



Geschäftsbericht 2009
Deutsche Ärzteversicherung AG

Unsere Kennzahlen

	2009	2008	2007
Beitragseinnahmen in Mio. Euro			
Posten I.1.a) der Gewinn- und Verlustrechnung	481	485	477
Versicherungsbestand*			
– in Mio. Euro laufende Beiträge	483	487	483
– Anzahl der Verträge in Tausend	196	200	203
Neuzugang*			
– in Mio. Euro laufende Beiträge	52	52	54
– in Mio. Euro Einmalbeiträge	8	10	8
Abgang* durch Storno			
– in Mio. Euro laufende Beiträge	17	13	13
– in Prozent der mittleren laufenden Beiträge	3,5	2,6	2,7
Leistungen zugunsten unserer Kunden in Mio. Euro	293	218	223
davon			
– ausgezahlte Leistungen in Mio. Euro	503	518	495
– Zuwachs der Leistungsverpflichtungen in Mio. Euro	-210	-300	-272
Verwaltungskosten in Prozent der Bruttobeiträge	3,9	3,7	3,7
Kapitalanlagen in Mio. Euro	3.181	3.488	3.737
Nettoverzinsung des laufenden Geschäftsjahres	4,0	3,8	4,3
Nettoverzinsung der vergangenen drei Jahre	4,0	4,1	4,6
Bruttoüberschuss in Mio. Euro	66	42	31
Ergebnis vor Gewinnabführung in Mio. Euro	3,4	–	–
Jahresüberschuss in Mio. Euro	–	0,3	0,3
Dividende in Euro je Stückaktie	–	0,11	0,10
Garantiedividende in Euro je Stückaktie	–	–	–
Gezeichnetes Kapital in Mio. Euro	7	7	7
Eigenkapital in Mio. Euro	52	52	22

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 Standesvers

Nach der schwersten Finanzmarktkrise der letzten Jahrzehnte, als der Zusammenbruch der Investmentbank Lehman Brothers die Welt in eine Schockstarre versetzte und die deutsche Wirtschaft um insgesamt 6% schrumpfte, haben sich die Weltwirtschaft wie auch die deutsche Wirtschaft ab dem ersten Quartal 2009 wieder merklich erholt. Der positive Trend setzte sich im Laufe des Berichtsjahres weiter fort, wenngleich im Jahresdurchschnitt das reale Bruttoinlandsprodukt um rund 5% gesunken ist. Insbesondere den Impulsen aus staatlichen Konjunkturpaketen, zum Beispiel der sogenannten Abwrackprämie, war es zu verdanken, dass eine Erholung des wirtschaftlichen Negativtrends eintrat. Auch wenn die Finanzmarktkrise keine originäre Krise der Versicherungen war, stellten die Entwicklungen an den Finanzmärkten natürlich auch die Versicherungsunternehmen vor große Herausforderungen. Gleichwohl wurde die deutsche Assekuranz in ungleich geringerem Maß von der Krise betroffen als andere Finanzmarktakteure.

So war das Geschäftsjahr 2009 auch für die Deutsche Ärzteversicherung ein Jahr der Herausforderungen. Es war ein Jahr, in dem das Unternehmen seine Fähigkeit unter Beweis stellte, trotz einer gesamtwirtschaftlich schwierigen Phase, erheblicher Verwerfungen auf den Finanzmärkten und tief greifender gesundheitspolitischer Reformen, die erhebliche Verunsicherungen in der Ärzteschaft auslösten, gute Ergebnisse zu liefern. Die Verunsicherungen innerhalb der Ärzteschaft, die zum Teil auch auf unseren Geschäftsverlauf Einfluss nahmen, wurden vor allem durch das neue Honorarsystem ausgelöst, das auf einem überaus komplexen Abrechnungsverfahren beruht.

Die Stärke unseres Geschäftsmodells

Die Deutsche Ärzteversicherung als Zielgruppenversicherer für die Angehörigen der akademischen Heilberufe ist als Standesversicherer fest im Heilberufeverbund verankert. Dessen Mitglieder sind neben der Deutschen Ärzteversicherung die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer als Standesbank, ärztliche und zahnärztliche Standesorganisationen, so der Marburger Bund, Hartmannbund, Deutscher Hausärzteverband, Freier Verband Deutscher Zahnärzte sowie zahlreiche Ärzte und Zahnärztekammern.

Als Standesversicherer bezieht das Unternehmen neben den gesamtwirtschaftlichen Entwicklungen die Lage im Gesundheitswesen und damit die wirtschaftliche Situation seiner Klientel in die Geschäftspolitik mit ein. So konnte die Deutsche Ärzteversicherung flexibel auf die durch den Markt diktierten Änderungsprozesse eingehen.

Das Ziel der Deutschen Ärzteversicherung ist, in den Kerngeschäftsfeldern für alle Partner innerhalb des Heilberufverbandes und natürlich für die Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten, Tierärzte und Apotheker die „erste Wahl“ zu sein. Dafür verfügt das Unternehmen über exzellentes fachliches Know-how und ist dadurch in der Lage, gezielt maßgeschneiderte Produkte zu entwickeln und anzubieten. Auch das Ziel, den Angehörigen der Heilberufe über das eigentliche Versicherungs- und Finanzdienstleistungsgeschäft hinaus als partnerschaftlicher Dienstleister zur Verfügung zu stehen, wurde konsequent fortgeführt. Eine Palette nützlicher Angebote, für Studierende der entsprechenden Fachrichtungen bis zum Arzt, der sich auf den Ruhestand vor-

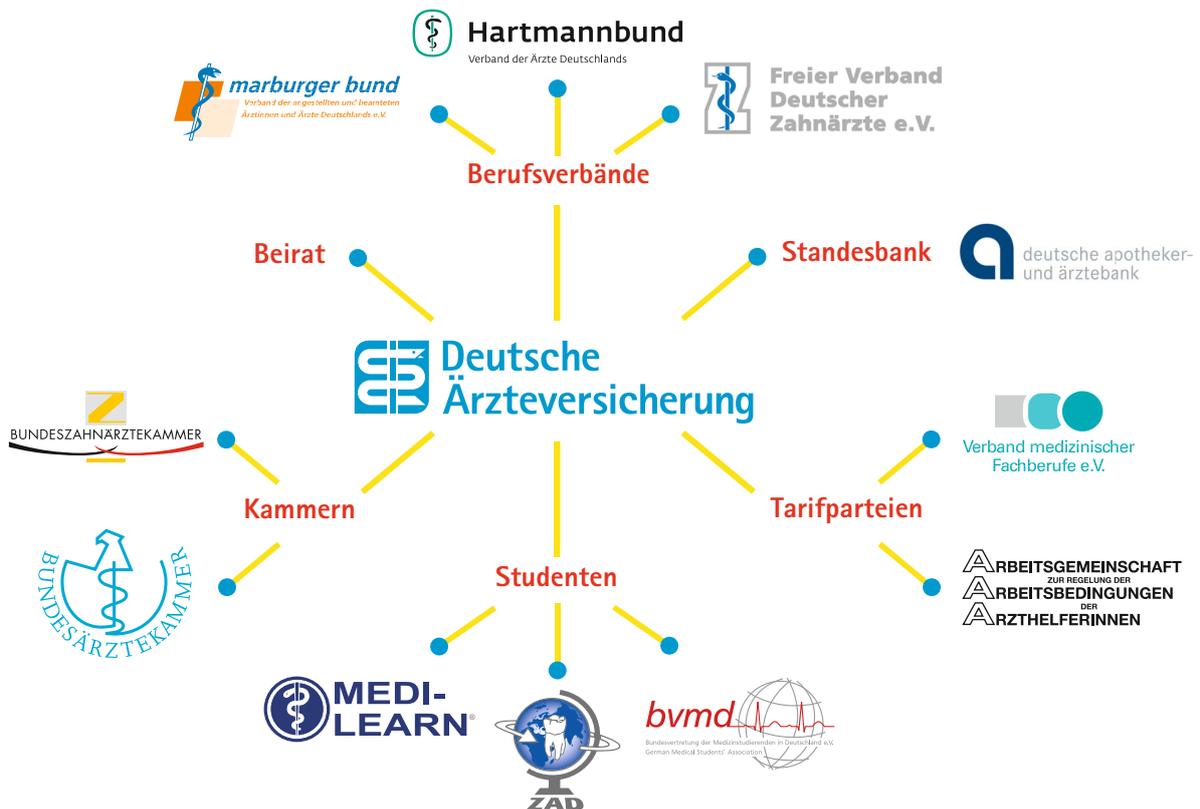
icherer von Ärzten für Ärzte

berichtet, hat das Unternehmen als Serviceinstrumente entwickelt und bietet sie über Berater, Kooperationspartner, Printmedien und Internet an.

Die enge Vernetzung mit den Standesorganisationen ist verbindlich geregelt. Im Aufsichtsrat des Unternehmens sitzen zwei Vertreter der akademischen Heilberufe wie auch ein Vertreter der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. Vor allem, und das ist in der deutschen Versicherungslandschaft einzigartig, werden die Interessen der Kunden durch einen Beirat gewahrt, der sich aus hochrangigen Vertretern von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten und Apothekern zusammensetzt. Seine Aufgabe ist, den Vorstand in allen Fragen zu beraten, die die Interessen der Versicherten berühren. Darüber hinaus ist er die Anlaufstelle für unsere Kunden, wenn in einem Leistungsfall gegenläufige Ansichten bestehen.

Die konsequente Orientierung an den Wünschen der Kunden findet ihre Bestätigung in den hervorragenden Ratings, die von allen renommierten Ratingagenturen der Deutschen Ärzteversicherung attestiert werden. Nicht nur die Produkte – ein Beispiel ist hier die Berufsunfähigkeitsversicherung – werden hervorragend bewertet, auch die Stärken des Unternehmens als Marktführer im Bereich der Heilberufe sowie die überzeugende operative Entwicklung werden hervorgehoben.

Standesversicherer im Heilberufe-Netzwerk.



Inhaltsverzeichnis

Aufsichtsrat	4	Jahresabschluss	59
Vorstand	5	Bilanz zum 31. Dezember 2009	60
Beirat	6	Gewinn- und Verlustrechnung	64
Marktsituation	8	Anhang: Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden	68
Lagebericht	30	Angaben zur Bilanz	76
Hufeland-Preis	30	Angaben zur Gewinn- und Verlustrechnung	89
Geschäfts- und Rahmenbedingungen	32	Überschussbeteiligung für Versicherungsnehmer	91
Überblick über den Geschäftsverlauf	33	Sonstige Angaben	134
Geschäftsergebnis	35	Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers	138
Beitragseinnahmen	35	Anlagen zum Lagebericht	139
Kapitalanlageergebnis	35	Betriebene Versicherungsarten	140
Kostenverlauf	35	Statistische Angaben	142
Leistungen für unsere Kunden	35	Adressen	146
Zusätzliche Deckungsrückstellung für Rentenversicherungen	36		
Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer	36		
Steuern	37		
Überschuss	37		
Eigenkapitalausstattung	37		
Bestandsentwicklung	38		
Versicherungsbestand	38		
Neuzugang	38		
Abgang	39		
Kapitalanlagebestand	39		
Zeitwerte der Kapitalanlagen	41		
Risiken der zukünftigen Entwicklung	42		
Sonstige Angaben	54		
Nachtragsbericht	55		
Ausblick und Chancen	55		
Ergebnisabführung und Gewinnverwendungsvorschlag	56		
Bericht des Aufsichtsrates	57		

Aufsichtsrat

Dr. Frank Keuper (bis 31. Dezember 2009)
Vorsitzender
Vorsitzender des Vorstandes der AXA Konzern AG
Köln

Gernot Schlösser (seit 1. Januar 2010)
Vorsitzender (seit 13. Januar 2010)
Vorsitzender des Vorstandes i. R. der
Deutsche Ärzteversicherung AG
Bergisch Gladbach

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

Dr. Peter Engel (seit 23. April 2009)
Präsident der Bundeszahnärztekammer Berlin
Präsident der Zahnärztekammer Nordrhein
Bergisch Gladbach

Gerhard Girner (bis 12. November 2009)
Mitglied des Vorstandes der
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank eG
Düsseldorf

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

Stefan Mühr (seit 12. November 2009)
Mitglied des Vorstandes der
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank eG
Düsseldorf

Dr. med. Dr. med. dent. Jürgen Weitkamp
(bis 23. April 2009)
Präsident der Bundeszahnärztekammer
Lübbecke

Vorstand

Gernot Schlösser (bis 31. Dezember 2009)

Vorsitzender

Jörg Arnold

Vorsitzender (seit 1. Januar 2010)

Vertrieb, Marketing, Personal und Verwaltung,
Kapitalanlagen, Revision, Rück- und Mitversicherung

Dr. Rainer Schöllhammer (seit 1. Juni 2009)

Rechnungswesen, Planung, Controlling, Steuern,
Risikomanagement

Dr. Christoph Jurecka (bis 30. April 2009)

Rechnungswesen, Planung, Controlling, Steuern,
Risikomanagement

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 Bundeszahnärztekammer Berlin
Präsident der Zahnärztekammer Nordrhein
Bergisch Gladbach

Dr. med. Henning Friebel

Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Magdeburg

Dr. med. vet. Hans-Joachim Götz

Präsident des bpt
Bundesverband Praktizierender Tierärzte
Kirkel-Limbach

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

(seit 4. November 2009)
Präsident der Landesärztekammer Hessen
Frankfurt

Rudolf Henke (seit 4. November 2009)

1. Vorsitzender des Marburger Bundes
Aachen

Dr. med. Torsten Hemker (bis 4. November 2009)

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

Ehrenvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes
(Bundesverband)
Achim-Uesen

Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Präsident der Ärztekammer Hamburg
Vizepräsident der Bundesärztekammer
Hamburg

Ehrenmitglieder des Beirates

Friedemann Schmidt

Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer
Leipzig

Dr. med. Ursula Stüwe (bis 4. November 2009)

ehem. Präsidentin der Landesärztekammer Hessen
Schlangenbad

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

(bis 4. November 2009)

Ehrenpräsident der Bundeszahnärztekammer
Lübbecke

Dr. med. Martina Wenker

Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen
Hildesheim

Dr. med. Elmar Wille (bis 4. November 2009)

Vorsitzender des Verwaltungsausschusses
der Berliner Ärzteversorgung
Berlin

Dr. med. Kuno Winn

Bundsvorsitzender des Hartmannbundes
Hannover

Dr. med. Theodor Windhorst

Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe
Bielefeld

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

Ehrenvorsitzender
Ehrenpräsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages
Bremen

Prof. Dr. med. Rolf Bialas

Ehrenvorsitzender des Verwaltungsausschusses
des Versorgungswerkes der Ärztekammer Hamburg
Hamburg

Marktsituation

Gesundheitspolitik

Richtungswechsel in der Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl

Das Jahr 2009 war gesundheitspolitisch geprägt durch den Regierungswechsel nach der von CDU, CSU und FDP gewonnenen Bundestagswahl und dem damit angekündigten Richtungswechsel in der Gesundheitspolitik. Mit der Vereidigung von Dr. Philipp Rösler am 28. Oktober 2009 wurde erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland ein FDP-Vertreter Bundesminister für Gesundheit. Der Arzt, der bis dahin das Amt des niedersächsischen Wirtschaftsministers bekleidet hatte, hatte für die FDP im Rahmen der Koalitionsverhandlungen mit CDU und CSU auch die Arbeitsgruppe Gesundheit geleitet. Rösler löste die SPD-Politikerin Ulla Schmidt ab, die von Januar 2001 bis zum Herbst 2009 für nahezu neun Jahre die Gesundheitspolitik als Bundesgesundheitsministerin bestimmt hatte.

Die gesamte Führungsspitze des Gesundheitsministeriums wurde gemäß der Parteizugehörigkeit des neuen Ministers ebenfalls überwiegend aus der FDP besetzt: Parlamentarischer Staatssekretär wurde der FDP-Gesundheitspolitiker Daniel Bahr und die Position des beamteten Staatssekretärs wurde mit dem bisherigen Staatssekretär im niedersächsischen Wirtschaftsministerium Stefan Kapferer besetzt, der ebenfalls seine politische Heimat in der FDP hat. Einzige Ausnahme ist die CDU-Gesundheitspolitikerin Annette Widmann-Mauz, die Parlamentarische Staatssekretärin im BMG wurde. Neuer Patientenbeauftragter der Bundesregierung wurde Wolfgang Zöllner (CSU) und Mechthild Dyckmans (FDP) wurde als Drogenbeauftragte der Bundesregierung berufen.

Dr. Ulrich Orlowski ist neuer Abteilungsleiter im BMG

Mit Spannung wurde eine weitere wichtige Personalentscheidung im BMG erwartet: Wer würde Franz Knieps als Abteilungsleiter für den Bereich Krankenversicherung ablösen? Hier wurden zunächst mehrere Namen gehandelt, unter anderem der des Hauptgeschäftsführers der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum. Doch Baum, der eine lange FDP-Tradition hat und den Wechsel zurück ins BMG, wo er bis März 2006 vor seinem Wechsel in die DKG als Leiter der Unterabteilung Gesundheitsversorgung und Krankenhauswesen gearbeitet hatte, ernsthaft erwogen hatte, entschied sich letztlich dazu, bei der DKG zu bleiben. Zum neuen Leiter der Abteilung 2 Gesundheitsversorgung, Gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung des BMG wurde daraufhin der Jurist Dr. Ulrich Orlowski, seit Anfang 1996 Leiter der Unterabteilung Krankenversicherung im BMG, berufen.

Anfang 2010 wurde dann eine weitere, in der Öffentlichkeit heftig umstrittene Personalie aus dem BMG bekannt. Christian Weber, bisher Vizedirektor des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV), wechselte zum 1. Februar 2010 als neuer Abteilungsleiter für Grundsatzfragen ins Bundesgesundheitsministerium. Kritiker bemängelten, bei der Bestellung des neuen Abteilungsleiters handele es sich um reine Klientelpolitik für die PKV. Aber es gab auch andere Stimmen: Schließlich habe sich Ulla Schmidt auch Spitzenpersonal aus den Verbänden der GKV-Kassen geholt – genannt wurde konkret Franz Knieps, der seinerzeit vom AOK-Bundesverband ins Ministerium wechselte.

Unterstützt wird Weber, der auch das wissenschaftliche Institut des PKV-Verbandes aufgebaut und eine Zeitlang für die FDP gearbeitet hat, durch Birgit Nase, die als Unterabteilungsleiterin ins Gesundheitsressort wechselt. Sie war langjährige sozial- und gesundheitspolitische Referentin der FDP-Fraktion. Beider Aufgabe wird es wohl vor allem sein, den von Rösler angestrebten Systemwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung im Ministerium vorzubereiten und zu begleiten.

Gesundheitspolitik: Was steht im Koalitionsvertrag?

Der Koalitionsvertrag, den CDU, CSU und FDP als Grundlage ihrer politischen Arbeit in der aktuellen Legislaturperiode 2009–2013 abgeschlossen haben, enthält an vielen Stellen grundlegende Neuerungen, über die innerhalb der Koalition allerdings sehr schnell wieder gestritten wurde. So ist eine grundlegende Umgestaltung der Finanzierungsseite des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geplant – doch vor allem aus der CSU, aber durchaus auch aus der CDU kommt dazu immer wieder nachdrückliche Kritik.

Im Koalitionsvertrag heißt es dazu wörtlich: „Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest. Zu Beginn der Legislaturperiode wird eine Regierungskommission eingesetzt, die die notwendigen Schritte dazu festlegt.“ Der Gesundheitsfonds ist dabei mit keinem Wort erwähnt – man kann also auf dieser Grundlage trefflich über seine zukünftige Gestalt sowie die neue Form der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung streiten. Und genau das passiert: Denn seit der neue Gesundheitsminister im Amt ist, besteht die CSU darauf, dass ein Prämiensystem mit Steuerausgleich nicht finanzierbar und deshalb nicht möglich sei. So kündigte der bayerische Ministerpräsident inzwischen bereits mehrfach an, er werde ein Prämiensystem, wie von der FDP favorisiert, mit allen Mitteln zu verhindern versuchen.

Ärzte: starke Betonung der Freiberuflichkeit – GOÄ und GOZ werden reformiert

Insgesamt sind die Koalitionsaussagen zur Gesundheitspolitik geprägt von dem Willen, die Position der freien Berufe – Ärzte, Zahnärzte, Apotheker – im Gesundheitswesen wieder zu stärken. So heißt es dort unter anderem: „Die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit ist ein tragendes Prinzip unserer Gesundheits-

versorgung und sichert die Therapiefreiheit. Die freie Arztwahl durch die Patientinnen und Patienten ist dabei Ausdruck eines freiheitlichen Gesundheitswesens und die Basis für das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Arzt und Patientin und Patient. Diese Struktur der ambulanten Versorgung wollen wir aufrechterhalten. Die Besonderheiten einer wohnortnahen Versorgung in ländlichen Bereichen werden dabei Berücksichtigung finden.“

Eine klare Ansage gibt es im Koalitionsvertrag auch zur Reform der Gebührenordnung für Ärzte. Hierzu heißt es wörtlich: „Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst. Dabei sind Kostenentwicklungen zu berücksichtigen.“ Außerdem will die Koalition die Möglichkeiten der Kostenerstattung ausweiten.

Neben Änderungen bei der Trägerschaft von MVZ (siehe unten) will die Koalition auch die Honorarreform überprüfen und regionale Besonderheiten wieder berücksichtigen. Schließlich will man auch prüfen, ob die bisherigen Richtgrößen für die Zulassung von Vertragsärzten noch benötigt werden. Die Pflicht zum Abschluss von Hausarztverträgen für die GKV-Kassen will die Koalition dagegen zunächst für weitere drei Jahre bestehen lassen und dann die Auswirkungen überprüfen. Hieran hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bereits deutliche Kritik geübt. So kritisierte der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler: „Die Chance für einen echten Wettbewerb um die beste hausärztliche Versorgung wurde vorerst vertan. Der Paragraph 73 b soll in der bestehenden Form zunächst erhalten bleiben. Es stellt sich die Frage, wie unter diesen Voraussetzungen eine flächendeckende und qualitativ hochwertige ambulante Versorgung auf Dauer aufrecht erhalten bleiben soll.“

Positiv wertete Köhler dagegen die Betonung der Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit als tragendes Prinzip der Gesundheitsversorgung. Richtig sei auch, dass Geschäftsanteile von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nur von zugelassenen Ärzten und Krankenhäusern gehalten werden dürften. Er begrüßte auch die angestrebte Vereinfachung der Vergütungsreform.

Arzneimittel: Verbot von Pick-up-Stellen geplant

Klare Worte enthält der Koalitionsvertrag auch im Hinblick auf die Arzneimittelpolitik: Die freiberuflichen Apothekerinnen und Apotheker, so heißt es dort, spielen für eine gute Arzneimittelversorgung eine zentrale und wichtige Rolle. Eine Änderung des bestehenden Mehr- und Fremdbesitzverbotes lehnt die Koalition deshalb ab. Außerdem will man Auswüchse beim Versandhandel bekämpfen, indem die Abgabe von Arzneimitteln in den sogenannten Pick-up-Stellen verboten werden soll.

Außerdem wollen die Koalitionäre die Vielzahl der sich zum Teil widersprechenden Instrumente, die den Arzneimittelmarkt regeln, überprüfen. Wörtlich heißt es dazu: „Die Überregulierung wird abgebaut.“ Weiter soll der Arzneimittelmarkt unter patienten-, mittelstandsfreundlichen und wettbewerblichen Kriterien effizient neu geordnet werden. Details hierzu gibt es aber noch nicht.

Zur Förderung der Einführung vor allem innovativer Arzneimittel sollen Vereinbarungen zwischen Krankenkassenversicherung und pharmazeutischen Herstellern als mögliches Instrument geprüft werden.

Schließlich richtet sich der Blick der Koalition kritisch auf das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Dazu heißt es, die bisherige Arbeit des IQWiG werde man auch unter dem Gesichtspunkt stringenter, transparenter Verfahren überprüfen und damit die Akzeptanz von Entscheidungen für Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer und Hersteller verbessern.

Einschränkungen und positive Änderungen für Akutkliniken und Reha-Einrichtungen

Für Krankenhäuser und die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte enthält der Koalitionsvertrag positive wie negative Aspekte: So werden Kliniken in Zukunft nach den Plänen der Koalition nicht mehr wie bisher als Träger von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) auftreten dürfen – ihre Eigentumsanteile an MVZ werden auf weniger als 50% festgeschrieben werden. Wie zu hören war, soll es hier aber Bestandsschutz für die MVZ geben, die bereits existieren. Vorrangig sollen zukünftig Vertragsärzte MVZ gründen können. Andere Träger sind nach dem Wortlaut des Koalitionsvertrages künftig völlig von der MVZ-Trägerschaft ausgeschlossen. Nur in unterversorgten Gebieten sollen Kliniken dann die Hälfte oder auch mehr als 50% der Anteile an einem MVZ halten dürfen, wenn es unter den Vertragsärzten kein Interesse an der Trägerschaft des MVZ gibt. Unklar bleibt der einleitende Satz zu den geplanten neuen Bestimmungen für MVZ. Dort heißt es recht allgemein: „Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden.“

Im Gegensatz zur KBV äußerte sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) kritisch zur geplanten Einschränkung bei der Trägerschaft von MVZ: DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum betonte, zu einer besseren Verzahnung der Sektoren gehöre auch der Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in der Trägerschaft von Krankenhäusern. Hier sei die im Koalitionsvertrag vorgesehene Begrenzung der Beteiligung der Kliniken auf unter 50% für die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung hinderlich. Baum wörtlich: „Die Organisationsstrukturen der medizinischen Versorgung sollten einzig und allein von der bestmöglichen Versorgung der Patienten bestimmt sein.“

Zum Krankenhausbereich heißt es im Koalitionsvertrag weiter, man wolle das bestehende Belegarztsystem beibehalten und stärken. Dagegen soll das Verfahren zur Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen „kritisch überprüft und gegebenenfalls präzisiert“ werden. Außerdem heißt es im Koalitionsvertrag, die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in den Regionen müsse „bei verlässlicher Investitionsfinanzierung gewahrt bleiben“. Zum DRG-System wird betont, man wolle es in seinen Auswirkungen weiter beobachten und, wo notwendig, weiterentwickeln. Ein Augenmerk gelte dabei auch der Notfallversorgung. Weiter heißt es dann wörtlich: „Bundeseinheitliche Preise werden abgelehnt.“ Dies ist sicherlich ein Hinweis darauf, dass die mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eingeleitete Entwicklung hin zu bundeseinheitlichen Basisfallwerten zumindest nochmals überprüft werden wird.

Rehabilitation vor Pflege – und Schiedsstellen für Vertragsverhandlungen zwischen Kassen und Reha-Einrichtungen

Im Koalitionspapier wird betont, dass Prävention, Rehabilitation und Pflege besser aufeinander abzustimmen seien. Prävention habe dabei Vorrang vor Rehabilitation. Und weiter: „Dem bisher nicht ausreichend umgesetzten Grundsatz Rehabilitation vor Pflege muss besser Rechnung getragen werden. Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zwischen den Trägern müssen behoben werden.“ Außerdem sollen Transparenz und Orientierung über das Leistungsangebot der verschiedenen Träger erhöht, die Beratung der Versicherten durch die Rehabilitationsträger verbessert und die Wahlmöglichkeiten der Versicherten gestärkt werden. Ferner sollen bei Vertragsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen Schiedsstellen eingerichtet werden.

Allgemeines Wettbewerbsrecht soll im Gesundheitssystem stärker gelten

Veränderungen kündigen die Koalitionspartner auch im Bereich des Wettbewerbsrechts für die Gesetzliche Krankenversicherung an. Danach soll das allgemeine Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen grundsätzlich auch im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung finden. Überprüfungsbedarf gebe es hier insbesondere bei Rabattverträgen, Fusionen von Krankenhäusern und Krankenkassen. Dazu gehöre auch die Überprüfung des Rechtsweges.

Eine grundlegende Veränderung der bisherigen Regelungen deutet auch eine kurze Passage zu den individuellen Wahl- und Entscheidungsspielräumen der Versicherten an. Dort heißt es, man werde prüfen, ob „Mehrkostenregelungen sinnvoll und geeignet zum Tragen kommen können, ohne Patientinnen und Patienten vom medizinischen Fortschritt auszuschließen oder sie zu überfordern“. Konkret würde dies bedeuten, dass Patienten, die eine andere als die innerhalb der GKV vorgesehene Versorgung wünschen, etwa mit speziellen Endoprothesen, anders als bisher die Möglichkeit hätten, lediglich die Mehrkosten zu übernehmen, statt die gesamten Kosten eines solchen Eingriffs dann selbst zahlen zu müssen.

