. Abrechnungsverbindlichkeiten aus dem Rückversicherungsgeschäft davon gegenüber verbundenen Unternehmen		3.915			4.723
1.125 Tsd. Euro (2007: 534 Tsd. Euro)					
III. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten		1.832			296
IV. Sonstige Verbindlichkeiten davon gegenüber verbundenen Unternehmen		<u>16.501</u>			<u>26.308</u>
8.359 Tsd. Euro (2007: 19.052 Tsd. Euro)					
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als fünf Jahren					
31 Tsd. Euro (2007: 33 Tsd. Euro)					
davon aus Steuern					
172 Tsd. Euro (2007: 148 Tsd. Euro)					
davon im Rahmen der sozialen Sicherheit					
56 Tsd. Euro (2007: 29 Tsd. Euro)					
			112.374		139.214
<b>I. Rechnungsabgrenzungsposten</b>			<b>100</b>		<b>677</b>
			<b>3.919.487</b>		<b>4.187.396</b>

Es wird bestätigt, dass die in der Bilanz unter den Posten D.II. und E.I. der Passiva eingestellte Deckungsrückstellung unter Beachtung von § 341 f HGB sowie der aufgrund des § 65 Abs. 1 VAG erlassenen Rechtsverordnungen berechnet worden ist; für den Altbestand im Sinne des § 11 c VAG und des Artikels 16 § 2 Satz 2 des Dritten Durchführungsgesetzes/EWG zum VAG ist die Deckungsrückstellung nach dem zuletzt am 21. November 2008 genehmigten Geschäftsplan berechnet worden.

Köln, den 11. März 2009

Der verantwortliche Aktuar: Dr. Peter Julius

Gemäß § 73 des Versicherungsaufsichtsgesetzes wird hiermit bestätigt, dass die eingestellten Deckungsrückstellungen vorschriftsmäßig angelegt und aufbewahrt worden sind.

Köln, den 11. März 2009

Der Treuhänder: Axel Schaefer

Köln, den 19. März 2009

Der Vorstand



# Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2008

## Versicherungstechnische Rechnung

	Tsd. Euro	Tsd. Euro	2008 Tsd. Euro	Tsd. Euro	2007 Tsd. Euro
<b>I. Versicherungstechnische Rechnung</b>					
1. Verdiente Beiträge für eigene Rechnung					
a) Gebuchte Bruttobeiträge	485.116			476.559	
b) Abgegebene Rückversicherungsbeiträge	<u>49.861</u>	435.255		<u>51.596</u>	424.963
c) Veränderung der Bruttobeitragsüberträge*	3.836			3.929	
d) Veränderung des Anteils der Rückversicherer an den Bruttobeitragsüberträgen*	<u>-124</u>	<u>3.712</u>		<u>-187</u>	<u>3.742</u>
			438.967		428.705
2. Beiträge aus der Bruttoreückstellung für Beitragsrückerstattung			16.860		16.697
3. Erträge aus Kapitalanlagen					
a) Erträge aus Beteiligungen		3.118			5.775
davon aus verbundenen Unternehmen					
1.127 Tsd. Euro (2007: 3.990 Tsd. Euro)					
b) Erträge aus anderen Kapitalanlagen					
davon aus verbundenen Unternehmen					
722 Tsd. Euro (2007: 694 Tsd. Euro)					
aa) Erträge aus Grundstücken, grundstücksgleichen Rechten und Bauten einschließlich der Bauten auf fremden Grundstücken	1			149	
bb) Erträge aus anderen Kapitalanlagen	<u>160.859</u>	160.860		<u>184.835</u>	184.984
c) Erträge aus Zuschreibungen		952			71
d) Gewinne aus dem Abgang von Kapitalanlagen		<u>22.482</u>			<u>7.582</u>
			187.412		198.412
4. Nicht realisierte Gewinne aus Kapitalanlagen			-		-
5. Sonstige versicherungstechnische Erträge für eigene Rechnung			22.161		544
6. Aufwendungen für Versicherungsfälle für eigene Rechnung					
a) Zahlungen für Versicherungsfälle					
aa) Bruttobetrag	445.770			405.706	
bb) Anteil der Rückversicherer	<u>26.521</u>	419.249		<u>22.041</u>	383.665
b) Veränderung der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle					
aa) Bruttobetrag	-3.108			-2.686	
bb) Anteil der Rückversicherer	<u>450</u>	<u>-3.558</u>		<u>-167</u>	<u>-2.519</u>
			415.691		381.146
7. Veränderung der übrigen versicherungstechnischen Nettorückstellungen					
a) Deckungsrückstellung					
aa) Bruttobetrag	-39.635			82.744	
bb) Anteil der Rückversicherer	<u>8.578</u>	-31.057		<u>-3.329</u>	86.073
b) Sonstige versicherungstechnische Nettorückstellungen		-			-
			-31.057		86.073
8. Aufwendungen für erfolgsabhängige und erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattungen für eigene Rechnung			42.054		30.724
9. Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb für eigene Rechnung					
a) Abschlussaufwendungen	70.997			72.101	
b) Verwaltungsaufwendungen	<u>18.049</u>	89.046		<u>17.540</u>	89.641
c) davon ab: erhaltene Provisionen und Gewinnbeteiligungen aus dem in Rückdeckung gegebenen Versicherungsgeschäft		<u>17.208</u>			<u>33.291</u>
			71.838		56.350
10. Aufwendungen für die Kapitalanlagen					
a) Aufwendungen für die Verwaltung von Kapitalanlagen, Zinsaufwendungen und sonstige Aufwendungen für die Kapitalanlagen		2.823			3.320
b) Abschreibungen auf Kapitalanlagen		43.242			15.136
c) Verluste aus dem Abgang von Kapitalanlagen		4.600			10.174
d) Einstellungen in den Sonderposten mit Rücklageanteil		-			-
			50.665		28.630
11. Nicht realisierte Verluste aus Kapitalanlagen			79.536		3.889
12. Sonstige versicherungstechnische Aufwendungen für eigene Rechnung			24.303		26.878
<b>13. Versicherungstechnisches Ergebnis für eigene Rechnung</b>			<b>12.370</b>		<b>30.668</b>

\* - = Erhöhung

## Nichtversicherungstechnische Rechnung

	Tsd. Euro	Tsd. Euro	2008 Tsd. Euro	Tsd. Euro	2007 Tsd. Euro
Übertrag			12.370		30.668
<b>II. Nichtversicherungstechnische Rechnung</b>					
1. Sonstige Erträge		21.268			16.947
2. Sonstige Aufwendungen		<u>21.633</u>	-365		<u>20.856</u>
<b>3. Ergebnis der normalen Geschäftstätigkeit</b>			<b>12.005</b>		<b>26.759</b>
4. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag		11.652			26.458
5. Sonstige Steuern		<u>53</u>	11.705		<u>1</u>
<b>6. Jahresüberschuss</b>			<b>300</b>		<b>300</b>
7. Gewinnvortrag aus dem Vorjahr		21	21		<u>9</u>
<b>8. Bilanzgewinn</b>			<b>321</b>		<b>309</b>



# Anhang

Bilanzierungs-  
und Bewertungsmethoden

Angaben zur Bilanz

Angaben zur  
Gewinn- und Verlustrechnung

Überschussbeteiligung  
der Versicherungsnehmer

Sonstige Angaben

# Jahresabschluss

## Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden

### Aktiva

Die **immateriellen Vermögensgegenstände** bestanden ausschließlich aus EDV-Software. Die Bewertung der erworbenen fertiggestellten Software erfolgte mit ihren Anschaffungskosten, vermindert um die planmäßige Abschreibung entsprechend der betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer.

Die **Anteile an verbundenen Unternehmen** bilanzieren wir mit den Anschaffungskosten bzw. niedrigeren beizulegenden Werten. Ein niedrigerer Wertansatz aus der Vergangenheit wurde auf die Anschaffungskosten bzw. den niedrigeren beizulegenden Wert zugeschrieben, sofern die Voraussetzungen des § 280 Abs. 1 Satz 1 HGB erfüllt waren.

Die **Ausleihungen an verbundene Unternehmen** aktivierten wir, soweit es sich um Darlehen handelt, zum Nennbetrag. Unter dieser Position ausgewiesene Inhaberschuldverschreibungen werden entsprechend den Regeln für die dem Anlagevermögen zugeordneten Inhaberschuldverschreibungen und anderen festverzinslichen Wertpapieren bewertet.

Die **Beteiligungen** haben wir mit den Anschaffungskosten bzw. niedrigeren beizulegenden Werten bilanziert. Ein niedrigerer Wertansatz aus der Vergangenheit wurde auf die Anschaffungskosten bzw. den niedrigeren beizulegenden Wert zugeschrieben, sofern die Voraussetzungen des § 280 Abs. 1 Satz 1 HGB erfüllt waren.

**Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere**, die dem **Anlagevermögen** zugeordnet wurden, bilanzieren wir entsprechend den für das Anlagevermögen geltenden Vorschriften gemäß § 341 b HGB. Diese Vorschriften besagen, dass bei einer voraussichtlich dauernden Wertminderung eine Abschreibung verpflichtend ist. Zur Beurteilung, ob eine

dauernde Wertminderung vorliegt, kommt folgende Methode zur Anwendung:

- Der Zeitwert des Wertpapiers liegt in den dem Bilanzstichtag vorangehenden sechs Monaten permanent um mehr als 20% unter dem Buchwert.

Investmentanteile, die überwiegend Aktien beinhalten, wurden als ein eigenständiges Wertpapier angesehen und entsprechend bewertet.

Investmentanteile, die überwiegend Rentenpapiere beinhalten und stille Lasten ausweisen, wurden anhand folgender Aufgreifkriterien auf eine voraussichtlich dauerhafte Wertminderung hin überprüft:

- wesentliche Bonitätsverschlechterung der Emittenten der Rentenpapiere oder
- realisierte Nettoverluste im Fonds oder
- erwartete/eingetretene Zahlungsausfälle aus Rentenpapieren oder
- drohende Verluste aus Kreditderivaten.

Sofern die Gründe für eine gegebenenfalls vorgenommene Abschreibung nicht mehr existierten, wurde auf die Anschaffungskosten oder dem am Stichtag niedrigeren Wert zugeschrieben.

**Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere**, die dem **Umlaufvermögen** zugeordnet wurden, bilanzieren wir mit den Anschaffungskosten bzw. den niedrigeren Börsenkursen. Ein niedrigerer Wertansatz aus der Vergangenheit wurde auf die Anschaffungskosten bzw. den niedrigeren Börsenkurs zugeschrieben, sofern die Voraussetzungen des § 280 Abs. 1 Satz 1 HGB erfüllt waren.

**Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere**, die dem **Anlagevermögen** zugeordnet wurden, bilanzieren wir entsprechend dem gemilderten Niederstwertprinzip mit den Anschaffungskosten bzw. dem niedrigeren beizulegenden Wert.

Die dauerhafte Wertminderung eines Wertpapiers haben wir angenommen, wenn der Zeitwert des Wertpapiers einen Werteverfall aufgrund einer wesentlichen Verschlechterung des Ratings/der Bonität eines Emittenten aufzeigt.

Sofern die Gründe für eine gegebenenfalls vorgenommene Abschreibung aufgrund von Ratingverschlechterung eines Emittenten nicht mehr existierten, wurde auf die Anschaffungskosten oder dem am Stichtag niedrigeren beizulegenden Wert zugeschrieben.

**Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere**, die dem **Umlaufvermögen** zugeordnet wurden, bilanzierten wir mit den Anschaffungskosten bzw. den niedrigeren Börsenkursen. Ein niedrigerer Wertansatz aus der Vergangenheit wurde auf die Anschaffungskosten bzw. den niedrigeren Börsenkurs zugeschrieben.

**Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen** brachten wir mit dem Nennbetrag in Ansatz, vermindert um notwendige Abschreibungen und Einzelwertberichtigungen. Disagioträge grenzten wir passivisch ab und lösten diese planmäßig über die Laufzeit auf.

**Namenschuldverschreibungen** wurden mit dem Nennbetrag, falls erforderlich vermindert um notwendige Abschreibungen, angesetzt. Agio- und Disagioträge wurden aktivisch und passivisch abgegrenzt und über die Laufzeit planmäßig aufgelöst.

**Schuldscheinforderungen und Darlehen** bilanzierten wir mit dem Nennbetrag gemäß § 341 c Abs.1 HGB und, falls erforderlich, vermindert um notwendige Abschreibungen. Agio- und Disagioträge grenzten wir aktivisch und passivisch ab und lösten diese planmäßig über die Laufzeit auf.

**Namenschuldverschreibungen und Schuldscheindarlehen mit Nullkupon** wurden zu Anschaffungskosten aktiviert und nach den für das Anlagevermögen geltenden Vorschriften bewertet. Die Zinsabgrenzung erfolgt auf Basis der Emissions- bzw. Erwerbsrendite.

**Darlehen und Vorauszahlungen auf Versicherungsscheine** wurden jeweils mit dem Nennbetrag aktiviert.

Die **übrigen Ausleihungen** setzten wir mit den Nennbeträgen an. Agio- und Disagioträge grenzten wir aktivisch und passivisch ab und lösten diese planmäßig über die Laufzeit auf.

Die **Einlagen bei Kreditinstituten** wurden mit den Nennbeträgen angesetzt.

Die **anderen Kapitalanlagen** wurden grundsätzlich mit den Anschaffungskosten aktiviert.

Die **Kapitalanlagen für Rechnung und Risiko von Inhabern von Lebensversicherungspolice**n wurden mit dem Zeitwert bewertet.

Die **Forderungen aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft** bilanzierten wir mit den Nennbeträgen, vermindert um vorzunehmende Einzelwertberichtigungen. Die Pauschalwertberichtigungen bildeten wir aufgrund in der Vergangenheit gewonnener Erfahrungen in Höhe der nach dem Bilanzstichtag voraussichtlich eintretenden Ausfälle. Die Pauschalwertberichtigung setzten wir aktivisch ab.

Die **Pauschalwertberichtigungen zu Forderungen gegenüber Versicherungsnehmern und -vermittlern** betrafen die auf die Zeit bis zum Abschlussstichtag entfallenen Beitragsforderungen (fällige Ansprüche) und Forderungen aus den Ansprüchen für geleistete, rechnungsmäßig gedeckte Abschlusskosten (noch nicht fällige Ansprüche). Sie wurden aktivisch abgegrenzt.

Die **Abrechnungsforderungen aus dem Rückversicherungsgeschäft** wurden mit dem Nennbetrag ausgewiesen, soweit nicht Einzelwertberichtigungen vorzunehmen waren.

Die **sonstigen Forderungen** aktivierten wir mit dem Nennbetrag. Hierunter sind auch Salden aus Rückversicherungsverträgen ausgewiesen, die vereinbarungsgemäß beim Rückversicherer deponiert und nicht in bar

ausgeglichen werden. Diese Forderungen an Rückversicherer ergeben sich im Wesentlichen aus Rückversicherungsprovisionen. Der Abbau erfolgt im Laufe der nächsten Jahre aufgrund der versicherungstechnischen Ergebnisse.

**Sachanlagen und Vorräte** wurden mit ihren Anschaffungskosten bewertet. Der Ansatz für die Betriebs- und Geschäftsausstattung wurde um die Abschreibungen für die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer vermindert.

**Laufende Guthaben bei Kreditinstituten, Schecks und Kassenbestand** wurden mit dem Nennbetrag in Ansatz gebracht.

Die **anderen Vermögensgegenstände** wurden mit dem Nennbetrag aktiviert.

## Gewinn- und Verlustrechnung

Erträge und Aufwendungen wurden auf das Geschäftsjahr abgegrenzt.

## Zeitwerte der Kapitalanlagen

Die Offenlegung von Zeitwerten der Kapitalanlagen erfolgte entsprechend den Vorschriften §§ 54 ff. der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen. Die Angaben erfolgen zum Bilanzstichtag. Im Einzelnen wurden folgende Ermittlungsverfahren angewandt:

Bei den **Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen** wurden die börsennotierten Finanzbeteiligungen zum Börsenwert per 31. Dezember 2008 abzüglich eines angemessenen Abschlages angesetzt. Für die großen Konzerngesellschaften wurden die Zeitwerte auf Basis von Appraisal Value-Verfahren ermittelt. Für alle übrigen Beteiligungen wurde das anteilige Eigenkapital als Zeitwert angesetzt.

Die Zeitwerte der als **Ausleihung an verbundene Unternehmen** klassifizierten Schuldverschreibung wurden anhand der SWAP-Zinskurve ermittelt.

Für **Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere** wurden Börsenkurse, Rücknahmepreise oder Nettoinventarwerte per 31. Dezember 2008 angesetzt (Stichtagsbewertung). Die weltweite Finanzmarktkrise führte in der zweiten Jahreshälfte zu einem erheblichen Rückgang der Liquidität auf den Märkten für strukturierte Kreditprodukte (Asset Backed Securities, Collateralized Debt Obligations). In Ermangelung eines aktiven Marktes eignen sich die von externen unabhängigen Dritten (Brokern und/oder emittierende Banken) gestellten Preisindikationen für strukturierte Kreditprodukte (Mark-to-market) im Unterschied zum Vorjahr nicht zur Ermittlung des beizulegenden Zeitwertes. Aus diesem Grund wurden die in strukturierte Kreditprodukte investierenden Investmentanteile mit dem Nettoinventarwert (Net Asset Value) angesetzt.

Die einzelnen über Investmentanteile gehaltenen strukturierten Kreditprodukte werden hierbei mit einem Barwertverfahren (Discounted Cash Flow-Verfahren, Mark-to-model) bewertet. Die aus den einzelnen strukturierten Kreditprodukten zu erwartenden Zahlungsströme sind mit laufzeit- und risikoäquivalenten Zinssätzen abgezinst. Eine Liquiditätskomponente ist angemessen berücksichtigt. In die Bewertung einfließende Schätzungen beruhen auf allgemein verfügbaren Kapitalmarktdaten. In die Bewertung der strukturierten Kreditprodukte fließen zudem die Preisindikationen externer unabhängiger Dritter ein. Je unsicherer die Einschätzung der zukünftigen Zahlungsströme, desto höher ist der Anteil der niedrigeren externen Preisindikationen an den beizulegenden Zeitwerten der einzelnen strukturierten Kreditprodukte. Die Bewertung eines Kreditderivats, das zur Abbildung einer synthetischen Collateralized Debt Obligation in den Investmentanteilen abgeschlossen wurde, erfolgt auf Grundlage von Modellberechnungen der emittierenden Bank.

Für die **Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere** wurden im Wesentlichen die Börsenkurse per 31. Dezember 2008 angesetzt. Die beizulegenden Zeitwerte von Asset Backed Securities wurden auf Grundlage von Discounted Cashflow-Methoden ermittelt.

Die Zeitwerte der Hypotheken-, Grundschild- und Rentenschuldforderungen wurden nach der Renditebewertung nach Moosmüller (Zinskurve per 31. Dezember 2008) ermittelt.

Die Zeitwerte für sonstige Ausleihungen und andere Kapitalanlagen wurden nach der Renditebewertung nach Moosmüller (Zinskurve per 31. Dezember 2008) ermittelt.

Wegen des kurzfristigen Charakters der Einlagen bei Kreditinstituten entspricht der Zeitwert dem Buchwert.

## Passiva

**Nachrangige Verbindlichkeiten** wurden mit dem Rückzahlungsbetrag passiviert.

Der **Sonderposten mit Rücklageanteil** wurde nach den Vorschriften des § 6 b EStG gebildet.

**Beitragsüberträge** wurden für jede einzelne Versicherung unter Zugrundelegung des tatsächlichen Beginns der Versicherungsperiode berechnet. Bei der Ermittlung der übertragsfähigen Beitragsteile wurde der koordinierte Ländererlass des Finanzministeriums Niedersachsen vom 20. Mai 1974 berücksichtigt.

Über den Beitragszahlungsabschnitt hinausreichende technisch vorausgezahlte Beiträge wurden als Verbindlichkeiten gegenüber den Versicherungsnehmern ausgewiesen.