Weitere Veränderungen wird es auch für die Struktur und die Aufgaben der GKV-Kassen sowie den GKV-Spitzenverband geben. So heißt es im Koalitionspapier, man strebe in den Verwaltungsräten aller Krankenkassen gemäß der gemeinsamen Finanzierung auch die Vertretung der Arbeitgeberseite an. Außerdem sollen sich die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen „auf die Bereiche konzentrieren, die gemeinsam und einheitlich durchgeführt werden müssen“.

Reaktionen auf den Koalitionsvertrag

Die Inhalte des Koalitionsvertrages zwischen CDU/CSU und FDP wurden von den Organisationen und Verbänden des Gesundheitswesens überwiegend mit vorsichtiger Zustimmung und hörbarer Erleichterung aufgenommen.

Hoppe: Ärztinnen und Ärzte sind bereit mitzuwirken

So betonte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, der Koalitionsvertrag biete „die Chance, eine neue Gesundheitskultur in Deutschland aufzubauen“. Wenn der Versicherte wieder zum Patienten werde und Ärzte wieder Ärzte sein könnten, dann sei der richtige Kurs eingeschlagen. Die neue Regierung habe sich Entbürokratisierung und keine weitere Kommerzialisierung des Gesundheitswesens zum Ziel gesetzt, das sei „richtig und wichtig, damit aus einem überbürokratisierten Gesundheitssystem wieder ein humanes Gesundheitswesen wird“.

Der Entwurf für einen Koalitionsvertrag verspreche, so Hoppe weiter, die medizinischen Versorgungsstrukturen auf eine Gesellschaft des langen Lebens hin auszurichten. Das lasse hoffen, dass Gesundheitspolitik „nicht länger Einsparpolitik medizinischer Leistungen bleiben wird, sondern dass medizinischer Fortschritt und demographische Entwicklung als Realitäten anerkannt werden“. Das Gesundheitssystem solle nach den Aussagen des Koalitionsvertrages freiheitlicher gestaltet werden, Patienten sollen mehr Wahlmöglichkeiten erhalten und die Freiberuflichkeit der Ärzte soll endlich wieder gefestigt werden. Hoppe abschließend: „Den Worten müssen nun allerdings auch Taten folgen. Die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sind bereit, in diesem Sinne an der Ausgestaltung des Gesundheitswesens mitzuwirken.“

Henke: Anspruch der Menschen auf hochwertige gesundheitliche Versorgung einlösen!

Rudolf Henke, Vorsitzender des Marburger Bundes und gleichzeitig neu gewählter Bundestagsabgeordneter der CDU, betonte in einer ersten Stellungnahme: „Union und FDP sehen im Gesundheitswesen den wichtigsten Wachstums- und Beschäftigungssektor in Deutschland. Dieses eindeutige Bekenntnis ist eine Anerkennung der Leistungskraft unseres Gesundheitswesens und der dort arbeitenden Menschen. Den guten Worten müssen nun auch gute Taten folgen.“ In der Diskussion über neue Finanzierungsmodelle, so Henke weiter, seien die Klinikärzte offen für alle Lösungen, die den Grundsätzen der Gerechtigkeit und Solidarität genügen. Wichtig sei, dass der Anspruch aller Menschen auf eine hochwertige medizinische Versorgung besser eingelöst werde als bisher. Und wörtlich: „Wir brauchen wieder mehr Versorgungssicherheit und weniger Bürokratie. Dazu haben sich Union und FDP bekannt. Wir nehmen die neue Koalition beim Wort.“

Apotheker begrüßen neuen ordnungspolitischen Kurs

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) begrüßte die Ankündigungen von CDU/CSU und FDP, die sich teilweise widersprechenden arzneimittelrechtlichen Regelungen zu überprüfen und damit die Arzneimittelversorgung insgesamt zu entbürokratisieren. ABDA-Präsident Heinz-Günter Wolf betonte: „Wir begrüßen den neuen ordnungspolitischen Kurs, der nun eingeschlagen wird.“ Die Apothekerschaft setze auf einen echten Neuanfang im Dialog und Verständnis von Politik und Leistungserbringern. „Wir freuen uns, dass Union und FDP die unabhängigen und freiberuflich tätigen Apothekerinnen und Apotheker als Garanten für eine Fortentwicklung der Arzneimittelversorgung sehen.“

Nach Auffassung der Apothekerschaft ist es richtig, riskante Regelungen wie „Pick-up“ von Arzneimitteln zu verbieten und gleichzeitig die Arzneimittelversorgung in Deutschland beispielsweise durch eine intensivere Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern des Gesundheitswesens zum Nutzen der Patienten und Versicherten auszubauen. Wolf abschließend: „Wir werden uns im Sinne der durchschnittlich mehr als 4 Millionen Apothekenkunden pro Tag für eine noch bessere Versorgung aktiv einsetzen.“

Bundeszahnärztekammer-Präsident Engel: neue Lösungsansätze für Probleme im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung

Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer, begrüßte die Absicht der Koalitionäre, die Approbationsordnung sowie die Gebührenordnung für Zahnärzte unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung zu novellieren: „Die Koalitionsvereinbarungen zeigen, dass sich die Bundesregierung nicht scheut, die Probleme im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung beim Namen zu nennen und diese offensiv anzugehen.“

Wenn die Koalition sich der Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte annehme, so sei dies nicht zuletzt aktiver Patientenschutz. Obwohl sich die Zahnmedizin ständig weiterentwickelt, würden die Studenten nach einer Approbationsordnung aus dem Jahr 1955 ausgebildet, mahnte der BZÄK-Präsident dringenden Handlungsbedarf an. Ein vonseiten der Zahnmedizin verabschiedeter Entwurf liege dem Bundesgesundheitsministerium vor. Hinsichtlich der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte werde von der Koalition eine Anpassung an den aktuellen Stand der Wissenschaft auf Basis einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie der Kostenentwicklung als Ziel postuliert.

Winn: Veränderungen in der Gesundheitspolitik auf der Grundlage des Koalitionsvertrages sind zu begrüßen

Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Prof. Dr. Kuno Winn, hat dazu aufgerufen, die durch die Bundestagswahl entstandene gesundheitspolitische Zäsur auch zu einem Umdenken in der politischen Kultur zu nutzen. „Ich kann nur an alle Beteiligten appellieren, Sachlichkeit und Kompetenz in den Mittelpunkt der politischen Auseinandersetzung zu rücken“, sagte Winn. Er sei davon überzeugt, so Winn, dass der neue Gesundheitsminister für einen solchen neuen Stil in der politischen Auseinandersetzung alle Voraussetzungen und auch den Willen mitbringe.

Nachdem die absehbaren Veränderungen in der Gesundheitspolitik auf der Grundlage des Koalitionsvertrages vom Hartmannbund ausdrücklich begrüßt worden waren, hat sich Winn Anfang Dezember 2009 in ungewöhnlicher Schärfe zur aktuellen Diskussion über den notwendigen Umbau des Gesundheitssystems geäußert.

Er rief alle am Entscheidungsprozess beteiligten Parteien auf, sich wieder der bundespolitischen Verantwortung zu stellen und – wie in der Koalitionsvereinbarung festgehalten – die Pläne des Gesundheitsministers Dr. Philipp Rösler zur Neugestaltung des Gesundheitswesens zu unterstützen. Für den nicht zuletzt im Interesse der Patienten dringend erforderlichen Kurswechsel müssten nun alle Kräfte gebündelt werden.

KBV plädiert für sektorübergreifende Versorgungsplanung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) meldete sich gegenüber der neuen Bundesregierung mit einem Forderungskatalog und einem klaren Konzept zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu Wort. Darin schlägt der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler unter anderem vor, zur Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung überall dort gemeinsame Sache mit den Kliniken zu machen, wo es anderenfalls Versorgungslücken gibt. Künftig sollen deshalb Kooperationen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Krankenhäusern die flächendeckende Versorgung sicherstellen.

Dabei sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen Vertragsärzte zur Unterstützung an Kliniken vermitteln. Diese Ärzte würden ihren Status als Freiberufler behalten und könnten, so Köhler, auch ihre eigenen Patienten während eines stationären Aufenthaltes betreuen. Zusätzlich sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen, gegebenenfalls gemeinsam mit Krankenhäusern, Medizinische Versorgungszentren einrichten, in denen Vertragsärzte die nachstationäre ambulante Versorgung übernehmen sollen. Und in unterversorgten Regionen sollen die KVen sogar Notfallambulanzen einrichten.

KBV-Konzept: MVZ dürfen nicht von nicht-medizinischen Kapitalgebern abhängig sein!

Ein weiterer Punkt im KBV-Forderungskatalog ist die bereits vor der Bundestagswahl erhobene Forderung, dass Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nicht von nicht-medizinischen Kapitalgebern abhängig sein dürfen. Außerdem müssten zwischen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und niedergelassenen Vertragsärzten gleichartige Wettbewerbsbedingungen herrschen. Medizinische Gesichtspunkte hätten dabei grundsätzlich Vorrang vor ökonomischen Interessen, heißt es in dem Papier weiter.

Weiter fordert die KBV, die Bedingungen für Qualitätsmaßgaben, innovative Verfahren und die Vergütung müssten an der Schnittstelle der ambulant-stationären Versorgung einheitlich sein. Nur so könne die sektorenübergreifende Zusammenarbeit gefördert werden. Die Vergütung prä- und poststationärer Leistungen in der ambulanten Praxis sowie belegärztlicher Leistungen im Krankenhaus müsse außerdem gesetzlich klar geregelt werden.

Dokumentation: gesundheitspolitische Vorschläge der KBV

Das Programm der KBV enthält unter anderem folgende Forderungen:

Patientenversorgung gemeinsam gestalten

Die starre Trennung des ambulanten und stationären Sektors ist nicht zeitgemäß – der Patient bleibt schließlich derselbe, auch wenn er von der Praxis in ein Krankenhaus wechselt oder umgekehrt. Die Bedarfsplanung braucht eine ganzheitliche Betrachtungsweise. Statt einer unflexiblen Bedarfsplanung bedarf es einer intelligenten Versorgungssteuerung. Um Unterversorgung zu vermeiden, muss frühzeitig erkennbar sein, wo welche Ärzte gebraucht werden.

Künftig sollen Kooperationen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern die Versorgung der Patienten sicherstellen. Inhalte können sein:

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen vermitteln Vertragsärzte zur Unterstützung an Kliniken. Diese Ärzte behalten ihren Status als Freiberufler.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten, gegebenenfalls gemeinsam mit Krankenhäusern, Medizinische Versorgungszentren ein, in denen Vertragsärzte die nachstationäre ambulante Versorgung übernehmen. In unterversorgten Regionen richten sie Notfallambulanzen ein.
- In unterversorgten Regionen gewährleisten Arztstationen tageweise die haus- und gegebenenfalls fachärztliche Versorgung. Diese Einrichtungen werden von den Gemeinden finanziert.

Fairer Wettbewerb fördert Innovationen

Ziel des Wettbewerbs im Gesundheitswesen muss sein, Innovationen zu fördern und die Versorgung der Versicherten zu verbessern.

Basis der ambulanten ärztlichen Versorgung ist der Kollektivvertrag, der allen gesetzlich Versicherten eine flächendeckende haus- und fachärztliche Versorgung gewährleistet. Selektivverträge dienen dazu, die Versorgung für bestimmte Patientengruppen zu verbessern oder zu ergänzen.

Zwischen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und niedergelassenen Vertragsärzten und -psychotherapeuten müssen gleichartige Wettbewerbsbedingungen herrschen. Medizinische Gesichtspunkte haben grundsätzlich Vorrang vor ökonomischen Interessen. Deshalb dürfen MVZ nicht von externen, nicht-medizinischen Kapitalgebern abhängig sein, sondern dürfen nur von Ärzten geführt werden.

Die Bedingungen für Qualitätsmaßgaben, innovative Verfahren und die Vergütung müssen an der Schnittstelle der ambulanten-stationären Versorgung einheitlich sein. Nur so kann die sektorenübergreifende Zusammenarbeit gefördert werden.

Selbstverwaltung stärken

Um den gesundheitspolitischen Herausforderungen gerecht zu werden und Reformen aktiv zu gestalten, bedarf es organisatorischer Veränderungen in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung. Dabei gilt das Prinzip: Konzentration und Effizienz auf Bundesebene, Basisnähe durch Regionalität.

Als Gegengewicht zum Spitzenverband der Krankenkassen und als gleichrangiger Verhandlungspartner braucht die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Aufwertung ihrer Richtlinienkompetenz. Auf Bundesebene muss sie verbindliche Rahmenvorgaben vereinbaren können. Im Gegenzug wird die regionale Ebene gestärkt, indem sie auf Basis dieser Rahmenvorgaben abweichende Vereinbarungen treffen kann, die den spezifischen Anforderungen in der Region Rechnung tragen.

Die Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung vor Ort ist unteilbare Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung. Das erfordert auch die Hoheit bei der Verteilung des mit den Krankenkassen ausgehandelten Honorars. Ein Beispiel für mehr Regionalisierung ist daher die ärztliche Vergütung. Künftig sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen allein für die Honorarverteilung zuständig sein. Dazu nutzen sie eigenverantwortlich die Spielräume innerhalb der Bundesrichtlinien.

Gesundheitsfonds und die Folgen: Fusionswelle bei den Gesetzlichen Krankenkassen

Als direkte Folge der neuen Finanzierungsgrundsätze der Gesetzlichen Krankenversicherung über den seit Anfang 2009 geltenden Gesundheitsfonds ist es im Laufe des Jahres 2009, insbesondere jedoch zum Jahreswechsel 2009/2010, zu der bisher wohl größten Fusionswelle in der Gesetzlichen Krankenversicherung gekommen: Insgesamt 25 Krankenkassen fusionierten zum Jahreswechsel, darunter auch Schwergewichte der Branche. Davon betroffen waren deutlich mehr als 17 Millionen GKV-Versicherte.

Die zahlenmäßig wichtigsten Fusionen waren die der Barmer Ersatzkasse und der Gmünder Ersatzkasse zur neuen Barmer GEK mit nun insgesamt rund 8,6 Millionen Versicherten sowie die Fusion der Deutschen Angestellten-Krankenkasse mit der Hamburg Münchener Krankenkasse zur DAK – Unternehmen Leben mit nunmehr insgesamt rund 6,4 Millionen Versicherten. Schließlich vollzogen auch die AOK Berlin und die AOK Brandenburg die Fusion zur neuen AOK Berlin-Brandenburg mit zusammen gut 1,3 Millionen Versicherten. Doch die Fusionswelle ist damit noch lange nicht am Ende – zusätzlich haben die AOK Plus (Thüringen und Sachsen) und die AOK Hessen sowie die AOK Rheinland-Hamburg und die AOK Westfalen-Lippe bereits Fusionsverhandlungen für das Jahr 2010 angekündigt.

Kassenzahl schrumpfte seit 1970 auf ein Zehntel

Die Entwicklung hin zu immer größeren Einheiten und damit zu immer weniger gesetzlichen Krankenkassen ist dabei keineswegs neu: Während es 1970 noch 1.815 GKV-Kassen gab, waren es 1990 bereits nur noch 1.147 und im Jahr 2000 nur noch 420 (Stand jeweils 1. Januar des Jahres; siehe auch die nachstehende Tabelle). Verantwortlich für die langfristige Entwicklung ist also keineswegs nur die Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs – beide Neuerungen können erst ab Anfang 2009 für die Fusionsbewegung verantwortlich gemacht werden. Es handelt sich vielmehr um einen lang anhaltenden Trend hin zu immer weniger und immer größeren gesetzlichen Krankenkassen.

GKV: Zahl der Krankenkassen schrumpft langfristig

Jahr (jeweils 1. Januar)	Anzahl der Krankenkassen
1970	1.815
1980	1.319
1990	1.147
2000	420
2005	267
2010	169

Quelle: BMG, GKV-Spitzenverband, eigene Recherchen

Jetzt alle Krankenkassen insolvenzfähig

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde darüber hinaus geregelt, dass ab dem 1. Januar 2010 einheitliche Schließungs- und Insolvenzregeln für bundesweit und regional tätige Krankenkassen gelten. Mit der noch im Dezember 2009 vom Bundesrat verabschiedeten „Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei

Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse“ sind nun die rechnerischen und technischen Kriterien, nach denen sich der Spitzenverband im Haftungsfall bei seinen Mitgliedskassen refinanziert, festgelegt worden. Danach werden die Haftungsbeträge auf die Krankenkassen der betroffenen Kassenart nach der Zahl ihrer Mitglieder aufgeteilt. Überschreitet der Haftungsbetrag den Wert von 2,5% des Gesamtbetrags der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, wird der überschüssige Betrag auf die Krankenkassen der anderen Kassenarten aufgeteilt. Weiter heißt es in einer Mitteilung des Bundesgesundheitsministeriums, die Refinanzierung müsse gegebenenfalls durch die Erhebung von monatlichen Zusatzbeiträgen aufgebracht werden, die – je nachdem, welche Kassenart betroffen ist – unterschiedliche Höhen erreichen könne.

Sachverständigenrat plädiert für grundlegende Strukturveränderung

Im Zentrum des Gutachtens 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) mit dem Titel „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ stehen die existierenden Koordinationsdefizite der heutigen Gesundheitsversorgung und die langfristige Weiterentwicklung der Strukturen des heutigen Gesundheitssystems. Die „Gesundheitsweisen“ schlagen zur Sicherstellung der zukünftigen Versorgung ein Konzept vor, das auf eine generationenspezifische und regional differenzierte Versorgung abzielt. Wohnortnahe Primärversorgungspraxen sollen dabei eine Schlüsselrolle einnehmen. Für dünn besiedelte und strukturschwache Gebiete regt der Rat ein gezieltes Qualitätsmonitoring zur Aufdeckung von Versorgungsengpässen und qualitativen Defiziten an.

Der Rat betont, die absehbare demografische Entwicklung führe zu einer spürbaren Alterung der Gesellschaft und in diesem Kontext insbesondere zu einem stark anwachsenden Anteil hochbetagter, chronisch und mehrfach chronisch erkrankter Menschen. Infolge der Verschiebung der Alterskohorten stehe zudem künftig

einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ein schrumpfendes Arbeitskräftepotenzial gegenüber, das die in Prävention und Krankenversorgung erforderlichen Leistungen zu erbringen vermag.

Die Zahl älterer und alter Patienten mit Mehrfacherkrankungen nehme in allen Versorgungsbereichen zu. Trotz der steigenden Bedeutung der Mehrfacherkrankungen – rund zwei Drittel der über 65-Jährigen wiesen mindestens zwei chronische Erkrankungen auf – gebe es aber nur sehr wenige Leitlinien, die sich auf ältere Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen bezögen. Leitlinien für Patienten mit Mehrfacherkrankungen sollten das individuelle Setzen von Behandlungsprioritäten unterstützen.

Ineffiziente und ineffektive Konkurrenz zwischen niedergelassenen Fachärzten und Kliniken

Der Rat sorgt sich darüber hinaus um die Sicherstellung einer ausreichenden hausärztlichen Versorgung in der Zukunft. Konkret heißt es, die Nachhaltigkeit der hausärztlichen Versorgung erscheine infolge drohenden Nachwuchsmangels nicht gesichert. Dabei kämen mit dem demografischen Wandel sowie der Veränderung des Krankheitsspektrums der Bevölkerung auf die primärmedizinische Versorgung der häufigsten Gesundheitsprobleme besondere Herausforderungen zu. Eine funktionsfähige Primärversorgung bilde ein zentrales Element und entspreche den Bedürfnissen einer wachsenden Zahl chronisch Erkrankter.

Weiter heißt es, die absehbare demografische Entwicklung und die zunehmenden Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts rückten die Sekundärversorgung und mit ihr die Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor in den Mittelpunkt von Reformbestrebungen. Hierzu kritisiert der Rat, mangels adäquater Rahmenbedingungen finde derzeit eine ineffiziente und ineffektive Konkurrenz statt.

Zukunftskonzept: koordinierte Versorgung mit regionalem Bezug

Unter Berücksichtigung internationaler Konzepte zur primärärztlichen Versorgung sowie – nach kritischer Überprüfung – ausgewählter Elemente von Managed Care schlägt der Rat schließlich ein Konzept vor, das auf eine generationenspezifische und regional differenzierte Versorgung abzielt. Hierzu heißt es, der ordnungspolitische Grundgedanke bestehe darin, für alle Leistungserbringer die Anreize so zu setzen, dass sie ein eigenes Interesse an einer effizienten und effektiven Versorgung zum Wohl des Patienten besäßen.

Wohnortnahe Primärversorgungspraxen sollen dabei in der koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug eine Schlüsselrolle einnehmen. Die Vorschläge auf der Grundlage internationaler Konzepte umfassen unter anderem Vergütungs- und Honorierungssysteme, die stärker auf die Kontinuität der Versorgung und die Erreichung von mittel- bis langfristigen versichertenbeziehungsweise populationsbezogenen Versorgungszielen abstellen. Da eine flächendeckende hausärztliche Versorgung in strukturschwachen ländlichen Räumen, derzeit vor allem in den ostdeutschen Bundesländern, gefährdet erscheine, bedürfe die Versorgung in diesen Regionen einer speziellen Ausgestaltung, betont der Rat. Hier böten sich Konzepte sowohl einer dezentralen als auch einer zentralen hausärztlichen Versorgung sowie eine veränderte Arbeitsteilung der Leistungssektoren an.

Erprobung von prospektiver Pauschalvergütung und Pay-for-Performance

Zur langfristigen Sicherung einer umfassenden Versorgung, die sich an den generationenspezifischen Bedürfnissen orientiert, gelte es hinsichtlich der internen Finanzierung, prospektive Pauschalvergütungen mit gezielten Anreizen im Sinne eines „Pay-for-Performance“ zu erproben. Eine Mischung von Vergütungselementen könnte die potenziellen Nachteile einer pauschalierten Honorierung, wie etwa mangelnde Anreize für eine intensive Betreuung und qualitativ hochwertige Versorgung, teilweise neutralisieren. Zudem sollte die Honorierung auch die Koordinationsarbeit der nicht-ärztlichen Mitglieder des Versorgungsnetzes, etwa auch die der Apotheken, und die Risikostuktur der Versicherten angemessen berücksichtigen.

Das zentrale medizinische und ökonomische Potenzial zur Verbesserung der Versorgung sieht der Rat an den Schnittstellen der Leistungssektoren und hier vor allem im Bereich der Sekundärversorgung. Die Erfolgsbedingungen für eine effiziente, sektorübergreifende Versorgung, so betont das Gutachten, seien am ehesten gegeben, wenn die beteiligten Leistungserbringer für ein gemeinsames Budget arbeiteten und eine sektorübergreifende Pauschale erhielten.

Im Hinblick auf die Versorgungssituation in dünn besiedelten strukturschwachen Gebieten geht der Rat davon aus, dass hier infolge zu geringer Angebotskapazitäten ein Wettbewerb zwischen umfassenden Versorgungseinheiten nicht mehr und zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern kaum noch stattfinden könne. Deshalb schlägt er ein gezieltes Monitoring anhand von Qualitätsindikatoren vor – damit könne es zur Aufdeckung von Versorgungsengpässen und qualitativen Defiziten kommen.

Die Situation der Heilberufe

Vertragsärztliche Honorarreform 2009: trotz 3,4 Mrd. Euro mehr nicht nur Gewinner

Anfang 2010 stand fest, was mittlerweile von vielen erwartet worden war: Mit einem Honorarplus in Höhe von 3,4 Mrd. Euro hatten die Vertragsärzte im Jahr 2009 gegenüber dem Vergleichsjahr 2007 am Ende einen höheren Zuwachs erreicht als prognostiziert. Das zeigten die inzwischen fertiggestellten Endabrechnungen für das zweite Quartal 2009 und die darauf aufbauenden Hochrechnungen der KBV. Für 2010 hatte die KBV außerdem nochmals eine Honorarsteigerung um 1,7 Mrd. Euro mit den Krankenkassen vereinbart. Der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Köhler betonte angesichts dieser Ergebnisse, er habe noch keine Vergütungsreform durchgeführt, bei der es so viele Gewinner gegeben hätte.

So waren nach den Protesten vieler Vertragsärzte gegen die befürchteten Einkommenseinbußen durch die Honorarreform 2009 am Anfang des Jahres die tatsächlichen vorläufigen Ergebnisse für viele eine Überraschung: Statt eines gefühlten oder auch befürchteten Defizites in den Kassen vieler Vertragsärzte gibt es bereits nach der Auswertung des ersten Quartals 2009 ein deutliches Plus. Doch die Freude hielt sich in Grenzen: Tatsächlich gab und gibt es Arztgruppen mit einem deutlichen Minus – und insgesamt ein sehr heterogenes Bild. Nach diesen im September 2009 bekannt gegebenen vorläufigen Ergebnissen hatten die Vertragsärzte im ersten Quartal 2009 bereits einen Honorarzuwachs gegenüber dem gleichen Quartal des Vorjahres in Höhe von 471,9 Mio. Euro erreicht. Die von der KBV bekannt gegebene bundesweite absolute Veränderung war dabei ein Mindestwert, da drei Kassenärztliche Vereinigungen ausstanden und zum Teil nicht alle Praxen mit einbezogen waren. Nach den vorläufigen Daten der KBV aber war die Gesamtvergütung im ersten Quartal 2009 im Vergleich zum Vorjahresquartal um 7,8% gestiegen. Auf das Gesamtjahr 2009 hochgerechnet ergebe sich daraus ein voraus-

sichtliches Honorarplus für alle Vertragsärzte in Höhe von knapp zwei Mrd. Euro – ein Wert, der mit den Ergebnissen des zweiten Quartals nochmals deutlich nach oben korrigiert wurde – auf die bereits genannten 3,4 Mrd. Euro.

Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), kommentierte die Zahlen seinerzeit bei der Vorstellung der Ergebnisse in Berlin mit dem Hinweis: „Die absoluten Zahlen sind besser ausgefallen als erwartet. Sie dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es vor Ort noch viele Probleme gibt, die wir lösen müssen. Diese Honorarreform hat zu Verwerfungen geführt – zu gewünschten und zu nicht gewünschten. Längst nicht alle Ärzte haben dazugewonnen. Es gibt auch Verlierer dieser Reform.“ Als Fazit bleibe festzuhalten, dass man sich mit der Honorarreform „mitten auf der Strecke hin zu einer adäquaten Vergütung“ befinde. „Die finanzielle Unterdeckung in der ambulanten Versorgung von 30% ist zudem nur teilweise behoben“, ergänzte Köhler damals. Letztlich gehe es um die Sicherung der wohnortnahen, qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung für die Patienten. Und am Ende fügte er noch hinzu: „Es hat sich im Übrigen gezeigt, dass die ärztliche Selbstverwaltung funktioniert.“

Nur Orthopäden mit einem leichten Minus

Die einzige Arztgruppe, die bei gesamtdeutscher Betrachtung verloren habe, seien die Orthopäden mit einem Honorarminus von 4% im ersten Quartal. In den KVen könne dies jedoch unterschiedlich sein, fügte die KBV hinzu. Innerhalb der Arztgruppen gebe es nach den Zahlen der KBV zum Teil deutliche Schwankungen, erklärte KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller. Ein Beispiel seien die Hausärzte. Diese hätten in der Summe zwar 10% gewonnen. Während in Sachsen-Anhalt aber beispielsweise 95% der Allgemeinmediziner einen Honorarzuwachs verzeichneten, gelte dasselbe nur für 14% ihrer Kollegen in Baden-Württemberg. Bundesweit reiche die Spanne der Honorarentwicklung je Arztgruppe von -4% bis zu +21%.

Auch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen gab es nach den Zahlen der KBV fast nur Gewinner – lediglich Baden-Württemberg blieb mit einem Null-Wachstum dahinter zurück. Spitzenreiter bei den KVen war seinerzeit die KV Berlin mit einem Plus von über 30%. Auch bei der Auswertung nach Gewinnern und Verlierern pro Arztgruppe ergab sich aus den Daten der KBV, dass in beinahe allen Arztgruppen die Gewinner der Honorarreform deutlich überwogen: Die Gewinneranteile reichten von 58% bis zu 80%. Ausnahme war auch hier die Fachgruppe der Orthopäden, in der nur 40% zu den Gewinnern gehörten.

Auch für Bayern und Nordrhein gilt: mehr Gewinner als Verlierer

Wenige Tage vor der KBV hatten bereits die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bayern und Nordrhein, in denen die Honorarreform besonders stark kritisiert worden war, ihre jeweiligen Hochrechnungsergebnisse für das erste Quartal 2009 bekannt gegeben. In Bayern deuteten die ersten Analysen der Abrechnungsdaten der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten für das erste Quartal 2009 auf ein positives Ergebnis hin, gab die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) bekannt. Es gebe auch in Bayern insgesamt mehr Gewinner als Verlierer durch die zum 1. Januar 2009 in Kraft getretene Honorarreform. Und für die Praxen, die dennoch von schmerzlichen Umsatzeinbußen betroffen wären, hätte durch eine mit den bayerischen Krankenkassen vereinbarte Konvergenzregelung sichergestellt werden können, dass deren Verluste aufgrund der Honorarreform im ersten Quartal 2009 auf maximal 5% begrenzt seien. Insgesamt stünden rund 42 Mio. Euro – das sind bezogen auf die Gesamtvergütung 3,5% – mehr Gelder von den Krankenkassen für die Vergütung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Bayern zur Verfügung als im Vorjahr. Aus Sicht des Vorstandes der KVB sei man „auf dieser Basis in der Lage, die flächendeckende ambulante Versorgung auf hohem Niveau im Freistaat zu bewahren“.

Die Berechnung des ersten Quartals 2009 ergab im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo) nach deren Angaben ein widersprüchliches Ergebnis. Einerseits verzeichneten zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte im Rheinland Honorarsteigerungen gegenüber dem Vorjahresquartal. Zugleich führten diese Steigerungen beim Einzelnen zu einem Defizit in der Gesamtvergütung von rund 40 Mio. Euro. „Wir als Vorstand betrachten die Ergebnisse der nun vorliegenden Echt-Abrechnung daher mit einem lachenden und einem weinenden Auge“, kommentierte Dr. Leonhard Hansen, Chef der KV Nordrhein. Positiv sei, dass es dank der Honorarverteilung der KV gelungen sei, den Schaden, den die Bundesebene mit ihrer ungerechten Honorarreform der Region Nordrhein zugefügt habe, von der einzelnen Praxis abzuwenden, allerdings um den Preis der Unterdeckung, so Hansen weiter. Konkret war die Honorarsumme, die im ersten Quartal 2009 im Rheinland an die rund 17.000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ausbezahlt wurde, um 75,74 Mio. Euro oder 9,44% höher als im ersten Quartal 2008. Bis auf fünf Ausnahmen konnten dabei alle Fachgruppen ihr Honorarvolumen steigern, zum Teil im zweistelligen Bereich. Einige Beispiele: Die Allgemeinmediziner in Nordrhein erhielten ein Plus von 9,11%, die Anästhesisten von 10,02%, die Hautärzte von 17,41%, die Nervenärzte von 21,50% und die Psychologischen Psychotherapeuten von 20%. Zusammengefasst ließe sich aus der Sicht der KVNo feststellen: Die Gesamtheit der Hausärzte erziele zu 73% Umsatzsteigerungen; die Fachärzte zu 63,3%.

Auch Anfang 2010 noch Kritik aus Nordrhein

Allerdings gab es auch Anfang 2010 noch Kritik aus Nordrhein an der KBV: Das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung errechnete Umsatzplus für alle niedergelassenen Ärzte in Deutschland sei nur eine Seite der Medaille. Die andere sei – leider – die nach wie vor ungleiche Verteilung der zur Verfügung stehenden Honorare auf die einzelnen Regionen in Deutschland und die nicht zu leugnende Tatsache, dass die Reform auch viele Verlierer produziert habe. „Gerade die Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein-Westfalen müssen die Erfolgs-

meldungen aus Berlin als zynisch empfinden", betonte Anfang Februar 2010 Dr. Thomas Kriedel, Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL). Sein nordrheinischer Kollege Bernd Brautmeier (KV Nordrhein) listete die Probleme im größten deutschen Bundesland auf: „Wir haben die rote Laterne, unsere Haus- und Fachärzte haben nach der Honorarreform die niedrigsten Fallwerte pro Patient. Mit anderen Worten: Für die Behandlung eines Patienten werden in anderen Bundesländern bis zu 35% mehr gezahlt.“

Baden-Württemberg: Wir sind die Verlierer!

Auch aus Baden-Württemberg kamen Anfang 2010 nach wie vor Klagen zur Honorarreform. Im Gegensatz zum bundesweiten Ergebnis hätten die niedergelassenen Ärzte in Baden-Württemberg im vergangenen Jahr deutlich weniger verdient. Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer, sagte zu einer entsprechenden Äußerung des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler: „Das deutliche Honorarplus, das die niedergelassenen Ärzte 2009 bundesweit erhalten haben, ist in Baden-Württemberg eindeutig nicht angekommen. Ganz im Gegenteil: Zustande gekommen ist dieses Ergebnis teilweise durch eine Umverteilung zulasten der KVBW. Rund zwei Drittel unserer Mitglieder mussten im vergangenen Jahr deutliche Umsatzrückgänge hinnehmen.“ Dies bedeute für die Ärzte 2009 Honorareinbußen im hohen zweistelligen Millionenbereich.

Das offensichtliche Missverhältnis ergebe sich aus der neuen Verteilungssystematik der Mittel der Krankenkassen für die Bundesländer aus der letzten Gesundheitsreform, die für die Ärzte in Baden-Württemberg massive Verluste zur Folge hatte. „Nach dem ursprünglichen Mechanismus wären die Honorarverluste für die baden-württembergischen Ärzte noch einmal deutlich höher ausgefallen. Allerdings ist es uns gelungen, durch einen innerärztlich finanzierten Rettungsschirm die Verluste, allerdings auch die Gewinne für unsere Mitglieder auf maximal 5% zu begrenzen.“

Hoffmann-Goldmayer warnte davor, die Folgen zu unterschätzen. „Wir haben in Baden-Württemberg in einigen Regionen bereits Schwierigkeiten, freiwerdende Arztpraxen neu zu besetzen. Angesichts der Tatsache, dass in den kommenden Jahren eine Vielzahl von Praxisinhabern aus Altersgründen nicht mehr praktizieren wird, müssen wir dafür sorgen, dass der Beruf des niedergelassenen Arztes für die nächste Generation attraktiv bleibt.“

Der Vorstandsvorsitzende begrüßte die Äußerung Köhlers, wonach die Verteilung der Mittel der Krankenkassen neu geregelt werden muss. „Dieses Missverhältnis ist allerdings schon seit mehr als einem Jahr bekannt und bislang hat sich trotz unserer vehementen Forderungen nichts geändert.“ Er forderte daher noch einmal, hier schnellstens zu akzeptablen Lösungen zu kommen. „Es kann nicht sein, dass die ärztliche Versorgung in unserem Land durch eine derart ungerechte Verteilung gefährdet ist.“

Ärztetag: Diskussion über Priorisierung ist unausweichlich

Zu Protesten von Politikern verschiedener Parteien führten im Frühjahr 2009 die Beratungen und Beschlüsse des 112. Deutschen Ärztetages in Mainz zum Schwerpunktthema „Patientenrechte in Zeiten der Priorisierung“. Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe hatte in seiner Grundsatzrede unter anderem gesagt, wer sich heute hinstelle und behaupte, die umfassende Gesundheitsversorgung in Deutschland sei sicher, „der sagt schlicht und einfach nicht die Wahrheit“.

Der Bundesärztekammerpräsident führte weiter aus: „Mit den Mitteln, die uns heute zur Verfügung stehen, werden wir den medizinischen Fortschritt zukünftig nicht mehr in den Praxen und Kliniken abbilden können – erst recht nicht in einer Gesellschaft des langen Lebens. Darüber müssen wir jetzt reden und nicht erst in 20 Jahren. Das ist es, was ich fordere, wenn ich von Priorisierung rede; den Mut, unbequeme Wahrheiten offen zu diskutieren. Und das ist es, was ich auch von der Politik erwarte: Sagen Sie den Menschen die Wahrheit, übernehmen Sie endlich Verantwortung und lassen

Sie uns Ärzte nicht länger im Regen stehen!" Der richtige Umgang mit der Mittelknappheit werde zweifellos eine der wichtigsten Herausforderungen für unser Gesundheitswesen in den nächsten Jahren. Wenn die Mangelverwaltung zum Dauerzustand werde, so Hoppe weiter, müsse sich die Ärzteschaft mit der Priorisierung auseinandersetzen.

Priorisierung differenziert betrachten anstatt zu polemisieren

Hoppe stellte auch klar, was unter Priorisierung zu verstehen sei – sicher auch, um gegen die ständigen Falschinterpretationen in Richtung Rationierung medizinischer Leistungen vorzugehen. Nach Hoppe bedeutet Priorisierung im Prinzip, dass ärztliches Handeln in Diagnostik und Therapie im Rahmen der zur Verfügung stehenden Leistungsmöglichkeiten eine Auswahl trifft, welche Therapiemöglichkeiten für welche Patienten in Zukunft zur Verfügung stehen und worauf unter Umständen verzichtet werden muss.

Unter Priorisierung verstehe man damit die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Dabei entstehe eine mehrstufige Rangreihe, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen in einer Rangfolge angeordnet werden.

„Am Ende dieser Rangreihe“, so der BÄK-Präsident wörtlich, „finden sich dann solche Verfahren wieder, die keine messbar nachweisbare Wirkung mehr haben.“ Die Rangfolge könne innerhalb eines bestimmten Versorgungsbereiches, etwa im Hinblick auf die Versorgung von Herzerkrankungen, erfolgen. Diese Form werde als vertikale Priorisierung bezeichnet. Würden verschiedene Krankheitsgruppen oder Versorgungsziele in einen Kontext gestellt, so spreche man von horizontaler Priorisierung. Hoppe ergänzte wörtlich: „Diese differenzierte Betrachtung, meine Damen und Herren, muss man kennen, wenn man über Priorisierung spricht. Sonst redet man nicht von Priorisierung, sondern betreibt Polemisierung.“

Der Bundesärztekammerpräsident betonte dann: „Priorisierung kann dazu beitragen, die knappen Mittel nach gesellschaftlich konsentierten Kriterien möglichst gerecht zu verteilen. Deshalb fordern wir die Errichtung eines Gesundheitsrates, in dem Ärzte gemeinsam mit Ethikern, Juristen, Gesundheitsökonomern, Theologen, Sozialwissenschaftlern und Patientenvertretern Empfehlungen für die Politik entwickeln, wie es zu einer gerechteren Verteilung der knappen Mittel kommen kann“ – eine Forderung, die der Ärztetag mit seinen Beschlüssen nachdrücklich unterstützte.

Deutscher Ärztetag unterstützt Hoppes Argumentation – Konzept für Gesundheitsrat entwickeln

So heißt es im Beschluss „Patientenrechte in Zeiten der Rationierung“ unter anderem: „Rationierung gefährdet Patientenrechte. Rationierung als implizites Vorenthalten von Versorgungsnotwendigkeiten und -chancen ist aber inzwischen Teil der Versorgungswirklichkeit; dies muss die Politik transparent machen.“ Und am Ende des Beschlusses heißt es dann: „Die Ärzteschaft verschließt sich nicht der Mitwirkung an gesundheitspolitischen Priorisierungsentscheidungen. Der Ärztetag bekräftigt die schon im Ulmer Papier geforderte Einrichtung eines Gesundheitsrates.“ Auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm 2008 hatte sich der Ärztetag ausdrücklich für eine transparente Priorisierung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung mithilfe eines Gesundheitsrates ausgesprochen. In Mainz ging er noch einen Schritt weiter und forderte den Vorstand der Bundesärztekammer konkret auf, ein Konzept zur Etablierung eines Gesundheitsrates zu entwickeln und der Politik vorzutragen. Zur Struktur dieses Rates sollten Vorschläge zur Zusammensetzung gemacht und bezüglich seiner Aufgaben Aussagen zu einer notwendigen künftigen Strukturierung des Gesundheitswesens sowie zu Kriterien der gerechten Verteilung von Leistungen getroffen werden.

Katzenmeier: Gesundheitspolitik bedroht Patientenrechte!

Im Hinblick auf die Pläne der Politik, auch in Deutschland ein Patientenschutzgesetz zu erlassen, führte Prof. Dr. Christian Katzenmeier, Direktor des Institutes für Medizinrecht an der Universität Köln, in seinem Grundsatzzreferat vor dem Ärztetag in Mainz aus: „Die jüngst zunehmend erhobenen Forderungen nach einem ‚Patientenschutzgesetz‘ sind ein Beleg dafür, dass die Rechte der Patienten und ihre Rechtsgüter (Leben, körperliche Integrität, Gesundheit) aktuell als bedroht angesehen werden. Man kann sich jedoch des Eindrucks nicht erwehren, dass Patientenrechte weniger durch sorglos handelnde Ärzte verkürzt werden, als durch eine Gesundheitspolitik, die sich weigert, sich des Problems der zunehmenden Ressourcenknappheit anzunehmen und dafür Lösungen zu erarbeiten.“

Der Kölner Medizinrechtler wies dann darauf hin, dass weder gesundheitsökonomische Überlegungen noch Rationalisierung allein zu einem dauerhaft sinnvollen Umgang mit den für die gesundheitliche Versorgung zur Verfügung stehenden Mitteln führen könnten. Katzenmeier weiter: „Es lässt sich nicht mehr leugnen, dass letzten Endes Rationierungen unumgänglich sind, wobei diese ethisch stets bedenklich bleiben, da sie immer einen Verzicht auf effektive Leistungen bedeuten. Der Gesetzgeber hat dies bislang nicht eingestanden.“ Für ihn stelle die Budgetierung ein eleganteres Mittel zur Kostendämpfung dar, denn sie lasse die Leistungsansprüche des Patienten unberührt. So werde der – potenziell wahlentscheidende – Konflikt umgangen, zu dem offene Leistungskürzungen führen müssten. Wörtlich hieß es im Referat dann weiter: „Für die Leistungserbringer aber beschwört gerade dies schwere Konfliktlagen herauf. Mit Grund wendet sich die verfasste Ärzteschaft in ihrem auf dem letzten Deutschen Ärztetag verabschiedeten Ulmer Papier vehement gegen Budgetierung und sogenannte ‚heimliche Rationierung‘, gegen die Fremdbestimmung der Arzt-Patient-Beziehung und die damit einhergehende Minderung der Qualität ärztlicher Leistungen.“

Letztlich werde es dem Staat nicht erspart bleiben, Regeln für den Umgang mit der Knappheit aufzustellen.

Ärzte, so Katzenmeier weiter, seien in Zukunft immer stärker gefordert, die sozialen Konsequenzen ihrer „Ressourcenverwendungsentscheidung“ zu verantworten und den Ressourceneinsatz auf das medizinisch Sinnvolle zu begrenzen. Der bestehende Zielkonflikt zwischen humanitärer Ausrichtung, medizinischer Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Versorgungssystems verschärfe sich weiter. Unverkennbar werde es in einem Gesundheitssystem, in dem eine Begrenzung der finanziellen Ressourcen einhergeht mit zunehmend strengeren Leistungsanforderungen und gesteigerten Erwartungen der Patienten an die Medizin, für den Arzt immer schwieriger, den individuellen und gesellschaftlichen Heilauftrag sachgerecht zu erfüllen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot könne ihn vor die Frage stellen, ob er die vertraglich wie haftpflichtrechtlich begründete höchstmögliche Sorgfalt und beste Vorkehrungen mit ihrem erhöhten Aufwand anwenden dürfe und solle.

Daraus entsteht nach Auffassung des Medizinrechtlers ein Konflikt zwischen dem Haftungs- und dem Sozialrecht: „Wenn sich das Haftpflichtrecht weiterhin an dem medizinisch Machbaren orientiert und damit tendenziell das Optimale fordert, während nach Sozialversicherungsrecht Leistungen nicht erbracht werden dürfen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dann droht die Gefahr eines Auseinanderdriftens beider Teilrechtsgebiete. Wenn eine Finanzierung der jeweiligen medizinischen Standards durch die Krankenkassen nicht mehr gesichert ist, dann wird sich die weitere Frage stellen, ob die Rechtsordnung den Arzt jedenfalls haftungsrechtlich für verpflichtet halten kann, Maßnahmen zu treffen, die er möglicherweise nicht liquidieren kann?“ Nur sehr zögerlich gewinne bei dieser Diskussion die Einsicht Raum, dass der rechtliche Sorgfaltsmaßstab die allgemeinen Grenzen im System der Krankenversorgung, selbst wenn es Grenzen der Finanzierbarkeit und Wirtschaftlichkeit seien, nicht völlig vernachlässigen könne.

Umorientierung der Rechtsprechung erforderlich

Wichtig sei eine Umorientierung der Rechtsprechung, die gegenwärtig Ärzte zu einem übermäßigen Einsatz der zur Verfügung stehenden diagnostischen Verfahren zwingt und damit ihrerseits zur Ressourcenverknappung beitrage. Eine Einschränkung der Haftungsbestimmungen sowie die Berücksichtigung von Aufwand-Ertrag-Analysen auch vor Gericht, so der Medizinrechtler, seien wichtige Voraussetzungen dafür, dass die Ärzte künftig sparsamer mit den finanziellen Mitteln umgehen könnten und der Kostenanstieg im Gesundheitswesen gebremst werden könne.

Das Tabu, über Rationierung und Priorisierung zu reden, steht vor dem Ende

Die Schlussfolgerung des Kölner Medizinrechtlers: „Dies alles zeigt, dass vor dem Hintergrund wirtschaftlicher Beschränkungen die Sicherstellung der medizinischen Versorgung nicht mehr allein Aufgabe der Leistungserbringer sein kann, sondern immer mehr eine Herausforderung an die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik bedeutet. In Deutschland war eine Diskussion über objektive und allgemeine Verfahren der Rationierung und der Priorisierung medizinischer Leistungen lange Zeit tabu. Doch nun wird sie eröffnet. Transparente und bestimmte Zuordnungsregeln müssen herausgearbeitet werden und an die Stelle der bislang kasuistischen, intransparenten und häufig impliziten Vorenthaltung medizinischer Leistungen treten. Die Verfahren sind dabei jeweils auf ihre Vereinbarkeit mit den Vorgaben der Rechtsordnung, insbesondere mit den Grundrechten, zu überprüfen. Eine schwierige, eine heikle, aber unumgängliche Aufgabe.“

Private Investoren im Gesundheitswesen sollen Gewinne reinvestieren

Private Träger und sonstige private Investoren von medizinischen Versorgungseinrichtungen sollen nach dem Willen des 112. Deutschen Ärztetages 2009 in Mainz zu einer Reinvestition von Gewinnen in die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung verpflichtet

werden. Das forderte unter anderem der vom Ärztetag verabschiedete Leitantrag zu einer „neuen, vorausschauenden Gesundheitspolitik“. Weiter hieß es in dem von den rund 250 Delegierten in Mainz mit großer Mehrheit angenommenen Papier, darüber hinaus fordere der Deutsche Ärztetag, dass auch angestellte Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) weisungsfrei in medizinisch-fachlichen Angelegenheiten bleiben müssten. Wörtlich hieß es dann: „Der Deutsche Ärztetag betrachtet mit Sorge, dass die Patientenversorgung zunehmend Gegenstand rein kommerzieller Interessen zu werden droht und Kapitalgesellschaften vor allem niedergelassene Fachärzte verdrängen. Sollte diese Entwicklung so weitergehen, wird sich nicht nur die Qualität der Patientenversorgung in Richtung Entindividualisierung und Anonymisierung verändern, sondern es droht auch eine Standortselektion zulasten wirtschaftlich uninteressanter, strukturschwacher Regionen.“

Eine weitere Forderung des Ärztetages lautete, der Gesundheitsfonds müsse grundsätzlich neu überdacht werden: „Die Krankenkassen sollten bis auf Weiteres ihre Beitragssätze wieder selber festlegen können, um auf die Wirtschaftskrise flexibel und effizient reagieren zu können“, hieß es in dem Beschluss des Ärzteparlamentes. Voraussetzung dafür sei eine strukturelle Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hierzu zähle die schrittweise Abkehr vom reinen Umlageverfahren, die stufenweise Einführung von Kapitaldeckung sowie die Bildung von Alterungsrückstellungen.

„Mit begrenzten Mitteln kann kein unbegrenztes Leistungsversprechen finanziert werden“, erklärte der Ärztetag mit Blick auf das unterfinanzierte Gesundheitswesen. Der Leistungsumfang der GKV müsse auf das den Grundsätzen des Sozialgesetzbuches V entsprechende Maß zurückgeführt werden. Wellness-Angebote oder andere ‚Lockvogel‘-Angebote mögen zwar dem Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen dienen, führen jedoch zu einer Überforderung des Solidarsystems. Statt Zweckentfremdung von Solidarbeiträgen für Krankenkassenwettbewerb, Rationierung und Einführung von Zwei-Klassen-Medizin befürwortete der

Deutsche Ärztag eine transparente Differenzierung des Versorgungsspektrums in eine Regelversorgung, die den Grundsätzen der GKV entspricht, sowie darauf aufbauende zusätzliche Versorgungsangebote.

Angesichts der Weltwirtschaftskrise appellierten die Delegierten an den Gesetzgeber, an problemorientierten und dem Primat des Patientenwohls verpflichteten Lösungen zu arbeiten. „Dabei drückt die deutsche Ärzteschaft ihr Unverständnis aus, mit welcher Geschwindigkeit und Leichtigkeit die Politik Milliardensummen zur Kompensation einer fehlgeleiteten Finanzpolitik und zur Konsolidierung von Banken und Unternehmen aufwendet, während Patienten, Ärzte und Bürger unseres Landes seit Jahren heftig um vergleichsweise kleine Zuwächse an den Finanzmitteln der GKV kämpfen müssen.“

Apotheker: EuGH bestätigt deutsches Fremdbesitzverbot als rechtmäßig

Im Mai 2009 hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) in einem lange erwarteten Grundsatzurteil entschieden, dass das in Deutschland und Italien geltende Fremdbesitzverbot für Apotheken mit dem europäischen Recht vereinbar ist. In seinen Urteilen stellte der Gerichtshof fest, dass der Ausschluss von Nichtapothekern vom Betrieb einer Apotheke oder vom Erwerb von Beteiligungen an Apotheken betreibenden Gesellschaften zwar eine Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und des freien Kapitalverkehrs darstelle. Diese Beschränkung lasse sich jedoch mit dem Ziel rechtfertigen, eine sichere und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Weiter hieß es in der Verlautbarung des EuGH zum Fremdbesitzverbots-Urteil: „Wenn eine Ungewissheit hinsichtlich des Vorliegens oder der Bedeutung von Gefahren für die menschliche Gesundheit bleibt, muss der Mitgliedstaat Schutzmaßnahmen treffen können, ohne warten zu müssen, bis der Beweis für das tatsächliche Bestehen dieser Gefahren vollständig erbracht ist. Außerdem kann der Mitgliedstaat diejenigen Maßnahmen treffen, die eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung, wozu im Einzelnen eine Gefahr für die sichere und qualitativ hochwertige Arzneimit-

telversorgung der Bevölkerung gehört, weitestmöglich verringern.“ Da die Mitgliedstaaten befugt seien, über das Niveau des Schutzes der Gesundheit der Bevölkerung zu entscheiden, könnten sie verlangen, dass Arzneimittel von Apothekern vertrieben werden, die über tatsächliche berufliche Unabhängigkeit verfügten. Der Gerichtshof gelangte schließlich zu dem Ergebnis, dass die Niederlassungsfreiheit und der freie Kapitalverkehr einer nationalen Regelung nicht entgegenstünden, die Personen, die keine Apotheker seien, den Besitz und den Betrieb von Apotheken verwehre.

ABDA: ein guter Tag für den Verbraucher- und Patientenschutz

Der Vorsitzende des Deutschen Apothekerverbandes e. V. (DAV), Fritz Becker, kommentierte das Urteil mit den Worten: „Das ist ein guter Tag für den Verbraucher- und Patientenschutz in Deutschland und Europa. Denn das Fremdbesitzverbot sichert die fachlich qualifizierte Betreuung der Patienten in Arzneimittelfragen durch unabhängige und freiberufliche Apothekerinnen und Apotheker.“ Das bewährte deutsche Apothekensystem sei weltweit anerkannt: Vier Millionen Menschen würden täglich in rund 21.600 unabhängigen Apotheken mit mehr als 145.000 Mitarbeitern versorgt.

Becker betonte, das Urteil sei eine Bestätigung der besonderen gesundheits- und sozialpolitischen Rolle der freiberuflichen Apotheke und ein bedeutendes Signal für Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung insgesamt. Der ABDA-Vorsitzende wörtlich: „Die Entscheidung des EuGH bestätigt die Bundesregierung und den Gesetzgeber in ihrem Bekenntnis zum bestehenden Apothekenwesen und zu den freien Berufen.“

Zahnärzte: Hoffnung nach erstem Meinungsaustausch mit Bundesgesundheitsminister Rösler

Mit dem Regierungswechsel in Berlin scheint die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ebenso wie die Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte ein deutliches Stück voranzukommen. So betonte Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), nach dem Antrittsbesuch einer hochrangigen BZÄK-Delegation im Bundesgesundheitsministerium: „Dies war ein ermutigender Meinungsaustausch in angenehmer Atmosphäre mit konstruktiven Ansätzen und auf höchster Kompetenzebene.“ Bei dem Gespräch, an dem vonseiten des BMG neben Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler auch die Staatssekretäre Annette Widmann-Mauz, Stefan Kapferer und Daniel Bahr teilnahmen, erklärte Minister Rösler den Willen des BMG, die Novellierung der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte auf der Grundlage der von der zahnärztlichen Profession erstellten Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ) zeitnah voranzutreiben. Dabei sei es von großer Wichtigkeit, dass die Zahnärzteschaft ihre Datengrundlagen möglichst schnell zur Verfügung stellt. Weiterer Diskussionspunkt war die strittige Öffnungsklausel, zu der vonseiten der BZÄK die bekannten Gegenargumente erneut vorgebracht wurden. Das BMG legt in diesem Zusammenhang großen Wert auf einen entsprechenden Interessenausgleich aller Beteiligten. Seitens der BZÄK wurden die Möglichkeiten einer Festzuschussystematik auch im privaten Krankenversicherungsbereich vorgestellt.

Ein weiteres Thema war die Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte (AppO-Z), die vonseiten der BZÄK angemahnt wurde. Auch hier habe Rösler großes Verständnis für die Forderungen der Zahnärzteschaft gezeigt und der BZÄK die Unterstützung des BMG zugesichert. Dazu kündigte das BMG die Erarbeitung eines Eckpunktepapiers an, auf dessen Grundlage erneut die politische Diskussion mit der Länderebene gesucht werden soll.

Zahnärzte: Investitionskosten für Praxisgründung auf historischem Höchststand

Die durchschnittlichen Investitionskosten für die Neugründung einer Zahnarztpraxis sind im Jahr 2007 in Westdeutschland auf 368.000 Euro gestiegen. Sie haben damit gegenüber dem Vorjahr um 16% zugenommen. Dies geht aus einer Erhebung hervor, die das Institut der Deutschen Zahnärzte in Kooperation mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durchgeführt hat. „Der Anstieg hängt vor allem mit den wachsenden Kosten für technische Geräte und Praxiseinrichtung zusammen. Solche Investitionslasten sind kaum zu schultern, wenn die Vergütung der zahnärztlichen Leistungen nicht stimmt.“ Mit diesen Worten kommentierte der Vorsitzende des Vorstandes der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, die Entwicklung.