Die **Deckungsrückstellung** für das selbst abgeschlossene Versicherungsgeschäft wurde nach versicherungsmathematischen Grundsätzen einzelvertraglich, mit Ausnahme der fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherung, nach der prospektiven Methode und für beitragspflichtige Versicherungen mit impliziter

Berücksichtigung der künftigen Kosten ermittelt. Für die fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherung erfolgte die Berechnung nach der retrospektiven Methode. Bei Einmalbeitragsversicherungen, tariflich beitragsfreien und beitragsfreigestellten Versicherungen wurden die künftigen Kosten explizit berücksichtigt. Die sich daraus ergebende Verwaltungskostenrückstellung für beitragsfreie Versicherungsjahre wurde ebenfalls in die Deckungsrückstellung eingestellt.

Bei den Berechnungen wurde der genaue Beginnstermin der Versicherungen zugrunde gelegt. Die noch nicht getilgten rechnungsmäßigen Abschlusskosten sind bei der Deckungsrückstellung nur insoweit verrechnet worden, als sich dadurch kein negativer Wert ergab bzw. als die geschäftsplanmäßige Deckungsrückstellung nicht unterschritten wurde. Soweit eine Verrechnung zulässig, aber noch nicht möglich war, wurden die noch nicht getilgten Abschlusskosten als Forderungen an Versicherungsnehmer aktiviert.

Im Einzelnen wurde für den Altbestand im Sinne von § 11 c VAG und Artikel 16 § 2 Satz 2 des Dritten Durchführungsgesetzes/EWG zum VAG die Deckungsrückstellung nach dem von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht genehmigten Geschäftsplan in der geltenden Fassung bestimmt. Für den Neubestand wurde die Deckungsrückstellung nach den Grundsätzen bestimmt, die der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 13 d Nr. 6 VAG mitgeteilt worden sind. Dabei wurden die BGH-Urteile vom 12. Oktober 2005 und 26. September 2007 zu den Mindestrückkaufwerten in der Lebensversicherung berücksichtigt.

Zur Ermittlung der Deckungsrückstellung wurden im Wesentlichen folgende Rechnungsgrundlagen herangezogen:

Versicherungsart	Anteil an der Deckungsrückstellung	Ausscheideordnung (Sterbe- bzw. Invalidentafel)	Zinssatz
<b>Neubestand</b>			
Kapital- und Risikoversicherungen	37,72 %	ST DAV 1994 T	4,00 %
Kapital- und Risikoversicherungen	13,37 %	ST DAV 1994 T	3,25 %
Kapital- und Risikoversicherungen	2,04 %	ST DAV 1994 T	2,75 %
Kapital- und Risikoversicherungen	1,88 %	ST DAV 1994 T	2,25 %
Rentenversicherung	3,30 %	ST DAV 1994 R	4,00 %
Rentenversicherung	1,79 %	ST DAV 1994 R	3,25 %
Rentenversicherung	0,62 %	ST DAV 1994 R	2,75 %
Rentenversicherung	0,78 %	ST DAV 2004 R	2,75 %
Rentenversicherung	0,38 %	ST DAV 2004 R	2,25 %
Berufsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen	1,91 %	IT Verbandstafel 1990 M/F und ST 1986 M/F	4,00 %
Berufsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen	1,15 %	IT DAV 1997 I, TI, RI	3,25 %
<b>Altbestand</b>			
Kapital- und Risikoversicherungen	0,37 %	ST 24/26 M	3,00 %
Kapital- und Risikoversicherungen	14,35 %	ST 1967	3,00 %
Kapital- und Risikoversicherungen	15,52 %	ST 1986 M/F	3,50 %
Rentenversicherung	2,97 %	ST 1994 R	4,00 %
Berufsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen	1,84 %	IT 11 amerik. Gesellschaften und ST 1967	3,00 %

Für den Bestand an Rentenversicherungen, die nicht nach der aktuellen Sterbetafel DAV 2004 R kalkuliert sind, wurde für die Deckungsrückstellung eine einzelvertragliche Vergleichsrechnung mit dem Wert vorgenommen, der sich aus einer aktuariell angemessenen Interpolation der Deckungsrückstellungen entsprechend der Sterbetafel für Rentenversicherungen DAV 2004 R-Bestand und DAV 2004 R-B20 ergab. Positive Differenzen zwischen Vergleichsreserve und ursprünglicher Reserve wurden unter Verwendung der unternehmensindividuellen Kapitalwahlrechtsquoten aufgefüllt.

Soweit bei Kollektivversicherungen im Rahmen der Rückdeckungsverträge für Versorgungswerke zur Ermittlung der Zahlbeiträge Zinssätze verwendet werden, die über den in der Deckungsrückstellungsverordnung festgelegten Höchstzinssatz hinausgehen, wurde die jeweilige Deckungsrückstellung gemäß Aktuar V § 6 Abs. 7 unter Berücksichtigung des zulässigen Höchstzinssatzes gemäß Deckungsrückstellungsverordnung und des tatsächlich vorhandenen Nettobeitrages ermittelt.

Bei fremdgeführten Konsortialverträgen sind die anteiligen Deckungsrückstellungen von den Konsortialführern nach deren Geschäftsplänen bzw. deren Grundsätzen berechnet worden. In den Fällen, in denen die Angaben für das Geschäftsjahr noch nicht vorlagen, wurden die anteiligen Deckungsrückstellungen von uns auf Basis der Bilanzangaben der Konsortialführer der Vorjahre unter Berücksichtigung der uns im Geschäftsjahr bekannt gegebenen Geschäftsvorfälle hochgerechnet.

Für den Bestand an Berufsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen, die nicht nach den aktuellen Tafeln DAV 1997 I, TI und RI kalkuliert wurden, erfolgt seit dem Jahr 1997 für die Deckungsrückstellung ebenfalls eine Vergleichsrechnung unter Berücksichtigung der Tafeln DAV 1997 I, TI und RI. Die Deckungsrückstellung erwies sich jedoch wie bereits in den Vorjahren auch für das Jahr 2008 als ausreichend.

Mit dem aufgeführten Tafelwerk wurden über 99% der gesamten Deckungsrückstellung ermittelt. Der Zillmersatz beträgt im Neubestand maximal 40‰ der Beitragssumme und im Altbestand maximal 35‰ der Versicherungssumme.

Die in Einzelreservierung gebildete Rückstellung **für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle** enthält die voraussichtlichen Leistungen für die zum Zeitpunkt der Bestandsfeststellung gemeldeten, aber noch nicht ausgezahlten Versicherungsfälle.

Für diejenigen Versicherungsfälle, die vor dem Abschlussstichtag eingetreten, aber erst nach der Bestandsfeststellung bekannt werden, wurde eine pauschale Spätschadenrückstellung orientiert an der fällig gewordenen Leistung – vermindert um die jeweils vorhandene Deckungsrückstellung – gebildet. Für später anfallende Versicherungsfälle des Geschäftsjahres wurde eine pauschale Rückstellung gebildet.

Die in den Beträgen enthaltene Rückstellung für Schadenregulierungsaufwendungen wurde unter Beachtung des koordinierten Ländererlasses vom 22. Februar 1973 errechnet.

Bei der **Rückstellung für Beitragsrückerstattung** handelt es sich um erzielte Überschüsse, die vertraglich für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer bestimmt, aber den einzelnen Versicherungsverträgen noch nicht zugeteilt worden sind. Die innerhalb dieser Rückstellung gebundenen Mittel für Schlussüberschussanteile wurden entsprechend den Bestimmungen des § 28 Abs. 7 RechVersV ermittelt. Hierbei wurden zu bindende dauerunabhängige Schlussüberschussanteile bzw. Nachdividenden für Versicherungen, die im Folgejahr nicht ablaufen, einzelvertraglich und prospektiv mittels m/n-tel-Verfahren ermittelt. Die Diskontierungen wurden mit einem Zinssatz von 5,9% vorgenommen, der entsprechende Zuschläge als Korrektur für die durch vorzeitige Bestandsabgänge bzw. Tod anfallenden Schlussüberschussanteile enthält. Weiterhin wurden dauerabhängige Schlussüberschussanteile, die in Prozent der laufenden Überschussbeteiligung definiert sind, gemäß dem für das Folgejahr deklarierten Prozentsatz gebunden. Soweit dauerabhängige Schlussüberschussanteile in Abhängigkeit von der überschussberechtigten Versicherungssumme ermittelt wurden, erfolgte dies ebenfalls einzelvertraglich und prospektiv mittels m/n-tel-Verfahren unter Berücksichtigung der Rechnungsgrundlagen der jeweiligen Versicherung. Die Diskontierungen wurden hierbei mit einem Zinssatz von 5,9% vorgenommen, der entsprechende Zuschläge als Korrektur für die durch vorzeitige Bestandsabgänge bzw. Tod anfallenden Schlussüberschussanteile enthält. Außerdem wurden Schlusszahlungen für Risikoversicherungen und Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherungen des Altbestandes, die in Prozent der gezahlten Beitragssumme definiert sind, gemäß dem für das Folgejahr deklarierten Prozentsatz gebunden sowie ebenfalls einzelvertraglich und prospektiv mittels m/n-tel-Verfahren unter Berücksichtigung der Rechnungsgrundlagen der jeweiligen Versicherung ermittelt. Die

Diskontierungen wurden hierbei entsprechend dem genehmigten Geschäftsplan mit einem Zinssatz von 2,5% vorgenommen.

Bei der **Deckungsrückstellung im Bereich der Lebensversicherung, soweit das Anlagerisiko von den Versicherungsnehmern getragen wird**, wird das Deckungskapital jeder einzelnen fondsgebundenen Lebensversicherung nach den Grundsätzen bestimmt, die der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 13 d Nr. 6 VAG mitgeteilt worden sind.

Für das in **Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft** entsprechen die Anteile der Rückversicherer an den Rückstellungen den Vereinbarungen in den Rückversicherungsverträgen. Hier gelten grundsätzlich dieselben Berechnungsmethoden wie für das selbst abgeschlossene Bruttogeschäft.

Die Bewertung der **Pensionsrückstellung** erfolgte nach dem Teilwertverfahren gemäß § 6 a EStG. Als Rechnungsgrundlagen wurden die „Richttafeln 2005 G“ von Dr. Klaus Heubeck verwendet. Für die handelsbilanzielle Bewertung wurde ein Rechnungszins in Höhe von 5,5% in Ansatz gebracht; als Pensionsalter wurde der Zeitpunkt der frühestmöglichen Inanspruchnahme der vorzeitigen Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegt.

Für schriftlich zugesagte **Jubiläumsleistungen** wurde eine Rückstellung gebildet, soweit die Anwartschaften hierfür nach dem 31. Dezember 1992 erworben wurden. Die Bewertung erfolgte nach dem Teilwertverfahren gemäß § 5 (4) EStG in Verbindung mit § 52 (6) EStG unter Beachtung des Schreibens des Bundesministers der Finanzen vom 29. Oktober 1993. Der nach steuerrechtlichen Vorschriften ermittelten Rückstellung wurden weitere Beträge nach handelsrechtlichen Grundsätzen zugeführt.

Für über den Bilanzstichtag laufende Termingeschäfte im Kapitalanlagebereich wurde – soweit erforderlich – eine **Rückstellung für drohende Verluste** gebildet. Die Berechnung erfolgte auf Glattstellungsbasis.

Der Wertansatz der **übrigen Rückstellungen** erfolgte nach dem voraussichtlichen Bedarf.

Die **Depotverbindlichkeiten** wurden mit dem Nennbetrag angesetzt.

Alle **übrigen Verbindlichkeiten** wurden mit dem Rückzahlungsbetrag passiviert.

### **Gewinn- und Verlustrechnung**

Erträge und Aufwendungen wurden auf das Geschäftsjahr abgegrenzt.

### **Grundlagen für die Währungsumrechnung**

Auf fremde Währungen lautende Aktiv- und Passivposten wurden generell mit den Devisenmittelkursen zum Bilanzstichtag auf Euro umgerechnet. Soweit erforderlich, wurde dem Anschaffungskostenprinzip Rechnung getragen.

Auf fremde Währungen lautende Aufwendungen und Erträge in unserer Gewinn- und Verlustrechnung wurden mit den Devisenmittelkursen zum Bilanzstichtag auf Euro umgerechnet. Kursgewinne und Kursverluste innerhalb einer Währung wurden saldiert. Erträge und Aufwendungen von Kapitalanlagen wurden mit dem jeweils aktuellen Devisenkurs umgerechnet.

# Angaben zur Bilanz

## Aktiva

### Entwicklung der Aktivposten A., B.I. bis III. im Geschäftsjahr 2008

	Bilanzwerte Vorjahr Tsd. Euro	Währungskurs- änderungen Tsd. Euro
<b>A. Immaterielle Vermögensgegenstände</b>		
Sonstige immaterielle Vermögensgegenstände		–
<b>B.I. Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten einschließlich der Bauten auf fremden Grundstücken</b>	–	–
<b>B.II. Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen</b>		
1. Anteile an verbundenen Unternehmen	71.113	–
2. Ausleihungen an verbundene Unternehmen	11.662	–
3. Beteiligungen	20.046	–
4. Ausleihungen an Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht	–	–
<b>5. Summe B.II.</b>	<b>102.821</b>	<b>–</b>
<b>B.III. Sonstige Kapitalanlagen</b>		
1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	1.084.362	–
2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	739.113	–
3. Hypotheken-, Grundschul- und Rentenschuldforderungen	185.532	–
4. Sonstige Ausleihungen		
a) Namensschuldverschreibungen	1.035.501	–
b) Schuldscheinforderungen und Darlehen	462.262	–
c) Darlehen und Vorauszahlungen auf Versicherungsscheine	8.571	–
d) übrige Ausleihungen	66.743	–
5. Einlagen bei Kreditinstituten		–
6. Andere Kapitalanlagen	51.609	–
<b>7. Summe B.III.</b>	<b>3.633.693</b>	<b>–</b>
<b>Zwischensumme B.I.–B.III.</b>	<b>3.736.514</b>	<b>–</b>
<b>Gesamt</b>	<b>3.736.514</b>	<b>–</b>

Zugänge	Umbuchungen	Abgänge	Zuschrei- bungen	Abschrei- bungen	Bilanzwerte Berichtsjahr
Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
2.742	-	2.379	27	-	71.503
101.065	-	-	-	-	112.727
1.554	-	148	14	-	21.466
-	-	-	-	-	-
<b>105.361</b>	<b>-</b>	<b>2.527</b>	<b>41</b>	<b>-</b>	<b>205.696</b>
320.207	-	139.891	-	42.458	1.222.220
54.923	-	377.493	-	343	416.200
376	-	27.489	-	26	158.393
135.500	-	423.398	-	-	747.603
12.367	-	147.803	-	-	326.826
271.781	-	2.002	-	-	278.350
1.404	-	571	-	415	67.161
12.500	-	-	-	-	12.500
-	-	-	911	-	52.520
<b>809.058</b>	<b>-</b>	<b>1.118.647</b>	<b>911</b>	<b>43.242</b>	<b>3.281.773</b>
<b>914.419</b>	<b>-</b>	<b>1.121.174</b>	<b>952</b>	<b>43.242</b>	<b>3.487.469</b>
<b>914.419</b>	<b>-</b>	<b>1.121.174</b>	<b>952</b>	<b>43.242</b>	<b>3.487.469</b>

## Zeitwerte der Kapitalanlagen im Geschäftsjahr 2008 gemäß § 54 RechVersV in Tsd. Euro

	Bilanzwerte
C.I. Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten einschließlich der Bauten auf fremden Grundstücken	0
C.II. Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen	
1. Anteile an verbundenen Unternehmen	71.503
2. Ausleihungen an verbundene Unternehmen	112.727
3. Beteiligungen	21.466
<b>Summe C.II.</b>	<b>205.696</b>
C.III. Sonstige Kapitalanlagen	
1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	1.222.220
2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	416.200
3. Hypotheken	158.393
4. Sonstige Ausleihungen	1.419.940
5. Einlagen bei Kreditinstituten	12.500
6. Andere Kapitalanlagen	52.520
<b>Summe C.III.</b>	<b>3.281.773</b>
<b>C. Summe der Kapitalanlagen</b>	<b>3.487.469</b>
Unterschied zum Bilanzwert	
Agien und Disagien	3.778
Summe Kapitalanlagen inkl. Agien und Disagien	3.491.247
Unterschied zum Bilanzwert inkl. Agien und Disagien	

Die Gesamtsumme der Anschaffungskosten der in die Überschussbeteiligung einzubeziehenden Kapitalanlagen beträgt 2.761 Mio Euro, die Gesamtsumme des beizulegenden Zeitwerts selbiger Kapitalanlagen beläuft sich auf 2.750 Mio Euro. Hieraus ergibt sich ein Saldo von -11,3 Mio Euro, so dass zum Bilanzstichtag 31. Dezember 2008 keine verteilungsfähigen Bewertungsreserven vorliegen.

Die Umstellung der Bewertungsmethode von Mark-to-market zur Bewertungsmethode Mark-to-model, wie in den Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden beschrieben, führte zu einer Erhöhung der beizulegenden Zeitwerte um 32,6 Mio. Euro.

2008			2007			
Zeitwerte			Bilanzwerte		Zeitwerte	
zu Anschaffungs- kosten bilanziert	zum Nennwert bilanziert	Summe	zu Anschaffungs- kosten bilanziert	zum Nennwert bilanziert	Summe	
0	0	0	0	0	0	0
73.255	0	73.255	71.113	74.057		74.057
100.000	15.056	115.056	11.662	0	11.861	11.861
21.953	0	21.953	20.046	20.638		20.638
<b>195.208</b>	<b>15.056</b>	<b>210.264</b>	<b>102.821</b>	<b>94.695</b>	<b>11.861</b>	<b>106.556</b>
1.092.717	0	1.092.717	1.084.362	1.067.840		1.067.840
403.693	0	403.693	739.113	710.828		710.828
0	158.401	158.401	185.532	0	178.641	178.641
69.053	1.461.165	1.530.217	1.573.077	88.821	1.472.479	1.561.300
0	12.500	12.500	0	0	0	0
53.383	0	53.383	51.609	50.686		50.686
<b>1.618.845</b>	<b>1.632.066</b>	<b>3.250.911</b>	<b>3.633.693</b>	<b>1.918.174</b>	<b>1.651.120</b>	<b>3.569.295</b>
<b>1.814.053</b>	<b>1.647.122</b>	<b>3.461.175</b>	<b>3.736.514</b>	<b>2.012.869</b>	<b>1.662.982</b>	<b>3.675.851</b>
		-26.294				-60.664
0	0	0	9.799	0	0	0
1.814.053	1.647.122	3.461.175	3.746.313	2.012.869	1.662.982	3.675.851
		-30.072				-70.462

## **B.II. Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen**

Die Aufstellung über den Anteilsbesitz gemäß § 285 Nr. 11 HGB wird im elektronischen Bundesanzeiger und im Unternehmensregister des Bundesministeriums für Justiz veröffentlicht.

Nachzahlungsverpflichtungen bestanden bei Anteilen an verbundenen Unternehmen in Höhe von 4,3 Mio. Euro (2007: 0,01 Mio. Euro) und keine bei Anteilen an Beteiligungen (2007: 1,6 Mio. Euro).

## **B.III. Sonstige Kapitalanlagen**

Es bestanden Auszahlungsverpflichtungen auf Darlehen in Höhe von 11,3 Mio. Euro und Zahlungsverpflichtungen aus der Abnahme von Namensschuldverschreibungen in Höhe von 130,0 Mio. Euro.

## **Zuordnung von Kapitalanlagen zum Anlagevermögen gemäß § 341 b Abs. 2 HGB**

Auf der Grundlage nachfolgender Darstellungen nimmt die Deutsche Ärzteversicherung AG die Möglichkeit des § 341 b Absatz 2 HGB in Anspruch, Kapitalanlagen dem Anlagevermögen zuzuordnen, da sie dazu bestimmt sind, dauernd dem Geschäftsbetrieb zu dienen.

Die Entscheidung über die Zweckbestimmung der Kapitalanlagen ist mit Beschluss des Vorstandes der Deutschen Ärzteversicherung AG wie folgt getroffen worden:

1. Im Geschäftsjahr 2008 wurden Kapitalanlagen mit einem Buchwert von 1.635 Mio. Euro dem Anlagevermögen zugeordnet (2007: 1.818 Mio. Euro). Dies entspricht einem Anteil von 46,9% (2007: 48,7%) an den gesamten Kapitalanlagen.
2. Grundlage für die Bestimmung  
Die Bestimmung, dauernd dem Geschäftsbetrieb zu dienen, wird aus folgenden Indikatoren abgeleitet:
  - 2.1. Die Deutsche Ärzteversicherung AG ist in der Lage, die dem Anlagevermögen zugeordneten Kapitalanlagen so zu verwenden, dass sie dauernd dem Geschäftsbetrieb dienen können.

Gegenüber Investmentfonds bestanden zum Stichtag Nachzahlungsverpflichtungen in Höhe von 7,3 Mio. Euro, die auf einen Luxemburger Fonds, der in Rentenpapiere investiert, entfallen.

Unter Einschluss der Einzahlungsverpflichtung aus den Beitragszahlungen beträgt die Gesamtverpflichtung gegenüber dem Sicherungsfonds zum Bilanzstichtag 32,6 Mio. Euro (2007: 46,3 Mio. Euro).

Im Zuge der Immobilienfinanzierung bestehen aus zugesagten Baudarlehen Auszahlungsverpflichtungen in Höhe von 177 Tsd. Euro.

Aus herausgelegten Vertragsangeboten für Baudarlehen, welche jedoch vom Kunden noch nicht unterschrieben zurückgesendet wurden, bestehen Eventualverbindlichkeiten in Höhe von 95 Tsd. Euro.

- 2.2. Aufgrund der laufenden Liquiditätsplanung besitzt die Deutsche Ärzteversicherung AG die Fähigkeit zur Daueranlage der betreffenden Kapitalanlagen.

- 2.3. Die dem Anlagevermögen zugeordneten Kapitalanlagen werden in der Buchhaltung jeweils auf gesonderten Konten von den anderen Wertpapieren getrennt erfasst. Eine depotgemäße Trennung von Anlage- und Umlaufvermögen ist gewährleistet.

3. Bei den dem Anlagevermögen zugeordneten Kapitalanlagen werden Abschreibungen bei einer voraussichtlich dauernden Wertminderung gemäß § 341 b HGB vorgenommen.

Die Methoden für die Beurteilung der voraussichtlich dauernden Wertminderung bei den Aktien, Investmentanteilen und anderen nicht festverzinslichen Wertpapieren sind in den Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden beschrieben.

Unter Anwendung dieser Methoden ergab sich keine Notwendigkeit für eine außerordentliche Abschreibung auf Aktieninvestmentanteile, die als ein eigenständiges Wertpapier angesehen und entsprechend bewertet werden.

Bei Investmentanteilen, die überwiegend Rententpapiere beinhalten und stille Lasten ausweisen, ergab sich die Notwendigkeit für eine außerordentliche Abschreibung in Höhe von 41,7 Mio. Euro.

Im Rahmen der Abschreibung auf in strukturierte Kreditprodukte investierende Investmentanteile waren im Geschäftsjahr drohende Verluste aus einem Kreditderivat zu berücksichtigen. Über das betroffene Kreditderivat ist die Gesellschaft dem Ausfallrisiko einer synthetischen Collateralized Debt Obligation ausgesetzt. Im Referenzportfolio des Kreditderivates waren im Geschäftsjahr zwei Ausfälle festzustellen. Falls zukünftig keine weiteren Ausfälle im Referenzportfolio eintreten, sind keine Verluste aus dem Kreditderivat zu erwarten, da auch nach den eingetretenen Ausfällen ausreichend Puffer (sog. Subordination) bis zum Ausfall der synthetischen Collateralized Debt Obligation besteht.

Zur Risikovorsorge wurde jedoch der Betrag abgeschrieben, den die Gesellschaft zusätzlich investieren müsste, um die Subordination zurück auf das Niveau vor den festgestellten Ausfällen zu bringen.

Für Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere haben wir eine dauerhafte Wertminderung angenommen, wenn der Zeitwert des Wertpapiers aufgrund von Währungskursänderungen zum Jahresende einen Werteverfall aufweist oder sich das Rating/die Bonität eines Emittenten verschlechtert hat. Hieraus ergab sich eine außerordentliche Abschreibung in Höhe von 343 Tsd. Euro.

Die Deutsche Ärzteversicherung AG hält eine Profit Participating Note mit einer separaten Put Option. Hieraus ergab sich eine außerordentliche Abschreibung in Höhe von 20 Tsd. Euro.

Zum 31. Dezember 2008 waren dem Anlagevermögen Kapitalanlagen zugeordnet, deren Zeitwert um 153,8 Mio. Euro unter dem Buchwert lag. Ausfallrisiken sind nicht erkennbar. Wir gehen von einer vollständigen Rückzahlung der entsprechenden Papiere aus.

#### Nicht nach dem strengen Niederstwertprinzip bewertete Kapitalanlagen

	Bilanzwerte 2008 Tsd. Euro	Zeitwerte 2008 Tsd. Euro
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	100.000	100.000
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	1.217.131	1.087.628
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	318.330	297.561
<b>Summe Wertpapiere</b>	<b>1.635.461</b>	<b>1.485.189</b>
<b>Unterschiedsbetrag zum Bilanzwert</b>		<b>-150.272</b>

### C. Kapitalanlagen für Rechnung und Risiko von Inhabern von Lebensversicherungspolice

Bei den hier aufgeführten Kapitalanlagen handelt es sich ausschließlich um Kapitalanlagen, deren Wert durch die Wertentwicklung oder durch die Überschüsse bei fondsgebundenen Verträgen bestimmt wurde.

	Anzahl der Anteileinheiten	2008 Tsd. Euro	Anzahl der Anteileinheiten	2007 Tsd. Euro
Der Anlagestock bestand aus:				
APO Piano Inka	886.316,507	44.112	618.368,976	33.380
APO Mezzo Inka	2.236.474,183	92.568	1.464.262,717	80.154
APO Forte Inka	2.848.822,124	85.920	2.143.818,598	111.414
APO Geldmarkt Plus INKA	5.391,459	253		
APO Vivace Inka	13.516,658	556		
AXA Rosenberg Eurobloc Alpha	5.373,910	33		
AXA Rosenberg Global Equity Alpha	494,949	3		
Fidelity Funds-European Growth	33.253.332	233		
Tempelton Growth (EURO) Fund	7.699,627	53		
DWS Invest European Dividend Plus	680,745	60		
<b>Zeitwert per 31.12.</b>		<b>223.791</b>		<b>224.948</b>

### D.III. Sonstige Forderungen

	2008 Tsd. Euro	2007 Tsd. Euro
darin enthalten		
Forderungen an verbundene Unternehmen	28.203	40.271
Forderungen an sonstige Unternehmen	-	8
Fällige Zinsforderungen	13.583	222
Sonstige Forderungen aus Kapitalanlagen	468	5.154
Forderungen an die Finanzbehörde	6.294	5.530
Forderungen aus Mitversicherungsverträgen (Führungsfremdgeschäft nicht verbundener Unternehmen)	1.422	1.060
Forderungen Verrechnungskonto Rückversicherer (FLV/FRV)	156	1.383
Fällige Mieten	1	2
Rückdeckungsversicherung AN finanz. Pensionszusage	107	-
Noch zuzuordnende Zahlungsvorgänge aufgrund vorgezogener Buchungsschlussstermine	18	113

### **E.III. Andere Vermögensgegenstände**

Die Position andere Vermögensgegenstände bestand aus vorausgezahlten Versicherungsleistungen.

### **F. Sonstige Rechnungsabgrenzungsposten**

Der Posten sonstige Rechnungsabgrenzung enthielt auf die Folgejahre entfallende Agiobeträge zu den sonstigen Ausleihungen in Höhe von 3.847 Tsd. Euro (2007: 10.441 Tsd. Euro).

### **G. Voraussichtliche Steuerentlastung nachfolgender Geschäftsjahre gemäß § 274 Abs. 2 HGB**

Der Posten betrifft die voraussichtliche Steuerentlastung nachfolgender Geschäftsjahre. Die Veränderung der voraussichtlichen Steuerentlastung in diesem Geschäftsjahr resultiert aus zeitlich begrenzten Unterschiedsbeträgen zwischen Handels- und Steuerbilanz aufgrund von niedriger steuerlich zulässiger Zuführung zur Pensionsrückstellung in Höhe von 21 Tsd. Euro (2007: 163 Tsd. Euro).

## Passiva

### A. Eigenkapital

Das gezeichnete Kapital ist eingeteilt in 2.880.000 auf den Inhaber lautende Stückaktien mit einem anteiligen Betrag des Grundkapitals von je 2,56 Euro.

Zur Stärkung des Eigenkapitals wurde gemäß § 272 Abs. 2 Ziff. 4 HGB 30 Mio. Euro in die Kapitalrücklage eingestellt.

### B. Nachrangige Verbindlichkeiten

Die Deutsche Ärzteversicherung AG hat im Geschäftsjahr 2003 ein nachrangiges Darlehen in Höhe von 10 Mio. Euro bei der AXA Konzern AG aufgenommen. Das Darlehen ist in zwei Tranchen von je 5 Mio. Euro aufgeteilt und mit einer Vorankündigungszeit von zwei Jahren zum nächsten Zinsfälligkeitsdatum (bis 2010

jeweils der 22. Dezember eines Jahres) kündbar. Die Mindestvertragslaufzeit wurde um zwei Jahre auf den 22. Dezember 2010 angepasst. Tranche A hat eine Laufzeit von 15 Jahren. Die Laufzeit von Tranche B ist unbefristet. Das Darlehen dient der Stärkung unserer Eigenmittel.

### C. Sonderposten mit Rücklageanteil

Die Deutsche Ärzteversicherung AG hat Sonderposten mit Rücklageanteil in Höhe von 10.000 Tsd. Euro gemäß § 6 b EStG.

### D.IV. Rückstellung für die erfolgsabhängige und erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung

	2008	2007
	Tsd. Euro	Tsd. Euro
Stand zum Ende des Vorjahres	225.517	266.771
Stand zu Beginn des Geschäftsjahres	207.988	239.077
Entnahme im Geschäftsjahr	42.249	44.284
Zuweisung aus dem Überschuss des Geschäftsjahres	42.054	30.724
<b>Stand am Ende des Geschäftsjahres</b>	<b>207.793</b>	<b>225.517</b>

Von der Rückstellung Ende 2008 entfallen für das nächste Jahr auf bereits festgelegte, aber noch nicht zugewiesene laufende Überschussanteile 24.527 Tsd. Euro, für Schlussüberschussanteile 20.599 Tsd. Euro und auf darüber hinausgehende intern durch Geschäftsplan

und Finanzierungsverfahren gebundene Schlussüberschussanteile („Schlussanteilfonds“) 70.359 Tsd. Euro. Die Gewinnanteilssätze für die in 2008 beginnenden Versicherungsjahre sind auf den Seiten 87 bis 119 angegeben.

## **F.II. Steuerrückstellung**

Die Steuerrückstellungen beinhalten zum einen die Auflösung von passiven latenten Steuern in Höhe von 8.030 Tsd. Euro bedingt durch die Minderung von Bewertungsdifferenzen und zum anderen passive latente Steuern in Höhe von 2.518 Tsd. Euro, verursacht durch eine außerordentliche Fondsausschüttung.

## **F.III. Sonstige Rückstellungen**

	2008	2007
darin enthalten	Tsd. Euro	Tsd. Euro
Rückstellungen für noch nicht fällige Provisionen, Vertreterwettbewerbe und Ausgleichsansprüche	1.671	1.270
Rückstellung für noch zu zahlende Gehaltsanteile einschließlich Gratifikationen und Tantiemen	1.843	1.750
Rückstellungen für Verkaufskosten und Garantien aus der Veräußerung der Colife Insurance	653	787
Rückstellung externe Kosten Jahresabschluss	203	194
Rückstellung für IHK-Beiträge	317	266
Rückstellung für Verpflichtungen aus Altersteilzeit	210	391
Rückstellung für noch nicht in Anspruch genommenen Urlaub	240	184
Rückstellung für Jubiläumsgeldverpflichtungen	223	213
Rückstellung für Prozesse	1.811	1.982
Rückstellung Zinsen für BP gem. § 233 AO	2.107	2.247

## **H.I. Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft**

In den Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft gegenüber Versicherungsgesellschaften waren verzinslich angesammelte Überschussanteile von 83.052 Tsd. Euro (2007: 92.179 Tsd. Euro) enthalten.

### **H.III. Sonstige Verbindlichkeiten**

	2008	2007
darin enthalten	Tsd. Euro	Tsd. Euro
Verbindlichkeiten gegenüber verbundenen Unternehmen	8.359	19.052
Sonstige Verbindlichkeiten aus Kapitalanlagen	732	819
Verbindlichkeiten im Rahmen der sozialen Sicherheit	56	29
Verbindlichkeiten an die Finanzbehörde	172	148
Noch zuzuordnende Zahlungsvorgänge aufgrund vorgezogener Buchungsschlusstermine	7.131	6.072

### **I. Rechnungsabgrenzungsposten**

	2008	2007
darin enthalten	Tsd. Euro	Tsd. Euro
auf Folgejahre entfallende Disagiobeträge		
aus Hypotheken	53	76
aus sonstigen Ausleihungen	16	566

## Angaben zur Gewinn- und Verlustrechnung

### I.1.a) Gebuchte Bruttobeiträge

	2008 Tsd. Euro	2007 Tsd. Euro
<b>für das selbst abgeschlossene Versicherungsgeschäft</b>		
– aus		
Einzelversicherungen	406.154	387.339
Kollektivversicherungen	78.962	89.220
Gesamt	485.116	476.559
– untergliedert nach		
laufende Beiträge	474.970	468.175
Einmalbeiträge	10.146	8.384
Gesamt	485.116	476.559
– untergliedert nach Beiträgen im Rahmen von Verträgen		
ohne Gewinnbeteiligung	–	–
mit Gewinnbeteiligung	339.432	362.949
bei denen das Kapitalanlagerisiko von den Versicherungsnehmern getragen wird	145.684	113.610
Gesamt	485.116	476.559
<b>Gesamtes Versicherungsgeschäft:</b>	<b>485.116</b>	<b>476.559</b>

### Rückversicherungssaldo

Der Rückversicherungssaldo von 14.386 Tsd. Euro (2007: –53 Tsd. Euro) zugunsten des Rückversicherers setzte sich zusammen aus den verdienten Beiträgen des Rückversicherers und den Anteilen des Rückversicherers an den Bruttoaufwendungen für Versicherungsfälle, den Bruttoaufwendungen für den Versicherungsbetrieb und den Veränderungen der Bruttodeckungsrückstellung.

Die Veränderung des Rückversicherungssaldos resultiert im Wesentlichen aus veränderten Anteilen der Rückversicherer an Finanzierung bzw. Amortisation (Vorjahre) von Abschlusskosten für ungezillmerte Produkte, an deren Vorfinanzierung sich die Rückversicherer im marktüblichen Umfang beteiligen.

### I.3.c) Erträge aus Zuschreibungen

Bei den Erträgen aus Zuschreibungen in Höhe von 952 Tsd. Euro (2007: 71 Tsd. Euro) handelt es sich um Wertaufholungen gemäß § 280 HGB.

#### I.10.b) Abschreibung auf Kapitalanlagen

Bei den Kapitalanlagen haben wir 43,2 Mio. Euro (2007: 14,7 Mio. Euro) außerordentliche Abschreibungen gem. § 253 Abs. 2 Satz 3 HGB vorgenommen.

#### II.2. Sonstige Aufwendungen

In dieser Position sind 1.691 Tsd. Euro Kosten für die Integration der DBV-Winterthur Versicherungen enthalten (2007: 3.112 Tsd. Euro).

#### II.4. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag

Der Steueraufwand betrug im Berichtsjahr 11.705 Tsd. Euro (2007: 26.459 Tsd. Euro). Hiervon entfielen 11.652 Tsd. Euro auf die Steuern vom Einkommen und Ertrag sowie 53 Tsd. Euro auf die sonstigen Steuern.

inklusive latenter Steuern in Höhe von –5.532 Tsd. Euro (2007: 7.867 Tsd. Euro), sowie einen Gewerbesteuer-aufwand in Höhe von 9.574 Tsd. Euro (2007: 7.226 Tsd. Euro)

Die Position enthielt einen Körperschaftsteueraufwand in Höhe von 178 Tsd. Euro (2007: 16.739 Tsd. Euro) in-

#### Provisionen und sonstige Bezüge der Versicherungsvertreter, Personalaufwendungen

	2008 Tsd. Euro	2007 Tsd. Euro
1. Provisionen jeglicher Art der Versicherungsvertreter im Sinne des § 92 HGB für das selbst abgeschlossene Versicherungsgeschäft	66.929	67.593
2. Sonstige Bezüge der Versicherungsvertreter im Sinne des § 92 HGB	2.299	2.357
3. Löhne und Gehälter	8.911	7.513
4. Soziale Abgaben und Aufwendungen für Unterstützung	1.257	1.040
5. Aufwendungen für Altersversorgung	724	2.173
<b>Aufwendungen insgesamt</b>	<b>80.120</b>	<b>80.678</b>

## Überschussbeteiligung für Versicherungsnehmer

Entsprechend den Bedingungen für die Überschussbeteiligung der in DM – ab 1. Oktober 2001 in Euro – abgeschlossenen konventionellen Versicherungen werden für das in 2009 beginnende Versicherungsjahr die auf den folgenden Seiten genannten Sätze für laufende Überschussbeteiligung festgelegt.

Abweichend hiervon gelten die auf den folgenden Seiten genannten Sätze für fondsgebundene Versicherungen bereits ab der ersten in 2009 beginnenden, vertraglich vereinbarten Versicherungsperiode. Für Zinsüberschüsse auf Deckungskapital, das durch Ausübung der Garantioption in konventionelles Deckungskapital umgeschichtet wurde, wird abweichend monatlich deklariert.

Schlussüberschussanteil bzw. Nachdividende werden bei in 2009 ablaufenden berechtigten Versicherungen gezahlt. Kapitalversicherungen mit mehreren Erlebensfallteilauszahlungen erhalten den dauerunabhängigen Schlussüberschussanteil bzw. die Nachdividende zur Hälfte.

Die Zinsdirektgutschrift entfällt.

Entsprechend § 153 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes werden (überschuss)berechtigte Verträge bei Vertragsbeendigung bzw. bei Wechsel in den Rentenbezug an den dann vorhandenen Bewertungsreserven der Kapitalanlagen nach einem verursachungsorientierten Verfahren beteiligt.

Beteiligt werden im Wesentlichen kapitalbildende Versicherungen, konventionelle Rentenversicherungen, fondsgebundene Versicherungen mit GarantModul und Hybridprodukte. Ebenfalls erfasst werden Überschussguthaben von Verträgen mit Überschussystem „Verzinsliche Ansammlung“, auch wenn der Versicherungsvertrag selbst nicht diesen beteiligten Versicherungen zuzuordnen ist. Maßzahl für die Zuordnung der verteilungsfähigen Bewertungsreserven ist ein Prozent der Summe der verteilungsrelevanten (garantierten) Versicherungsguthaben der letzten zehn Bewertungstichtage, soweit diese nicht vor dem 31.12.2002 liegen.

Ist ein Vertrag anspruchsberechtigt, so erhält er bei Vertragsbeendigung bzw. bei Wechsel in den Rentenbezug die Hälfte des ihm zugeordneten Anteils an den Bewertungsreserven. Dabei werden die Bewertungsreserven zugrunde gelegt, die zum 1. Börsentag des Vormonats vorhanden waren. Um die Auswirkungen von plötzlichen und kurzfristigen Schwankungen auf dem Kapitalmarkt abzufedern, deklarieren wir jährlich eine Sockelbeteiligung, die unabhängig von der tatsächlichen Höhe der Bewertungsreserven bei Vertragsbeendigung bzw. bei Wechsel in den Rentenbezug gezahlt wird. Ist der errechnete Beteiligungsbetrag höher als der Sockelbetrag, wird der höhere Betrag ausgezahlt. Im Deklarationsjahr beträgt die Sockelbeteiligung 0 % der Maßzahl.