Die zentralen Ergebnisse der Erhebung

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer, Düsseldorf, das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Die zentralen Ergebnisse der Analyse für das Jahr 2007 waren:

- Die **Übernahme einer Einzelpraxis** war im Jahr 2007 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. In den alten Bundesländern entschieden sich 47 % und in den neuen Bundesländern 54 % der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- In den alten Bundesländern wählten im Jahr 2007 38 % der zahnärztlichen Existenzgründer die **Berufsausübungsgemeinschaft** (Gemeinschaftspraxis). In den neuen Bundesländern wurde die Praxisform der Berufsausübungsgemeinschaft mit einem Anteil von 42 % erstmals vergleichsweise häufiger präferiert als in den alten Bundesländern.
- Während in den alten Bundesländern 59 % der Existenzgründungen von Männern und 41 % von Frauen realisiert wurden, war die Geschlechterverteilung in den **neuen Bundesländern** nahezu spiegelbildlich. Hier wurden 43 % der Existenzgründungen von Männern und 57 % von Frauen vorgenommen.
- Im Jahr 2007 betrug das **Finanzierungsvolumen für die Neugründung** einer westdeutschen Einzelpraxis 368.000 Euro und lag somit 16 % über dem Vorjahreswert. Die Zunahme beruht primär auf dem isolierten Anstieg der Investitionen für medizinisch-technische Geräte sowie die Praxiseinrichtung.
- Das **Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme** stieg 2007 um 12 % auf 275.000 Euro. Der Zuwachs wird in erster Linie von dem gestiegenen ideellen Wert („Goodwill“) getragen. Im Jahr 2007 betrug der Goodwill 99.000 Euro und lag damit um 30 % über dem Vorjahresniveau.
- Das **zahnärztliche Investitionsvolumen** für eine Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern wurde wie in den Vorjahren auch im Zeitraum 2006/2007 im Vergleich zu den ärztlichen Investitionen von keiner anderen medizinischen Facharztgruppe übertroffen.

Versicherungs- und Finanzdienstleistungsmarkt Heilberufe

Die Deutsche Ärzteversicherung ist der Begleiter des Arztes in den Bereichen der Vorsorge, Sicherheit und Finanzen. Entsprechend werden die speziellen Bedarfe der Zielgruppe mit einer Reihe von Produkten und Serviceleistungen bedient, die diesem Anspruch gerecht werden.

Mit „**DuoPlus**“ das Geld sicher anlegen – das ist der Anspruch, den die von der Deutschen Ärzteversicherung angebotene Geldanlage hat. „DuoPlus“ beruht auf der sogenannten Best-of-Two-Strategie, indem aus einem aus zwei Anlageklassen bestehenden Portfolio zu bestimmten Zeitpunkten Umschichtungen vorgenommen werden. Die Anlageentscheidungen erfolgen nach einem regelbasierten mathematischen Prozess – und zwar unabhängig von Kapitalmarktprognosen. Durch diese Anlagestrategie sind langfristig hohe Renditen zu erzielen und das Risiko ist durch eine Garantie-Option zu begrenzen. Das Anlageprodukt „DuoPlus“ ist im Berichtsjahr unseren Kunden mit großem Erfolg angeboten worden. Es entspricht gerade in Zeiten einer unsicheren Kapitalmarktsituation genau den Wünschen und Vorstellungen einer sicherheitsorientierten Klientel.

Nicht nur aus Sicht der Ratingagenturen – alle Ratings absolvieren wir mit besten Ergebnissen –, sondern auch und vor allem durch die Akzeptanz unserer Kunden ist die „**Berufsunfähigkeitsversicherung**“ ein ganz herausragendes Produkt unseres Unternehmens. Sie hat

außerordentlich kundenfreundliche Konditionen und besondere Vorteile, so zum Beispiel, dass sich die Absicherung auf die zuletzt ausgeübte ärztliche Tätigkeit bezieht. Damit kann der Arzt sicher sein, dass er nicht in einen anderen Beruf oder auf eine andere ärztliche Tätigkeit im Fall einer Berufsunfähigkeit verwiesen werden kann. Durch Weiterentwicklungen im Bedingungsnetzwerk, zum Beispiel die Einführung von Erhöhungsoptionen, wurde das Produkt sinnvoll ergänzt.

Nach wie vor ist das Beratungs- und Produktkonzept „DocD'or“ ein wichtiger und erfolgreicher Baustein im Angebot der Gesellschaft. „DocD'or“ ist die exklusive Vorsorge für die Mitglieder der kooperierenden Berufsverbände und kombinierbar mit der durch viele Ratings mit Spitzennoten ausgezeichneten Berufsunfähigkeitsversicherung. Auch im Berichtsjahr wurde das Produktkonzept weiterentwickelt und die Gruppenverträge mit den Berufsverbänden wurden verbessert.

Die „**Gesundheitsrente**“ wurde unter Federführung der Deutschen Ärzteversicherung gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank und der Pro bAV Pensionskasse entwickelt und im Jahr 2002 auf den Markt gebracht. Die Gesundheitsrente ist für die Mitarbeiterinnen der Praxen eine zusätzliche Altersvorsorge und wird von den Tarifparteien als eine gute Möglichkeit empfohlen, einer drohenden Altersarmut entgegenzusteuern. Neben dem ärztlichen und zahnärztlichen Praxispersonal ist seit dem 1. April 2009 auch das Personal in Tierarztpraxen in den „Tarifvertrag zur Betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung“ integriert.

Die Zusammenarbeit mit unseren Partnern, den berufsständischen Organisationen Marburger Bund, Hartmannbund und Freier Verband Deutscher Zahnärzte, wurde im Berichtsjahr weiter intensiviert. So wurden die Rahmenvereinbarungen im Bereich Haftpflichtversicherung für Jungmediziner deutlich verbessert und kostenlose Mitgliedschaften gefördert. Mit dem Hartmannbund wurde die „Initiative Praxiseröffnung“ initiiert. Durch eine Reihe von kostenlosen bzw. sehr günstigen Beratungsangeboten wurde interessierten Mediziner praktische Hilfe bei der Planung und Realisierung der eigenen Praxis offeriert.

Eine Erfolgsstory ist die Zusammenarbeit mit „Medi-Learn“, einer Internetplattform für Studenten und Jungmediziner. Aus dieser Verbindung entstand der „Medi-Learn Club“, dessen Mitgliedschaft eine Reihe attraktiver Hilfen für das Studium beinhaltet. Die Clubleistungen wurden deutlich verbessert, was sich schlagartig in der Mitgliederzahl bemerkbar machte: Rund 10.000 Clubmitglieder profitieren von diesem Angebot.

Erwähnenswert sind einige Publikationen, die ungewöhnlich erfolgreich eingesetzt werden konnten. Zum einen die Broschüre „Weiterbildung – Entscheidungshilfen für die Wahl des ärztlichen Fachgebietes“. Auf Basis ausführlicher Interviews fasst diese Publikation die wichtigsten Ergebnisse einer Befragung unter Fachärzten in der Weiterbildung zusammen. Sie liefert dem Leser viele nützliche Hinweise und Tipps für die Fachgebietwahl und speziell zu besonders beliebten Fachrichtungen.

Für Jungmediziner sind die „Länderinformationen“ eine wichtige Entscheidungsgrundlage für ihre Wahl einer Famulatur im Ausland. Über 10.000 Bestellungen erfolgten im Laufe des Berichtsjahres. Die Broschüren, die umfassend über das jeweilige Gastland informieren, werden permanent aktualisiert und aufgrund der überaus hohen Nachfrage optisch ansprechender aufbereitet.

Ein Angebot im Internet der Deutschen Ärzteversicherung unter www.aerzteversicherung.de ist ebenfalls durch seine hohe Besucherzahl zu erwähnen: Unter dem Titel „Facharzt – was nun“ wurde eine Vielzahl von Informationen rund um die Tätigkeit als Facharzt zusammengestellt. Es ist „die“ Information für Mediziner in der Weiterbildung beziehungsweise Absolventen der Facharztprüfung.

Lagebericht

50 Jahre Hufeland-Preis

Die seit 1959 bestehende Stiftung Hufeland-Preis feiert ihr 50-jähriges Bestehen. Der Hufeland-Preis, so der Vorsitzende des Kuratoriums, Prof. Dr. Erland Erdmann, Direktor der Klinik für Innere Medizin der Universität Köln, ist der wichtigste Preis, der in Würdigung präventivmedizinischer Forschung in Deutschland verliehen wird. Das Kuratorium der Stiftung prämiert jährlich die beste nach einer bundesweiten Ausschreibung eingereichte wissenschaftliche Arbeit mit einem Preis von 20.000 Euro. Der Preis ist nach dem 1762 in Langensalza geborenen und 1836 in Berlin verstorbenen Arzt Wilhelm Christoph Hufeland benannt. Hufeland war ein Pionier auf dem Gebiet der Präventivmedizin und gilt als einer der bedeutendsten Ärzte seiner Zeit.

An der jährlichen Ausschreibung können Ärzte und Zahnärzte teilnehmen, die im Besitz einer deutschen Approbation sind. Die Vergabe erfolgt nach einer notariellen Ausschreibung und einem sich daran anschließenden Auswahlverfahren durch ein Preisrichter-Kollegium, dem hochkarätige Wissenschaftler verschiedener medizinischer Fachrichtungen angehören. Die Deutsche Ärzteversicherung als Stifterin des Preises ist seit jeher stark dem Prinzip der Prävention verpflichtet. Ideell gefördert wird der Preis von der Bundesärztekammer und der Bundeszahnärztekammer, beide Berlin, und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, e.V., Bonn.

Hufeland-Preis 2009 für die Arbeit „Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) im Krankenhaus: Surveillance, Management und Intervention im Sinne der Patientensicherheit“

Am 17. März 2010 wurde im Kölner Gürzenich Privatdozentin Dr. med. Iris F. Chaberny, Medizinische Hochschule Hannover, für ihre Arbeit „Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) im Krankenhaus: Surveillance, Management und Intervention im Sinne der Patientensicherheit“ ausgezeichnet. Die Preisträgerin erläuterte im Rahmen eines Pressegesprächs anlässlich der Preisverleihung ihre Arbeit: In Krankenhäusern verursachen Bakterien mit auffälligen Antibiotikaresistenzen wie zum Beispiel MRSA (methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) bei immer mehr Patienten Wundinfektionen, Blutvergiftungen und Atemwegsinfektionen. Dies führt zu einer verlängerten stationären Verweildauer der Patienten im Krankenhaus und somit zur Kostenerhöhung. Außerdem gehen Infektionen mit MRSA im Vergleich zu Infektionen ohne diese Antibiotikaresistenzen wie bei MSSA (methicillin-sensiblen Staphylococcus aureus) mit einer höheren Sterblichkeit einher. Angesichts des kontinuierlichen Anstieges von MRSA-Patienten in deutschen Krankenhäusern ist es sinnvoll, das wahre Ausmaß mithilfe von Daten und harten Fakten zu beschreiben. Dies trägt entscheidend dazu bei, geeignete Vorsorge-/Präventionsmaßnahmen (zum Beispiel Abstrichuntersuchungen bei Patientenaufnahme) einzuleiten und deren Erfolg auch messen zu können.

In der ausgezeichneten Arbeit wird dargestellt, wie hierzu im Sinne der Präventivmedizin systematisch vorgegangen wurde, um MRSA-Infektionen weitgehend zu verhindern. Zunächst wurde an verschiedenen Universitätskliniken eine Pilotstudie durchgeführt, um das Ausmaß von MRSA mit geeigneten Messgrößen erfassen zu können. Mehr als 1% der gesamten Patiententage waren MRSA-Patiententage mit den zugrunde liegenden Konsequenzen für die Patienten, das Personal und die Kosten. Es wurden hierzu MRSA-Raten entwickelt, die für eine Vergleichbarkeit sowohl intern als auch extern dienen. Die Erkenntnisse aus dieser Studie gelangten später in ein standardisiertes Protokoll (MRSA-KISS, Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System), das für alle Krankenhäuser zugänglich ist und somit Referenzdaten gebildet werden können (siehe www.nrz-hygiene.de/surveillance/mrsa.htm). Beim MRSA-KISS-Modul sind mittlerweile 285 Krankenhäuser angemeldet.

Durch dieses eingeführte MRSA-Überwachungsprogramm an der eigenen Klinik konnte beim Vergleich mit den Referenzdaten ein Problem mit MRSA-Infektionen erkannt werden und somit schnellstmöglich eine Gegen-/Präventionsmaßnahme eingeleitet werden. Als Gegen-/Präventionsmaßnahme wurde bei jeder stationären Aufnahme aller chirurgischen und intensivmedizinischen Patienten eine Abstrichuntersuchung auf MRSA eingeführt. Die Überprüfung dieser Maßnahme konnte mithilfe des eingeführten MRSA-Überwachungsprogrammes als erfolgreiche Maßnahme bestätigt werden. Durch diese Abstrichuntersuchung

konnten MRSA-positive Patienten schnell erkannt werden. Dadurch war es möglich, weitere Maßnahmen rechtzeitig einzuleiten, sodass keine MRSA-Infektionen entstehen konnten. Diese erfolgreiche Vermeidung von MRSA-Infektionen zeigte sich in einer 63%igen Reduktion von MRSA-Infektionen im Krankenhaus.

Zusätzlich wurden die Kosten analysiert, die durch MRSA-Infektionen entstehen und als Grundlage für eine Kosten-Nutzen-Kalkulation dienen können.

Letztendlich gelangen die Erkenntnisse dieser umfassenden Analyse der hier dargestellten, konsequent aufeinander aufbauenden Präventionsmaßnahmen und -strategien inzwischen mit der Gründung des MRSA, plus-Netzwerkes auch in die Region Hannover und können somit vielen Patienten zugute kommen, wodurch weitere MRSA-Infektionen vermieden werden können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein MRSA-Anstieg durchaus gestoppt werden kann, wenn zielgerichtet vorgegangen wird. Diese Arbeit gibt Hinweise und Beispiele für eine solche Vorgehensweise, die auch in anderen deutschen Krankenhäusern eingesetzt werden kann. Sie zeigt die erfolgreiche Durchführung von Präventivmedizin einschließlich einer Kosten-Nutzen-Analyse.

Geschäfts- und Rahmenbedingungen

Das Geschäftsjahr 2009 war geprägt von den weltweit anhaltenden Turbulenzen an den Finanzmärkten und der wirtschaftlichen Rezession. Die internationale Immobilien- und Bankenkrise hat die Realwirtschaft nach dem im Winterhalbjahr 2008/2009 stattgefundenen Einbruch endgültig erreicht. Als Indikator für die gesamtwirtschaftliche Leistung einer Nation spiegelt das Bruttoinlandsprodukt (BIP) diese Entwicklung wider. Gegenüber dem Vorjahr hat sich das BIP nach vorläufigen Berechnungen des Statistischen Bundesamtes von Januar 2010 um 5% verringert, womit das Jahr 2009 für die Wirtschaft das schwächste seit der Nachkriegszeit war. Ein Faktor für diese Entwicklung ist der herbe Rückgang der Exportleistung deutscher Unternehmen. Im Vergleich zum Vorjahr sanken die Exporte preisbereinigt um 14,7%.

Insolvenzen namhafter und traditionsreicher Unternehmen, bedeutende Fusionen in sämtlichen Geschäftsbranchen sowie Staatshilfe für strauchelnde Unternehmen bestimmten das globale Wirtschaftsbild. Obwohl die Talfahrt an den Kapitalmärkten abgeklungen schien und sich im Verlauf des Jahres eine deutliche Erholung abgezeichnet hatte, wird das Jahr 2009 für viele Wirtschaftsbereiche als eines der schwierigsten in Erinnerung bleiben. So konnten im zweiten Quartal zwar einige Staaten für die Industrie und Wirtschaft wieder positive Wachstumsraten vorweisen, doch waren in Deutschland Kosteneinsparungen, Umstrukturierungen und Kurzarbeit vorerst für viele Unternehmen der einzig mögliche Weg zur Stabilisierung und Sicherstellung ihres Geschäftsfeldes. Der Deutsche Rettungsfonds hatte maßgeblichen Anteil an der Stabilisierung bestimmter Branchen und konnte gerade in der Automobilindustrie durch die staatliche Subventionierung des Neuerwerbs (Abwrackprämie) den Absatzeinbrüchen innerhalb der Branche sowie innerhalb eines gesamten Industriezweigs entgegenwirken.

Die noch für 2008 zu verzeichnende positive Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt wurde durch die anhaltende Schieflage deutscher Unternehmen im Jahr 2009 weiter unter Druck gesetzt. Vor dem Hintergrund des Einbruchs der Wirtschaftsleistung ist die Erwerbslosenquote im Vergleich zum Vorjahr zwar um 0,4 Prozentpunkte auf 7,6% gestiegen. Durch Zunahme von Kurzarbeit, Abbau von Überstunden und weitere Maßnahmen konnten die zu erwartenden Beschäftigungsverluste aber zumindest vorübergehend begrenzt werden.

Ein enormer Aufschwung war hingegen für Rohstoffe und Aktien an den weltweiten Finanzmärkten zu verzeichnen. So stieg der Deutsche Aktienindex (DAX) im Jahresverlauf 2009 um etwa 1.400 Punkte und näherte sich zum Jahresende somit wieder der Marke von 6.000 Punkten. Diese Entwicklung muss jedoch intensiv beobachtet werden, da dies keinesfalls als ein Indiz für den Scheitelpunkt der Finanzmarktkrise gesehen werden kann.

Nach dem Absturz des Ölpreises Ende 2008 verzeichneten die Rohstoffmärkte ein stetiges Wachstum. Bedingt durch die Verunsicherung bei den Anlegern und der volatilen Finanzmärkte wurden Gold und Platin intensiv gehandelt, konnten gar Rekordwerte an den Handelsplätzen erzielen und wurden zu einer bevorzugten Option bei der Geldanlage.

Die deutsche Versicherungsbranche hat sich im zweiten Krisenjahr erneut als stabiler Faktor bewiesen. Zwar litt die Branche ebenfalls unter den Auswirkungen der Finanzmarktkrise, jedoch ist sie aufgrund ihres Geschäftsmodells nicht so sehr betroffen wie andere Finanzdienstleister. So meldete der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) für das abgelaufene Geschäftsjahr 2009 ein Beitragsplus gegenüber dem Vorjahr von 3,1% (2008: 1,0%) auf 169,6 Mrd. Euro. Die Versicherungsleistungen der deutschen Erstversicherer stiegen im Jahr 2009 um 2,0% (2008: 5,4%) auf 136,9 Mrd. Euro. Diese Entwicklung verdeutlicht den hohen Stellenwert und die Notwendigkeit der Versicherungswirtschaft für die Sicherheit und Vorsorge der Bundesbürger.

Überblick über den Geschäftsverlauf

Der **deutsche Lebensversicherungsmarkt** 2009 war durch ein starkes Wachstum der gebuchten Bruttobeiträge bei – wie im Vorjahr – gleichzeitig sinkendem Vertragsbestand gekennzeichnet. Nach den Zahlen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) ist ein sinkender Neuzugang gemessen an Vertragsabschlüssen und laufendem Beitrag bei gleichzeitig sehr starkem Neuzugang an Einmalbeiträgen zu verzeichnen. Der Neuzugang an laufenden Beiträgen verringerte sich um 15,4%, wohingegen die Einmalbeiträge um 59,3% stiegen. Gemessen an der Anzahl der Verträge war das Neugeschäft des Marktes 2009 um 8,8% rückläufig.

Die Beiträge der inländischen Lebensversicherer erhöhten sich im abgelaufenen Geschäftsjahr um 6,6% auf insgesamt 81,4 Mrd. Euro. Als treibender Faktor erwiesen sich die Einmalbeiträge, die mit einem Wachstum von 57,5% den negativen Trend bei den laufenden Beiträgen von –3,5% mehr als ausgleichen konnten.

Die deutschen Lebensversicherer erzielten aus dem eingelösten Neugeschäft insgesamt 25,5 Mrd. Euro, das entspricht einer prägnanten Steigerung von 32,7%. Die laufenden Neugeschäftsbeiträge wiesen mit 5,8 Mrd. Euro einen rückläufigen Trend von 15,4% gegenüber dem Vorjahr auf. Auch bereinigt um den Effekt aus den Anpassungserhöhungen von Riester-Verträgen im Vorjahr blieb das Neugeschäftsvolumen mit 5,4 Mrd. Euro um 6,1% unter dem Vorjahreswert. Die Einmalbeiträge zeigten einen deutlichen Zuwachs von 59,3% auf 19,7 Mrd. Euro, der überwiegend auf Steigerungen in Rentenversicherungen und Kapitalisierungsprodukten basierte. Die marktweite Stornoquote stieg von 5,5% auf 6,2%.

Im Geschäftsjahr 2009 bestätigte die Ratingagentur Standard & Poor's die finanzielle Stärke der **Deutsche Ärzteversicherung AG** als 100%iger Tochter der AXA Konzern AG durch das Rating A+ bei stabilem Ausblick. Dieses Rating begründet Standard & Poor's unter anderem durch die Stellung unserer Gesellschaft als

Marktführerin im Sektor Heilberufe, die überzeugende operative Entwicklung sowie die strategisch wichtige Rolle innerhalb des AXA Konzerns. Mit ihrem Geschäftsmodell – dem Angebot maßgeschneiderter Produkte für die spezielle Zielgruppe der Ärzte – stehe die Deutsche Ärzteversicherung im Einklang mit der Strategie der AXA Gruppe und sichere dieser den Zugang zu einem sehr lukrativen Markt.

Unsere Gesellschaft verzeichnete im Geschäftsjahr 2009 in ihrem Kerngeschäft, den einzelvertraglichen Beziehungen zu den Angehörigen der akademischen Heilberufe, einen Anstieg im **Beitragsaufkommen** um 2,2% auf 481,2 Mio. Euro. Dabei stiegen die laufenden Beiträge um 2,6% auf 472,6 Mio. Euro, während bei den Einmalbeiträgen ein Rückgang von –15,4% auf 8,6 Mio. Euro zu verzeichnen war. Wesentlicher Treiber des Neugeschäftswachstums waren die fondsgebundenen Rentenversicherungen. Hier nahm das Beitragsvolumen deutlich um 24,8 Mio. Euro oder 24,2% zu. Ihr Anteil an den gesamten Beiträgen erhöhte sich auf 26,5%.

Zum 31. Dezember 2008 endeten vereinbarungsgemäß die Rückdeckungsverträge mit den Hamburger und Berliner Ärzteversorgungswerken. Unter Berücksichtigung des Beitragsvolumens dieser beiden Rückdeckungsverträge, das ab dem Geschäftsjahr 2009 entfallen ist, verringerten sich die gebuchten Beiträge im Vergleich zum Vorjahr um 0,8%.

Unsere Gesellschaft erreichte im Geschäftsjahr 2009 einen **Neuzugang** an laufendem Jahresbeitrag von 52,2 Mio. Euro, wobei das Neugeschäftsvolumen im Vergleich zum Vorjahr um 0,7% stieg. Das Neugeschäft gegen Einmalbeitrag dagegen nahm mit einem Volumen von 8,6 Mio. Euro um 15,4% ab.

Unser **Bestand** an statistisch laufenden Beiträgen nahm um 0,9% auf 483,2 Mio. Euro ab. Am Jahresende 2009 betreute unsere Gesellschaft 196.220 Verträge (–1,7%) mit einer Versicherungssumme von 11,5 Mrd. Euro (–4,0%). Die **Stornoquote** verzeichnete eine Zunahme um 0,9 Prozentpunkte auf 3,5%, womit sie aber weiter erheblich unter dem Marktdurchschnitt von 6,2% liegt.

Bei einer laufenden Verzinsung von 4,6% ging das **Kapitalanlagenergebnis** wegen des geringeren Kapitalanlagenbestandes auf 134,8 Mio. Euro (2008: 136,7 Mio. Euro) zurück. Der rückläufige Kapitalanlagenbestand ist durch die Auflösung der Rückdeckungsverträge mit den Versorgungswerken der Hamburger und Berliner Ärztekammern begründet. Die Nettoverzinsung der Kapitalanlagen stieg im Berichtsjahr auf 4,0% (2008: 3,8%).

Die gesamten **ausgezählten Leistungen** für unsere Kunden – Zahlungen für Abläufe, Rückkäufe, Todes- und Heiratsfälle sowie für Renten einschließlich der zugehörigen Überschussanteile – lagen mit 502,7 Mio. Euro (2008: 518,2 Mio. Euro) um 3,0% niedriger als im Vorjahr. Die Rückstellungen für Leistungsverpflichtungen nahmen aufgrund der Beendigung der Rückdeckungsverträge mit den Ärztekammern Hamburg und Berlin um 210,2 Mio. Euro auf 3,5 Mrd. Euro ab.

Die **Verwaltungskostenquote** lag mit 3,9% um 0,2 Prozentpunkte höher als im Vorjahr. Die Abschlusskostenquote, gemessen an der gesamten Beitragssumme des Neugeschäftes, ist mit 5,9% auf Vorjahresniveau geblieben.

Der **Rohüberschuss** nach Ertragsteuer nahm nach einem deutlich verbesserten Steuerertrag von 63,9 Mio. Euro auf 89,5 Mio. Euro zu.

Vom erzielten Bruttoüberschuss unserer Gesellschaft haben wir 62,5 Mio. Euro – das sind 94,8% – der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt, um sie für die Überschussbeteiligung unserer Kunden zu verwenden.

Der Überschuss in Höhe von 3,4 Mio. Euro wurde aufgrund des im Oktober 2009 geschlossenen Gewinnabführungsvertrages zwischen der Deutschen Ärzteversicherung und der AXA Konzern AG an die AXA Konzern AG abgeführt. Der Bilanzgewinn in Höhe von 4,2 Tsd. Euro soll vollständig ausgeschüttet werden.

Geschäftsergebnis

Beitragseinnahmen

Die gebuchten Beiträge unserer Gesellschaft verringerten sich im Geschäftsjahr 2009 moderat um 0,8% auf 481,2 Mio. Euro. Ursache hierfür ist die letztmalige Einbeziehung der Rückdeckungsverträge mit den Ärzteversorgungswerken Hamburg und Berlin im Geschäftsjahr 2008. Vom gesamten Beitragsvolumen entfiel mit 472,6 Mio. Euro (-0,5%) der weitaus größte Teil auf die laufenden Beiträge. Die Einmalbeiträge nahmen um 15,4% auf 8,6 Mio. Euro ab. Bereinigt um das Geschäft mit den Versorgungswerken im Geschäftsjahr 2008, nahmen die gesamten Beiträge im Kerngeschäft unserer Gesellschaft sogar um 2,2% zu. Die positive Entwicklung basiert vor allem auf Beitragszuwächsen aus der Vertriebskooperation mit der Apo-Bank/apofinanz (+2,5%) und der Vertriebsorganisation Maklervertrieb (+8,6%).

Kapitalanlagenergebnis

Das gesamte Kapitalanlagenergebnis – alle Erträge abzüglich aller Aufwendungen – erreichte mit 134,8 Mio. Euro (2008: 136,7 Mio. Euro) annähernd das Vorjahresniveau. Dabei verringerte sich das laufende Ergebnis abzüglich der Aufwendungen für Kapitalanlagen um 9,5 Mio. Euro auf 151,7 Mio. Euro. Dies ist in erster Linie eine Folge eines geringen Kapitalanlagenbestandes aufgrund der Auflösung der Rückdeckungsverträge mit den Versorgungswerken der Ärztekammern Hamburg und Berlin.

Aus dem Abgang von Kapitalanlagen realisierten wir Gewinne in Höhe von 30,3 Mio. Euro (2008: 22,5 Mio. Euro). Diese Gewinne haben wir sowohl aus dem Verkauf von festverzinslichen Wertpapieren als auch aus dem Verkauf unseres Anteils an der Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG an die AXA Versicherung AG erzielt. Den Abgangsgewinnen standen Abgangsverluste in Höhe von 18,6 Mio. Euro (2008: 4,6 Mio. Euro) gegenüber.

Im Berichtsjahr haben wir außerplanmäßige Abschreibungen auf Kapitalanlagen in Höhe von insgesamt

46,9 Mio. Euro (2008: 43,2 Mio. Euro) vorgenommen. Es wurden insbesondere Anteile an Rentenfonds aufgrund von in Fonds realisierten Verlusten in Höhe von 23,0 Mio. Euro außerplanmäßig abgeschrieben. Zudem sind außerordentliche Abschreibungen auf einen Aktienfonds in Höhe von 13,6 Mio. Euro angefallen. Die Zuschreibungen auf Kapitalanlagen beliefen sich im Geschäftsjahr auf 13,8 Mio. Euro (2008: 952 Tsd. Euro).

Die Nettoverzinsung der Kapitalanlagen – berechnet nach der Formel des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft – stieg im Berichtsjahr auf 4,0% (2008: 3,8%).