Darüber hinaus werden überschussberechtigte Todesfallrisiko- und anwartschaftliche Berufsunfähigkeits-(Zusatz)-Versicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer oder in der beitragsfreien Phase an den Bewertungsreserven beteiligt. Hierfür wird ein zusätzlicher Überschussanteil bei Vertragsbeendigung gewährt, der sich an der Hälfte der zum Stichtag 30. September des Vorjahres tatsächlich vorhandenen Bewertungsreserven bemisst und sich auf das hierfür maßgebliche, im Geschäftsplan festgelegte Deckungskapital bezieht. Es gibt keine Sockelbeteiligung. Da am Stichtag 30. September 2008 keine Bewertungsreserven vorhanden waren, beträgt der zusätzliche Überschussanteil null.

Im Rentenbezug erhalten überschussberechtigte Altersrenten ebenfalls einen zusätzlichen Überschussanteil, der sich an der Hälfte der zum Stichtag 30. September des Vorjahres tatsächlich vorhandenen Bewertungsreserven bemisst und sich auf das hierfür maßgebliche, im Geschäftsplan festgelegte Deckungskapital bezieht. Es gibt keine Sockelbeteiligung. Da am Stichtag 30. September 2008 keine Bewertungsreserven vorhanden waren, beträgt der zusätzliche Überschussanteil null.

Das Verfahren der Beteiligung an den vorhandenen Bewertungsreserven für den Altbestand im Sinne des § 11 c VAG und des Artikels 16 § 2 Satz 2 des Dritten Durchführungsgesetzes/EWG zum VAG erfolgt gemäß eines bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zur Genehmigung vorgelegten Geschäfts-

planes. Verträge, die diesem Altbestand nicht angehören, werden nach dem gleichen Verfahren an den vorhandenen Bewertungsreserven beteiligt.

Die Nachdividendenstaffeln sind in Ziffer 11 angegeben. Die Schlussüberschussstaffel ist in Ziffer 12 angegeben.

## 1. Kapital-Versicherungen (außer Risiko-Versicherungen)

Maßstab für die laufenden Überschussanteile:

- Kostenüberschussanteil:  
das überschussberechtigte Deckungskapital
- Risikoüberschussanteil:  
der überschussberechtigte Risikobeitrag
- Grundüberschussanteil:  
die überschussberechtigte Versicherungssumme
- Zinsüberschussanteil:  
das überschussberechtigte Deckungskapital

Maßstab für die Schlussüberschussanteile bzw. Nachdividende:

- (dauerabhängiger) Schlussüberschussanteil:  
nach den Tarifen mit den Zusatzkennzeichen „-5“, „-4“, „-3“, „-0“, „-98“, „-97“, „-95“ oder „-94“ und DÄV-/CLFG-/CLVG-Tarifen:

die laufende Überschussbeteiligung (Überschuss-system „Investmentbonus“ in % der Summe der laufenden Überschussbeteiligung); nach allen anderen Tarifen die überschussberechtigte Versicherungssumme

- (dauerunabhängiger) Schlussüberschussanteil bzw. Nachdividende:  
die überschussberechtigte Versicherungssumme

Maßstab für die Sockelbeteiligung an Bewertungsreserven:

- ein Prozent der Summe der verteilungsrelevanten Versichertenguthaben der letzten zehn Bewertungsstichtage, soweit diese nicht vor dem 31. Dezember 2002 liegen

### 1.1 Beitragspflichtige Einzel-Versicherungen

1.1.1 Tarife mit Zusatzkennzeichen „-5“, „-4“, „-3“, „-0“, „-98“, „-97“, „-94“	Zins- überschuss- anteil in %	Risiko- überschuss- anteil in %	Kosten- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in %	Schluss- überschuss- anteil <sup>2)</sup> in %	Nach- dividende <sup>2)</sup> in %
DFK1-5 <sup>3) 4)</sup>	0,75	30	0,3	23	Staffel H
D-K-4, D-FK-4 <sup>3) 4)</sup>	0,75	30	0,3	23	Staffel H
D-K-3	0,25	30	0,3	25	Staffel H
D-SK1-0	0,75	30	0,1	22	Staffel F
D-K-0, D-FK-0	0,75	30	0,3	22	Staffel A
D-K-98, D-FK-98	0	30	0,3	25	Staffel A
FDÄV-97	0	30	0,3	25	Staffel A
DÄV-94	0	30	0,3	25	Staffel A
alle Tarife	Sockelbeteiligung in %:		0		

<sup>1)</sup> Für Versicherungssummen ab 50.000 Euro

<sup>2)</sup> Für Versicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer: siehe Ziffern 1.3.1 und 1.3.2

<sup>3)</sup> Überschussystem „Investmentbonus“: Zinsüberschussatz um 0,4 Prozentpunkte erhöht und Nachdividende entfällt

<sup>4)</sup> Überschussystem „Zinsbonus“: Zinsüberschussatz um 0,5 Prozentpunkte erhöht und Schlussüberschussanteilsatz auf null gesetzt

1.1.2			dauer- abhängiger	dauer- unabhängiger
	Zins- überschuss- anteil in %	Risiko- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in %	Schluss- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in ‰
<b>Tarife</b>				
<b>DÄV</b>	0,50	45	16	27
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in %:		0	

<sup>1)</sup> Für Versicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer: siehe Ziffer 1.3.3

DÄV-9-Tarife erhalten während der Zeit der Zahlung der niedrigen Anfangsbeiträge laufende Überschussanteile entsprechend dem Todesfallbonus bei Risikoversicherungen gemäß Ziffer 2.1.

1.1.3			dauer- abhängiger	dauer- unabhängiger
	Zins- überschuss- anteil in %	Grund- überschuss- anteil in ‰	Schluss- überschuss- anteil in ‰	Schluss- überschuss- anteil in ‰
<b>Tarife</b>				
<b>co, 1cr (69) mit Beginn ab 1977</b>	1,00	2,00 <sup>1)</sup>	1,50	40
<b>1cd mit Beginn ab 1977</b>	1,00	2,00	1,50	40
<b>co, 1cr (69) mit Beginn vor 1977</b>	1,00	1,50 <sup>1)</sup>	1,50	40
<b>1cd mit Beginn vor 1977</b>	1,00	1,50	1,50	40
<b>WA 2 mit Beginn ab 1977</b>	1,00	1,50 <sup>2)</sup>	0,00	40
<b>WA 2 mit Beginn vor 1977</b>	1,00	1,00 <sup>3)</sup>	0,00	40
<b>cco mit Beginn ab 1977</b>	1,00	2,00	0,00	40
<b>cco mit Beginn vor 1977</b>	1,00	1,50	0,00	40
<b>c</b>	1,00	2,50	4,50	–
<b>2cZ</b>	1,00	2,00	0,00	–
<b>cc</b>	1,00	2,50	2,50	–
<b>alle übrigen Heilberufe-Tarife</b>	1,00	2,50	4,50	–
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in %:		0	

<sup>1)</sup> Versicherungen nach co-Tarifen mit Endalter größer als 70 Jahre erhalten einen um 0,9 Promillepunkte reduzierten Grundüberschussanteil

<sup>2)</sup> 1,0 ‰ für Beitrittsalter kleiner als 30 Jahre, 2,5 ‰ für Beitrittsalter größer als 49 Jahre

<sup>3)</sup> 0,5 ‰ für Beitrittsalter kleiner als 30 Jahre, 2 ‰ für Beitrittsalter größer als 49 Jahre

Bei Versicherungen auf den Heiratsfall und bei Terme-Fix-Versicherungen wird der Grundüberschussanteil um 0,5‰ der Versicherungssumme gegenüber der zu derselben Tarifgruppe gehörenden gemischten Versicherung vermindert.

Bei Versicherungen mit Beitragszuschlägen für „ohne ärztliche Untersuchung“ wird nach den Tarifen c, 2cZ und cc mit Beginn nach dem 1. November 1957 ein um 2‰ höherer Schlussüberschussanteil gezahlt.

Weibliche Versicherte erhalten einen zusätzlichen Grundüberschussanteil in Höhe von 0,75‰.

## 1.2 Beitragspflichtige Kollektiv-Versicherungen

1.2.1 Tarife mit Zusatzkennzeichen „-5“, „-4“, „-0“, „-98“, „-97“, „-94“	Zins- überschuss- anteil in ‰	Risiko- überschuss- anteil in ‰	Kosten- überschuss- anteil in ‰	Schluss- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in ‰	Nach- dividende <sup>1)</sup> in ‰
DFK1 G-5 <sup>3) 4)</sup>	0,75	30	0,30 <sup>2)</sup>	23	Staffel H
D-K G-4, D-FK G-4 <sup>3) 4)</sup>	0,75	30	0,15	23	Staffel H
D-K G-0, D-FK G-0	0,75	30	0,15	22	Staffel A
D-K G-98, D-FK G-98	0,00	30	0,15	25	Staffel A
FCLFG-97	0,00	30	0,15	25	Staffel A
CLFG-94	0,00	30	0,15	25	Staffel A
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in ‰:		0		

<sup>1)</sup> Für Versicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer: siehe Ziffern 1.3.1 und 1.3.2

<sup>2)</sup> Für Versicherungssummen ab 50.000 Euro

<sup>3)</sup> Überschussystem „Investmentbonus“: Zinsüberschussatz um 0,4 Prozentpunkte erhöht und Nachdividende entfällt

<sup>4)</sup> Überschussystem „Zinsbonus“: Zinsüberschussatz um 0,5 Prozentpunkte erhöht und Schlussüberschussanteilsatz auf null gesetzt

1.2.2 Tarife	Zins- überschuss- anteil in ‰	Risiko- überschuss- anteil in ‰	dauer- abhängiger Schluss- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in ‰	dauer- unabhängiger Schluss- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in ‰
CLFG, CLVG	0,50	40	16	27
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in ‰:		0	

<sup>1)</sup> Für Versicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer: siehe Ziffer 1.3.3

Der Risikoüberschussanteil entfällt bei Tarif CLFG1EV.

1.2.3  Tarife	Zins- überschuss- anteil in %	Grund- überschuss- anteil in ‰	dauer- abhängiger Schluss- überschuss- anteil in ‰	dauer- unabhängiger Schluss- überschuss- anteil in ‰
	<b>FG und VG</b>	1,00	1,90 <sup>1)</sup>	1,50
<b>FG-Teilauszahlungstarife und FG VIII</b>	1,00	1,90	0,00	40
<b>GF</b>	1,00	2,90	0,50	–
<b>Ga</b>	1,00	2,15	0,50	–
<b>G und Gs mit Beginn ab 1942</b>	1,00	3,65	0,50	–
<b>alle übrigen Kollektiv-Tarife</b>	1,00	2,90	0,50	–
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in ‰:		0	

<sup>1)</sup> Versicherungen nach FG-Tarifen und VG-Tarifen mit Endalter größer als 70 Jahre erhalten einen um 0,9 Promillepunkte reduzierten Grundüberschussanteil

Weibliche Versicherte erhalten einen zusätzlichen Grundüberschussanteil in Höhe von 0,75 ‰.

### 1.3 Versicherungen gegen Einmalbeitrag und beitragsfreie Versicherungen

1.3.1				
Tarife				
D-FK1-5, D-FK1 G-5, D-FK-4, D-FK G-4, D-K-4, D-KG-4, D-K-3, D-SK1-0, D-FK-0, D-FK G-0, D-K-0, D-KG-0, D-FK G-98, D-K-98, D-KG-98, FDÄV-97, FCLFG-97	Zins- überschuss- anteil in %	Risiko- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil in %	Nach- dividende in ‰
<b>Tarife mit Zusatzkennzeichen „-4“ oder „-5“:</b>				
Einmalbeitragsversicherungen TG „-5“:	0,75	30	17	-
Einmalbeitragsversicherungen TG „-4“:	0,80	30	17	-
beitragsfrei durch Ablauf der Beitragszahlung <sup>3)</sup>	0,75	30	23	Staffel L
beitragsfrei durch Tod <sup>3)</sup>	0,75	30	23	Staffel H
alle anderen beitragsfreigestellten Versicherungen	0,75	30 <sup>1)</sup>	-	-
<b>Tarife mit Zusatzkennzeichen „-3“:</b>				
Einmalbeitragsversicherungen	0,45	30	17	-
beitragsfrei durch Ablauf der Beitragszahlung	0,25	30	25	Staffel L
alle anderen beitragsfreigestellten Versicherungen	0,15	30 <sup>1)</sup>	-	-
<b>Tarife mit Zusatzkennzeichen „-0“:</b>				
Einmalbeitragsversicherungen	0,65	30	17	-
beitragsfrei durch Ablauf der Beitragszahlung	0,75	30	17	Staffel B <sup>2)</sup>
beitragsfrei durch Tod	0,75	-	17	Staffel A
alle anderen beitragsfreigestellten Versicherungen	0,65	30 <sup>1)</sup>	-	-
<b>Tarife mit Zusatzkennzeichen „-97“ oder „-98“:</b>				
Einmalbeitragsversicherungen	0,00	30	20	-
beitragsfrei durch Ablauf der Beitragszahlung	0,00 <sup>4)</sup>	30	20	Staffel B
beitragsfrei durch Tod	0,00	-	20	Staffel A
alle anderen beitragsfreigestellten Versicherungen	0,00	30 <sup>1)</sup>	-	-
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in %:		0	

<sup>1)</sup> Bei Tarifen D-(F)K3-4, D-(F)K3-0, K3G-0, K6-0, D-(F)K3-98, K3G-98, K6-98, FDÄV3-97, FCLFG3-97 entfällt der Risikoüberschussanteil

<sup>2)</sup> Bei Tarifen D-SK1-0: Staffel G

<sup>3)</sup> Überschussystem „Zinsbonus“: Zinsüberschussatz um 0,5 Prozentpunkte erhöht und Schlussüberschussanteilsatz auf null gesetzt  
Überschussystem „Investmentbonus“: Zinsüberschussatz um 0,4 Prozentpunkte erhöht und Nachdividende entfällt

<sup>4)</sup> Einzelversicherungen mit Versicherungssummen ab 50.000 Euro erhalten zusätzlich einen Kostenüberschussanteil von 0,15 Prozentpunkten

<b>1.3.2</b>	Zins- überschuss- anteil in %	Risiko- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil in %	Nach- dividende in ‰
<b>Tarife</b>				
<b>DÄV-94, CLFG-94</b>				
Einmalbeitragsversicherungen	0,00	30	20	11,7 <sup>1)</sup>
beitragsfrei durch Ablauf der Beitragszahlung	0,00 <sup>3)</sup>	30	20	Staffel B
beitragsfrei durch Tod	0,00	–	20	Staffel A
alle anderen beitragsfreigestellten Versicherungen	0,00	30 <sup>2)</sup>	–	–
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in %:		0	

<sup>1)</sup> Beginne ab 1.3.1994 bis 1.12.1994: 40 ‰; Beginne ab 1.1.1995 bis 1.7.1995 und vor 1.3.1994: gemäß Staffel B

<sup>2)</sup> Bei Tarifen DÄV3-94, CL5-94, CLFG3-94 entfällt der Risikoüberschussanteil

<sup>3)</sup> Einzelversicherungen mit Versicherungssummen ab 50.000 Euro erhalten zusätzlich einen Kostenüberschussanteil von 0,15 Prozentpunkten

<b>1.3.3</b>	Zins- überschuss- anteil in %	dauer- abhängiger Schluss- überschuss- anteil in %	dauer- unabhängiger Schluss- überschuss- anteil in ‰
<b>Tarife</b>			
<b>DÄV, CLFG, CLVG</b>			
Einmalbeitragsversicherungen	0,40	16	–
beitragsfrei durch Tod	0,50	16	27
beitragsfrei durch Ablauf der Beitragszahlung	0,50	16	27
alle anderen beitragsfreigestellten Versicherungen mit mindestens 250 Euro Versicherungssumme	0,40	–	–
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in %:		0

<b>1.3.4</b>		dauer- abhängiger Schluss- überschuss- anteil in ‰	dauer- unabhängiger Schluss- überschuss- anteil in ‰
<b>Tarife</b>			
<b>co, FG, VG</b>			
Einmalbeitragsversicherungen	0,90	2,50	–
beitragsfrei durch Tod, Invalidität	0,90 <sup>1)</sup>	2)	2)
beitragsfrei durch Ablauf der Beitragszahlung	0,90 <sup>1)</sup>	2)	2)
alle anderen beitragsfreigestellten Versicherungen mit mindestens 250 Euro Versicherungssumme	0,90	–	–
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in ‰:		0

<sup>1)</sup> Wenn in entsprechenden Tarifen in Ziffer 1.1.3 bzw. 1.2.3 kein dauerunabhängiger Schlussüberschussanteil vorgesehen ist, beträgt dieser 0,9 %

<sup>2)</sup> Sätze wie der entsprechende beitragspflichtige Satz (siehe Ziffer 1.1.3 bzw. 1.2.3)

#### 1.4 Summenzuwachs, Summenzuwachs mit Sofortbonus, Erlebensfallbonus, Dauerabkürzung, Zinsbonus

Ist die Verwendung der laufenden Überschussanteile als Summenzuwachs, Erlebensfallbonus, Zinsbonus oder Dauerabkürzung vereinbart, wird auf die sich daraus ergebenden Summenerhöhungen ein Zinsüberschussanteil gewährt.

Bei Versicherungen mit Zusatzkennzeichen „-5“ beträgt dieser Zinsüberschussanteil: 0,75 ‰<sup>1) 6)</sup>.

Bei Versicherungen mit Zusatzkennzeichen „-4“ beträgt dieser Zinsüberschussanteil: 0,75 ‰<sup>2) 6)</sup>.

Bei Versicherungen mit Zusatzkennzeichen „-3“ gegen Einmalbeitrag beträgt dieser Zinsüberschussanteil: 0,25 ‰<sup>3)</sup>.

Bei Versicherungen mit Zusatzkennzeichen „-0“ beträgt dieser Zinsüberschussanteil: 0,75 ‰<sup>4)</sup>.

Bei Versicherungen mit Zusatzkennzeichen „-98“, „-97“ oder „-94“ beträgt dieser Zinsüberschussanteil: 0,00 ‰.

Bei Versicherungen nach DÄV-/CLFG-Tarifen ohne eines der vorstehend genannten Zusatzkennzeichen beträgt dieser Zinsüberschussanteil: 0,50 ‰<sup>5)</sup>;

nach den „Übrigen Tarifen“ ohne eines der vorstehend genannten Zusatzkennzeichen beträgt dieser Zinsüberschussanteil: 1,00 ‰.

<sup>1)</sup> Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag: 0,75 ‰

<sup>2)</sup> Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag: 0,80 ‰

<sup>3)</sup> Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag: 0,45 ‰

<sup>4)</sup> Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag: 0,65 ‰

<sup>5)</sup> Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag mit Beginn ab 1.3.1994 bis 1.12.1994: 0,40 ‰

<sup>6)</sup> Überschussystem „Zinsbonus“: Zinsüberschussatz um 0,5 Prozentpunkte erhöht

Bei Versicherungen mit Sofortbonus erhöht der Sofortbonus die Todesfallleistung ab Versicherungsbeginn auf 125 ‰ der Versicherungssumme.

## 2. Risiko-Einzel- und Risiko-Kollektiv-Versicherungen

### 2.1 Risiko-Einzel- und Risiko-Kollektiv-Versicherungen

2.1.1 Versicherungen mit Todesfallbonus in % der Versicherungssumme	Todesfallbonus in %
DT1-8, DT3-8, DT1G-8, DT3G-8	80
DT2-8, DT2G-8	110
DT1-7, DT3-7, DT1-5, DT3-5	80
DT1G-7, DT3G-7, DT1G-5, DT3G-5	80
DT2-7, DT2G-7, DT2-5, DT2G-5	110
D-T1-, T2-, T3-, D-T1G-4	80
D-T10-4, D-T10-0	110
D-T1-, T2-, T3-, D-T1G-0	80
D-T1-, T2-, T3-, T4-98	80; bei Vers. ohne Umtauschrecht: 110
T1G-98	80
DÄV 6-94	80; bei Vers. ohne Umtauschrecht: 110
CLFG 6-94	80
DÄV 6	80
CLFG 6	80
<b>Übrige Risiko-Tarife:</b>	110 <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Bei weiblichen Versicherten zusätzlich 30 Prozentpunkte

2.1.2 Versicherungen mit Schlussüberschussanteil in % der Summe der gezahlten Jahresbeiträge	Schlussüberschussanteil in %
Der Schlussüberschussanteil beträgt nach einer zurückgelegten Versicherungsdauer von	
mehr als 30 Jahren	35
mehr als 20 Jahren	30
mehr als 10 Jahren	25
10 Jahren und weniger	20

Zusätzlich wird ein Todesfallbonus von 55% (bei weiblichen Versicherten 70%) gezahlt.

2.1.3 Versicherungen mit Überschussystem „Investmentbonus“	Risikobeitrag in %
DT1-8, DT1-7, DT1-5, DT1G-8, GDT1G-7, DT1G-5	45
DT2-8, DT2G-8, DT2-7, DT2G-7, DT2-5, DT2G-5	55

### **3. Fondsgebundene Lebensversicherungen/ Fondsgebundene Rentenversicherungen Fondsgebundene Lebensversicherungen/ (flexible) Fondsgebundene Rentenversicherungen mit GarantModul**

#### **3.1 Beitragspflichtige beitragsfreie Fondsgebundene Lebensversicherungen/ (flexible) Rentenversicherungen (mit/ohne GarantModul)**

Maßstab für die Überschussanteile:

- Kostenüberschussanteil: in % der Verwaltungskostenprämie (ohne Amortisationskosten)
- Risikoüberschussanteil: der Risikobeitrag bzw. die Vererbungsprämie
- Überschussanteil auf das Fondsguthaben in % des maßgeblichen Fondsguthabens abhängig vom gewählten Fonds

Zusätzlich bei Fondsgebundenen Lebensversicherungen/  
Rentenversicherungen mit GarantModul

- Zinsüberschussanteil: des garantierten Deckungskapitals zum Anfang des Vormonats
- Nachdividende: der garantierten Ablaufleistung
- Sockelbeteiligung an Bewertungsreserven: ein Prozent der Summe der verteilungsrelevanten garantierten Versichertenguthaben der letzten zehn Bewertungsstichtage, soweit diese nicht vor dem 31. Dezember 2002 liegen

Fondsgebundene (flexible) Rentenversicherungen erhalten einen Risikoüberschussanteil in % des Risikobeitrages, solange das Fondsguthaben (bei Einschluss des GarantModuls zuzügl. überschussberechtigtem Deckungskapital) kleiner ist als die vereinbarte Todesfallleistung, ansonsten einen Risikoüberschussanteil in Prozent der Vererbungsprämie.

3.1.1		Risiko- überschuss- anteil in % des Risiko- beitrages	Risiko- überschuss- anteil in % der Vererbungs- prämie
<b>Tarife</b>	Kosten- überschuss- anteil in % <sup>2)</sup>		
<b>DFX4-8, DFX5-8<sup>1)</sup></b>	40	50	300
<b>DF4-8, DF5-8<sup>1)</sup></b>	40	50	–
<b>DFX4-7, DFX5-7, DFX4-6, DFX5-6<sup>1)</sup></b>	40	50	300
<b>DF4-7, DF5-7, DF4-5, DF5-5<sup>1)</sup></b>	40	50	–
<b>D-CLIP-4<sup>1)</sup></b>	40	50	–
<b>D-CLIP-2, D-CLIP</b>	70	50	–
<b>DF1-8, DF2-8, DF3-8, DF1-7, DF2-7, DF3-7, DF1-5, DF2-5, DF3-5<sup>1)</sup></b>	40	50	300
<b>D-CLIPR-4<sup>1)</sup></b>	40	50	125
<b>D-CLIPR-2, D-CLIPR-0, D-CLIPB-0</b>	70	50	125

<sup>1)</sup> Tarife mit GarantModul erhalten zusätzlich:  
einen Zinsüberschussanteil in Höhe von:

- bei Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-8“: 1,55% (in der Rentenbeginnphase: 2,00%),
- bei Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-7“: 1,55%,
- bei Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-4“, „-5“ oder „-6“: 1,05%

und beitragspflichtige bzw. tariflich beitragsfreie Versicherungen (nicht gegen Einmalbeitrag) eine Nachdividende in ‰:

- bei Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-8“ oder „-7“: gemäß Staffel 703 (abweichend hiervon erhalten Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“ während der Rentenbeginnphase die Nachdividende in Höhe der zu Beginn der Rentenbeginnphase erreichten Anwartschaften, diese Anwartschaften werden mit einem AnsammlungszinssatzRB in Höhe von 3,8% weiterentwickelt),
- bei Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-4“, „-5“ oder „-6“: gemäß Staffel K.

Zusätzlich erhalten die Tarife mit GarantModul eine Sockelbeteiligung von 0%.

<sup>2)</sup> Bei folgenden Fonds wird abweichend ein Kostenüberschussanteil von 0% gewährt:

- Templeton Growth (Euro) Fund
- Fidelity Funds
- DWS Invest European Dividend Plus

Zusätzlich erhalten **alle fondsgebundenen Lebens-/ Rentenversicherungen** einen Überschussanteil auf das Fondsguthaben (jährlich) in % des maßgeblichen Fondsguthabens abhängig vom gewählten Fonds:

Fondsname	Fondsguthaben ab 200.000 Euro	Fondsguthaben ab 300.000 Euro
APO Forte INKA	0,39 %	0,78 %
APO Mezzo INKA	0,27 %	0,54 %
APO Vivace INKA	0,27 %	0,54 %
AXA Rosenberg Global Equity Alpha Fund	0,27 %	0,54 %
AXA Rosenberg Eurobloc Equity Alpha Fund	0,27 %	0,54 %

### 3.1.2 Garantieoption

Alle Tarife mit Garantieoption erhalten einen monatlichen Zinsüberschussanteil in % des Deckungskapitals zum Ende des Vormonats, das durch Ausübung der Garantieoption umgeschichtet wurde\*:

Januar 2009	3,85%
Februar 2009	3,85%
* monatliche Deklaration in Abhängigkeit von der Kapitalmarktentwicklung	

### 3.2 Laufende (flexible) fondsgebundene Rentenversicherungen (mit/ohne GarantModul)

Tarife

DF1-8, DF2-8, DF3-8, DF4-8, DF5-8, DFX4- 8, DFX5-8: vgl. Ziffer 4.2.

Tarife

DF1-7, DF2-7, DF3-7, DF4-7, DF5-7, DFX4-7, 7, DFX5-7, DFX4-6, DFX5-6: vgl. Ziffer 4.2.

Tarife

DF1-5, DF2-5, DF3-5, DF4-5, DF5-5, D-CLIPR-4, D-CLIPR-2, D-CLIPB-0, D-CLIPR-0: vgl. Ziffer 4.2.

## 4. Rentenversicherungen: Einzel- und Kollektiv-Versicherungen

### Allgemeine Erläuterungen

- 1) Maßstab für die laufenden Überschussanteile:
  - Zinsüberschussanteil: das überschussberechtigte Deckungskapital
  - Kostenüberschussanteil: das überschussberechtigte Deckungskapital
  - dynamische Gewinnrente: die erreichte Gesamtrente
  - variable Gewinnrente bzw. gleichbleibende Erhöhungsrente: die garantierte Rente

Maßstab für den Schlussüberschussanteil:

- die laufende Überschussbeteiligung (bei Überschussystem „Investmentbonus“: die Summe der laufenden Überschussanteile)

Maßstab für die Nachdividende:

- der überschussberechtigte Kapitalwert

Maßstab für die Sockelbeteiligung an Bewertungsreserven:

- ein Prozent der Summe der verteilungsrelevanten Versichertenguthaben der letzten zehn Bewertungsstichtage, soweit diese nicht vor dem 31. Dezember 2002 liegen

- 2) Zu Rentenversicherungen nach
  - DÄVR-94-Tarifen, CFGR-94-Tarifen
  - DÄVR-Tarifen, CFGR-Tarifen
  - und den „Übrigen Tarifen“ist Folgendes zu bemerken:

Weil die Versicherten nach heutigen Erkenntnissen bedeutend länger leben, als für die Kalkulation

dieser Rentenversicherungen unterstellt wurde, müssen zur Sicherung der vertraglich vereinbarten Renten zusätzliche Deckungsrückstellungen aufgebaut werden. Dazu werden die im Geschäftsjahr erwirtschafteten Erträge herangezogen.

Auswirkung auf die laufende Überschussbeteiligung:  
Vor Rentenbeginn:

Die künftige laufende Überschussbeteiligung wird ausgesetzt; die Versicherung erhält stattdessen zusätzliche Deckungskapitalzuführungen in der Höhe, in der sonst Überschussanteile gutgeschrieben worden wären. Bei Beendigung der Versicherung vor Rentenbeginn durch Tod des Versicherten, Rückkauf oder Ausübung des Kapitalwahlrechtes werden die zusätzlichen Deckungsmittel in dem Maße herausgegeben, in dem sie als Überschussanteile zur Auszahlung gekommen wären.

Nach Rentenbeginn:

Bei vereinbarter Rentendynamik durch Überschussbeteiligung wird die Zusatzrente gekürzt.

Sobald für den einzelnen Vertrag ausreichendes Deckungskapital vorhanden bzw. aufgebaut ist, wird der Vertrag wieder normal am Überschuss beteiligt.

### 4.1 Vor Rentenbeginn

Die Überschussanteilsätze für Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherungen richten sich – sofern nicht gesondert ausgewiesen – nach den Sätzen des jeweiligen Haupttarifes. Sie erhalten keinen Kostenüberschussanteil.

#### 4.1.1 Beitragspflichtige Versicherungen

4.1.1.1 Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“, „-7“, „-6“, „-5“, „-4“, „-3“, „-1“, „-0“, „-98“, „-95“, „-94“	Kosten- überschuss- anteil in %	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in %	Nach- dividende <sup>1)</sup> in ‰
<b>DG1(G)-8, DG2(G)-8, DG3(G)-8, DG4(G)-8<sup>10)</sup></b> Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 1,25 % <sup>5) 10)</sup> ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0,3 <sup>4)</sup>	1,25 <sup>5) 6)</sup>	24	Staffel 704 <sup>6)</sup>
<b>DVR1(G)-7, DVR2(G)-7</b>	–	1,35 <sup>3)</sup>	Staffel 701S	–
<b>DG1(G)-7, DG2(G)-7, DG3(G)-7, DG4(G)-7</b> Zusatztarife Z/W zur TG „-7“ erhalten zusätzlich einen Risikoüberschussanteil in Höhe von 56 % des Bruttojahresbeitrages der (Z + ggf. W). Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 1,25 % <sup>5)</sup> ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0,3 <sup>4)</sup>	1,25 <sup>5) 6)</sup>	24	Staffel 704 <sup>6)</sup>
<b>DVR1(G)-6, DVR2(G)-6, DVR1(G)-5, DVR2(G)-5, D-VR1(G)-4, D-VR2(G)-4</b>	–	0,85 <sup>3) 7)</sup>	Staffel 1	–
<b>DG1(G)-5, DG2(G)-5, DG3(G)-5, DG4(G)-5</b> Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,75 % <sup>5)</sup> ihres überschussberechtigten Deckungskapitals, abweichend hiervon beträgt in der Rentenbeginnphase der Überschussatz: 0,75 %	0,3 <sup>4)</sup>	0,75 <sup>5) 6) 7)</sup>	23 <sup>5)</sup>	Staffel H <sup>6)</sup>
<b>D-R1(G)-4, D-R2(G)-4</b> Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,75 % <sup>5)</sup> ihres überschussberechtigten Deckungskapitals, abweichend hiervon beträgt in der Rentenbeginnphase der Überschussatz: 0,75 %	0,3 <sup>2)</sup>	0,75 <sup>5) 6) 7)</sup>	23 <sup>5)</sup>	Staffel H <sup>6)</sup>
<b>D-R1-3, D-R2-3</b> Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,25 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0,3 <sup>2)</sup>	0,25	25	Staffel H
<b>D-VR1(G)-0, D-VR1(G)-1, D-VR2(G)-0, D-VR2(G)-1</b>	–	0,35 <sup>3)</sup>	Staffel 1	–
<b>D-R1-0, D-R2-0, D-R3-0, R1G-0, R2G-0, R3G-0</b> Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,75 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0,3 <sup>4)</sup>	0,75	22	Staffel A
<b>D-R1-98, D-R2-98, D-R3-98, R1G-98, R2G-98, R3G-98</b> Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0,3 <sup>8)</sup>	0	25	Staffel A
<b>DÄVR2-95, CFGR2-95</b> Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0,3 <sup>8)</sup>	0	25	Staffel A
<b>DÄVR2-94, CFGR2-94</b> Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0,1 <sup>9)</sup>	0	25	Staffel A
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in %:		0	

<sup>1)</sup> Bei abgekürzter Beitragszahlungsdauer: siehe Ziffer 4.1.2.1

<sup>2)</sup> Für Einzel-Hauptversicherungen mit Kapitalwert unter 50.000 Euro: 0,15 %; für Kollektiv-Hauptversicherungen generell 0,15 %

<sup>3)</sup> Sofern das Deckungskapital mindestens 375 Euro beträgt

<sup>4)</sup> Für Hauptversicherungen mit Kapitalwert unter 50.000 Euro: 0,15 %, er entfällt für Hinterbliebenen-Zusatzversicherungen

<sup>5)</sup> Überschussystem „Zinsbonus“: Zinsüberschussatz um 0,5 Prozentpunkte erhöht und Schlussüberschussanteilsatz auf null gesetzt<sup>10)</sup>

<sup>6)</sup> Überschussystem „Investmentbonus“: Zinsüberschussatz um 0,4 Prozentpunkte erhöht und Nachdividende entfällt<sup>10)</sup>

<sup>7)</sup> Abweichend hiervon beträgt in der Rentenbeginnphase der Überschussatz: 0,75 %

<sup>8)</sup> Nur für Einzel-Hauptversicherungen mit Kapitalwert ab 50.000 Euro; für Kollektiv-Hauptversicherungen generell 0,15 %

<sup>9)</sup> Nur für Einzel-Hauptversicherungen mit Kapitalwert ab 50.000 Euro; er entfällt bei Kollektiv-Hauptversicherungen

<sup>10)</sup> In der Rentenbeginnphase: siehe Ziffer 4.1.2.1

<b>4.1.1.2</b>	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in %	Nach- dividende <sup>1)</sup> in ‰
<b>Tarife</b>			
<b>DÄVR2, CFGR2, CFGR4</b>	0	16	Staffel C
zugehörige WaisenrentenZV Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0% ihres überschussberechtigten Deckungskapitals			
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in %:		0
<sup>1)</sup> Bei abgekürzter Beitragszahlungsdauer: siehe Ziffer 4.1.2.2			

<b>4.1.1.3</b>	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in %	Nach- dividende <sup>1)</sup> in ‰
<b>Tarife</b>			
<b>Übrige Tarife</b>	0	2	Staffel C
zugehörige WaisenrentenZV			
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in %:		0
<sup>1)</sup> Bei abgekürzter Beitragszahlungsdauer: siehe Ziffer 4.1.2.3			

#### 4.1.2 Beitragsfreie Versicherungen

4.1.2.1 Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“, „-7“, „-6“, „-5“, „-4“, „-3“, „-1“, „-0“, „-98“, „-95“, „-94“	Kosten- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in %	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in %	Nach- dividende <sup>1)</sup> in ‰
DG1-8, DG2-8, DG3-8, DG4-8, DG1G-8, DG2G-8, DG3G-8, DG4G-8	–	1,25 <sup>5) 9)</sup>	24	Staffel 702
DG1E-8, DG2E-8, DG3E-8, DG4E-8, DG1EG-8, DG2EG-8, DG3EG-8, DG4EG-8	–	1,30 <sup>#)</sup>	15	–
<sup>#)</sup> in den ersten fünf Versicherungsjahren abweichend hiervon: mit Versicherungsbeginn bis 1.9.2008: 1,95 % mit Versicherungsbeginn ab 1.10.2008 bis 1.12.2008: 2,25 % mit Versicherungsbeginn ab: 1.1.2009: 2,25 % Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“ in der Rentenbeginnphase: Zinsüberschussanteil: 2%, der Kostenüberschussanteil entfällt, insbesondere erhalten die Versicherungen während der Rentenbeginnphase die Schlussüberschussanteile und Nachdividende in Höhe der mit Ablauf der Aufschubzeit erreichten Anwartschaften, diese Anwartschaften werden mit einem AnsammlungszinssatzRB (siehe Ziffer 11) 3,8% weiterentwickelt. Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 1,25 % <sup>5)</sup> ihres überschussberechtigten Deckungskapitals; bei Tarif DG1E(G)-8, DG2E(G)-8, DG3E(G)-8, DG4E(G)-8: 1,55%, in der Rentenbeginnphase: 1,55 %				
DVR1(G)-7, DVR2(G)-7	–	1,35 <sup>2)</sup>	23 <sup>5)</sup>	–
DG1-7, DG2-7, DG3-7, DG4-7, DG1G-7, DG2G-7, DG3G-7, DG4G-7	–	1,25 <sup>5) 9)</sup>	24	Staffel 702
DG1E-7, DG2E-7, DG3E-7, DG4E-7, DG1EG-7, DG2EG-7, DG3EG-7, DG4EG-7	–	1,30 <sup>#)</sup>	15	–
<sup>#)</sup> in den ersten fünf Versicherungsjahren abweichend hiervon: 1,75 % Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 1,25 % <sup>5)</sup> ihres überschussberechtigten Deckungskapitals; bei Tarif DG1E(G)-7, DG2E(G)-7, DG3E(G)-7, DG4E(G)-7: 1,55 %				
DVR1(G)-6, DVR2(G)-6, DVR1(G)-5, DVR2(G)-5	–	0,85 <sup>2) 7)</sup>	Staffel 1	–
DG1-5, DG2-5, DG3-5, DG4-5, DG1G-5, DG2G-5, DG3G-5, DG4G-5	–	0,75 <sup>5) 6) 7)</sup>	23 <sup>5)</sup>	Staffel L <sup>6)</sup>
DG1E-5, DG2E-5, DG3E-5, DG4E-5, DG1EG-5, DG2EG-5, DG3EG-5, DG4EG-5	–	0,80 <sup>#)</sup>	17	–
<sup>#)</sup> in den ersten fünf Versicherungsjahren abweichend hiervon: 0,75 % Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,75 % <sup>5)</sup> ihres überschussberechtigten Deckungskapitals; bei Tarif DG1E(G)-5, DG2E(G)-5, DG3E(G)-5, DG4E(G)-5: 0,8 %, in den ersten fünf Versicherungsjahren: 0,75 %				

4.1.2.1 (Fortsetzung)	Kosten- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in %	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in %	Nach- dividende <sup>1)</sup> in ‰
<b>D-VR1(G)-4, D-VR2(G)-4</b>	–	0,85 <sup>2) 7)</sup>	Staffel 1	–
<b>D-R1-4, D-R2-4, D-R3-4, R1G-4, R2G-4, R3G-4</b>	–	0,75 <sup>5) 6) 7)</sup>	23 <sup>5)</sup>	Staffel L <sup>6)</sup>
<b>D-R1E-4, D-R2E-4, D-R3E-4, R1EG-4, R2EG-4, R3EG-4</b> <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,75 %<sup>5)</sup> ihres überschussberechtigten Deckungskapitals; bei Tarif (D)-R1E(G)-4, (D)-R2E(G)-4, (D)-R3E(G)-4: 0,8 %</small>	–	0,80	17	–
<b>D-R1-3, D-R2-3</b>	–	0,25 <sup>3)</sup>	25	Staffel L
<b>D-R1E-3, D-R2E-3</b> <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,25 %<sup>5)</sup> ihres überschussberechtigten Deckungskapitals; bei Tarif D-R1E-3, D-R2E-3: 0,3 %</small>	–	0,30	17	–
<b>D-VR1(G)-0, D-VR1(G)-1, D-VR2(G)-0, D-VR2(G)-1</b>	–	0,35 <sup>2)</sup>	Staffel 1	–
<b>D-R1-0, D-R2-0, D-R3-0, R1G-0, R2G-0, R3G-0</b>	–	0,75 <sup>3)</sup>	17	Staffel B
<b>D-R1E-0, D-R2E-0, D-R3E-0, R1EG-0, R2EG-0, R3EG-0</b> <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,75 %<sup>5)</sup> ihres überschussberechtigten Deckungskapitals; bei Tarif (D)-R1E(G)-0, (D)-R2E(G)-0, (D)-R3E(G)-0: 0,65 %</small>	–	0,65	17	–
<b>D-R1-98, D-R2-98, D-R3-98, R1G-98, R2G-98, R3G-98</b>	0,15 <sup>8)</sup>	0	20	Staffel B
<b>D-R1E-98, D-R2E-98, D-R3E-98, R1EG-98, R2EG-98, R3EG-98</b> <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals</small>	–	0	20	–
<b>DÄVR2-95, CFGR2-95</b>	0,15 <sup>8)</sup>	0	20	Staffel B
<b>DÄVR3-95, CFGR3-95</b> <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals</small>	–	0	20	Staffel D
<b>DÄVR2-94, CFGR2-94</b>	–	0	20	Staffel B
<b>DÄVR3-94, CFGR3-94</b> <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals</small>	–	0	20	Staffel B <sup>4)</sup>
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in %:		0	