Kostenverlauf

Im Berichtsjahr sind die gesamten Abschluss- und Verwaltungsaufwendungen unserer Gesellschaft auf 91,7 Mio. Euro gestiegen. Dabei erhöhten sich die Abschlusskosten um 2,9% auf 73,0 Mio. Euro. Der Anstieg resultiert in erster Linie aus den gestiegenen Abschlussprovisionen aufgrund der positiven Neugeschäftsentwicklung bei gleichzeitig gestiegener Beitragssumme des Neugeschäftes. Die Abschlusskostenquote blieb mit 5,9% im Vergleich zum Vorjahr konstant.

Die Verwaltungskosten nahmen im Berichtsjahr um 3,4% auf 18,7 Mio. Euro zu. Dies ist im Wesentlichen durch höhere Aufwendungen für Altersversorgung und Werbung bedingt. Bei einem Rückgang der gebuchten Beiträge um 0,8% stieg die Verwaltungskostenquote gegenüber dem Vorjahr um 0,2 Prozentpunkte auf 3,9%.

Leistungen an unsere Kunden

Die Leistungen an unsere Kunden für Abläufe, Rückkäufe, Todesfälle sowie für Renten einschließlich der zugehörigen Überschussanteile und Anteile aus der Direktgutschrift verringerten sich um 3,0% auf 502,7 Mio. Euro (2008: 518,2 Mio. Euro). Der Anteil der vertragsgemäßen Abläufe sank leicht auf etwa 79%, der Anteil der Rückkäufe betrug 11%, der Anteil der Renten- und Berufsunfähigkeitsleistungen 8%. Die verbleibenden 2% entfielen auf Leistungen für Todesfälle.

Den Rückstellungen für Leistungsverpflichtungen gegenüber unseren Versicherungsnehmern (Deckungsrückstellung, Überschussguthaben und Rückstellung für Beitragsrückerstattung) entnahmen wir 210,2 Mio. Euro (2008: 300,0 Mio. Euro). Ein großer Teil dieses Rückganges resultiert aus der Beendigung der Rückdeckungsverträge mit der Hamburger Ärztekammer und der Berliner Ärztekammer.

Insgesamt betragen die Leistungen für unsere Kunden 292,5 Mio. Euro; das sind 33,9% mehr als im Vorjahr. Die Rückstellungen für Leistungsverpflichtungen beliefen sich am Ende des Berichtsjahres auf insgesamt 3,48 Mrd. Euro (-5,7%).

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 2009 um 0,2 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 2009 stieg um 40,1% auf 89,5 Mio. Euro und resultiert vor allem aus Erträgen aus Ertragsteuern.

Den Bruttoüberschuss haben wir zu 94,8% (2008: 99,3%) der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt, um sie für die Überschussbeteiligung unserer Kunden zu verwenden. Der Rückstellung für Beitragsrückerstattung haben wir zugunsten unserer Kunden 40,0 Mio. Euro (2008: 42,2 Mio. Euro) entnommen. Sie ging insgesamt um 1,8% auf 204,0 Mio. Euro zurück.

Bei der Deutschen Ärzteversicherung wird die laufende Verzinsung (Garantieverzinsung plus Zinsüberschussanteil) für das Jahr 2010 je nach Vertragstyp unverändert zwischen 3,5% bis 4,0% betragen; zusätzlich wird je nach Vertragstyp ein Kostenüberschussanteil von bis zu 0,3% gewährt. Hieraus ergibt sich einschließlich des Schlussgewinnanteils sowie der Sockelbeteiligung an den Bewertungsreserven eine Gesamtverzinsung von bis zu 4,8%. Die laufende Verzinsung von 3,5% ergibt sich rein rechnerisch bei den 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, auch eine 4%ige Verzinsung erreicht wird.

Für den Bestand an Rententariifen, die noch nicht nach der aktuellen Sterbetafel DAV 2004 R kalkuliert waren, wurden in den vergangenen Jahren zur Sicherung der vertraglichen Renten zulasten der im Geschäftsjahr erwirtschafteten Erträge zusätzliche Deckungsrückstellungen aufgebaut, um der gestiegenen Lebenserwartung Rechnung zu tragen. Die individuelle Refinanzierung dieser Beträge wird ab 2010 auch auf die Tarifgenerationen 1995 bis 2004 ausgedehnt.

Die Überschussanteilsätze für die einzelnen Tarife sind im Anhang auf den Seiten 91 bis 132 dargestellt.

Steuern

Aus den Steuern von Einkommen und Ertrag ergibt sich ein Ertrag in Höhe von 8,7 Mio. Euro (2008: ein Steuer- aufwand in Höhe von 11,7 Mio. Euro). Der Anstieg re- sultiert im Wesentlichen aus dem niedrigeren Ergebnis vor Steuern sowie aus der erstmaligen Aktivierung von latenten Steuern auf Bewertungsunterschiede zwi- schen Handels- und Steuerbilanz aus Vorjahren in Höhe von 8,6 Mio. Euro. Seit dem 1. Januar 2009 be- steht eine körperschafts- und gewerbsteuerliche Or- ganschaft mit der AXA Konzern AG als Organträger.

Überschuss

Nach der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrück- erstattung und nach Steuern verbleibt ein Überschuss von 3.400.000 Euro. Aufgrund des im Oktober 2009 geschlossenen Gewinnabführungsvertrages zwischen der Deutschen Ärzteversicherung und der AXA Konzern AG ist der Überschuss an die AXA Konzern AG abge- führt worden.

Durch einen Gewinnvortrag aus dem Vorjahr beläuft sich der Bilanzgewinn unserer Gesellschaft auf 4.204,96 Euro. Dieser soll vollständig ausgeschüttet werden.

	2009 Tsd. Euro	2008 Tsd. Euro
Überschuss vor Gewinnabführung	3.400,0	300,0
Jahresüberschuss	-	300,0
Gewinnvortrag	4,2	21,0
Entnahme aus anderen Gewinnrücklagen	-	-
Bilanzgewinn	4,2	321,0

Eigenkapitalausstattung

Unsere Eigenkapitalausstattung stellt sich wie folgt dar:

	2009 Tsd. Euro	2008 Tsd. Euro
Gezeichnetes Kapital	7.362,6	7.362,6
Kapitalrücklage	43.707,7	43.707,7
Andere Gewinnrücklagen	562,4	562,4
Bilanzgewinn	4,2	321,0
Eigenkapital	51.636,9	51.953,6

Bestandsentwicklung

Versicherungsbestand

Die Deutsche Ärzteversicherung betreute am Ende des Geschäftsjahres 2009 insgesamt 196.220 Verträge (-1,7%) mit einer Versicherungssumme von 11,5 Mrd. Euro (-4,0%) und einem laufenden Jahresbeitrag von 483,2 Mio. Euro (-0,9%). Unverändert bildeten die Einzelkapitalversicherungen mit 233,2 Mio. Euro und einem Anteil von 48,2% den Hauptanteil am Bestand, gemessen am laufenden Jahresbeitrag. Die zweite

Stelle nahmen mit 179,6 Mio. Euro (+13,5% im Vergleich zum Vorjahr) und einem Anteil am Gesamtbestand von 37,2% die fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen ein. Der Bestand an Rentenversicherungen ist um 19,4% auf 44,5 Mio. Euro gestiegen. Die Kollektivversicherungen hatten am Ende des Berichtsjahres einen Anteil am Gesamtbestand von 1,8%. Das Kollektivgeschäft wurde durch die Umschichtung eines Konsortialvertrages mit den ärztlichen Versorgungswerken beeinflusst.

Bestand nach Versicherungsart	laufender Beitrag (Mio. Euro)	Anteil 2009 (%)	Anteil 2008 (%)
Einzelkapitalversicherungen	233,2	48,2	51,9
Risikoversicherungen	17,3	3,6	3,5
Rentenversicherungen	44,5	9,2	7,6
Fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherungen	179,6	37,2	32,5
Kollektivversicherungen	8,6	1,8	4,5
Gesamt	483,2	100,0	100,0

Neuzugang

Unsere Gesellschaft erzielte im Berichtsjahr einen Neuzugang an laufendem Jahresbeitrag von 52,2 Mio. Euro (+0,7% im Vergleich zum Vorjahr). Die Zahl der neu abgeschlossenen Verträge betrug 9.825 Stück. Gleichzeitig wurden 8,3 Mio. Euro Neugeschäft an Einmalbeiträgen abgeschlossen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die neu abgeschlossene Versicherungssumme um 7,8% auf 1,13 Mrd. Euro gestiegen. Die aus dem Neuzugang resultierende Gesamtbeitragssumme – definiert als laufender Jahresbeitrag multipliziert mit der Beitragszahlungsdauer zuzüglich der Einmalbeiträge – beträgt 1,3 Mrd. Euro.

Den Schwerpunkt unseres gesamten Neugeschäftes bildeten die fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen, deren Anteil am gesamten Neuzugang bei 61,7% mit einem laufenden Beitrag von 32,2 Mio. Euro lag. Danach folgten die Einzelrentenversicherungen mit einem Anteil von 21,1%, das entspricht 11,0 Mio. Euro an laufendem Jahresbeitrag. Die Einzelkapitalversicherungen hatten mit einem laufenden Jahresbeitrag von 6,0 Mio. Euro einen Anteil von 11,4% am gesamten Neuzugang. Mit jeweils 1,5 Mio. Euro an laufendem Jahresbeitrag und einem Anteil von 3,0% waren die Kollektiv- und mit einem Anteil von 2,8% die Risikoversicherungen am neu abgeschlossenen Beitrag beteiligt.

Neuzugang nach Versicherungsart	laufender Beitrag (Mio. Euro)	Anteil 2009 (%)	Anteil 2008 (%)
Einzelkapitalversicherungen	6,0	11,4	12,5
Risikoversicherungen	1,5	2,8	2,4
Rentenversicherungen	11,0	21,1	12,6
Fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherungen	32,2	61,7	69,3
Kollektivversicherungen	1,5	3,0	3,2
Gesamt	52,2	100,0	100,0

Abgang

Im Berichtsjahr verzeichneten wir einen Abgang von 10.233 Verträgen (-11,4%) mit einer geringeren Versicherungssumme von 736,2 Mio. Euro (-1,0%) und einem Jahresbeitrag von 42,5 Mio. Euro (+16,6%). Auf die vertragsmäßigen Abläufe entfielen hiervon 25,4 Mio. Euro (+11,3%) an laufendem Jahresbeitrag. Die Abgänge durch Tod oder Heirat sind um 47,7% auf 0,4 Mio. Euro zurückgegangen.

Der vorzeitige Abgang (Rückkäufe, Umwandlungen in beitragsfreie Versicherungen sowie sonstige vorzeitige Abgänge) lag mit 16,7 Mio. Euro an laufendem Jahresbeitrag um 30,2% höher als im Vorjahr. Weiterhin deutlich unter dem Marktdurchschnitt liegt unsere Stornoquote. Im Vergleich zum Vorjahr ist sie allerdings um 0,9 Prozentpunkte auf 3,5% gestiegen.

Kapitalanlagenbestand

Die Folgen der schwerwiegendsten Finanzmarktkrise der Nachkriegszeit im Vorjahr waren auch 2009 noch deutlich spürbar. Die bereits im ersten Halbjahr 2009 zu verzeichnende Erholung an den internationalen Kapitalmärkten setzte sich im weiteren Verlauf bis zum Jahresende fort. Die Aktienmärkte legten im Lauf des Jahres signifikant zu und die stetig gesunkenen Risikoaufschläge und das gesunkene Zinsniveau führten zu einem deutlichen Wertanstieg bei festverzinslichen Wertpapieren.

Der Deutsche Aktienindex (DAX) notierte im Dezember 2009 mit 5.957 Punkten und verzeichnete somit im Vergleich zum Jahresanfang einen Zuwachs von 23,8%. Der europäische Aktienmarkt konnte zum Jahresende gemessen am EuroStoxx 50 einen ähnlichen Zuwachs von 21,0% auf 2.966 Punkte verzeichnen. Der für den US-amerikanischen Aktienmarkt repräsentative S & P 500-Index notierte ebenfalls um 23,5% höher als zu Jahresbeginn.

Während im vergangenen Geschäftsjahr die Leitzinsen im US-Raum unverändert bei 0% bis 0,25% blieben, war infolge der Rezession ein weiteres Absinken der Zinsen im Euro-Raum zu beobachten. Die Zinssenkungen der Europäischen Zentralbank (EZB) erfolgten schrittweise in der ersten Jahreshälfte. Zuletzt senkte

die EZB im Mai das Zinsniveau auf 1%. Damit wurde ein historischer Tiefstand erreicht. Auch der Zinssatz für 10-jährige Bundesanleihen stieg unter Schwankungen von 2,95% Anfang 2009 auf 3,32% Ende Dezember.

Die Deutsche Ärzteversicherung hat auf die Erholung der Kapitalmärkte entsprechend reagiert und durch ein ausgewogenes Kapitalanlagenportfolio die an ihre Kunden gegebenen Leistungsversprechen erfüllt. Zudem nutzte unsere Gesellschaft die Vorteile als Unternehmen eines internationalen Versicherungskonzerns, um die zur Verfügung stehenden Mittel in Kapitalanlagen mit attraktiven Konditionen zu investieren.

Im Geschäftsjahr 2009 haben wir verstärkt Investitionen in sichere Staatsanleihen, Kommunalobligationen und hochgeratete Unternehmensanleihen in Euro und US-Dollar getätigt. Des Weiteren wurde das Aktienexposure durch Verkäufe im Vergleich zum Vorjahr nochmals leicht reduziert, sodass sich der Anteil der Aktien einschließlich Beteiligungen und alternativen Investments an den Marktwerten gemessen auf 3,0% (2008: 3,4%) beläuft. Trotz des schwierigen Umfeldes weist die Deutsche Ärzteversicherung stille Reserven auf Aktien und Beteiligungen in Höhe von 1,8 Mio. Euro aus.

Struktur der Kapitalanlagen	Buchwerte		Buchwerte		Zeitwerte	
	2009		2008		2009	2008
	Mio. Euro	%	Mio. Euro	%	Mio. Euro	Mio. Euro
Grundbesitz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Verbundene Unternehmen und Beteiligungen inklusive Ausleihungen	217,7	6,9	205,7	5,9	218,8	210,3
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	1.140,2	35,8	1.222,2	35,1	1.123,9	1.092,7
Festverzinsliche Wertpapiere	298,3	9,4	416,2	11,9	283,4	403,7
Hypotheken	131,7	4,1	158,4	4,5	133,7	158,4
Schuldscheindarlehen und Namenspapiere	1.290,5	40,5	1.141,6	32,7	1.340,5	1.250,5
Darlehen und Vorauszahlungen auf Versicherungsscheine	8,9	0,3	278,6	8,0	10,2	279,7
Einlagen bei Kreditinstituten	47,0	1,5	12,5	0,4	47,0	12,5
Andere Kapitalanlagen	46,8	1,5	52,5	1,5	25,4	53,4
Summe	3.181,1	100,0	3.487,5	100,0	3.182,9	3.461,2

Im Zusammenhang mit der Auflösung der Rückdeckungsverträge der Ärzteversorgungswerke Hamburg und Berlin sind Policendarlehen in Höhe von 269,0 Mio. Euro abgegangen.

828,8 Mio. Euro (2008: 914,4 Mio. Euro) legten wir 2009 neu an. Mit 708,1 Mio. Euro oder 85,5% bildeten die Rentenpapiere wieder den Schwerpunkt unserer Neuanlagen. Ihr Bestand, inklusive der in festverzinsliche Wertpapiere investierten Investmentanteile, betrug 2,93 Mrd. Euro oder 92,0% der gesamten Kapitalanlagen.

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 2009 unsere Aktienquote, die nur die reinen Aktien- und keine Rentenanteile berücksichtigt, von 2,2% auf 1,0%. Gemessen an den Marktwerten fiel diese Quote durch die Aktienmarktentwicklung im laufenden Jahr von 1,6% auf 1,0%.

Struktur der Zugänge (Mio. Euro)	Zugänge	Abgänge	Saldo
Grundbesitz	0	0	-
Verbundene Unternehmen und Beteiligungen inkl. Ausleihungen	117	104	13
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	139	195	-56
Festverzinsliche Wertpapiere	54	172	-118
Hypotheken	0	27	-27
Schuldscheindarlehen und Namenspapiere	482	332	150
Policendarlehen	2	272	-270
Einlagen bei Kreditinstituten	35		35
Andere Kapitalanlagen	0	0	-
Summe	829	1.102	-273

Zeitwerte der Kapitalanlagen

Die Bewertungsreserven als Differenz zwischen dem aktuellen Marktwert und dem Buchwert beliefen sich zum 31. Dezember 2009 auf +1,8 Mio. Euro (2008: -26,3 Mio. Euro). Unter Berücksichtigung von gezahlten Aufgeldern und Disagien bei zu Nennwerten bilanzierten Kapitalanlagen ergibt sich eine Bewertungsreserve von -0,7 Mio. Euro (2008: -30,7 Mio. Euro). Der Grund für diese deutliche Verbesserung ist vor allem die 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 von 13,8 Mio. Euro.

Die Bewertungsreserven auf Aktien, Beteiligungen und Immobilienfonds betragen am Ende des Berichtsjahres +5,8 Mio. Euro (2008: -19,9 Mio. Euro). Diese erhöhten sich damit marktbedingt im Vergleich zum Vorjahr deutlich. Da die Rendite des Bestandes an festverzinslichen Titeln leicht unter der Marktrendite zum Bewertungsstichtag lag, existiert eine Bewertungsreserve in Höhe von -4,0 Mio. Euro (2008: -6,4 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 Ziels verstanden. Dies schließt die Risikodefinition des Deutschen Rechnungslegungs-Standards zur Risikoberichterstattung (DRS 5-20) ein, innerhalb derer 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

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

Aufgrund der Komplexität des Versicherungsgeschäftes 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 Risikokomitee als Gremium des Gruppenvorstandes sind zuständig für die risikopolitische Ausrichtung der Deutschen Ärzteversicherung sowie die Implementierung eines funktionierenden, angemessenen Risikomanagements und dessen Weiterentwicklung. Darüber hinaus existiert die 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 dem 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 risikorelevanten 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 beziehungsweise 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 inklusive ihrer aufbau- und ablauforganisatorischen Regelungen dokumentiert. Die regelmäßige Risikoidentifikation erfolgt innerhalb der mindestens quartalsweise stattfindenden Risikogremiensitzungen, durch die Aktualisierung der Risikopolicen und im Rahmen der strategischen Planung. 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 ihre Auswirkungen auf das Gesamtrisikoprofil bewertet. Darüber hinaus gibt es zur Identifikation operativer Risiken einen jährlichen Risikoehebungsprozess auf Basis einer Befragung der Vorstandsmitglieder und des Topmanagements und einer Bewertung durch die jeweiligen operativen Ansprechpartner.

Risikoanalyse und Bewertung: Alle wesentlichen quantifizierbaren Risiken im Sinne des Solvency II-Ansatzes werden mithilfe der Methodik des ökonomischen Risikokapitalmodells bewertet. Für alle anderen wesentlichen Risiken erfolgt eine qualitative Einschätzung und zum Teil eine quantitative Bewertung außerhalb des Risikokapitalmodells.

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 von Risiken. Die Entscheidung, welche Maß-

nahme im speziellen Fall durchgeführt wird, erfolgt durch Abwägung des Risikos/Ertragsprofils sowie Beachtung der Risikotragfähigkeit beziehungsweise 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, zum Beispiel bei Erreichen definierter Schwellenwerte, implementiert. Risikorelevante Themen werden darüber hinaus im Rahmen des quartalsweise tagenden Risikokomitees besprochen, die zuvor innerhalb der ebenfalls quartalsweise stattfindenden Risikogremiensitzungen – Risikorunde und Compliance and Operational Risk Committee – diskutiert worden sind.

Versicherungstechnische Risiken

Lebensversicherung

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

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

Biometrische Risiken

Biometrische Risiken entstehen aus Veränderungen biometrischer Annahmen wie Sterblichkeit und Berufsunfähigkeit. Sinkende Sterblichkeiten, bewirkt zum Beispiel 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, etwa hervorgerufen durch Epidemien, hätte wiederum einen gegenläufigen Effekt. Das Risiko in der Berufsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeitszusatzversicherung 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 beziehungsweise 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 Beitragszuschlags beziehungsweise eines Risikoausschlusses ein Versicherungsvertrag angeboten. Zusätzlich werden bei hohen Einzel- und Kumulrisiken 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 beziehungsweise 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 verwendeten Wahrscheinlichkeitstabellen 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, wurden unter Berücksichtigung der aktuellen Empfehlungen der DAV im Jahr 2009 die Deckungsrückstellungen verstärkt. Für den kleinen Bestand an Pflegerentenversicherungen, die nicht nach der aktuellen Tafel DAV 2008 P kalkuliert sind, wurde die Deckungsrückstellung entsprechend den Empfehlungen der DAV verstärkt. Die Deckungsrückstellung des Bestandes an Berufsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeitszusatzversicherungen, 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 werden 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 Liquiditätsengpässen sowie zu 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 verstärkt eine Überwachung des Stornoverhaltens als Folge der Finanzmarktkrise durchgeführt. Die Veränderung der Stornoquoten war in der Vergangenheit jedoch begrenzt, sodass 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 Fall 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 Kapitalwahlrechts 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 nicht nur vorübergehend 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 Kapitalanlage-Risiko, da die Höhe der Verpflichtung gegenüber den Versicherungsnehmern stets mit dem Wert des Fondsvermögens übereinstimmt. Soweit unsererseits Garantien bei fondsgebundenen Produkten ausgesprochen wurden, 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 Rückkaufswerten am 12. Oktober 2005 und 26. September 2007 ergangenen Urteile entwickeln könnte, woraus zusätzliche, bisher nicht berücksichtigte Leistungen resultieren würden. Die Bildung gesonderter Rückstellungen wird geprüft.

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

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat am 29. Juli 2009 ein Urteil zu einer Ratenzahlungsvereinbarung in einem Altersvorsorgevertrag erlassen. Es handelte sich dabei um ein wettbewerbsrechtliches Verfahren zu der Frage, ob der Versicherer sich auf eine bestimmte Klausel zu Ratenzahlungszuschlägen berufen darf, wenn der effektive Jahreszins nicht ausgewiesen wird. Das Urteil lässt die relevanten Fragen offen, da es sich lediglich um ein Anerkenntnisurteil und damit nicht um eine Grundsatzentscheidung handelt. Darüber hinaus liegen keine Urteilsgründe vor. Wie die im Verfahren aufgeworfenen Fragen letztendlich zu beurteilen sind, kann nur ein weiteres höchstrichterliches Urteil zeigen. Welche Entscheidung zu erwarten ist, kann nicht vorhergesagt werden.

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 3,4 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. Aufgrund der Wirtschaftskrise ist das Risiko eines höheren Forderungsausfalles beziehungsweise eines vermehrten Zahlungsverzuges für die Zukunft nicht auszuschließen. Zur Risikovorsorge wurden die in der Bilanz ausgewiesenen Forderungen an Kunden um Wertberichtigungen von 0,3 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 3,2 Mrd. Euro (2008: 3,5 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 und Liquidität der Kapitalanlagen erreicht werden, um die Verpflichtungen aus dem Versicherungsbestand erfüllen zu können.

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 weiterhin von der Kapitalmarktkrise beeinflusst. Die Situation des Finanzsektors und weiterer Wirtschaftssektoren ist noch immer angespannt und die weitere Entwicklung hängt stark von staatlichen Maßnahmen in der Geld- und Konjunkturpolitik ab.

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%	+24 Mio. Euro
Anstieg um 20%	+14 Mio. Euro
Anstieg um 10%	+ 7 Mio. Euro
Sinken um 10%	- 7 Mio. Euro
Sinken um 20%	- 14 Mio. Euro
Sinken um 35%	- 24 Mio. Euro

Renditeveränderung des Rentenmarktes	Veränderung des Marktwertes der Kapitalanlagen
Anstieg um 200 Basispunkte	-439 Mio. Euro
Anstieg um 100 Basispunkte	-219 Mio. Euro
Sinken um 100 Basispunkte	+219 Mio. Euro
Sinken um 200 Basispunkte	+439 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

Ein großer Teil des Aktienexposures unserer Gesellschaft ist über Futures gegen Marktwertverluste abgesichert. Gleichwohl können bei anhaltend schwachen Aktienmärkten außerplanmäßige Abschreibungen insbesondere auf Aktiensondervermögen nicht ausgeschlossen werden.

Währungsrisiken bestehen nur in wirtschaftlich unbedeutendem Umfang, da die Deutsche Ärzteversicherung hauptsächlich im europäischen Raum investiert und Fremdwährungsinvestitionen begrenzt und kontrolliert werden. Dies erfolgt durch den Einsatz von Fremdwährungsderivaten (zum Beispiel Devisentermingeschäfte).

Der Immobilienbestand der Deutschen Ärzteversicherung besteht zum großen Teil aus deutschen Büro- und Gewerbeimmobilien. Die Wertentwicklung ist deshalb abhängig von der Konjunkturlage in Deutschland.

Wir verfolgen die 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 beziehungsweise 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 mithilfe von Ratingagenturen oder nach einheitlichen internen Maßstäben und wird mit kontinuierlichen Kontrollprozessen überprüft. Das Durchschnittsrating der festverzinslichen Wertpapiere beträgt bei der Deutschen Ärzteversicherung A- (2008: 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. Mithilfe 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 abge-

wickelt werden. Das Gegenparteiisiko 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 unsere Gesellschaft hält Kapitalanlagen, deren Bonität vor dem Hintergrund der Finanzmarktkrise in der Öffentlichkeit diskutiert wurde und die teilweise von signifikanten Spreadausweitungen betroffen waren.

Die Deutsche Ärzteversicherung hält über Spezialfonds ein ungesichertes Exposure im Marktwert von 33 Mio. Euro in US-RMBS (Residential Mortgage Backed Securities), die mit Krediten aus dem sogenannten „Subprime-Segment“ besichert sind. Neben dem US-RMBS-Exposure enthalten die Spezialfonds ein synthetisches CDO (Collateralized Debt Obligation), 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 rd. 38 Mio. Euro bei einem Marktwert des Kreditderivates von –15 Mio. Euro. Ein Verlust des Nominalbetrages kann aber nur im Fall von mehreren weiteren Ausfällen in signifikanter Höhe innerhalb des CDO-Portfolios eintreten. Im Geschäftsjahr haben wir das Ausfallrisiko des synthetischen CDO durch verschiedene Restrukturierungsmaßnahmen reduziert. Insbesondere wurde die Subordination durch eine Einmalzahlung an den Kontrahenten erhöht. Ferner enthalten die Spezialfonds ein Portfolio von CLO (Collateralized Loan Obligations) mit einem Nominalwert von 59 Mio. Euro (Zeitwert: 37 Mio. Euro). Auf die Spezialfonds wurden im Berichtsjahr 24 Mio. Euro außerplanmäßige Abschreibungen durchgeführt, insgesamt wurden bisher 62 Mio. Euro außerplanmäßige Abschreibungen berücksichtigt. Die verbleibende stille Last wurde zum Jahresende als nicht nachhaltig bewertet, da unsere internen Prognoserechnungen eine vollständige Einbringlichkeit des Nominalwertes der Anlagen zeigen. Bei anhaltender Marktverschlechterung sind weitere außerplanmäßige Abschreibungen nicht ausgeschlossen.

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, Genussscheine und stille Beteiligungen.

Das Portfolio der nachrangigen Darlehen, Genussscheine und stillen Beteiligungen (Nominalwert von 100 Mio. Euro) enthält zu einem großen Teil Papiere von Sparkassen und Landesbanken. Aufgrund der schwierigen Situation einiger Landesbanken besteht bei deren Genussscheinen und stillen Beteiligungen das Risiko, dass als Folge von Bilanzverlusten ergebnisabhängige Kupons nicht ausgezahlt werden und gegebenenfalls das Kapital herabgesetzt werden kann. Auf Genussscheine und stille Beteiligungen wurden im Berichtsjahr 6 Mio. Euro außerplanmäßige Abschreibungen durchgeführt (2008: keine Abschreibung).

Der größte Teil unserer Rentenbestände ist besichert bzw. von öffentlichen Emittenten ausgegeben und daher nur einem minimalen Ausfallrisiko ausgesetzt. 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 die Definition von Limits 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 als Folge der Finanzkrise 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. Bei einem eventuell auftretenden unvorhergesehenen Liquiditätsbedarf wird konzernintern Liquidität 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 Limits und Limitsysteme. Darüber hinaus gilt eine umfassende interne Richtlinie (Investment Guidelines) für alle Kapitalanlagen. Die aufsichtsrechtlichen Vorschriften zur Mischung und Streuung werden 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 Limits 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 Zweck 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.