<sup>1)</sup> Bei durch Kündigung beitragsfreigestellten Versicherungen entfallen Kostenüberschussanteil, Schlussüberschussanteil und Nachdividende

<sup>2)</sup> Sofern das Deckungskapital mindestens 375 Euro beträgt

<sup>3)</sup> Bei durch Kündigung beitragsfreigestellten Versicherungen reduziert sich der Zinsüberschussanteil zusätzlich um 0,1 Prozentpunkte

<sup>4)</sup> Bei Tarif DÄVR3-94, CFGR3-94 mit Beginn ab 1.3.1994 bis 1.12.1994: Staffel E

<sup>5)</sup> Überschussystem „Zinsbonus“: Zinsüberschussatz um 0,5 Prozentpunkte erhöht und Schlussüberschussanteilsatz auf null gesetzt

<sup>6)</sup> Überschussystem „Investmentbonus“: Zinsüberschussatz um 0,4 Prozentpunkte erhöht und Nachdividende entfällt

<sup>7)</sup> Abweichend hiervon beträgt in der Rentenbeginnphase der Zinsüberschussatz: 0,75 %

<sup>8)</sup> Nur für Einzel-Hauptversicherungen mit Kapitalwert ab 50.000 Euro; er entfällt bei Kollektiv-Hauptversicherungen und Zusatztarifen

<sup>9)</sup> Überschussystem „Investmentbonus“ bei Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-7“ oder „-8“:  
beitragsfrei durch Ablauf der BZD: Zinsüberschussatz um 0,2 Prozentpunkte erhöht und Nachdividende entfällt  
beitragsfrei durch Kündigung: Zinsüberschussatz nicht erhöht und Nachdividende entfällt

4.1.2.2	Zins- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in %	Schluss- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in %	Nach- dividende <sup>1)</sup> in ‰
<b>Tarife</b>			
<b>DÄVR2, CFGR2, DÄVR3, CFGR3</b>	0	16	Staffel C
zugehörige WaisenrentenZV Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0% ihres überschussberechtigten Deckungskapitals			
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in %:		0
<sup>1)</sup> Bei durch Kündigung beitragsfreigestellten Versicherungen entfallen Schlussüberschussanteil und Nachdividende			

4.1.2.3	Zins- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in %	Schluss- überschuss- anteil <sup>1)</sup> in %	Nach- dividende <sup>1)</sup> in ‰
<b>Tarife</b>			
<b>Übrige Tarife</b>	0	2	Staffel C
zugehörige WaisenrentenZV			
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in %:		0
<sup>1)</sup> Bei durch Kündigung beitragsfreigestellten Versicherungen entfallen Schlussüberschussanteil und Nachdividende			

## 4.2 Nach Rentenbeginn

Die Überschussanteilsätze für Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherungen richten sich – sofern nicht gesondert ausgewiesen – nach den Sätzen für den jeweiligen Haupttarif.

Überschusssystem:

<b>Dynamische Gewinnrente</b>		<b>Erhöhungsprozentsatz</b>
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“:	sofort beginnende temporäre Renten	
	Rentenbeginne ab 1.2009	2,10*
	Rentenbeginne ab 10.2008 bis 12.2008	2,10
	Rentenbeginne bis 9.2008	1,80
	sofort beginnende lebenslängliche Renten	1,65
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-7“:	aufgeschobene Renten	1,70
	sofort beginnende temporäre Renten	1,50
	sofort beginnende lebenslängliche Renten	1,55
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-5“, „-6“:	aufgeschobene Renten	1,70
	sofort beginnende temporäre Renten	0,75
	sofort beginnende lebenslängliche Renten	1,10
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-4“:	aufgeschobene Renten	1,20
	sofort beginnende temporäre Renten	0,75
	sofort beginnende lebenslängliche Renten	0,95
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-3“:	aufgeschobene Renten	1,05
	sofort beginnende temporäre Renten	0,45
	sofort beginnende lebenslängliche Renten	0,45
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-0“, „-1“, „-2“:	aufgeschobene Renten	0,55
	Rentenbeginne ab 2003	0,65
	Rentenbeginne bis 12.2002	0,65
	Rentenbeginne ab 2003	0,65
	Rentenbeginne bis 12.2002	0,75
Tarife ohne eines der vorstehend genannten Zusatzkennzeichen:	aufgeschobene Renten	0,75
		0

\* Tranchenverfahren: Deklaration kann in Abhängigkeit von der Kapitalmarktentwicklung für künftige Neuabschlüsse geändert werden

Überschusssystem:

### Erhöhte Startrente

Die Sätze der erhöhten Startrente werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.

Basistafel ist bei Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-6“, „-7“, „-8“ die Tafel DAV 2004 R, bei Rentenversicherungen nach dem Gesetz über die Zertifizierung von Altersvorsorgeverträgen mit diesem Zusatzkennzeichen: unternehmenseigene Unisex Rentensterbetafel (auf Basis der DAV 2004 R),

Basistafel ist bei Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-5“ die Tafel DAV 2004 R,

Basistafel ist bei Tarifen ohne eines der vorstehend genannten Zusatzkennzeichen die Tafel DAV 1994 R 2. Ordnung, bei fondsgebundenen Renten und fondsgebundenen Rentenversicherungen nach dem Gesetz über die Zertifizierung von Altersvorsorgeverträgen nach der Tafel DAV 2004 RB-20.

Tarife mit...	Gesamtzins		Steigerungssatz	
Zusatzkennzeichen „-8“:	4,60 %	sofort beginnende temporäre Renten		
		Rentenbeginne ab 1.2009	0,50 %*	
	4,60 %	Rentenbeginne ab 10.2008 bis 12.2008	0,50 %	
	4,30 %	Rentenbeginne bis 9.2008	0,50 %	
	4,10 %	sofort beginnende lebenslängliche Renten	0,40 %	
	4,00 %	aufgeschobene Renten, Riesterhybridtarife	0,30 %	
Zusatzkennzeichen „-7“:	4,00 %	sofort beginnende temporäre Renten	0,50 %	
	4,00 %	sofort beginnende lebenslängliche Renten	0,40 %	
	4,00 %	aufgeschobene Renten, Riester tarife	0,30 %	
Zusatzkennzeichen „-5“, „-6“:	3,65 %	sofort beginnende temporäre Renten	0,50 %	
	3,65 %	sofort beginnende lebenslängliche Renten	0,85 %	
	4,00 %	aufgeschobene Rentenbeginne ab 1.2007	0,85 %	
	3,85 %	aufgeschobene Rentenbeginne bis 12.2006	0,85 %	
Zusatzkennzeichen „-4“:	3,00 %	sofort beginnende Renten	0,25 %	
	Rentenbeginne ab 1.2007	3,85 %	aufgeschobene Renten, Riester tarife	1,10 %
	Rentenbeginne bis 12.2006	3,70 %	aufgeschobene Renten, Riester tarife	1,10 %
Zusatzkennzeichen „-3“:	3,70 %	sofort beginnende temporäre Renten	0,45 %	
	3,70 %	sofort beginnende lebenslängliche Renten	0,45 %	
	Rentenbeginne ab 1.2007	3,80 %	aufgeschobene Renten, Riester tarife	0,55 %
	Rentenbeginne bis 12.2006	3,70 %	aufgeschobene Renten, Riester tarife	0,55 %
Zusatzkennzeichen „-0“, „-1“, „-2“:	3,90 %	sofort beginnende temporäre Renten	0,65 %	
	3,90 %	sofort beginnende lebenslängliche Renten	0,65 %	
	Rentenbeginne ab 1.2007	4,00 %	aufgeschobene Renten, Riester tarife	0,75 %
	Rentenbeginne bis 12.2006	3,90 %	aufgeschobene Renten, Riester tarife	0,75 %
<b>Tarife ohne eines der vorstehend genannten Zusatzkennzeichen:</b>	4,00 %		0,00 %	

\* Tranchenverfahren: Deklaration kann in Abhängigkeit von der Kapitalmarktentwicklung für künftige Neuabschlüsse geändert werden

Überschusssystem:

**Variable Gewinnrente/**

**Gleich bleibende Erhöhungsrente**

Die Sätze der Variablen Gewinnrente/Gleich bleibenden Erhöhungsrente werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.

Sie sind für Frauen und Männer verschieden und werden für jedes Alter individuell auf Basis der Sterbetafel und des deklarierten Gesamtzinses berechnet.

Die Sätze der erhöhten Startrente werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.

Basistafel ist bei Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-6“, „-7“, „-8“: die Tafel DAV 2004 R, bei Rentenversiche-

rungen nach dem Gesetz über die Zertifizierung von Altersvorsorgeverträgen mit diesem Zusatzkennzeichen: unternehmenseigene Unisex Rentensterbetafel (auf Basis der DAV 2004 R),

Basistafel ist bei Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-5“: die Tafel DAV 2004 R,

Basistafel ist bei Tarifen ohne eines der vorstehend genannten Zusatzkennzeichen: die Tafel DAV 1994 R 2. Ordnung, bei fondsgebundenen Renten und fondsgebundenen Rentenversicherungen nach dem Gesetz über die Zertifizierung von Altersvorsorgeverträgen nach der Tafel DAV 2004 RB-20.

Überschusssystem:

**Variable Gewinnrente/Gleich bleibende Erhöhungsrente**

Tarife mit...	Gesamtzins
Zusatzkennzeichen „-8“:	sofort beginnende temporäre Renten
	Rentenbeginne ab 1.2009 4,60%*
	Rentenbeginne ab 10.2008 bis 12.2008 4,60%
	Rentenbeginne bis 9.2008 4,30%
	aufgeschobene Renten, Riesterhybridtarife 4,00%
Zusatzkennzeichen „-7“:	sofort beginnende temporäre Renten 4,00%
	aufgeschobene Renten, Riester tarife 4,00%
Zusatzkennzeichen „-5“, „-6“:	sofort beginnende temporäre Renten 3,65%
	aufgeschobene Rentenbeginne ab 1.2007 4,00%
	aufgeschobene Rentenbeginne bis 12.2006 3,85%
Zusatzkennzeichen „-4“:	sofort beginnende Renten 3,00%
Rentenbeginne ab 1.2007	aufgeschobene Renten, Riester tarife 3,85%
Rentenbeginne bis 12.2006	aufgeschobene Renten, Riester tarif 3,70%
Zusatzkennzeichen „-3“:	abgekürzte Rentenzahlung
	Rentenbeginne ab 1.2007 3,80%
	Rentenbeginne bis 12.2006 3,70%
Zusatzkennzeichen „-0“, „-1“, „-2“:	abgekürzte Rentenzahlung
	Rentenbeginne ab 1.2007 4,00%
	Rentenbeginne ab 1.2004 bis 12.2006 3,90%
	Rentenbeginne bis 12.2003 4,00%
Zusatzkennzeichen „-98“ oder „-95“:	lebenslange Rentenzahlung
	Rentenbeginne ab 1.2002 4,00%
	Rentenbeginne bis 12.2001 4,63%
	abgekürzte Rentenzahlung 4,00%
Zusatzkennzeichen „-94“: (DÄVR1-94, CFGR1-94)	lebenslange Rentenzahlung
	Rentenbeginne ab 1.2002 4,00%
	Rentenbeginne bis 12.2001 4,31% <sup>+</sup>
	Rentenbeginne bis 12.1995 4,57% <sup>+</sup>
	<sup>+</sup> DÄVR1-94, CFGR1-94, DÄVR3-94, CFGR3-94: Vers.-Beginn 3.1994 bis 12.1994
	Rentenbeginne ab 1.2002 4,00%
	Rentenbeginne bis 12.2001 4,31%
	abgekürzte Rentenzahlung 4,00%

\* Tranchenverfahren: Deklaration kann in Abhängigkeit von der Kapitalmarktentwicklung für künftige Neuabschlüsse geändert werden

Überschusssystem:

(Fortsetzung von Seite 94)

### Variable Gewinnrente/Gleich bleibende Erhöhungsrente

Tarife mit...		Gesamtzins
Tarife ohne eines der vorstehend genannten Zusatzkennzeichen (DÄVR, CFGR, RR und älter)	lebenslange Rentenzahlung	
	Rentenbeginne ab 1.2002	4,00 %
	Rentenbeginne ab 1.1997 bis 12.2001	4,31 %
	Rentenbeginne in 1996	4,62 % <sup>+</sup>
	Rentenbeginne bis 12.1995	4,88 % <sup>+</sup>
	<small><sup>+</sup> DÄVR1, CFGR1, DÄVR3, CFGR3: Vers.-Beginn 3.1994 bis 12.1994</small>	
	Rentenbeginne ab 1.2002	4,00 %
	Rentenbeginne bis 12.2001	4,31 %
	abgekürzte Rentenzahlung	4,00 %

## 5. Fondsgebundene Rentenversicherungen nach dem Gesetz über die Zertifizierung von Altersvorsorgeverträgen

### 5.1 Beitragspflichtige/beitragsfreie Fondsgebundene Rentenversicherungen nach dem Gesetz über die Zertifizierung von Altersvorsorgeverträgen

Maßstab für die Überschussanteile:

- Kostenüberschussanteil: das maßgebliche Deckungskapital
- Zinsüberschussanteil: das maßgebliche Deckungskapital
- Schlussüberschussanteil: die Summe der laufenden Überschussanteile

- Sockelbeteiligung an Bewertungsreserven: ein Prozent der Summe der verteilungsrelevanten garantierten Versichertenguthaben der letzten zehn Bewertungsstichtage, soweit diese nicht vor dem 31. Dezember 2002 liegen

Tarife	Kosten- überschuss- anteil in ‰	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil in %
<b>DVI2(G) mit Zusatz- kennzeichen „-1“, „-4“, „-5“, „-6“, „-7“, „-8“</b>	<u>für Eintrittsalter bis 50 Jahre:</u>	sofern das Deckungskapital	Staffel 1
	sofern das Deckungskapital min- destens 10.000 Euro beträgt: 1,68	mindestens 200 Euro beträgt:	
	sofern das Deckungskapital min- destens 20.000 Euro beträgt: 2,52	Tarife mit Zusatzkenn- zeichen „-8“:	1,35
	<u>für Eintrittsalter ab 51 Jahre:</u>	Tarife mit Zusatzkenn- zeichen „-7“:	1,35
	sofern das Deckungskapital min- destens 10.000 Euro beträgt: 1	Tarife mit Zusatzkenn- zeichen „-6“, „-5“ oder „-4“:	0,85
	sofern das Deckungskapital min- destens 20.000 Euro beträgt: 1,5	Tarife mit Zusatzkenn- zeichen „-1“:	0,35
<b>alle Tarife</b>	Sockelbeteiligung in ‰:	0	

## 5.2 Laufende Fondsgebundene Rentenversicherungen nach dem Gesetz über die Zertifizierung von Altersvorsorgeverträgen

Tarife **D-VI2-8, D-VI2G-8**: vgl. Ziffer 4.2.

Tarife **D-VI2-7, D-VI2G-7, D-VI2-6, D-VI2G-6**:  
vgl. Ziffer 4.2.

Tarife **D-VI2-5, D-VI2G-5, D-VI2-4, D-VI2G-4,  
D-VI2-1, D-VI2G-1**: vgl. Ziffer 4.2.

**6. Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherung (InvestmentPlus), Berufsunfähigkeitsversicherung KombiRent, selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung zur Zulagenrente**

**6.1 Während der Anwartschaftszeit**

**6.1.1 Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“, „-7“, „-5“, „-4“ oder „-2“**

**6.1.1.1 DBV-8 mit Überschussystem „Investmentbonus“, DBV-7 mit Überschussystem „Investmentbonus“, DBV-5 mit Überschussystem „Investmentbonus“, Berufsunfähigkeitsversicherung InvestmentPlus D-BV-4, InvestmentPlus D-BV-2**

Diese Versicherungen erhalten einen

– Zinsüberschussanteil in % des überschussberechtigten Deckungskapitals

Tarife mit Zusatzkennzeichen „-2“:	0,65 %
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-5“ oder „-4“:	1,15 %
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-7“ oder „-8“:	1,65 %

– Risikoüberschussanteil in % des überschussberechtigten Risikobeitrags: 40 %

– Sockelbeteiligung in Höhe von 0 % des Maßstabes: Der Maßstab ist ein Prozent der Summe der verteilungsrelevanten garantierten Versichertenguthaben der letzten zehn Bewertungsstichtage, soweit diese nicht vor dem 31. Dezember 2002 liegen.

**6.1.1.2 Alle anderen Tarife**

**Überschussystem „Turbodynamik“**

Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“: Reduktion des Beitrages um 32 %

**Überschussystem „Bonussystem“**

Sie erhalten bei Eintritt der Berufsunfähigkeit einen Berufsunfähigkeitsbonus in Höhe von  $66\frac{2}{3}\%$  – bei Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-7“ oder „-8“ 68 % – der versicherten Rente.

**Überschussystem „Beitragsverrechnung“**

Tarife mit Zusatzkennzeichen „-7“ oder „-8“: Reduktion des Beitrages um 41 %

Tarife mit Zusatzkennzeichen „-5“: Reduktion des Beitrages um 40 %

**6.1.2 Tarife ohne Zusatzkennzeichen „-8“, „-7“, „-5“, „-4“ oder „-2“**

Diese erhalten bei Eintritt der Berufsunfähigkeit einen Berufsunfähigkeitsbonus in Höhe von 25 % der versicherten Rente.

erhalten zusätzlich während der Anwartschaft einen Schlussüberschussanteil in Höhe von 10 % der gezahlten Beiträge.

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen nach den Tarifen DÄV-BV und GBV ohne Zusatzkennzeichen

## 6.2 Während der Rentenlaufzeit

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen erhalten eine Erhöhungrente:

- bei den Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-8“ mit Überschusssystem Turbodynamik 3,75 %
- ohne Überschusssystem Turbodynamik 1,75 %
- bei den Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-7“ 1,75 %
- bei den Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-5“ oder „-4“ 1,25 %

- bei den Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-2“ oder „-0“ 0,75 %
- bei den Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-98“ oder „-94“ 0,00 %
- bei den Tarifen DÄV-BVM, DÄV-BVF (Rechnungszinssatz 3,5 %) 0,50 %
- bei den Tarifen DÄV-BV und GBV (Rechnungszinssatz 3 %) 1,00 %

## 7. Zusatzversicherungen nach Tarif BUZ, BUZV, BUZD, B, BR und UBUZ (Rente)

### 7.1 Anwartschaften

System: **BUZ-Turbodynamik**

- BUZ zu Haupttarifen mit Zusatzkennzeichen „-8“ oder „-7“:  
Reduktion des BUZ-Beitrages um 26 %
- BUZ zu Haupttarifen mit Zusatzkennzeichen „-6“, „-5“, „-4“ oder „-3“:  
Reduktion des BUZ-Beitrages um 25 %

System: **Bonusrente**

- Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit erhalten Zusatzversicherungen nach Tarif BUZ mit Zusatzkennzeichen „-7“ oder „-8“ einen Berufsunfähigkeitsbonus in Höhe von 68 % der versicherten Rente (einschließlich Beitragsbefreiung).
- Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit erhalten Zusatzversicherungen nach Tarif BUZ ohne Zusatzkennzeichen „-7“ oder „-8“ einen Berufsunfähigkeitsbonus in Höhe von 66 <sup>2</sup>/<sub>3</sub> % der versicherten Rente (einschließlich Beitragsbefreiung).

System: **Beitragsverrechnung**

- BUZ zu Haupttarifen mit Zusatzkennzeichen „-8“ oder „-7“:  
Reduktion des BUZ-Beitrages um 34 %
- BUZ zu Haupttarifen mit Zusatzkennzeichen „-6“, „-5“, „-4“, „-3“, „-2“ oder „-0“:  
Reduktion des BUZ-Beitrages um 33 %
- BUZ zu Haupttarifen mit Zusatzkennzeichen „-98“, „-97“, „-95“ oder „-94“:  
Reduktion des BUZ-Beitrages um 35 %

Den übrigen Zusatzversicherungen nach den genannten Tarifen wird ein Schlussüberschussanteil in Höhe von 60 % der Beitragssumme gezahlt.

## 7.2 Laufende Berufsunfähigkeits- und Unfall-Berufsunfähigkeits-Zusatzrenten

Fällige Renten (ggf. einschl. Beitragsbefreiung) aus Berufsunfähigkeitsversicherungen mit dem **Überschuss-system „Turbodynamik“** erhalten einen Zinsüberschussanteil in % des Deckungskapitals in Form einer Erhöhungsrente in Höhe von

- bei Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-8“ oder „-7“: 3,75 %
- bei Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-6“, „-5“ oder „-4“: 3,25 %
- bei Tarifen ohne Zusatzkennzeichen „-7“, „-6“, „-5“ oder „-4“: 2,75 %

Fällige Renten (ggf. einschl. Beitragsbefreiung) aus Berufsunfähigkeits- und Unfall-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen erhalten einen Zinsüberschussanteil in % des Deckungskapitals in Form einer Erhöhungsrente.

Diese beträgt

- bei Zusatzversicherungen zu Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-8“ oder „-7“: 1,75 %
- bei Zusatzversicherungen zu Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-6“, „-5“ oder „-4“: 1,25 %
- bei Zusatzversicherungen zu Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-3“, „-2“, oder „-0“: 0,75 %
- bei Zusatzversicherungen zu Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-98“, „-97“, „-95“ oder „-94“: 0,00 %
- bei Zusatzversicherungen zu allen anderen Tarifen mit 3,5 % Rechnungszins: 0,50 %
- bei Zusatzversicherungen zu allen anderen Tarifen mit 3,0 % Rechnungszins: 1,00 %

Beitragsbefreiungsrente aus der BUZ:

Überschussanteil in % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals:

- bei Zusatzversicherungen zu Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-8“ oder „-7“: 1,75 %
- bei Zusatzversicherungen zu Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-6“, „-5“ oder „-4“: 1,25 %
- bei Zusatzversicherungen zu Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-3“, „-2“, oder „-0“: 0,75 %
- bei Zusatzversicherungen zu Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-98“, „-97“, „-95“ oder „-94“: 0,00 %
- bei Zusatzversicherungen zu allen anderen Tarifen mit 3,5 % Rechnungszins: 0,50 %
- bei Zusatzversicherungen zu allen anderen Tarifen mit 3,0 % Rechnungszins: 1,00 %

## 8. Pflegerenten-Zusatzversicherungen nach Tarif PZ, PZB

Maßstab für den laufenden Zinsüberschussanteil: das überschussberechtigte Deckungskapital

Maßstab für den Schlussüberschussanteil: die laufende Überschussbeteiligung

Maßstab für die Sockelbeteiligung an Bewertungsreserven: ein Prozent der Summe der verteilungs-

relevanten Versichertenguthaben der letzten zehn Bewertungsstichtage, soweit diese nicht vor dem 31. Dezember 2002 liegen

Maßstab für die Erhöhungsrente: die erreichte Gesamtrente

### 8.1 Vor Eintritt des Pflegefalls

- Zinsüberschussanteil	0,00 %
- Schlussüberschussanteil	70,00 %
- Sockelbeteiligung	0,00 %

### 8.2 Nach Eintritt des Pflegefalls

#### 8.2.1 Während der Aufschubzeit bei Tarif PZB

- Zinsüberschussanteil	
PZB-4	0,60 %
PZB-0	0,10 %
PZB ohne Zusatzkennzeichen	
„-4“ oder „-0“	0,00 %
- Sockelbeteiligung	0,00 %

#### 8.2.2 Während der Rentenlaufzeit

PZB-4	1,25 %
PZB-0	0,75 %
PZB ohne Zusatzkennzeichen	
„-4“ oder „-0“	0,00 %

## 9. Risiko-Zusatzversicherungen, Zeitrenten-Zusatzversicherungen

Maßstab für den Todesfallbonus: die versicherte Summe bzw. die versicherte Rente

Maßstab für den Risikoüberschussanteil: der überschussberechtigte Risikobeitrag

Tarife	Schlusszahlung in % der gezahlten Beitragssumme
<b>Risiko-Zusatzversicherung</b>	
RZ zu Haupttarif DG4-8, RZ zu Haupttarif DG4-7, RZ zu Haupttarif DG4-5	20

Tarife	Todesfallbonus in %	
<b>RZ und FZ</b>		
– zu Haupttarifen mit Zusatzkennzeichen „-4“, „-3“, „-0“, „-98“, „-97“, „-95“, -94“	60	
– zu DÄV-Tarifen/CLFG-Tarifen ohne eines der vorstehend genannten Zusatzkennzeichen	80	
– zu Übrigen Tarifen Bei den Übrigen Tarifen wird bei beitragspflichtigen Risiko-Zusatzversicherungen – sofern vertraglich vereinbart – anstelle des Todesfallbonus ein Schlussüberschussanteil in % der gezahlten Beiträge gezahlt.	110 (bei Frauen: 140)	
Er beträgt nach einer zurückgelegten Versicherungsdauer von		
mehr als 30 Jahren	für Männer	35 zzgl. 55% Todesfallbonus
mehr als 20 Jahren	für Männer	30 zzgl. 55% Todesfallbonus
mehr als 10 Jahren	für Männer	25 zzgl. 55% Todesfallbonus
10 Jahren und weniger	für Männer	20 zzgl. 55% Todesfallbonus
mehr als 30 Jahren	für Frauen	35 zzgl. 70% Todesfallbonus
mehr als 20 Jahren	für Frauen	30 zzgl. 70% Todesfallbonus
mehr als 10 Jahren	für Frauen	25 zzgl. 70% Todesfallbonus
10 Jahren und weniger	für Frauen	20 zzgl. 70% Todesfallbonus

**Versicherungen mit Schlussüberschussanteil  
in % des überschussberechtigten Jahresbeitrages**

FZ mit Beginn bis 1986	30
------------------------	----

Fällige Renten aus Zeitrenten-Zusatzversicherungen erhalten eine Erhöhungsrente in % der erreichten Gesamtrente. Diese beträgt:

- zu Haupttarifen mit Zusatzkennzeichen „-7“ oder „-8“:	1,75
- zu Haupttarifen mit Zusatzkennzeichen „-4“, „-5“ oder „-6“:	1,25
- zu Haupttarifen mit Zusatzkennzeichen „-3“ oder „-0“:	0,75
- zu Haupttarifen mit Zusatzkennzeichen „-98“, „-97“, „-95“ oder „-94“:	0,00
- zu Tarifen mit Rechnungszins 3,5 %:	0,50
- zu Tarifen mit Rechnungszins 3,0 %:	1,00

## 10. Überschussanteilsatz für die verzinsliche Ansammlung

Überschussguthaben erhalten neben dem garantierten Rechnungszins einen Ansammlungsüberschussanteil, so dass sich das Guthaben insgesamt wie folgt verzinst:

	Gesamt- verzinsung in %
<b>Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“</b>	3,50
DVR1(G)-7, DVR2(G)-7	3,60
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-7“, nicht DVR1(G)-7, DVR2(G)-7	3,50
DVR1(G)-6, D-VR2(G)-6, DVR1(G)-5, D-VR2(G)-5	3,60
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-5“, nicht DVR1(G)-5, DVR2(G)-5	3,50
D-VR1(G)-4, D-VR2(G)-4	3,60
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-4“, nicht D-VR1(G)-4, D-VR2(G)-4	3,50
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-3“	3,50
D-VR1(G)-1, D-VR2(G)-1, D-VR1(G)-0, D-VR2(G)-0	3,60
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-0“, nicht D-VR1(G)-0, D-VR2(G)-0	4,00
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-98“ oder „-97“	4,00
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-95“ oder „-94“, PZ(B) zu diesen Tarifen	4,00
<b>Übrige Tarife</b>	4,00*
* Rententarife	4,00
<b>bei Einmalbeitragsversicherungen mit bestimmten Beginnterminen:</b>	
– Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“:	3,80
– Tarife mit Zusatzkennzeichen „-7“:	3,80
– Tarife mit Zusatzkennzeichen „-5“:	3,50*
* DG1E(G), DG2E(G), DG3E(G), DG4E(G) ab dem 6. Versicherungsjahr abweichend:	3,55
– Tarife mit Zusatzkennzeichen „-4“:	3,55
– Tarife mit Zusatzkennzeichen „-3“:	3,70**
** R1E-3, R2E-3:	3,55
– Tarife mit Zusatzkennzeichen „-0“:	3,90
<b>BUZ-Beitragsbefreiungsrente</b>	4,00
<b>Rentenbeginnphase der Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“:</b>	3,80

## 11. Nachdividendenstaffeln

**Staffel A:** Nachdividende in ‰ für Versicherungsdauern (Aufschubdauern):

unter 12 Jahren:  $\frac{1}{12} \cdot \text{Versicherungsdauer (Aufschubdauer)} \cdot 20$

ab 12 Jahre: 20 zzgl.  $\frac{4}{3}$  für jedes über die Dauer 12 hinausgehende Versicherungsjahr, höchstens 40

**Staffel B:** Nachdividende in ‰ für Versicherungsdauern (Aufschubdauern):

unter 12 Jahren:  $\frac{1}{12} \cdot \text{Versicherungsdauer (Aufschubdauer)} \cdot 16\frac{2}{3}$

ab 12 Jahre:  $16\frac{2}{3}$

**Staffel C:** Nachdividende in ‰:

Aufschubdauer (Jahre)	12–19	20–24	25–29	ab 30
	6,75	13,50	20,25	27

**Staffel D:** Nachdividende in ‰ für Aufschubdauern:

unter 12 Jahren:  $\frac{1}{12} \cdot \text{Aufschubdauer} \cdot 11\frac{2}{3}$

ab 12 Jahre:  $11\frac{2}{3}$

**Staffel E:** Nachdividende in ‰:

Aufschubdauer (Jahre)	12–19	20–24	25–29	ab 30
	10	20	30	40

**Staffel F:** Nachdividende in ‰ für Versicherungsdauern:

unter 12 Jahren:  $\frac{1}{12} \cdot \text{Versicherungsdauer (Aufschubdauer)} \cdot 13\frac{1}{3}$

ab 12 Jahre:  $13\frac{1}{3}$  zzgl.  $\frac{80}{45}$  für jedes über die Dauer 12 hinausgehende Versicherungsjahr, höchstens 40

**Staffel G:** Nachdividende in ‰ für Versicherungsdauern (Aufschubdauern):

unter 12 Jahren:  $\frac{1}{12} \cdot \text{Versicherungsdauer (Aufschubdauer)} \cdot 10$

ab 12 Jahre: 10

**Staffel H:** Nachdividende in ‰ für Versicherungsdauern (Aufschubdauern):

unter 12 Jahren:  $\frac{1}{12} \cdot \text{Versicherungsdauer (Aufschubdauer)} \cdot 30$

ab 12 Jahre: 30 zzgl.  $\frac{10}{3}$  für jedes über die Dauer 12 hinausgehende Versicherungsjahr, höchstens 80

**Staffel I:** Nachdividende in ‰ für Versicherungsdauern (Aufschubdauern):

unter 12 Jahren:  $\frac{1}{12} \cdot \text{Versicherungsdauer (Aufschubdauer)} \cdot 40$

ab 12 Jahre: 40

**Staffel K:** Nachdividende in ‰ für Versicherungsdauern (Aufschubdauern):

unter 12 Jahren: 0

ab 12 Jahre: Tarife DFX4–6, DFX5–6 mit Absenkungsphase: 3,0 für jedes über die Dauer 12 hinausgehende Versicherungsjahr der Hauptphase

sonstige Tarife: 3,0 für jedes über die Dauer 12 hinausgehende Versicherungsjahr

**Staffel L:** Nachdividende in ‰ für Versicherungsdauern (Aufschubdauern):

unter 12 Jahren:  $\frac{1}{12} \cdot \text{Versicherungsdauer (Aufschubdauer)} \cdot 35$

ab 12 Jahre: 35

**Staffel 702:** Nachdividende in ‰ für Versicherungsdauern (Aufschubdauern):

unter 12 Jahren:  $\frac{1}{12} \cdot \text{Versicherungsdauer} \cdot 33$

ab 12 Jahre: 33

**Staffel 703:** Nachdividende in ‰ für Versicherungsdauern (Aufschubdauern):

unter 12 Jahren: 0

ab 12 Jahre: Tarife DFX4-7, DFX5-7 mit Absenkungsphase: 3,4 für jedes über die Dauer 12 hinausgehende Versicherungsjahr der Hauptphase

sonstige Tarife: 3,4 für jedes über die Dauer 12 hinausgehende Versicherungsjahr

**Staffel 704:** Nachdividende in ‰ für Versicherungsdauern (Aufschubdauern):

unter 12 Jahren:  $\frac{1}{12} \cdot \text{Versicherungsdauer} \cdot 30$

ab 12 Jahre: 30 zzgl.  $\frac{3}{1}$  für jedes über die Dauer 12 hinausgehende Versicherungsjahr, höchstens 75

## 12. Schlussüberschussstaffel

**Staffel 1:**

Schlussüberschussanteil in ‰ für Versicherungsdauern (Aufschubdauern):

unter 6 Jahren: 0

ab 6 Jahre: 15,5 zzgl.  $\frac{1}{2}$  für jedes über die Dauer 6 hinausgehende Versicherungsjahr, höchstens 25

**Staffel 701S:**

Schlussüberschussanteil in ‰ für Versicherungsdauern:

unter 6 Jahren: 0

ab 6 Jahre:  $15\frac{7}{20}$  zzgl. 0,35 für jedes über die Dauer 6 hinausgehende Versicherungsjahr, höchstens 22

## Sonstige Angaben

### Angaben gemäß § 251 HGB

Das Landesarbeitsgericht München hat am 15. März 2007 – inzwischen rechtskräftig – entschieden, Entgeltumwandlungsvereinbarungen seien wegen Verletzung des gesetzlichen Wertgleichheitsgebotes unwirksam, wenn der Arbeitslohn in geillmerte Tarife der betrieblichen Altersversorgung investiert wird. Das Landesarbeitsgericht Köln hat am 13. August 2008 gegenteilig entschieden. Gegen dieses Urteil wurde Revision eingelegt. Es wird nicht damit gerechnet, dass die Auffassung, geillmerte Lebensversicherungstarife seien im Rahmen von Entgeltumwandlungsvereinbarungen unzulässig, vom Bundesarbeitsgericht bestätigt wird. Um unseren Kunden auch bis zu einer rechtskräftigen Klärung der Streitfrage verlässliche Rahmen-

bedingungen zu bieten, haben wir im Neugeschäft die betroffenen Arbeitgeber unter bestimmten Voraussetzungen von Zahlungen freigestellt, zu denen sie aufgrund Klage eines ausgeschiedenen Arbeitnehmers zur Auffüllung des Rückkaufwertes gerichtlich verurteilt werden sollten. Von der Bildung einer Rückstellung konnten wir Abstand nehmen, weil es aufgrund der im Geschäftsverlauf zu beobachtenden Stornowahrscheinlichkeiten, der vorerwähnten rechtlichen Prognose und der die Haftungsübernahme erheblich konditionierenden Voraussetzungen unwahrscheinlich ist, dass wir aus dieser Haftungsfreistellung in Anspruch genommen werden.

### Angaben gemäß § 285 Nr. 3 HGB

Nachzahlungsverpflichtungen bei verbundenen Unternehmen und bei Beteiligungen sind in den Erläuterungen zu den entsprechenden Bilanzposten angegeben.

Darüber hinaus bestanden keine sonstigen finanziellen Verpflichtung aus der Veräußerung von Grundstücken mehr (2007: 130 Tsd. Euro).

Die Deutsche Ärzteversicherung AG ist gemäß §§ 124 ff. VAG Mitglied des Sicherungsfonds für die Lebensversicherer. Der Sicherungsfonds erhebt auf Grundlage der Sicherungsfonds-Finanzierungs-Verordnung (Leben) jährliche Beiträge von maximal 0,2‰ der Summe der versicherungstechnischen Nettorückstellungen, bis ein Sicherungsvermögen von 1‰ der Summe der versicherungstechnischen Nettorückstellungen aufgebaut ist. Hieraus ergeben sich für die Deutsche Ärzteversicherung AG keine zukünftigen Verpflichtungen mehr (2007: 2,0 Mio. Euro).

Der Sicherungsfonds kann darüber hinaus Sonderbeiträge in Höhe von weiteren 1‰ der Summe der versicherungstechnischen Nettorückstellungen erheben; dies entspricht einer Verpflichtung von 3,6 Mio. Euro (2007: 4,9 Mio. Euro).

Zusätzlich hat sich die Deutsche Ärzteversicherung AG verpflichtet, dem Sicherungsfonds oder alternativ der Protektor Lebensversicherungs-AG finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen, sofern die Mittel des Sicherungsfonds bei einem Sanierungsfall nicht ausreichen. Die Verpflichtung beträgt 1‰ der Summe der versicherungstechnischen Nettorückstellungen unter Anrechnung der zu diesem Zeitpunkt bereits an den Sicherungsfonds geleisteten Beiträge. Unter Einschluss der oben genannten Einzahlungsverpflichtungen aus den Beitragszahlungen an den Sicherungsfonds beträgt die Gesamtverpflichtung zum Bilanzstichtag 32,6 Mio. Euro (2007: 46,3 Mio. Euro).

#### Angaben gemäß § 285 Nr. 7 HGB

Durchschnittliche Anzahl der Mitarbeiter (ohne Auszubildende) im Geschäftsjahr 2008:

		davon männlich	davon weiblich
Angestellte im Außendienst	21	17	4
Angestellte im Innendienst	118	51	67
Insgesamt	139	68	71

#### Angaben gemäß § 285 Nr. 9 HGB

Die Gesamtbezüge des Vorstands betragen 353 Tsd. Euro (2007: 354 Tsd. Euro), die des Aufsichtsrats 93 Tsd. Euro (2007: 93 Tsd. Euro).

Die Gesamtbezüge früherer Vorstandsmitglieder und ihrer Hinterbliebenen beliefen sich auf 95 Tsd. Euro (2007: 95 Tsd. Euro). Für diesen Personenkreis sind zum

31. Dezember 2008 Rückstellungen für Pensionsverpflichtungen in Höhe von 3.141 Tsd. Euro passiviert worden.

Im Geschäftsjahr bestanden keine Darlehen gegenüber Vorstands- und Aufsichtsratsmitgliedern. Es wurden keine Haftungsverhältnisse eingegangen.

#### Angaben gemäß § 285 Nr. 18 HGB

Zum Bilanzstichtag wurde unter der Bilanzposition übrige Ausleihungen ein derivatives Finanzinstrument in Form einer Long Put Option mit einem Buchwert (gleich Zeitwert) in Höhe von 275.600 Euro ausgewiesen. Mit dieser Option wurden die Erträge aus einem Namensgenussschein (Profit Participating Note) mit

einem Handelsvolumen von 40,0 Mio. Euro abgesichert. Weiterhin gab es ein derivativ strukturiertes Produkt mit einem Buchwert von 7,5 Mio. Euro. Der Marktwert dieser unter den Namensschuldverschreibungen ausgewiesenen Multitranchenanleihe beträgt 34,2 Mio. Euro.