Monatlich wird im Kreditkomitee auf Vorstandsebene das Kreditrisiko des Gesamtportfolios sowie einzelner Anlageklassen und kritischer Emittenten besprochen.

Als Reaktion auf die Finanzkrise 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

Operationale Risiken beinhalten 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. Hierfür wurden Verfahren implementiert und Notfallpläne definiert, welche die Kontinuität der Geschäftsprozesse auch bei Eintritt eines schwerwiegenden operationalen Risikos sicherstellen. Die Koordination unseres umfangreichen Projektportfolios erfolgt durch den Bereich Konzernstrategie und Portfoliosteuerung, der sich auf ein umfassendes Berichtswesen mit Vorwarnelementen stützt.

Risiken aus strategischen Geschäftsentscheidungen werden durch einen regelmäßigen systematischen Strategieentwicklungs- und -umsetzungsprozess reduziert.

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

Das am 29. Mai 2009 in Kraft getretene Bilanzrechtsmodernisierungsgesetz (BilMoG) stellt die umfangreichste Modernisierung des Handelsbilanzrechts seit 1985 dar. Das deutsche Handelsrecht soll damit 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 Gesetzes auf unsere Gesellschaft analysiert. Die anstehenden Änderungen des Bilanzrechts werden im Wesentlichen Auswirkungen auf die Bilanzierung von Pensionsrückstellungen, latenten Steuern, sonstigen Rückstellungen und ggf. von selbst erstellten immateriellen Vermögenswerten haben. Neben den Bilanzierungsvorschriften beinhaltet das BilMoG umfangreiche zusätzliche Anhangangabe- und Lageberichtspflichten sowie neue Vorgaben zur Corporate Governance. Die Neuregelungen sind, abgesehen von einigen wenigen Anhangangaben, erstmals im Geschäftsjahr 2010 anzuwenden. Die für 2009 verpflichtenden Anhangangaben wurden im vorliegenden Geschäftsbericht entsprechend umgesetzt. 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 Deutschen Ärzteversicherung wurden alle aufsichtsrechtlichen Anforderungen erfüllt. Der Bedeckungssatz für 2009 beträgt 164,5% (2008: 150,2%).

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). Nach der Verabschiedung im EU-Parlament 2009 werden die Solvency II-Regelungen voraussichtlich 2012 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 Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) stellt die Durchführungsverordnung des § 64 a VAG dar. Mit dem Inkraftsetzen des § 55 c VAG haben Versicherungsunternehmen den an den Vorstand gerichteten Risikobericht in gleicher Form und gleichem Inhalt der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

Zur Vorbereitung auf Solvency II hat die AXA Gruppe in den vergangenen Jahren am europaweiten Feldtest QIS 4 (Quantitative Impact Study) teilgenommen. QIS ist eine von der europäischen Versicherungsaufsicht (CEIOPS) geleitete Übung, die der Kalibrierung des Standardmodells im Sinne von Solvency II dient. Für das Jahr 2009 hat die AXA Gruppe die Berechnung des ökonomischen Risikokapitalbedarfes auf Basis des QIS 4-Regelwerkes zum Halbjahr und zum Jahresende durchgeführt. Auch hierbei zeigen alle in die Berechnung einbezogenen Gesellschaften eine gute Überdeckung. 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 Anforderungen aus Säule II und Säule III vor.

Zusammenfassende Darstellung der Risikolage

Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine Risiken bekannt, die den Fortbestand der Deutschen Ärzteversicherung gefährden könnten. Die Solvabilität 2009 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 bzw. aufgrund des Gewinnabführungsvertrages ausgeglichen.

Sonstige Angaben

Mitarbeiter

Die Anzahl der Beschäftigten unserer Gesellschaft hat sich im Berichtsjahr 2009 von 138 auf 153 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhöht. Von den 153 Mitarbeitern sind 19 im Außendienst und 134 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, Produktmanagement, 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, und die AXA Bank AG, 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 Bausparverträge sowie Bankdienstleistungen für folgende Gesellschaften oder arbeiten mit diesen zusammen:

- AXA Lebensversicherung AG, Köln
- AXA Versicherung AG, Köln
- AXA Krankenversicherung AG, Köln
- AXA Merkens Fonds, Köln
- AXA Investment Managers Deutschland GmbH, Köln
- AXA Life Europe Ltd. Niederlassung Deutschland, Köln
- BHW Bausparkasse AG, Hameln
- Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, Düsseldorf
- DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung AG, Wiesbaden
- DBV Deutsche Beamtenversicherung AG, Wiesbaden
- <pma:> Finanz- und Versicherungsmakler GmbH, Münster
- Pro bAV Pensionskasse AG, Köln
- Roland Rechtsschutz-Versicherungs-AG, Köln
- Roland Schutzbrief-Versicherung AG, Köln
- winsecura Pensionskasse AG

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

Auf Basis des trotz der Finanzkrise gestiegenen Neuzugangs im Jahr 2009 erwarten wir auch weiterhin ein stabiles Wachstum des Neugeschäftes. Wir begründen diese Prognose mit unseren Anstrengungen, die Angehörigen der akademischen Heilberufe mit unseren exklusiven Vorsorge- und Versicherungsprodukten, die wir im Markt etabliert haben und die durch führende Berufsverbände der akademischen Heilberufe wie auch von Ärzte- und Zahnärztekammern empfohlen werden, zu bedienen.

Unsere Vertriebskanäle sind auch im laufenden Jahr bestens aufgestellt, um den Mitgliedern der akademischen Heilberufe mit spezifischen Produkten und Services Lösungen für ihre finanziellen Vorsorgebedürfnisse bieten zu können. Unsere jüngsten Produkteinführungen, die bereits im aktuellen Berichtszeitraum zum Erfolg der Deutschen Ärzteversicherung beigetragen haben, werden weitere Wachstumsimpulse im Jahr 2010 setzen. Darüber hinaus arbeiten wir an einer Intensivierung der Zusammenarbeit mit unserem lang-

Nachtragsbericht

Nach dem Abschluss des Geschäftsjahres 2009 sind bei der Deutschen Ärzteversicherung keine Vorgänge eingetreten, die wesentliche Auswirkungen auf die Ertrags-, Finanz- und Vermögenslage der Gesellschaft haben.

jährigen Kooperationspartner, der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, von der zusätzliche Impulse ausgehen werden.

An den Kapitalmärkten werden die Zinssätze, wenn überhaupt, nur moderat anziehen, da die wirtschaftliche Erholung auch im kommenden Jahr nur langsam verlaufen wird. Daher erwarten wir auch mittelfristig nur im geringen Ausmaß inflationäre Tendenzen. Die Entwicklung der Aktienkurse ist weiterhin kaum verlässlich vorhersagbar. Unter der Annahme, dass sich die Wirtschaftsentwicklung unter den beschlossenen Konjunkturpaketen und Reformen weiter stabilisiert, sehen wir im Jahr 2010 gute Chancen, das Bilanzergebnis des Berichtsjahres zu erreichen.

Köln, den 30. März 2010

Der Vorstand

Ergebnisabführung und Gewinnverwendungsvorschlag

Der im Geschäftsjahr 2009 erwirtschaftete Überschuss in Höhe von 3,4 Mio. Euro wurde aufgrund des im Oktober 2009 geschlossenen Gewinnabführungsvertrages zwischen unserer Gesellschaft und der AXA Konzern AG an die AXA Konzern AG abgeführt.

Darüber hinaus ergibt sich für das Geschäftsjahr 2009 ein Bilanzgewinn in Höhe von 4.204,96 Euro aus dem Gewinnvortrag des Jahres 2008. Vorstand und Aufsichtsrat schlagen der Hauptversammlung vor, den Bilanzgewinn vollständig auszuschütten.

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 2009 fortlaufend von der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung überzeugt. Durch vierteljährliche Berichte und in zwei Sitzungen sowie zwei schriftlichen Abstimmungen wurde er eingehend mündlich und schriftlich gemäß § 90 des Aktiengesetzes (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 2009 befasste sich der Aufsichtsrat intensiv mit dem Bericht des Vorstandes über den Geschäftsverlauf 2008 und dem vorgelegten Jahresabschluss. In der gleichen Sitzung stellte der Vorstand die endgültige Planung für 2009 vor, die vertiefend erörtert wurde. Im Rahmen einer schriftlichen Abstimmung im September 2009 stimmte der Aufsichtsrat dem Abschluss eines Ergebnisabführungsvertrages mit der AXA Konzern AG als gewinnempfangender Gesellschaft zu. In seiner Sitzung im November 2009 informierte der Vorstand den Aufsichtsrat über den bisherigen Geschäftsverlauf im laufenden Jahr und gab einen Kurzbericht über die vorläufige Planung 2010. Der Vorstand informierte den Aufsichtsrat zeitnah und ausführlich über die Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf die Gesellschaft und über die damit verbundenen Maßnahmen. Weiterhin gab er einen Überblick zu Spezialrisiken, Arzthaftpflicht und über die allgemeine Risikosituation. Zudem wurde in der Sitzung als Folge der Einführung des Vorstandsvergütungsangemessenheitsgesetzes die Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat dahingehend geändert, dass nun dem Aufsichtsrat die Entscheidung über den Abschluss, die Änderung und die Beendigung von Anstellungs-, Pen-

sions- und sonstigen Verträgen mit Vorstandsmitgliedern obliegt. 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 Entwicklung der Gesellschaft behandelt. 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 2009 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 dargestellt und Fragen des Aufsichtsrates beantwortet.

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

Im vergangenen Jahr sind sowohl im Vorstand als auch im Aufsichtsrat Personalveränderungen eingetreten. In der Sitzung im April 2009 hat Herr Dr. Christoph Jurecka

mit Wirkung zum 30. April 2009 sein Mandat im Vorstand der Deutsche Ärzteversicherung AG niedergelegt. In derselben Sitzung wurde Herr Dr. Rainer Schöllhammer mit Wirkung zum 1. Juni 2009 zum Mitglied des Vorstandes der Gesellschaft bestellt. Herr Schlösser ist zum 31. Dezember 2009 aus dem Vorstand ausgeschieden, um zukünftig als Aufsichtsratsvorsitzender für die Gesellschaft tätig zu werden. Herr Jörg Arnold ist in der Novembersitzung des Aufsichtsrates in Nachfolge von Herrn Schlösser mit Wirkung zum 1. Januar 2010 zum Vorstandsvorsitzenden der Gesellschaft bestellt worden. Herr Dr. Dr. Jürgen Weitkamp hat in der Sitzung im April 2009 sein Mandat im Aufsichtsrat niedergelegt. In der anschließenden ordentlichen Hauptversammlung wurde Herr Dr. Peter Engel zum Mitglied des Aufsichtsrates gewählt. Ebenso hat Herr Gerhard Girner in der Sitzung im November 2009 sein Mandat im Aufsichtsrat niedergelegt. In der außerordentlichen Hauptversammlung am 12. November 2009 wurden Herr Stefan Mühr mit sofortiger Wirkung und Herr Gernot Schlösser mit Wirkung zum 1. Januar 2010 zu Mitgliedern des Aufsichtsrates gewählt. Der Aufsichtsrat hat Herrn Schlösser daraufhin im schriftlichen Umlaufverfahren im Januar 2010 zum Vorsitzenden des Aufsichtsrates gewählt. Herr Dr. Frank Keuper hat sein

Mandat als Vorsitzender des Aufsichtsrates zum 31. Dezember 2009 niedergelegt. Der Aufsichtsrat spricht den ausgeschiedenen Mitgliedern des Vorstandes und des Aufsichtsrates seinen außerordentlichen Dank für die jahrelange erfolgreiche Tätigkeit für die Gesellschaft aus. Der Dank gilt insbesondere Herrn Schlösser, der die Geschicke der Gesellschaft seit November 2000 als Vorstandsvorsitzender erfolgreich gelenkt hat.

Dem Vorstand und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Dienstleistungsgesellschaften, die für unsere Gesellschaft tätig geworden sind, gilt für ihre Leistungen im Jahr 2009 unser ganz besonderer Dank.

Köln, den 27. April 2010

Für den Aufsichtsrat

Gernot Schlösser

Vorsitzender

Jahresabschluss

Bilanz zum 31. Dezember 2009

Gewinn- und Verlustrechnung
für die Zeit
vom 1. Januar bis 31. Dezember 2009

Anhang

Bilanz zum 31. Dezember 2009

Aktiva	2009		2008	
	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro
A. Immaterielle Vermögensgegenstände				
Sonstige			-	-
B. Kapitalanlagen				
I. Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten einschließlich der Bauten auf fremden Grundstücken			-	-
II. Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen				
1. Anteile an verbundenen Unternehmen		73.325		71.503
2. Ausleihungen an verbundene Unternehmen		123.632		112.727
3. Beteiligungen		20.753		21.466
4. Ausleihungen an Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht		-	217.710	-
III. Sonstige Kapitalanlagen				205.696
1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere		1.140.255		1.222.220
2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere		298.283		416.200
3. Hypotheken-, Grundschul- und Rentenschuldforderungen		131.675		158.393
4. Sonstige Ausleihungen				
a) Namensschuldverschreibungen	807.265			747.603
b) Schuldscheinforderungen und Darlehen	466.857			326.826
c) Darlehen und Vorauszahlungen auf Versicherungsscheine	8.920			278.350
d) übrige Ausleihungen	16.365	1.299.407		67.161
5. Einlagen bei Kreditinstituten		47.000		12.500
6. Andere Kapitalanlagen		46.769	2.963.389	52.520
			3.181.099	3.487.469
C. Kapitalanlagen für Rechnung und Risiko von Inhabern von Lebensversicherungspolicen			369.504	223.791
D. Forderungen				
I. Forderungen aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft an:				
1. Versicherungsnehmer				
a) fällige Ansprüche	2.464			16.460
b) noch nicht fällige Ansprüche	57.108	59.572		36.383
2. Versicherungsvermittler		723	60.295	115
II. Abrechnungsforderungen aus dem Rückversicherungsgeschäft			-	60
III. Sonstige Forderungen				
davon an verbundene Unternehmen			31.425	50.361
24.722 Tsd. Euro (2008: 28.203 Tsd. Euro)				
			91.720	103.379
E. Sonstige Vermögensgegenstände				
I. Sachanlagen und Vorräte			-	-
II. Laufende Guthaben bei Kreditinstituten, Schecks und Kassenbestand			12.612	38.341
III. Andere Vermögensgegenstände			30.137	26.111
			42.749	64.452
F. Rechnungsabgrenzungsposten				
I. Abgegrenzte Zinsen und Mieten			42.668	36.022
II. Sonstige Rechnungsabgrenzungsposten			2.890	3.847
			45.558	39.869
G. Voraussichtliche Steuerentlastung nachfolgender Geschäftsjahre gemäß § 274 Abs. 2 HGB			-	527
			3.730.630	3.919.487

Passiva

	2009		2008	
	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro
A. Eigenkapital				
I. Gezeichnetes Kapital		7.363		7.363
II. Kapitalrücklage		43.708		43.708
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>4</u>		<u>321</u>
		51.637		51.954
B. Nachrangige Verbindlichkeiten				10.000
C. Sonderposten mit Rücklageanteil				4.431
D. Versicherungstechnische Rückstellungen				
I. Beitragsüberträge				
1. Bruttobetrag	31.560		36.385	
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	<u>13.930</u>	17.630	<u>14.508</u>	21.877
II. Deckungsrückstellung				
1. Bruttobetrag	2.895.482		3.216.360	
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	<u>173.829</u>	2.721.653	<u>182.795</u>	3.033.565
III. Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle				
1. Bruttobetrag	19.071		19.609	
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	<u>5.262</u>	13.809	<u>3.304</u>	16.305
IV. Rückstellung für erfolgsabhängige und erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung				
1. Bruttobetrag	204.036		207.793	
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	-	204.036	-	207.793
V. Sonstige versicherungstechnische Rückstellungen				
1. Bruttobetrag	-		-	
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	-	-	-	-
		2.957.128		3.279.540
E. Versicherungstechnische Rückstellungen im Bereich der Lebensversicherung, soweit das Anlagerisiko von den Versicherungsnehmern getragen wird				
I. Deckungsrückstellung				
1. Bruttobetrag	369.504		223.791	
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	-	<u>369.504</u>	-	-
		369.504		223.791
F. Andere Rückstellungen				
I. Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen		14.280		13.587
II. Steuerrückstellungen		27.987		21.055
III. Sonstige Rückstellungen		<u>12.273</u>		<u>9.971</u>
		54.540		44.613
G. Depotverbindlichkeiten aus dem in Rückdeckung gegebenen Versicherungsgeschäft				
		190.759		192.684

	Tsd. Euro	Tsd. Euro	2009 Tsd. Euro	Tsd. Euro	2008 Tsd. Euro
H. Andere Verbindlichkeiten					
I. Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft gegenüber					
1. Versicherungsnehmern	77.078			90.124	
2. Versicherungsvermittlern	<u>67</u>	77.145		<u>2</u>	90.126
II. Abrechnungsverbindlichkeiten aus dem Rückversicherungsgeschäft davon gegenüber verbundenen Unternehmen					
687 Tsd. Euro (2008: 1.125 Tsd. Euro)			5.338		3.915
III. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten			<u>-</u>		1.832
IV. Sonstige Verbindlichkeiten davon gegenüber verbundenen Unternehmen					
7.126 Tsd. Euro (2008: 8.359 Tsd. Euro)					
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als fünf Jahren					
21 Tsd. Euro (2008: 31 Tsd. Euro)					
davon aus Steuern					
165 Tsd. Euro (2008: 172 Tsd. Euro)					
davon im Rahmen der sozialen Sicherheit					
14 Tsd. Euro (2008: 56 Tsd. Euro)		<u>14.136</u>			<u>16.501</u>
			96.619		112.374
I. Rechnungsabgrenzungsposten			443		100
			3.730.630		3.919.487

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 18. Februar 2010 genehmigten Geschäftsplan berechnet worden.

Köln, den 29. März 2010

Der Verantwortliche Aktuar: Jutta Ziegler

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

Köln, den 29. März 2010

Der Treuhänder: Axel Schaefer

Köln, den 30. März 2010

Der Vorstand

Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2009

Versicherungstechnische Rechnung

	2009		2008	
	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro
I. Versicherungstechnische Rechnung				
1. Verdiente Beiträge für eigene Rechnung				
a) Gebuchte Bruttobeiträge	481.172		485.116	
b) Abgegebene Rückversicherungsbeiträge	<u>45.493</u>	435.679	<u>49.861</u>	435.255
c) Veränderung der Bruttobeitragsüberträge*	4.825		3.836	
d) Veränderung des Anteils der Rückversicherer an den Bruttobeitragsüberträgen*	<u>-578</u>	<u>4.247</u>	<u>-124</u>	<u>3.712</u>
		439.926		438.967
2. Beiträge aus der Brutorückstellung für Beitragsrückerstattung				16.860
3. Erträge aus Kapitalanlagen				
a) Erträge aus Beteiligungen		3.572		3.118
davon aus verbundenen Unternehmen				
1.741 Tsd. Euro (2008: 1.127 Tsd. Euro)				
b) Erträge aus anderen Kapitalanlagen				
davon aus verbundenen Unternehmen				
6.410 Tsd. Euro (2008: 722 Tsd. Euro)				
aa) Erträge aus Grundstücken, grundstücksgleichen Rechten und Bauten einschließlich der Bauten auf fremden Grundstücken	1		1	
bb) Erträge aus anderen Kapitalanlagen	<u>150.804</u>	150.805	<u>160.859</u>	160.860
c) Erträge aus Zuschreibungen		13.778		952
d) Gewinne aus dem Abgang von Kapitalanlagen		30.333		22.482
e) Erträge aus der Auflösung des Sonderpostens mit Rücklageanteil		<u>4.431</u>		-
		202.919		187.412
4. Nicht realisierte Gewinne aus Kapitalanlagen				-
5. Sonstige versicherungstechnische Erträge für eigene Rechnung				22.161
6. Aufwendungen für Versicherungsfälle für eigene Rechnung				
a) Zahlungen für Versicherungsfälle				
aa) Bruttobetrag	421.923		445.770	
bb) Anteil der Rückversicherer	<u>25.734</u>	396.189	<u>26.521</u>	419.249
b) Veränderung der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle				
aa) Bruttobetrag	-536		-3.108	
bb) Anteil der Rückversicherer	<u>1.959</u>	<u>-2.495</u>	<u>450</u>	<u>-3.558</u>
		393.694		415.691
7. Veränderung der übrigen versicherungstechnischen Nettorückstellungen				
a) Deckungsrückstellung				
aa) Bruttobetrag	92.537		-39.635	
bb) Anteil der Rückversicherer	<u>8.966</u>	101.503	<u>8.578</u>	-31.057
b) Sonstige versicherungstechnische Nettorückstellungen		-		-
		101.503		-31.057
8. Aufwendungen für erfolgsabhängige und erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattungen für eigene Rechnung				42.054
9. Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb für eigene Rechnung				
a) Abschlussaufwendungen	73.027		70.997	
b) Verwaltungsaufwendungen	<u>18.660</u>	91.687	<u>18.049</u>	89.046
c) davon ab: erhaltene Provisionen und Gewinnbeteiligungen aus dem in Rückdeckung gegebenen Versicherungsgeschäft		<u>11.233</u>		<u>17.208</u>
		80.454		71.838
10. Aufwendungen für die Kapitalanlagen				
a) Aufwendungen für die Verwaltung von Kapitalanlagen, Zinsaufwendungen und sonstige Aufwendungen für die Kapitalanlagen		2.667		2.823
b) Abschreibungen auf Kapitalanlagen		46.916		43.242
c) Verluste aus dem Abgang von Kapitalanlagen		18.586		4.600
d) Einstellungen in den Sonderposten mit Rücklagenanteil		-		-
		68.169		50.665
11. Nicht realisierte Verluste aus Kapitalanlagen				79.536
12. Sonstige versicherungstechnische Aufwendungen für eigene Rechnung				24.303
13. Versicherungstechnisches Ergebnis für eigene Rechnung			-5.632	12.370

* = Erhöhung

Nichtversicherungstechnische Rechnung

	Tsd. Euro	Tsd. Euro	2009 Tsd. Euro	Tsd. Euro	2008 Tsd. Euro
Übertrag			-5.632		12.370
II. Nichtversicherungstechnische Rechnung					
1. Sonstige Erträge		22.761			21.268
2. Sonstige Aufwendungen		<u>22.397</u>			<u>21.633</u>
			364		-365
3. Ergebnis der normalen Geschäftstätigkeit			-5.268		12.005
4. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag abzüglich Organschaftumlage		-8.668			11.652
5. Sonstige Steuern		<u>-</u>	-8.668		<u>53</u>
					11.705
6. Erträge aus Verlustübernahme		-			-
7. Aufgrund einer Gewinngemeinschaft, eines Gewinnabführungs- oder Teilgewinnabführungsvertrages abgeführte Gewinne		<u>3.400</u>	3.400		<u>-</u>
					-
8. Jahresüberschuss			-		300
9. Gewinnvortrag aus dem Vorjahr		<u>4</u>	4		<u>21</u>
					21
10. Bilanzgewinn			4		321

Anhang

Bilanzierungs-
und Bewertungsmethoden

Angaben zur Bilanz

Angaben zur
Gewinn- und Verlustrechnung

Überschussbeteiligung
der Versicherungsnehmer

Sonstige Angaben

Jahresabschluss

Die Paragraphen des Handelsgesetzbuches der neuen Fassung mit Änderungen durch das Bilanzrechtsmodernisierungsgesetz sind gesondert gekennzeichnet durch den Zusatz „n. F.“. Paragraphen des Handelsgesetzbuches ohne gesonderte Kennzeichnung beziehen sich auf das Handelsgesetzbuch vor den Änderungen des Bilanzrechtsmodernisierungsgesetzes.

Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden

Aktiva

Die **Anteile an verbundenen Unternehmen** bilanzierten 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 und Unternehmen**, mit denen ein **Beteiligungsverhältnis** besteht, aktivierten wir, soweit es sich um Darlehen handelt, gemäß § 341 c Abs. 1 HGB zum Nennbetrag. Agio- und Disagiobeträge grenzten wir aktivisch und passivisch ab und lösten diese planmäßig über die Laufzeit auf. Unter dieser Position ausgewiesene Inhaberschuldverschreibungen wurden entsprechend den Regeln für die dem Anlagevermögen zugeordneten Inhaberschuldverschreibungen und anderen festverzinslichen Wertpapiere bewertet.

Die **Beteiligungen** bilanzierten 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.

Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere, die dem **Anlagevermögen** zugeordnet wurden, bilanzierten 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, kommen folgende Methoden zur Anwendung:

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

Der Zeitwert des Wertpapiers liegt in den dem Bilanzstichtag vorangehenden zwölf Monaten permanent um mehr als 10% unter dem Buchwert.

Bei Erfüllung von mindestens einem dieser Aufgreifkriterien erfolgt die Abschreibung auf den dem Wertpapier langfristig beizulegenden Wert. In die Ermittlung des beizulegenden Wertes fließt unsere Erwartung der zukünftigen Marktentwicklung ein.

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.

Sofern die Gründe für eine gegebenenfalls vorgenommene Abschreibung nicht mehr existierten, wurde auf die Anschaffungskosten oder den am Stichtag niedrigeren beizulegenden Wert gemäß § 280 Abs. 1 Satz 1 HGB zugeschrieben.

Bei voraussichtlich vorübergehenden Wertminderungen haben wir teilweise von dem in diesem Fall bestehenden Abschreibungswahlrecht gemäß § 253 Abs. 2 Satz 3 HGB Gebrauch gemacht.

Aktien, Investmentanteile und andere nicht 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, sofern die Voraussetzungen des § 280 Abs. 1 Satz 1 HGB erfüllt waren.

Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere, die dem **Anlagevermögen** zugeordnet wurden, bilanzierten 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 und wir aus diesem Grund von einem (Teil-)Ausfall des Schuldtitels ausgehen.

Sofern die Gründe für eine gegebenenfalls vorgenommene Abschreibung nicht mehr existierten, wurde auf die Anschaffungskosten oder den am Stichtag niedrigeren beizulegenden Wert gemäß § 280 Abs. 1 Satz 1 HGB 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, sofern die Voraussetzungen des § 280 Abs. 1 Satz 1 HGB erfüllt waren.

Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen brachten wir gemäß § 341 c Abs. 1 HGB mit dem Nennbetrag in Ansatz, vermindert um notwendige Abschreibungen und Einzelwertberichtigungen. Disagiobeträge grenzten wir passivisch ab und lösten diese planmäßig über die Laufzeit auf.

Namensschuldverschreibungen wurden mit dem Nennbetrag gemäß § 341 c Abs. 1 HGB, falls erforderlich vermindert um notwendige Abschreibungen, angesetzt. Agio- und Disagiobeträge 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, falls erforderlich vermindert um notwendige Abschreibungen. Agio- und Disagiobeträge grenzten wir aktivisch und passivisch ab und lösten diese planmäßig über die Laufzeit auf.

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

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

Die **übrigen Ausleihungen** wurden mit dem Nennbetrag, falls erforderlich vermindert um notwendige Abschreibungen, angesetzt.

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

Die **anderen Kapitalanlagen** wurden mit den Anschaffungskosten, falls erforderlich vermindert um notwendige Abschreibungen, 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. Dem allgemeinen Kreditrisiko wurde durch Pauschalwertberichtigungen Rechnung getragen.

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 Lauf 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 Kassenbestände 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 RechVersV. Die Angaben erfolgten zum Bilanzstichtag. Im Einzelnen wurden folgende Ermittlungsverfahren angewandt:

Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen wurden nach einem Ertragswertverfahren oder mit dem anteiligen Eigenkapital bewertet.

Die Zeitwerte der als **Ausleihungen an verbundene Unternehmen** klassifizierten Schuldverschreibungen und Darlehen wurden nach der Renditebewertung nach Moosmüller (Zinskurve sowie bonitäts- und laufzeit-spezifischer Risikozuschlag per 31. Dezember 2009) ermittelt.

Für **Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere** wurden Börsenkurse, Rücknahmepreise oder Nettoinventarwerte per 31. Dezember 2009 angesetzt (Stichtagsbewertung). Die weltweite Finanzmarktkrise führte in der zweiten Jahreshälfte 2008 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 emittierenden Banken) gestellten Preisindikationen für strukturierte Kreditprodukte (Mark-to-market) unverändert zum Vorjahr nicht zur Ermittlung des beizulegenden Zeitwertes. Die in strukturierte Kreditprodukte investierenden Investmentanteile wurden mit dem Nettoinventarwert (Net Asset Value) angesetzt.

Die einzelnen, über Investmentanteile gehaltenen strukturierten Kreditprodukte wurden hierbei mit einem Barwertverfahren (Discounted Cashflow-Verfahren, Mark-to-model) bewertet. Die aus den einzelnen strukturierten Kreditprodukten zu erwartenden Zahlungsströme wurden mit laufzeit- und risikoäquivalenten Zinssätzen abgezinst. Eine Liquiditätskomponente wurde angemessen berücksichtigt. In die Bewertung einfließende Schätzungen beruhten auf allgemein verfügbaren Kapitalmarktdaten. In die Bewertung der strukturierten Kreditprodukte flossen zudem die Preisindikationen externer unabhängiger Dritter ein. Je unsicherer die Einschätzung der zukünftigen Zahlungsströme, desto höher war der Anteil der niedrigeren externen Preisindikationen an den beizulegenden Zeitwerten der einzelnen strukturierten Kreditprodukte.

Die Bewertung eines Kreditderivates, das zur Abbildung einer synthetischen Collateralized Debt Obligation in den Investmentanteilen abgeschlossen wurde, erfolgt auf Grundlage der Wertermittlung der emittierenden Bank.

Für **Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere** wurden im Wesentlichen die Börsenkurse per 31. Dezember 2009 angesetzt. Die beizulegenden Zeitwerte von Asset Backed Securities und Inhaberschuldverschreibungen ohne laufende Kursversorgung wurden auf der Grundlage von Discounted Cashflow-Methoden ermittelt.

Die Zeitwerte der **Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen** wurden nach der Renditebewertung nach Moosmüller (Zinskurve sowie bonitäts- und laufzeitspezifischer Risikozuschlag per 31. Dezember 2009) ermittelt.

Die Zeitwerte für **Schuldscheindarlehen und Namenspapiere, sonstige Ausleihungen und andere Kapitalanlagen** wurden nach der Renditebewertung nach Moosmüller (Zinskurve sowie bonitäts- und laufzeitspezifischer Risikozuschlag per 31. Dezember 2009) 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 a und b EStG in Verbindung mit § 247 Abs. 3 HGB gebildet.

Beitragsüberträge wurden für jede einzelne Versicherung unter Zugrundelegung des tatsächlichen Beginns der Versicherungsperiode berechnet. Der koordinierte Ländererlass des Finanzministeriums Niedersachsen vom 20. Mai 1974 wurde 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 rechnungsmäßigen 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 Mindestrückkaufswerten in der Lebensversicherung berücksichtigt.

Zur Ermittlung der Deckungsrückstellung wurden im Wesentlichen folgende Rechnungsgrundlagen herangezogen:

Versicherungsart	Anteil an der Deckungsrückstellung	Ausscheideordnung (Sterbe- bzw. Invalidentafel)	Zinssatz
Neubestand			
Kapital- und Risikoversicherungen	32,82 %	ST DAV 1994 T	4,00 %
Kapital- und Risikoversicherungen	16,76 %	ST DAV 1994 T	3,25 %
Kapital- und Risikoversicherungen	2,58 %	ST DAV 1994 T	2,75 %
Kapital- und Risikoversicherungen	0,01 %	ST DAV 1994 T	2,25 %
Rentenversicherung	3,60 %	ST DAV 1994 R	4,00 %
Rentenversicherung	2,07 %	ST DAV 1994 R	3,25 %
Rentenversicherung	0,78 %	ST DAV 1994 R	2,75 %
Rentenversicherung	1,06 %	ST DAV 2004 R	2,75 %
Rentenversicherung	0,94 %	ST DAV 2004 R	2,25 %
Berufsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen	2,28 %	IT Verbandstafel 1990 M/F und ST 1986 M/F	4,00 %
Berufsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen	1,87 %	IT DAV 1997 I, TI, RI	3,25 %
Altbestand			
Kapital- und Risikoversicherungen	0,35 %	ST 24/26 M	3,00 %
Kapital- und Risikoversicherungen	13,41 %	ST 1967	3,00 %
Kapital- und Risikoversicherungen	16,63 %	ST 1986 M/F	3,50 %
Rentenversicherung	3,04 %	ST 1994 R	4,00 %
Berufsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen	1,81 %	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.

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 2009 als ausreichend.

Für Pflegerenten-(Zusatz-)Versicherungen wurde gemäß den Empfehlungen der DAV (Tafel DAV 2008 P) die Deckungsrückstellung an die gestiegenen Pflegewahrscheinlichkeiten angepasst und damit erhöht.

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.

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 Rückstellung für Schadenregulierungskosten 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 bzw. 7 e RechVersV ermittelt. Hierbei wurden zu bindende dauerunabhängige Schlussüberschussanteile bzw. Nachdividenden für Versicherungen des Altbestandes, 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 des Altbestandes, die in Prozent der laufenden Überschussbeteiligung oder des Überschussguthabens definiert sind, gemäß dem für das Folgejahr deklarierten Prozentsatz in Höhe der sich für den Todesfall ergebenden Leistung 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.

Zu bindende Schlussüberschussanteile und Nachdividenden für Versicherungen des Neubestandes, die im Folgejahr nicht ablaufen, wurden auf Basis der aktuell erreichten widerruflichen Anwartschaft einzelvertraglich ermittelt und um die Restlaufzeit diskontiert. 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 entweder mittels m/n-tel-Verfahren unter Berücksichtigung der Rechnungsgrundlagen der jeweiligen Versicherung oder durch Bestimmung einer versicherungsmathematischen Rückstellung entsprechend dem genehmigten Geschäftsplan ermittelt. Die Diskontierungen im m/n-tel-Verfahren wurden hierbei entsprechend dem genehmigten Geschäftsplan mit einem Zinssatz von 2,5% vorgenommen.

Für im Folgejahr ablaufende Versicherungen wurden Nachdividenden und Schlussüberschussanteile undiskontiert und in der bei Ablauf anfallenden Höhe gebunden.

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 den Altbestand wurde der von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht genehmigte Geschäftsplan zugrunde gelegt.

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 5,0% 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 2009

	Bilanzwerte Vorjahr Tsd. Euro	Währungskurs- änderungen Berichtsjahr Tsd. Euro
A. Immaterielle Vermögensgegenstände		
Sonstige immaterielle Vermögensgegenstände	-	-
B.I. Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten einschließlich der Bauten auf fremden Grundstücken	-	-
B.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	-
4. Ausleihungen an Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht	-	-
5. Summe B.II.	205.696	-
B.III. Sonstige Kapitalanlagen		
1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	1.222.220	-
2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	416.200	-
3. Hypotheken-, Grundschild- und Rentenschuldforderungen	158.393	-
4. Sonstige Ausleihungen		
a) Namensschuldverschreibungen	747.603	-
b) Schuldscheinforderungen und Darlehen	326.826	-
c) Darlehen und Vorauszahlungen auf Versicherungsscheine	278.350	-
d) übrige Ausleihungen	67.161	-
5. Einlagen bei Kreditinstituten	12.500	-
6. Andere Kapitalanlagen	52.520	-
7. Summe B.III.	3.281.773	-
Zwischensumme B.I.–B.III.	3.487.469	-
Gesamt	3.487.469	-

Zugänge	Umbuchungen	Abgänge	Zuschrei- bungen	Abschrei- bungen	Bilanzwerte
Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Tsd. Euro	Berichtsjahr Tsd. Euro
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
6.149	-	3.482	25	870	73.325
110.905	-	100.000	-	-	123.632
-	-	746	33	-	20.753
-	-	-	-	-	-
117.054	-	104.228	58	870	217.710
139.153	-	195.081	13.582	39.619	1.140.255
54.125	-	172.180	138	-	298.283
192	-	26.910	-	-	131.675
215.000	-	155.338	-	-	807.265
266.278	-	126.247	-	-	466.857
2.062	-	271.492	-	-	8.920
446	-	50.566	-	676	16.365
34.500	-	-	-	-	47.000
-	-	-	-	5.751	46.769
711.756	-	997.814	13.720	46.046	2.963.389
828.810	-	1.102.042	13.778	46.916	3.181.099
828.810	-	1.102.042	13.778	46.916	3.181.099

Zeitwerte der Kapitalanlagen im Geschäftsjahr 2009 gemäß § 54 RechVersV in Tsd. Euro

	Bilanzwerte
B.I. Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten einschließlich der Bauten auf fremden Grundstücken	0
B.II. Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen	
1. Anteile an verbundenen Unternehmen	73.325
2. Ausleihungen an verbundene Unternehmen	123.632
3. Beteiligungen	20.753
Summe B.II.	217.710
B.III. Sonstige Kapitalanlagen	
1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	1.140.255
2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	298.283
3. Hypotheken	131.675
4. Sonstige Ausleihungen	1.299.407
5. Einlagen bei Kreditinstituten	47.000
6. Andere Kapitalanlagen	46.769
Summe B.III.	2.963.389
Summe B. der Kapitalanlagen	3.181.099
Unterschiedsbetrag zum Bilanzwert	
Agien und Disagien	2.490
Summe Kapitalanlagen inkl. Agien und Disagien	3.183.589
Unterschiedsbetrag zum Bilanzwert inkl. Agien und Disagien	

Die Gesamtsumme der Anschaffungskosten der in die Überschussbeteiligung einzubeziehenden Kapitalanlagen beträgt 2.636 Mio. Euro, die Gesamtsumme des beizulegenden Zeitwertes selbiger Kapitalanlagen beläuft sich auf 2.697 Mio Euro. Hieraus ergibt sich ein Saldo von 61 Mio. Euro.

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 13,8 Mio. Euro.

2009			2008			
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
72.782	0	72.782	71.503	73.255		73.255
24.460	100.000	124.460	112.727	100.000	15.056	115.056
21.583	0	21.583	21.466	21.953		21.953
118.825	100.000	218.825	205.696	195.208	15.056	210.264
1.123.930	0	1.123.930	1.222.220	1.092.717	0	1.092.717
283.364	0	283.364	416.200	403.693	0	403.693
0	133.687	133.687	158.393	0	158.401	158.401
13.199	1.337.474	1.350.673	1.419.940	69.053	1.461.165	1.530.217
0	47.000	47.000	12.500	0	12.500	12.500
25.436	0	25.436	52.520	53.383	0	53.383
1.445.929	1.518.161	2.964.090	3.281.773	1.618.845	1.632.066	3.250.911
1.564.754	1.618.161	3.182.915	3.487.469	1.814.053	1.647.122	3.461.175
		1.816				-26.294
0	0	0	3.778	0	0	0
1.564.754	1.618.161	3.182.915	3.491.247	1.814.053	1.647.122	3.461.175
		-674				-30.072

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.

Gegenüber verbundenen Unternehmen bestanden zum Stichtag Nachzahlungsverpflichtungen in Höhe von 3,8 Mio. Euro. Es handelt sich um Verpflichtungen gegenüber einem Fonds, der vornehmlich in unterbewertete Unternehmen investiert, mit dem Ziel, durch Re-

strukturierung Wertsteigerungen zu erzielen. Hierbei werden besonders sogenannte „Leveraged Buy Out“-Strategien verfolgt. Zu kontrollierende Faktoren bei diesem Investment beziehen sich auf mögliche Unsicherheiten im Cashflow sowie auftretende Risiken bezüglich der Liquidität, der Bewertung, der Insolvenz und des Zinses.

Es bestanden keine Verpflichtungen bei Anteilen an Beteiligungen.

B.III. Sonstige Kapitalanlagen

Es bestanden Auszahlungsverpflichtungen auf Darlehen in Höhe von 22,9 Mio. Euro, die als Refinanzierungsdarlehen von der Deutschen Ärzteversicherung einer Bank zur Verfügung gestellt werden. Durch die Inanspruchnahme eines Refinanzierungsdarlehens ist der Kunde der Bank angehalten, eine Lebensversicherung bei der Deutschen Ärzteversicherung abzuschließen, sodass eine Steigerung des Neugeschäftes erzielt wird. Ein Ausfallrisiko besteht nicht, weil das Darlehen unter die Bestimmungen des Einlagensicherungsfonds für Banken fällt.

Zahlungsverpflichtungen aus der Abnahme von Namensschuldverschreibungen beliefen sich auf eine Höhe von 65,0 Mio. Euro. Bei Abschluss einer solchen Transaktion werden Zinskonditionen direkt festgesetzt, die bei entsprechender Marktentwicklung (niedrigerer

Marktzins) zu höheren Zinserträgen und steigenden Marktwerten der Papiere führen. Bei höheren Marktzinsen ergibt sich eine inverse Situation.

Nachzahlungsverpflichtungen in Höhe von 7,3 Mio. Euro entfallen auf einen Pool von Mezzanine-Darlehen, mit dem eine Rendite von LIBOR/EURIBOR und angemessener Renditeaufschlag (Spread) erzielt werden sollen. Es eröffnet sich ferner die Möglichkeit, durch Garantien am Unternehmenserfolg zu partizipieren. In seiner Klassifizierung handelt es sich bei diesem Investment um ein nachrangiges Darlehen, bei dem bei einer Insolvenz des Unternehmens mit einem Teil- oder Totalausfall gerechnet werden muss. Dieses Risiko wird wiederum durch einen höheren Spread (im Vergleich zu vorrangig zu bedienendem Fremdkapital) abgegolten.

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 Abs. 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 Deutsche Ärzteversicherung AG wie folgt getroffen worden:

1. Im Geschäftsjahr 2009 wurden Kapitalanlagen mit einem Buchwert von 1.351 Mio. Euro dem Anlagevermögen zugeordnet (2008: 1.635 Mio. Euro). Dies entspricht einem Anteil von 42,5% (2008: 46,9%) 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.
 - 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 außerplanmäßige Abschreibung auf Aktieninvestmentanteile, die als ein eigenständiges Wertpapier angesehen und entsprechend bewertet werden.

Bei Investmentanteilen, die überwiegend Rentenscheine beinhalten und stille Lasten ausweisen, ergab sich die Notwendigkeit für eine außerplanmäßige Abschreibung in Höhe von 25,2 Mio. Euro.

Die Gesellschaft hält über einen Investmentanteil ein Kreditderivat, über das sie dem Ausfallrisiko einer synthetischen Collateralized Debt Obligation (CDO) ausgesetzt ist. Ausfälle im Referenzportfolio des Kreditderivates führten zu einer Reduktion des bis zum (Teil-)Ausfall der synthetischen CDO verbleibenden Puffers (sog. Subordination). Im Geschäftsjahr haben wir das Ausfallrisiko des synthetischen CDO durch verschiedene Restrukturierungsmaßnahmen deutlich reduziert. Insbesondere wurde die Subordination durch eine Einmalzahlung an den Kontrahenten erhöht. Die aufgrund der Einmalzahlung realisierte Wertminderung wurde bereits im Vorjahr im Rahmen einer außerplanmäßigen Abschreibung berücksichtigt, sodass hierdurch im Geschäftsjahr kein zusätzlicher Abschreibungsbedarf entstanden ist.

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 keine Notwendigkeit für außerplanmäßige Abschreibungen.

Zum 31. Dezember 2009 waren dem Anlagevermögen Kapitalanlagen zugeordnet, die stille Lasten ausweisen. Die Zeitwerte dieser Kapitalanlagen lagen um 43,28 Mio. Euro unter den entsprechenden Buchwerten. Wir gehen aufgrund unserer Erwartung der zukünftigen Marktentwicklung von vorübergehenden Wertminderungen der Kapitalanlagen aus.

Nicht nach dem strengen Niederstwertprinzip bewertete Kapitalanlagen

	Bilanzwerte 2009 Tsd. Euro	Zeitwerte 2009 Tsd. Euro
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	1.052.558	1.036.218
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	298.283	283.364
Summe Wertpapiere	1.350.841	1.319.582
Unterschiedsbetrag zum Bilanzwert		-31.259

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 Anteilseinheiten	2009 Tsd. Euro	Anzahl der Anteilseinheiten	2008 Tsd. Euro
Der Anlagestock bestand aus:				
APO Piano INKA	1.279.899,506	68.628	886.316,507	44.112
APO Mezzo INKA	3.244.233,829	150.889	2.236.474,183	92.568
APO Forte INKA	3.805.120,242	139.420	2.848.822,124	85.920
APO Geldmarkt Plus INKA	5.354,291	259	5.391,459	253
APO Vivace INKA	87.919,128	4.079	13.516,658	556
DUO PLUS	60.019,518	3.468		
AXA Rosenberg Eurobloc Alpha	30.882,876	234	5.373,910	33
AXA Rosenberg Global Equity Alpha	3.866,311	27	494,949	3
Fidelity Funds–European Growth	209.141,899	1.849	33.253,332	233
Templeton Growth (EURO) Fund	37.959,371	325	7.699,627	53
DWS Invest European Dividend Plus	2.947,349	326	680,745	60
DWS FlexPension II 2024	3,155	0		
Zeitwert per 31.12.		369.504		223.791

D.III. Sonstige Forderungen

	2009	2008
darin enthalten	Tsd. Euro	Tsd. Euro
Forderungen an verbundene Unternehmen	24.722	28.203
Forderungen an sonstige Unternehmen	0	0
Fällige Zinsforderungen	29	13.583
Sonstige Forderungen aus Kapitalanlagen	381	468
Forderungen an die Finanzbehörde	4.629	6.294
Forderungen aus Mitversicherungsverträgen (Führungsfremdgeschäft nicht verbundener Unternehmen)	1.430	1.422
Forderungen Verrechnungskonto Rückversicherer (FLV/FRV)	0	156
Fällige Mieten	1	1
Rückdeckungsversicherung AN finanz. Pensionszusage	111	107
Noch zuzuordnende Zahlungsvorgänge aufgrund vorgezogener Buchungsschlussstermine	11	18

E.III. Andere Vermögensgegenstände

Unter der Position „Andere Vermögensgegenstände“ werden vorausgezahlte Versicherungsleistungen aufgeführt.

Seit dem Jahr 2009 werden aufgrund des Gesetzes zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen bestehende Anteile an Zeitwertfonds, die für teilnahmeberechtigte Mitarbeiter der Deutschen Ärzteversicherung im Rahmen des AXA Vorsorgeplans geführt werden, auf den AXA-Mitarbeiter Treuhand e. V. übertragen. Die Anteile mit einem Wert von 131 Tsd. Euro für das Jahr 2009 fallen nicht mehr unter den Punkt „Aktien“, sondern sind unter dem Punkt „Andere Vermögensgegenstände“ ausgewiesen.

F. Sonstige Rechnungsabgrenzungsposten

Der Posten „Sonstige Rechnungsabgrenzung“ enthielt auf die Folgejahre entfallende Agiobeträge zu den sonstigen Ausleihungen in Höhe von 2.890 Tsd. Euro (2008: 3.847 Tsd. Euro).

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

Aufgrund der körperschaft- und gewerbsteuerlichen Organschaft ab dem 1. Januar 2009 werden die latenten Steuern auf die AXA Konzern AG als Organträger übertragen.

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.

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 Rücklagenanteil

Der Sonderposten mit Rücklagenanteil gemäß § 6 b EStG der Deutsche Ärzteversicherung AG wurde im Geschäftsjahr 2009 aufgelöst.

D.IV. Rückstellung für die erfolgsabhängige und erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung

	2009	2008
	Tsd. Euro	Tsd. Euro
Stand zum Ende des Vorjahres	207.793	225.517
Stand zu Beginn des Geschäftsjahres	181.529	207.988
Entnahme im Geschäftsjahr	39.957	42.249
Zuweisung aus dem Überschuss des Geschäftsjahres	62.464	42.054
Stand am Ende des Geschäftsjahres	204.036	207.793

Die RfB teilt sich folgendermaßen auf:

	2009
	Tsd. Euro
Es wurden festgelegt für noch nicht zugeteilte	
a. laufende Überschussanteile	21.646
b. Schlussüberschussanteile	21.352
c. Mindestbeteiligung an Bewertungsreserven	0
d. Beteiligung an Bewertungsreserven (ohne c.)	
Anteile des Schlussüberschussanteil-Fonds für	
e. die Finanzierung von Gewinnrenten	1.937
f. die Finanzierung von Schlussüberschussanteilen	59.215
g. die Finanzierung von Mindestbeteiligungen an Bewertungsreserven	0
Bindung gesamt	104.150
freie RfB	99.886

Die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer und die Überschussanteilsätze sind auf den Seiten 91 bis 132 erläutert.

F.II. Steuerrückstellung

Die Veränderungen in den Steuerrückstellungen resultieren im Wesentlichen aus der Übertragung der latenten Steuerrückstellungen auf die AXA Konzern AG

als Organträger. Die Organschaft zwischen beiden Gesellschaften besteht seit dem 1. Januar 2009.

F.III. Sonstige Rückstellungen

	2009	2008
darin enthalten	Tsd. Euro	Tsd. Euro
Rückstellungen für noch nicht fällige Provisionen, Vertreterwettbewerbe und Ausgleichsansprüche	2.950	1.671
Rückstellung für noch zu zahlende Gehaltsanteile einschließlich Gratifikationen und Tantiemen	1.620	1.843
Rückstellungen für Verkaufskosten und Garantien aus der Veräußerung der Colife Insurance	753	653
Rückstellung externe Kosten Jahresabschluss	133	203
Rückstellung für IHK-Beiträge	282	317
Rückstellung für Verpflichtungen aus Altersteilzeit	73	210
Rückstellung für noch nicht in Anspruch genommenen Urlaub	211	240
Rückstellung für Jubiläumsgeldverpflichtungen	256	223
Rückstellung für Prozesse	1.767	1.811
Rückstellung Zinsen für BP gem. § 233 AO	3.267	2.107

H.I. Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft

In den Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft gegenüber Versicherungsnehmern waren verzinslich angesammelte

Überschussanteile von 69.448 Tsd. Euro (2008: 83.052 Tsd. Euro) enthalten.

H.IV. Sonstige Verbindlichkeiten

	2009	2008
darin enthalten	Tsd. Euro	Tsd. Euro
Verbindlichkeiten gegenüber verbundenen Unternehmen	7.126	8.359
Sonstige Verbindlichkeiten aus Kapitalanlagen	4	732
Verbindlichkeiten im Rahmen der sozialen Sicherheit	14	56
Verbindlichkeiten an die Finanzbehörde	165	172
Noch zuzuordnende Zahlungsvorgänge aufgrund vorgezogener Buchungsschlussstermine	6.716	7.131

I. Rechnungsabgrenzungsposten

	2009	2008
darin enthalten	Tsd. Euro	Tsd. Euro
auf Folgejahre entfallende Disagiobeträge		
aus Hypotheken	37	53
aus sonstigen Ausleihungen	363	16

Angaben zur Gewinn- und Verlustrechnung

I.1.a) Gebuchte Bruttobeiträge

	2009 Tsd. Euro	2008 Tsd. Euro
für das selbst abgeschlossene Versicherungsgeschäft		
– aus		
Einzelversicherungen	420.728	406.154
Kollektivversicherungen	60.444	78.962
Gesamt	481.172	485.116
– untergliedert nach		
laufende Beiträge	472.593	474.970
Einmalbeiträge	8.579	10.146
Gesamt	481.172	485.116
– untergliedert nach Beiträgen im Rahmen von Verträgen		
ohne Gewinnbeteiligung	–	–
mit Gewinnbeteiligung	312.016	339.432
bei denen das Kapitalanlagerisiko von den Versicherungsnehmern getragen wird	169.156	145.684
Gesamt	481.172	485.116
Gesamtes Versicherungsgeschäft	481.172	485.116

Rückversicherungssaldo

Der Rückversicherungssaldo von 16.111 Tsd. Euro (2008: 14.386 Tsd. Euro) zu Gunsten des Rückversicherers setzte sich zusammen aus den verdienten Beiträgen des Rückversicherers und den Anteilen des Rückversicherers an den Brutto-Aufwendungen für Versicherungsfälle, den Brutto-Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb und den Veränderungen der Brutto-Deckungsrückstellung.

Die Veränderung des Rückversicherungssaldos resultiert im Wesentlichen aus folgenden gegenläufigen Effekten: gesunkene Anteile der Rückversicherer an der Amortisation von Abschlusskosten für ungezillmerte Produkte, an deren Vorfinanzierung sich die Rückversicherer im marktüblichen Umfang beteiligt hatten, gesunkene Erträgen aus der Beteiligung der Rückversicherer an der Neugeschäftsfinanzierung (nochmals Effekte der VVG-Reform), ferner aus gesunkenen Erträgen aus RV-Gewinnbeteiligung.

I.3.c) Erträge aus Zuschreibungen

Bei den Erträgen aus Zuschreibungen in Höhe von 13,8 Mio. Euro (2008: 952 Tsd. Euro) handelt es sich um Wertaufholungen gemäß § 280 HGB.

I.10.b) Abschreibung auf Kapitalanlagen

Bei den Kapitalanlagen haben wir 46,9 Mio. Euro (2008: 43,2 Mio. Euro) außerplanmäßige Abschreibungen gemäß § 253 Abs. 2 Satz 3 HGB vorgenommen.

II.2. Sonstige Aufwendungen

In dieser Position sind 1.330 Tsd. Euro Kosten für die Integration der DBV-Winterthur Versicherungen enthalten (2008: 1.691 Tsd. Euro).

II.4. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag

Die Steuern vom Einkommen und Ertrag enthielten im Berichtsjahr einen Körperschaftsteuerertrag in Höhe von 0,3 Mio. Euro (2008: -7,7 Mio. Euro), einen Ertrag

aus latenten Steuern in Höhe von 7,0 Mio. Euro (2008: 5,6 Mio. Euro) sowie einen Gewerbesteuerertrag in Höhe von 1,4 Mio. Euro (2008: -9,6 Mio. Euro).

Provisionen und sonstige Bezüge der Versicherungsvertreter, Personalaufwendungen

	2009 Tsd. Euro	2008 Tsd. Euro
1. Provisionen jeglicher Art der Versicherungsvertreter im Sinne des § 92 HGB für das selbst abgeschlossene Versicherungsgeschäft	69.269	66.929
2. Sonstige Bezüge der Versicherungsvertreter im Sinne des § 92 HGB	2.397	2.299
3. Löhne und Gehälter	8.983	8.911
4. Soziale Abgaben und Aufwendungen für Unterstützung	1.371	1.257
5. Aufwendungen für Altersversorgung	1.250	724
Aufwendungen insgesamt	83.270	80.120

Überschussbeteiligung für Versicherungsnehmer

Entsprechend den Bedingungen für die Überschussbeteiligung der in DM – ab 1.10.2001 in Euro – abgeschlossenen konventionellen Versicherungen werden für das in 2010 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 2010 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 2010 ablaufenden berechtigten Versicherungen gezahlt. Kapitalversicherungen mit mehreren Erlebensfallteilauszahlungen erhalten den dauerunabhängigen Schlussüberschussanteil bzw. die Nachdividende zur Hälfte.

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 10 Bewertungsstichtage, soweit diese nicht vor dem 31. Dezember 2002 liegen.

Ist ein Vertrag anspruchsberechtigt, so erhält er bei Vertragsbeendigung bzw. bei Wechsel in den Rentenbezug den gesetzlich vorgesehenen Anteil (50%) 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.

Überschussberechtigte (Todesfall-)Risiko- und anwartschaftliche Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer oder in der beitragsfreien Phase werden bei Vertragsbeendigung bzw. bei Eintritt des Leistungsfalles an den Bewertungsreserven beteiligt. Die Auszahlung richtet sich nach einer mit einem vereinfachten Verfahren errechneten Maßzahl und dem gesetzlich vorgesehenen Anteil (50%) an den tatsächlich vorhandenen Bewertungsreserven zum 1. Börsentag nach dem 30. September des Vorjahres und erfolgt in Form einer Schlusszahlung. Eine Sockelbeteiligung gibt es nicht. Da am Stichtag keine Bewertungsreserven vorhanden waren, beträgt dieser Überschussanteil null.

Für überschussberechtigte Rentenversicherungen im Leistungsbezug erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven durch einen zusätzlichen laufenden Überschussanteil, der sich an dem gesetzlich vorgesehenen Anteil (50%) an den tatsächlich vorhandenen Bewertungsreserven zum 1. Börsentag nach dem 30. September des Vorjahres bemisst und sich auf das Deckungskapital zur nächsten Hauptfälligkeit bezieht. Da am Stichtag keine Bewertungsreserven vorhanden waren, beträgt der zusätzliche Überschussanteil null. Eine Sockelbeteiligung gibt es nicht.