## Mitglieder des Aufsichtsrates

### Angaben gemäß § 285 Nr. 10 HGB

**Dr. Frank Keuper** (Vorsitzender)  
Vorsitzender des Vorstandes der AXA Konzern AG  
Köln

**Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe**  
(1. stellv. Vorsitzender)  
Präsident der Bundesärztekammer  
und des Deutschen Ärztetages  
Präsident der Ärztekammer Nordrhein  
Düren

**Dr. Carl Hermann Schleifer** (2. stellv. Vorsitzender)  
Rechtsanwalt und Steuerberater  
Thumby-Sieseby

**Gerhard Girner**  
Mitglied des Vorstandes der  
Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG  
Düsseldorf

**Dr. med. Frank Ulrich Montgomery**  
Präsident der Ärztekammer Hamburg  
Vizepräsident der Bundesärztekammer  
Hamburg

**Dr. med. Dr. med. dent. Jürgen Weitkamp**  
Präsident der Bundeszahnärztekammer  
Lübbecke

## Mitglieder des Vorstandes

### Angaben gemäß § 285 Nr. 10 HGB

**Gernot Schlösser**  
(Vorsitzender)  
Personal und Verwaltung,  
Maklervertrieb,  
Unternehmensentwicklung,  
Kapitalanlagen, Revision  
  
Produktpolitik und  
Underwriting, Marketing,  
Standesorganisation, Kunden-  
und Vermittlerservice,  
Antrags- und Vertrags-  
verwaltung sowie Leistung,  
Rück- und Mitversicherung,  
Versorgungswerke  
(ab 7. Dezember 2008)

**Jörg Arnold**  
Exklusivvertriebe,  
Deutsche Ärzte Finanz,  
Bankkooperation

**Hans Geiger**  
(bis 6. Dezember 2008)  
Produktpolitik und  
Underwriting, Marketing,  
Standesorganisation,  
Kunden- und Vermittlerservice,  
Antrags- und Vertrags-  
verwaltung, Leistung,  
Rück- und Mitversicherung,  
Versorgungswerke

**Dr. Christoph Jurecka**  
Risikomanagement,  
Planung, Rechnungswesen,  
Controlling, Steuern, Inkasso

## Angaben gemäß § 285 Satz 1 Nr. 14 HGB und § 160 Abs. 1 Nr. 8 AktG

Nach den vorliegenden Mitteilungen gem. § 20 Abs. 4 AktG hält die AXA Konzern AG, Köln, die Mehrheit am Grundkapital unserer Gesellschaft.

Die AXA Konzern AG hat mit unserer Gesellschaft einen zum Bilanzstichtag gültigen Beherrschungsvertrag abgeschlossen.

Im Verhältnis zur AXA Konzern AG, Köln, sind wir ein Konzernunternehmen im Sinne von § 15 ff. AktG in Verbindung mit § 18 Abs. 1 AktG.

Die Deutsche Ärzteversicherung AG und ihre Tochtergesellschaften werden in den Konzernabschluss der AXA, Paris, sowie in den Konzernabschluss der AXA Konzern AG, Köln, zum 31. Dezember 2008 einbezogen. Die AXA stellt den Konzernabschluss für den größten Kreis von Unternehmen auf, und die AXA Konzern AG stellt den

Konzernabschluss für den kleinsten Kreis von Unternehmen auf. Der Konzernabschluss der AXA, Paris, wird bei der französischen Finanzaufsichtsbehörde in Paris (Autorités des Marchés Financiers) unter R.C.S. (Registre du Commerce et des Sociétés) 572 093 920 hinterlegt. Der Konzernabschluss der AXA Konzern AG wird im elektronischen Bundesanzeiger und im Unternehmensregister des Bundesministeriums für Justiz veröffentlicht. Dieser Konzernabschluss mit dem Lagebericht hat für uns gemäß § 291 Abs. 2 HGB befreiende Wirkung.

Köln, den 19. März 2009

Der Vorstand

Arnold

Jurecka

Schlösser

## Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers

Wir haben den Jahresabschluss – bestehend aus Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung sowie Anhang – unter Einbeziehung der Buchführung und den Lagebericht der Deutschen Ärzteversicherung Aktiengesellschaft, Köln, für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2008 geprüft. Die Buchführung und die Aufstellung von Jahresabschluss und Lagebericht nach den deutschen handelsrechtlichen Vorschriften und den ergänzenden Bestimmungen der Satzung liegen in der Verantwortung des Vorstands der Gesellschaft. Unsere Aufgabe ist es, auf der Grundlage der von uns durchgeführten Prüfung eine Beurteilung über den Jahresabschluss unter Einbeziehung der Buchführung und über den Lagebericht abzugeben.

Wir haben unsere Jahresabschlussprüfung nach § 317 HGB unter Beachtung der vom Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) festgestellten deutschen Grundsätze ordnungsmäßiger Abschlussprüfung vorgenommen. Danach ist die Prüfung so zu planen und durchzuführen, dass Unrichtigkeiten und Verstöße, die sich auf die Darstellung des durch den Jahresabschluss unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und durch den Lagebericht vermittelten Bildes der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage wesentlich auswirken, mit hinreichender Sicherheit erkannt werden. Bei der Festlegung der Prüfungshandlungen werden die Kenntnisse über die Geschäftstätigkeit und über das wirtschaftliche und rechtliche Umfeld der Gesellschaft sowie die Erwartungen über mögliche Fehler berücksichtigt. Im Rahmen der Prüfung werden die Wirksamkeit des rechnungslegungsbezogenen internen Kontrollsystems sowie Nachweise für die Angaben in Buchführung, Jahresabschluss und Lagebericht überwiegend

auf der Basis von Stichproben beurteilt. Die Prüfung umfasst die Beurteilung der angewandten Bilanzierungsgrundsätze und der wesentlichen Einschätzungen des Vorstands sowie die Würdigung der Gesamtdarstellung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes. Wir sind der Auffassung, dass unsere Prüfung eine hinreichend sichere Grundlage für unsere Beurteilung bildet.

Unsere Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt.

Nach unserer Beurteilung aufgrund der bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnisse entspricht der Jahresabschluss den gesetzlichen Vorschriften und den ergänzenden Bestimmungen der Satzung und vermittelt unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Gesellschaft. Der Lagebericht steht in Einklang mit dem Jahresabschluss, vermittelt insgesamt ein zutreffendes Bild von der Lage der Gesellschaft und stellt die Chancen und Risiken der zukünftigen Entwicklung zutreffend dar.

Düsseldorf, den 8. April 2009

PricewaterhouseCoopers  
Aktiengesellschaft  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Michael Peters  
Wirtschaftsprüfer

ppa. Christofer Hattemer  
Wirtschaftsprüfer

# Anlagen zum Lagebericht

Betriebene Versicherungsarten

Statistische Angaben

# Betriebene Versicherungsarten

## Einzelversicherungen

### Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall

- mit durchgehender oder abgekürzter Beitragszahlungsdauer
- gegen Einmalbeitrag
- mit niedrigem Anfangsbeitrag
- mit variabler Todesfallleistung
- mit mehreren Erlebensfall-Teilauszahlungen
- für zwei verbundene Leben

### Kapitalversicherung mit festem Auszahlungstermin

### Kapitalversicherung auf den Todesfall

- ohne Gesundheitsprüfung

### Risikoversicherung

- mit gleichbleibender oder fallender Versicherungssumme

### Rentenversicherung

- mit durchgehender oder abgekürzter Beitragszahlungsdauer bis zum Rentenbeginn
- gegen Einmalbeitrag
- mit sofort beginnender oder aufgeschobener Rentenzahlung

- mit abgekürzter Rentenzahlungsdauer
- mit Rückgewähr der Beiträge im Todesfall vor Rentenbeginn bzw. abzüglich gezahlter Renten nach Rentenbeginn
- ohne Todesfallleistung
- nach dem Gesetz über die Zertifizierung von Altersvorsorgeverträgen

### Fondsgebundene Lebensversicherung

### Fondsgebundene Lebensversicherung mit garantierter Erlebensfallleistung

### Fondsgebundene Rentenversicherung

### Fondsgebundene Rentenversicherung mit garantierter Erlebensfallleistung

### Fondsgebundene Rentenversicherung nach dem Gesetz über die Zertifizierung von Altersvorsorgeverträgen

### Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

## Kollektivversicherungen (nach Sondertarifen)

### Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall

- mit durchgehender oder abgekürzter Beitragszahlungsdauer
- gegen Einmalbeitrag
- mit variabler Todesfallleistung

### Kapitalversicherung mit festem Auszahlungstermin

### Risikoversicherung

### Rentenversicherung

- mit durchgehender oder abgekürzter Beitragszahlungsdauer bis zum Rentenbeginn
- gegen Einmalbeitrag

- mit sofort beginnender oder aufgeschobener Rentenzahlung
- mit Rückgewähr der Beiträge im Todesfall vor Rentenbeginn bzw. abzüglich gezahlter Renten nach Rentenbeginn
- ohne Todesfallleistung
- nach dem Gesetz über die Zertifizierung von Altersvorsorgeverträgen

### Fondsgebundene Rentenversicherung nach dem Gesetz über die Zertifizierung von Altersvorsorgeverträgen

### Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

## Zusatzversicherungen (nach Sondertarifen)

### Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

### Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

### Pflegerenten-Zusatzversicherung

### Risiko-Zusatzversicherung

### Unfall-Zusatzversicherung

### Waisenrenten-Zusatzversicherung

### Zeitrenten-Zusatzversicherung

Für Tarife, die unterschiedliche Beiträge oder Leistungen für Männer und Frauen vorsehen, erfolgt die Kalkulation nach den von der Bundesanstalt für Dienstleistungsaufsicht (BaFin) und der Deutsche Aktuarvereinigung e.V. (DAV) anerkannten statistischen und versicherungsmathematischen Daten. Ausführliche Informationen dazu befinden sich auf unserer Internetseite [www.aerzteversicherung.de](http://www.aerzteversicherung.de)

## Statistische Angaben

### A. Bewegung des Bestandes an selbst abgeschlossenen Lebensversicherungen im Geschäftsjahr 2008

	Gesamtes selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft				Kapitalversicherungen <sup>1)</sup>	
	Anzahl der Versicherungen	Lfd. Beitrag für ein Jahr in Tsd. Euro	Einmalbeitrag in Tsd. Euro	Versicherungssumme bzw. 12-fache Jahresrente in Tsd. Euro	Anzahl der Versicherungen	Lfd. Beitrag für ein Jahr in Tsd. Euro
<b>Bestand am Ende des Vorjahres</b>	203.065	483.036		12.360.684	123.901	271.360
<b>I. Bestand am Anfang des Geschäftsjahres<sup>3)</sup></b>	200.722	471.991		11.666.920	123.901	271.360
<b>II. Zugang während des Geschäftsjahres</b>						
1. Neuzugang						
a) eingelöste Versicherungsscheine	10.449	37.713	9.370	730.217	128	22
b) Erhöhung der Versicherungssummen (ohne Pos. 2)	0	14.110	491	319.853	0	6.446
2. Erhöhung der Versicherungssummen durch Überschussanteile				15.028	0	0
3. Übriger Zugang	28	22	285	6.070	12	17
<b>4. Gesamter Zugang</b>	<b>10.477</b>	<b>51.845</b>	<b>10.146</b>	<b>1.071.168</b>	<b>140</b>	<b>6.485</b>
<b>III. Abgang während des Geschäftsjahres</b>						
1. Tod, Berufsunfähigkeit etc.	461	838		17.382	187	438
2. Ablauf der Versicherung/ Beitragsablauf	7.979	22.791		462.930	5.669	17.749
3. Rückkauf und Umwandlung in beitragsfreie Versicherungen	2.685	10.042		212.141	1.584	5.405
4. Sonstiger vorzeitiger Abgang	419	2.774		50.937	236	1.431
5. Übriger Abgang	12	1		133	0	0
<b>6. Gesamter Abgang</b>	<b>11.556</b>	<b>36.446</b>		<b>743.523</b>	<b>7.676</b>	<b>25.023</b>
<b>IV. Bestand am Ende des Geschäftsjahres</b>	<b>199.643</b>	<b>487.390</b>		<b>11.994.565</b>	<b>116.365</b>	<b>252.822</b>

Die Angaben zu den Beiträgen beziehen sich auf Haupt- und Zusatzversicherungen, die Angaben zu Anzahl und Versicherungssumme nur auf Hauptversicherungen.

<sup>1)</sup> Kapitalversicherungen (einschl. Vermögensbildungsversicherungen) ohne Risikoversicherungen und sonstige Lebensversicherungen

<sup>2)</sup> Rentenversicherungen (einschl. Berufsunfähigkeits- und Pflegerentenversicherungen) ohne sonstige Lebensversicherungen

<sup>3)</sup> Änderung durch Umschichtung eines Kollektivvertrages mit ärztlichen Versorgungswerken

Einzelversicherungen						Kollektivversicherungen	
Risikoversicherungen		Rentenversicherungen <sup>2)</sup>		Sonstige Lebensversicherungen		Anzahl der Versicherungen	Lfd. Beitrag für ein Jahr in Tsd. Euro
Anzahl der Versicherungen	Lfd. Beitrag für ein Jahr in Tsd. Euro	Anzahl der Versicherungen	Lfd. Beitrag für ein Jahr in Tsd. Euro	Anzahl der Versicherungen	Lfd. Beitrag für ein Jahr in Tsd. Euro		
19.376	16.639	16.398	34.132	32.113	128.437	11.277	32.468
19.376	16.639	16.398	34.132	32.113	128.437	8.934	21.423
1.037	778	1.885	5.579	6.632	29.845	767	1.489
0	490	0	930	0	6.078	0	166
0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	25	15	1	1	-11	-11
<b>1.038</b>	<b>1.268</b>	<b>1.910</b>	<b>6.524</b>	<b>6.633</b>	<b>35.924</b>	<b>756</b>	<b>1.644</b>
19	28	67	100	26	171	162	101
868	526	419	2.292	1	1.620	1.022	604
401	395	256	853	393	3.268	51	121
34	94	36	142	7	1.005	106	102
0	0	0	0	3	3	9	-2
<b>1.322</b>	<b>1.043</b>	<b>778</b>	<b>3.387</b>	<b>430</b>	<b>6.067</b>	<b>1.350</b>	<b>926</b>
<b>19.092</b>	<b>16.864</b>	<b>17.530</b>	<b>37.269</b>	<b>38.316</b>	<b>158.294</b>	<b>8.340</b>	<b>22.141</b>

**B. Struktur des Bestandes an selbst abgeschlossenen Lebensversicherungen (ohne Zusatzversicherungen) im Geschäftsjahr 2008**

	Gesamtes selbst abgeschl. Versicherungsgeschäft		Kapitalversicherungen <sup>1)</sup>	
	Anzahl der Versicherungen	Versicherungssumme bzw. 12-fache Jahresrente in Tsd. Euro	Anzahl der Versicherungen	Versicherungssumme in Tsd. Euro
Bestand am Ende des Vorjahres	203.065	12.360.684	123.901	5.820.513
1. Bestand am Anfang des Geschäftsjahres <sup>3)</sup> davon beitragsfrei	200.722 (19.015)	11.666.920 (700.599)	123.901 (12.990)	5.820.513 (480.740)
2. Bestand am Anfang des Geschäftsjahres <sup>3)</sup> davon beitragsfrei	199.643 (19.038)	11.994.565 (675.238)	116.365 (12.376)	5.442.947 (442.838)

<sup>1)</sup> Kapitalversicherungen (einschl. Vermögensbildungsversicherungen) ohne Risikoversicherungen und sonstige Lebensversicherungen

<sup>2)</sup> Rentenversicherungen (einschl. Berufsunfähigkeits- und Pflegerentenversicherungen) ohne sonstige Lebensversicherungen

<sup>3)</sup> Änderung durch Umschichtung eines Kollektivvertrages mit ärztlichen Versorgungswerken

**C. Struktur des Bestandes an selbst abgeschlossenen Zusatzversicherungen im Geschäftsjahr 2008**

	Zusatzversicherungen insgesamt		Unfall-zusatzversicherungen		Berufsunfähigkeits- oder Invaliditäts-Zusatzversicherungen	
	Anzahl der Versicherungen	Versicherungssumme bzw. 12-fache Jahresrente in Tsd. Euro	Anzahl der Versicherungen	Versicherungssumme in Tsd. Euro	Anzahl der Versicherungen	12-fache Jahresrente in Tsd. Euro
1. Bestand am Anfang des Geschäftsjahres <sup>3)</sup>	140.376	15.150.063	17.600	718.418	113.046	13.988.528
2. Bestand am Ende des Geschäftsjahres <sup>3)</sup>	136.501	15.598.049	14.863	615.439	112.127	14.521.253

**D. Bestand an in Rückdeckung übernommenen Lebensversicherungen im Geschäftsjahr 2008**

1. Versicherungssumme am Anfang des Geschäftsjahres	0 Tsd. Euro
2. Versicherungssumme am Ende des Geschäftsjahres	0 Tsd. Euro

Einzelversicherungen				Sonstige Lebensversicherungen		Kollektivversicherungen	
Risikoversicherungen		Rentenversicherungen <sup>2)</sup>				Anzahl der Versiche- rungen	Versicherungs- summe bzw. 12-fache Jahresrente in Tsd. Euro
Anzahl der Versiche- rungen	Versiche- rungs- summe in Tsd. Euro	Anzahl der Versiche- rungen	Versiche- rungs- summe in Tsd. Euro	Anzahl der Versiche- rungen	12-fache Jahres- rente in Tsd. Euro	Anzahl der Versiche- rungen	Versicherungs- summe bzw. 12-fache Jahresrente in Tsd. Euro
19.376	1.285.898	16.398	1.614.214	32.113	1.909.981	11.277	1.730.078
19.376 (147)	1.285.898 (1.229)	16.398 (3.223)	1.614.214 (170.931)	32.113 (1.242)	1.909.981 (26.170)	8.934 (1.413)	1.036.314 (21.529)
19.092 (170)	1.308.818 (1.334)	17.530 (3.324)	1.895.828 (176.772)	38.316 (1.918)	2.273.835 (33.870)	8.340 (1.250)	1.073.137 (20.424)

Risiko- und Zeitrenten- Zusatzversicherungen		Sonstige Zusatzversicherungen	
Anzahl der Versiche- rungen	Versicherungs- summe bzw. 12-fache Jahresrente in Tsd. Euro	Anzahl der Versiche- rungen	Versicherungs- summe bzw. 12-fache Jahresrente in Tsd. Euro
8.905	403.236	825	39.881
8.661	421.659	850	39.698

# Adressen

## **Deutsche Ärzteversicherung AG**

Börsenplatz 1, 50667 Köln

Telefon: (02 21) 1 48-2 27 00

Telefax: (02 21) 1 48-2 14 42

Internet: [www.aerzteversicherung.de](http://www.aerzteversicherung.de)

E-Mail: [service@aerzteversicherung.de](mailto:service@aerzteversicherung.de)

## Verbundene Gesellschaft

### **Deutsche Ärzteversicherung**

#### **Allgemeine Versicherungs-AG**

Börsenplatz 1, 50667 Köln

Telefon: (02 21) 1 48-2 27 00

Telefax: (02 21) 1 48-2 14 42

## Exklusivvertrieb

### **Deutsche Ärzte Finanz**

#### **Beratungs- und Vermittlungs-AG**

Börsenplatz 1, 50667 Köln

Telefon: (02 21) 1 48-3 23 23

Telefax: (02 21) 1 48-2 14 42

Internet: [www.aerzte-finanz.de](http://www.aerzte-finanz.de)

E-Mail: [service@aerzte-finanz.de](mailto:service@aerzte-finanz.de)

## Partnervertrieb

### **Deutsche Ärzteversicherung**

#### **Aktiengesellschaft**

#### **Maklervertrieb**

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln

Telefon: (02 21) 1 48-2 20 32

Telefax: (02 21) 1 48-2 28 13

Herausgeber:  
Deutsche Ärzteversicherung AG,  
Köln

Redaktion:  
AXA Konzern AG, Köln  
Konzernkommunikation

Satz:  
LSD GmbH & Co. KG,  
Düsseldorf

Herstellung:  
klr mediapartner  
Druck- und Medien GmbH,  
Lengerich (Westf.)

Printed in Germany