Das Verfahren der Beteiligung an den vorhandenen Bewertungsreserven für den Altbestand im Sinne des § 11 c VAG erfolgt gemäß einem von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht anerkannten Verfahren. 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)

Bemessungsgröße für die laufenden Überschussanteile:

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

Bemessungsgröße für die Schlussüberschussanteile bzw. Nachdividende:

- (dauerabhängiger) Schlussüberschussanteil:
nach den Tarifen mit dem Zusatzkennzeichen

„-5“, „-4“, „-3“, „-0“, „-98“, „-97“, „-95“ oder „-94“ und DÄV-/CLFG-/CLVG-Tarifen:

- die laufende Überschussbeteiligung (Überschussystem „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 Versicherungsguthaben der letzten 10 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 ¹⁾ in %	Schluss- überschuss- anteil ²⁾ in %	Nach- dividende ²⁾ in ‰
DFK1-5 ^{3) 4)}	0,75	30	0,3	23	Staffel H
D-K-4, D-FK-4 ^{3) 4)}	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				

¹⁾ Für Versicherungssummen ab 50.000 Euro

²⁾ Für Versicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer: siehe Ziffer 1.3.1 und 1.3.2

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

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

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

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

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

²⁾ 1,0 ‰ für Beitrittsalter kleiner als 30 Jahre, 2,5 ‰ für Beitrittsalter größer als 49 Jahre

³⁾ 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 ¹⁾ in ‰	Nach- dividende ¹⁾ in ‰
DFK1 G-5 ^{3) 4)}	0,75	30	0,30 ²⁾	23	Staffel H
D-K G-4, D-FK G-4 ^{3) 4)}	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
alle Tarife	Sockelbeteiligung in ‰:		0		

¹⁾ Für Versicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer: siehe Ziffer 1.3.1 und 1.3.2

²⁾ Für Versicherungssummen ab 50.000 Euro

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

⁴⁾ 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 ¹⁾ in ‰	dauer- unabhängiger Schluss- überschuss- anteil ¹⁾ in ‰
CLFG, CLVG	0,50	40	16	27
alle Tarife	Sockelbeteiligung in ‰:		0	

¹⁾ 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 ‰
	FG und VG	1,00	1,90 ¹⁾	1,50
FG-Teilauszahlungstarife und FG VIII	1,00	1,90	0,00	40
GF	1,00	2,90	0,50	–
Ga	1,00	2,15	0,50	–
G und Gs mit Beginn ab 1942	1,00	3,65	0,50	–
alle übrigen Kollektiv-Tarife	1,00	2,90	0,50	–
alle Tarife	Sockelbeteiligung in ‰:		0	

¹⁾ 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 ‰
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-4“ oder „-5“:				
Einmalbeitragsversicherungen TG „-5“:	0,75	30	17	-
Einmalbeitragsversicherungen TG „-4“:	0,80	30	17	-
beitragsfrei durch Ablauf der Beitragszahlung ³⁾	0,75	30	23	Staffel L
beitragsfrei durch Tod ³⁾	0,75	30	23	Staffel H
alle anderen beitragsfreigestellten Versicherungen	0,75	30 ¹⁾	-	-
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-3“:				
Einmalbeitragsversicherungen	0,45	30	17	-
beitragsfrei durch Ablauf der Beitragszahlung	0,25	30	25	Staffel L
alle anderen beitragsfreigestellten Versicherungen	0,15	30 ¹⁾	-	-
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-0“:				
Einmalbeitragsversicherungen	0,65	30	17	-
beitragsfrei durch Ablauf der Beitragszahlung	0,75	30	17	Staffel B ²⁾
beitragsfrei durch Tod	0,75	-	17	Staffel A
alle anderen beitragsfreigestellten Versicherungen	0,65	30 ¹⁾	-	-
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-97“ oder „-98“:				
Einmalbeitragsversicherungen	0,00	30	20	-
beitragsfrei durch Ablauf der Beitragszahlung	0,00 ⁴⁾	30	20	Staffel B
beitragsfrei durch Tod	0,00	-	20	Staffel A
alle anderen beitragsfreigestellten Versicherungen	0,00	30 ¹⁾	-	-
alle Tarife	Sockelbeteiligung in %:		0	

¹⁾ 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

²⁾ Bei Tarifen D-SK1-0: Staffel G

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

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

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

¹⁾ Beginne ab 1.3.1994 bis 1.12.1994: 27 ‰; Beginne ab 1.1.1995 bis 1.7.1995 und vor 1.3.1994: gemäß Staffel B

²⁾ Bei Tarifen DÄV3-94, CL5-94, CLFG3-94 entfällt der Risikoüberschussanteil

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

1.3.3	Zins- überschuss- anteil in %	dauer- abhängiger Schluss- überschuss- anteil in %	dauer- unabhängiger Schluss- überschuss- anteil in ‰
Tarife			
DÄV, CLFG, CLVG			
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	–	–
alle Tarife	Sockelbeteiligung in %:		0

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

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

²⁾ 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 ‰^{1) 6)}.

Bei Versicherungen mit Zusatzkennzeichen „-4“ beträgt dieser Zinsüberschussanteil: 0,75 ‰^{2) 6)}.

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

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

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 ‰⁵⁾;

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

¹⁾ Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag: 0,75 ‰

²⁾ Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag: 0,80 ‰

³⁾ Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag: 0,45 ‰

⁴⁾ Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag: 0,65 ‰

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

⁶⁾ 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

Überschussberechtigte (Todesfall-)Risikoversicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer oder in der beitragsfreien Phase werden bei Vertragsbeendigung in

Form einer Schlusszahlung in Höhe von 0% der auf Seite 91 beschriebenen Maßzahl an den Bewertungsreserven beteiligt.

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
übrige Risiko-Tarife:	110 ¹⁾

¹⁾ 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, DT1G-7, DT1G-5	45
DT2-8, DT2G-8, DT2-7, DT2G-7, DT2-5, DT2G-5	55

3. Fondsgebundene Lebensversicherungen/ Fondsgebundene Rentenversicherungen (Flexible) Fondsgebundene Rentenversicherungen mit GarantModul

3.1 Beitragspflichtige/Beitragsfreie fondsgebundene Lebensversicherungen/ (Flexible) Rentenversicherungen (mit/ohne GarantModul)

Bemessungsgröße 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: das garantierte Deckungskapital zum Anfang des Vormonats
- Nachdividende: die garantierte 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 zuzüglich des überschussberechtigten Deckungskapitals) kleiner ist als die vereinbarte Todesfallleistung, ansonsten einen Risikoüberschussanteil in % der Vererbungsprämie.

3.1.1 Tarife	Kosten- überschuss- anteil in % ^{2) 3)}	Risiko- überschuss- anteil in % des Risiko- beitrages	Risiko- überschuss- anteil in % der Vererbungs- prämie	Überschussanteil auf das Fondsguthaben in % des maßgeblichen Fondsguthabens abhängig vom gewählten Fonds
DFX4-10, DFX5-10 ¹⁾	60 ³⁾	10	300	siehe nachfolgende Liste
DF4-10, DF5-10 ¹⁾	60 ³⁾	10	-	
DFX4-8, DFX5-8 ¹⁾	60 ³⁾	50	300	
DF4-8, DF5-8 ¹⁾	60 ³⁾	50	-	
DFX4-7, DFX5-7, DFX4-6, DFX5-6 ¹⁾	60 ³⁾	50	300	
DF4-7, DF5-7, DF4-5, DF5-5 ¹⁾	60 ³⁾	50	-	
D-CLIP-4 ¹⁾	40	50	-	
D-CLIP-2, D-CLIP	70	50	-	
DF1-10, DF(P)2-10, DF3-10 ¹⁾	60 ³⁾	10	300	
DF1-8, DF2-8, DF3-8, DF1-7, DF2-7, DF3-7, DF1-5, DF2-5, DF3-5 ¹⁾	60 ³⁾	50	300	
D-CLIPR-4 ¹⁾	40	50	125	
D-CLIPR-2, D-CLIPR-0, D-CLIPB-0	70	50	125	

¹⁾ Tarife mit GarantModul:

Tarife mit GarantModul mit Zusatzkennzeichen „-10“ oder „-8“: zusätzlich einen Zinsüberschussanteil in Höhe von 1,55%, in der Rentenbeginnphase 1,30%

Tarife mit GarantModul mit Zusatzkennzeichen „-7“: zusätzlich einen Zinsüberschussanteil in Höhe von 1,55%

Tarife mit GarantModul mit Zusatzkennzeichen „-4“, „-5“, „-6“: zusätzlich einen Zinsüberschussanteil in Höhe von 1,05% und beitragspflichtige bzw. tariflich beitragsfreie Versicherungen (nicht gegen Einmalbeitrag) eine Nachdividende in %:

Tarife mit GarantModul mit Zusatzkennzeichen „-10“: Staffel D_1030

Tarife mit GarantModul mit Zusatzkennzeichen „-8“, „-7“: Staffel 703

Tarife mit GarantModul mit Zusatzkennzeichen „-4“, „-5“, „-6“: Staffel K

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

²⁾ Bei folgenden Fonds wird abweichend ein Kostenüberschussanteil von 0% gewährt:

Templeton Growth (Euro) Fund

Fidelity Funds

DWS Invest European Dividend Plus

DWS FLEXPension

³⁾ Versicherungen nicht in Schicht 1 erhalten einen Kostenüberschuss von 40²⁾

Zusätzlich erhalten **alle fondsgebundenen Lebens-/ Rentenversicherungen** einen Überschussanteil auf das Fondsguthaben in % des maßgeblichen Fondsgut-

habens abhängig vom gewählten Fonds. Ab 1. Januar 2010 ist für Versicherungen der Schicht 1 die Grenze für die Gewährung dieses Überschussanteilsatzes 0 Euro.

Tarife der Schicht 1 der TG05–TG10

Fondsname	Fondsguthaben ab 0 Euro
APO Forte	0,78 %
APO Mezzo	0,54 %
APO Vivace	0,54 %
AXA Rosenberg Global Equity Alpha Fund	0,54 %
AXA Rosenberg Eurobloc Equity Alpha Fund	0,54 %
DuoPLUS	0,54 %

Tarife nicht der Schicht 1 der TG05–TG10

Fondsname	Fondsguthaben ab 200.000 Euro	Fondsguthaben ab 300.000 Euro
APO Forte	0,39 %	0,78 %
APO Mezzo	0,27 %	0,54 %
APO Vivace	0,27 %	0,54 %
AXA Rosenberg Global Equity Alpha Fund	0,27 %	0,54 %
AXA Rosenberg Eurobloc Equity Alpha Fund	0,27 %	0,54 %
DuoPLUS	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 bis Juni 2009	3,85 %
Juli 2009 bis Dezember 2009	3,15 %
Januar 2010 bis März 2010	3,15 %

*) monatliche Deklaration in Abhängigkeit von der Kapitalmarktentwicklung

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

Tarife

DF1–10, DF(P)2–10, DFP2–9, DF3–10, DF4–10, DF5–10, DFX4–10, DFX5–10, DF1–8, DF2–8, DF3–8, DF4–8, DF5–8, DFX4–8, DFX5–8, DF1–7, DF2–7, DF3–7, DF4–7, DF5–7, DFX4–7, DFX5–7, DFX4–6, DFX5–6, 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) Bemessungsgröße für die laufenden Überschussanteile:
 - Zinsüberschussanteil: das überschussberechtigte Deckungskapital
 - Kostenüberschussanteil: das überschussberechtigte Deckungskapital
 - dynamische Gewinnrente: die erreichte Gesamtrente
 - variable Gewinnrente bzw. gleich bleibende Erhöhungsrente: die garantierte Rente

Bemessungsgröße für den Schlussüberschussanteil:

- nach den Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-10“:
 $p_1(\text{SÜA})$ -Prozent der über die abgelaufene Vertragslaufzeit aufgezinnten Versicherungsnehmerguthaben. Dieser Satz wird jährlich deklariert. Die Verzinsung ergibt sich aus der Gesamtverzinsung, erhöht um diesen Prozentsatz. Bei Ablauf wird der deklarierte Anteil $p_2(\text{SÜA})$ auf diese Bemessungsgröße ausgezahlt.
- nach den Tarifen ohne Zusatzkennzeichen „-10“: die laufende Überschussbeteiligung (bei Überschussystem „Investmentbonus“: die Summe der laufenden Überschussanteile).

Bemessungsgröße für die Nachdividende:

- der überschussberechtigte Kapitalwert

Bemessungsgröße 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
 - Tarifen mit Zusatzkennzeichen 4, 3, 1, 0, 98, 95
 - 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 daraus auf die laufende Überschussbeteiligung / Schlussüberschussbeteiligung / Nachdividende (siehe auch Ziffer 11):

- Sofern für den einzelnen Vertrag noch kein ausreichendes Deckungskapital vorhanden bzw. aufgebaut ist, erhält die Versicherung zusätzliche Deckungskapitalzuführungen und ggf. Überschussanteile insgesamt in der Höhe, in der für Verträge mit ausreichendem Deckungskapital sonst Überschussanteile gutgeschrieben worden wären. (Die Überschussanteilsätze sind für anwartschaftliche Tarife in den nachfolgenden Tabellen mit Zusatzkennzeichen „A“ gekennzeichnet.)

Bei Beendigung der Versicherung vor Rentenbeginn durch Tod des Versicherten, Rückkauf oder Ausübung des Kapitalwahlrechtes werden die zusätzlichen Deckungsmittel in dem Maß herausgegeben, in dem sie als Überschussanteile zur Auszahlung gekommen wären.

Ab Rentenbeginn verwenden wir die zusätzlichen Deckungsmittel zur Sicherung der vertraglich vereinbarten Rente. Bei vereinbarter Rentendynamik durch Überschussbeteiligung entfällt die Steigerung der Zusatzrente. Bei den Überschussystemen „variable Gewinnrente“, „gleich bleibende Erhöhungsrente“ kann dies zu einer Senkung der gezahlten Rente führen.

- Sobald für den einzelnen Vertrag ausreichendes Deckungskapital vorhanden bzw. aufgebaut ist, wird der Vertrag wieder wie üblich am Überschuss beteiligt. (Die Überschussanteilsätze sind in diesem Fall für anwartschaftliche Tarife in den nachfolgenden Tabellen mit Zusatzkennzeichen „B“ gekennzeichnet.)

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 „-10“	Kosten- überschuss- anteil ¹⁾ in %	Zins- überschuss- anteil ¹⁾ in %	Schluss- überschuss- anteil in %	p_1 (SÜA) für die Fort- schreibung der Bemes- sungsgröße	p_2 (SÜA) auf die Bemes- sungsgröße bei Auszahlung
DG1(G)-10, DG2(G)-10, DG3(G)-10, DG4(G)-10 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 1,25%^{1) 3)} ihres überschussberechtigten Deckungskapitals</small>	0,3 ²⁾	1,25 ^{3) 4)}	1 ^{3) 4)}	100 ^{3) 4)}	

¹⁾ Bei abgekürzter Beitragszahlungsdauer bzw. in der Rentenbeginnphase: siehe Ziffer 4.1.2.1 ab TG10: für die Komponente p_1 (SÜA) gilt der aktuelle Beitragsstatus

²⁾ Für Hauptversicherungen mit Kapitalwert unter 50.000 Euro: 0,15%, er entfällt für Hinterbliebenen-Zusatzversicherungen

³⁾ Überschussystem „Zinsbonus“:

Zinsüberschussatz um 0,5 Prozentpunkte erhöht und beitragspflichtige Versicherungen p_1 (SÜA) = 0,75, p_2 (SÜA) = 75¹⁾

⁴⁾ Überschussystem „Investmentbonus“:

Zinsüberschussatz um 0,4 Prozentpunkte erhöht und beitragspflichtige Versicherungen: p_1 (SÜA) = 0,80, p_2 (SÜA) = 80¹⁾

4.1.1.2 Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“, „-7“, „-6“, „-5“	Kosten- überschuss- anteil in %	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil¹⁾ in %	Nach- dividende¹⁾ in ‰
DG1(G)-8, DG2(G)-8, DG3(G)-8, DG4(G)-8 Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 1,25 % ¹⁾⁴⁾ ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0,3 ³⁾	1,25 ^{4) 5)}	24 ⁴⁾	Staffel 704 ⁵⁾
DVR1(G)-7, DVR2(G)-7	–	1,35 ²⁾	Staffel 701S	–
DG1(G)-7, DG2(G)-7, DG3(G)-7, DG4(G)-7 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 % ⁴⁾ ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0,3 ³⁾	1,25 ^{4) 5)}	24 ⁴⁾	Staffel 704 ⁵⁾
DVR1(G)-6, DVR2(G)-6, DVR1(G)-5, DVR2(G)-5	–	0,85 ²⁾	Staffel 1	–
DG1(G)-5, DG2(G)-5, DG3(G)-5, DG4(G)-5 Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,75 % ⁴⁾ ihres überschussberechtigten Deckungskapitals, abweichend hiervon beträgt in der Rentenbeginnphase der Überschussatz: 0,75 %	0,3 ³⁾	0,75 ^{4) 5)}	23 ⁴⁾	Staffel H ⁵⁾

¹⁾ Bei abgekürzter Beitragszahlungsdauer oder in der Rentenbeginnphase: siehe Ziffer 4.1.2.2

²⁾ Sofern das Deckungskapital mindestens 375 Euro beträgt

³⁾ Für Hauptversicherungen mit Kapitalwert unter 50.000 Euro: 0,15 %, er entfällt für Hinterbliebenen-Zusatzversicherungen

⁴⁾ Überschussystem „Zinsbonus“: Zinsüberschussatz um 0,5 Prozentpunkte erhöht und Schlussüberschussanteilsatz auf null gesetzt¹⁾

⁵⁾ Überschussystem „Investmentbonus“: Zinsüberschussatz um 0,4 Prozentpunkte erhöht und Nachdividende entfällt¹⁾

Sofern der Versicherung noch zusätzliches Deckungskapital zuzuführen ist (vgl. vorstehende „Allgemeine Erläuterungen“, Ziffer 2), gilt nachstehende Tabelle mit Ergänzung „A“, ansonsten mit Ergänzung „B“.

4.1.1.3 A Tarife mit Zusatzkennzeichen „-4“, „-3“, „-1“, „-0“, „-98“, „-95“, „-94“	Kosten- überschuss- anteil in %	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil ¹⁾ in %	Nach- dividende ¹⁾ in ‰
D-VR1(G)-4, D-VR2(G)-4	0	0,85 ²⁾	Staffel 1	–
D-R1(G)-4, D-R2(G)-4 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,10 %³⁾ ihres überschussberechtigten Deckungskapitals, abweichend hiervon beträgt in der Rentenbeginnphase der Überschussatz: 0,10 %</small>	0	0,10	2,3 ³⁾	Staffel H NRR ⁴⁾
D-R1-3, D-R2-3 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,05 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals</small>	0	0,05	2,50	Staffel H NRR
D-VR1(G)-0, D-VR1(G)-1, D-VR2(G)-0, D-VR2(G)-1	0	0,35 ²⁾	Staffel 1	–
D-R1-0, D-R2-0, D-R3-0, R1G-0, R2G-0, R3G-0 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,10 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals</small>	0	0,10	2,20	Staffel A NRR
D-R1-98, D-R2-98, D-R3-98, DÄVR2-95 mit Kapitalwert ab 50.000 Euro	0,05	0,00	2,50	Staffel A NRR
D-R1-98, D-R2-98, D-R3-98, DÄVR2-95 mit Kapitalwert unter 50.000 Euro	0,00	0,00	2,50	Staffel A NRR
R1G-98, R2G-98, R3G-98, CFGR2-95 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals</small>	0,05	0,00	2,50	Staffel A NRR
DÄVR2-94 mit Kapitalwert ab 50.000 Euro	0,00 ⁵⁾	0,00	2,50	Staffel A NRR
DÄVR2-94 mit Kapitalwert unter 50.000 Euro	0	0,00	2,50	Staffel A NRR
CFGR2-94 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals</small>	0	0,00	2,50	Staffel A NRR
alle Tarife	Sockelbeteiligung in %:		0	

¹⁾ Bei abgekürzter Beitragszahlungsdauer bzw. in der Rentenbeginnphase: siehe Ziffer 4.1.2.3 A

²⁾ Sofern das Deckungskapital mindestens 375 Euro beträgt

³⁾ Überschussystem „Zinsbonus“: Schlussüberschussanteilsatz auf null gesetzt¹⁾

⁴⁾ Überschussystem „Investmentbonus“: Nachdividende entfällt¹⁾

⁵⁾ Sofern die gemäß Sterbetafel DAV 1994 R erfolgte zusätzliche Deckungskapitalzuführung aufgebaut ist, beträgt dieser Satz abweichend 0,05 Prozentpunkte

4.1.1.3 B Tarife mit Zusatzkennzeichen „-4“, „-3“, „-1“, „-0“, „-98“, „-95“, „-94“	Kosten- überschuss- anteil in %	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil ¹⁾ in %	Nach- dividende ¹⁾ in ‰
D-VR1(G)-4, D-VR2(G)-4	0	0,85 ³⁾	Staffel 1	-
D-R1(G)-4, D-R2(G)-4 Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,00 % ⁵⁾ ihres überschussberechtigten Deckungskapitals, abweichend hiervon beträgt in der Rentenbeginnphase der Überschussatz: 0,75 %	0,3 ²⁾	0,75 ^{5) 6)}	23 ⁵⁾	Staffel H ⁶⁾
D-R1-3, D-R2-3 Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,25 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0,3 ²⁾	0,25	25	Staffel H
D-VR1(G)-0, D-VR1(G)-1, D-VR2(G)-0, D-VR2(G)-1	0	0,35 ³⁾	Staffel 1	-
D-R1-0, D-R2-0, D-R3-0, R1G-0, R2G-0, R3G-0 Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,75 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0,3 ⁴⁾	0,75	22	Staffel A
D-R1-98, D-R2-98, D-R3-98, R1G-98, R2G-98, R3G-98 Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0,3 ⁷⁾	0	25	Staffel A
DÄVR2-95, CFGR2-95 Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0,3 ⁷⁾	0	25	Staffel A
DÄVR2-94, CFGR2-94 Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0,1 ⁸⁾	0	25	Staffel A
alle Tarife	Sockelbeteiligung in %:		0	

¹⁾ Bei abgekürzter Beitragszahlungsdauer: siehe Ziffer 4.1.2.3 B

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

³⁾ Sofern das Deckungskapital mindestens 375 Euro beträgt

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

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

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

⁷⁾ Nur für Einzel-Hauptversicherungen mit Kapitalwert ab 50.000 Euro; für Kollektiv-Hauptversicherungen generell 0,15 %

⁸⁾ Nur für Einzel-Hauptversicherungen mit Kapitalwert ab 50.000 Euro; er entfällt bei Kollektiv-Hauptversicherungen

4.1.1.4 A	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil ¹⁾ in %	Nach- dividende ¹⁾ in ‰
Tarife			
DÄVR2, CFGR2, CFGR4 zugehörige WaisenrentenZV Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0% ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0	1,60	Staffel C NRR
Übrige Rententarife zugehörige WaisenrentenZV	0	0,20	Staffel C NRR
alle Tarife	Sockelbeteiligung in %:		0

¹⁾ Bei abgekürzter Beitragszahlungsdauer: siehe Ziffer 4.1.2.4 A

4.1.1.4 B	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil ¹⁾ in %	Nach- dividende ¹⁾ in ‰
Tarife			
DÄVR2, CFGR2, CFGR4 zugehörige WaisenrentenZV Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0% ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0	16	Staffel C
Übrige Tarife zugehörige WaisenrentenZV	0	2	Staffel C
alle Tarife	Sockelbeteiligung in %:		0

¹⁾ Bei abgekürzter Beitragszahlungsdauer: siehe Ziffer 4.1.2.4 B

4.1.2 Beitragsfreie Versicherungen

4.1.2.1 Tarife mit Zusatzkennzeichen „-10“	Kosten- überschuss- anteil ¹⁾ in %	Zins- überschuss- anteil ¹⁾ in %	Schluss- überschuss- anteil in %	p_1 (SÜA) für die Fort- schreibung der Bemessungsgröße p_2 (SÜA) auf die Bemessungsgröße bei Auszahlung
DG1-10, DG2-10, DG3-10, DG4-10, DG1G-10, DG2G-10, DG3G-10, DG4G-10	0	1,25 ^{2) 3)}	0,80 ^{2) 3)}	100 ^{2) 3)}
DG1E-10, DG2E-10, DG3E-10, DG4E-10, DG1EG-10, DG2EG-10, DG3EG-10, DG4EG-10	0	1,30	0,45 ^{2) 3)}	50 ^{2) 3)}

Tarife mit Zusatzkennzeichen „-10“ in der Rentenbeginnphase: 1,30%, der Kostenüberschuss 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) weiterentwickelt. Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 1,25%²⁾ ihres überschussberechtigten Deckungskapitals; bei Tarif DG1E(G)-10, DG2E(G)-10, DG3E(G)-10, DG4E(G)-10: 1,55%, in der Rentenbeginnphase: 1,55%

¹⁾ Bei durch Kündigung beitragsfreigestellten Versicherungen entfallen Kostenüberschussanteil, Schlussüberschussanteil

²⁾ Überschussystem „Zinsbonus“: Zinsüberschussatz um 0,5 Prozentpunkte erhöht und beitragspflichtige Versicherungen: p_1 (SÜA) = 0,40, p_2 (SÜA) = 75

⁴⁾ Überschussystem „Investmentbonus“: Zinsüberschussatz um 0,4 Prozentpunkte erhöht und beitragspflichtige Versicherungen: p_1 (SÜA) = 0,80, p_2 (SÜA) = 80

4.1.2.2 Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“, „-7“, „-6“, „-5“	Kosten- überschuss- anteil¹⁾ in %	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil¹⁾ in %	Nach- dividende¹⁾ in ‰
DG1-8, DG2-8, DG3-8, DG4-8 DG1G-8, DG2G-8, DG3G-8, DG4G-8	0	1,25 ^{3) 4)}	24	Staffel 702
DG1E-8, DG2E-8, DG3E-8, DG4E-8 DG1EG-8, DG2EG-8, DG3EG-8, DG4EG-8	0	1,55 ^{#)}	15	-
^{#)} in den ersten fünf Versicherungsjahren abweichend hiervon: mit Versicherungsbeginn bis 1.9.2008: 1,95 % mit Versicherungsbeginn ab 1.10.2008 bis 1.6.2009: 2,25 % ^{#)} ab 6. Versicherungsjahr mit Versicherungsbeginn vor 6.2009 abweichend davon: 1,30 % Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“ in der Rentenbeginnphase: 1,3 %, der Kostenüberschuss 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) weiterentwickelt. Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 1,25 % ³⁾ 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	0	1,35 ²⁾	Staffel 701S	-
DG1-7, DG2-7, DG3-7, DG4-7 DG1G-7, DG2G-7, DG3G-7, DG4G-7	0	1,25 ^{3) 4)}	24	Staffel 702
DG1E-7, DG2E-7, DG3E-7, DG4E-7 DG1EG-7, DG2EG-7, DG3EG-7, DG4EG-7	0	1,3 ^{#)}	15	-
^{#)} in den ersten fünf Versicherungsjahren abweichend hiervon: 1,75 % Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 1,25 % ³⁾ 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	0,85 ²⁾	Staffel 1	-
DG1-5, DG2-5, DG3-5, DG4-5 DG1G-5, DG2G-5, DG3G-5, DG4G-5	0	0,75 ^{3) 4)}	23 ³⁾	Staffel L ⁴⁾
DG1E-5, DG2E-5, DG3E-5, DG4E-5 DG1EG-5, DG2EG-5, DG3EG-5, DG4EG-5	0	0,80 ^{#)}	17	-
^{#)} in den ersten fünf Versicherungsjahren abweichend hiervon: 0,75 % Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,75 % ³⁾ 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 %				

¹⁾ Bei durch Kündigung beitragsfreigestellten Versicherungen entfallen Schlussüberschussanteil und Nachdividende

²⁾ Sofern das Deckungskapital mindestens 375 Euro beträgt

³⁾ Überschussystem „Zinsbonus“: Zinsüberschussatz um 0,5 Prozentpunkte erhöht und Schlussüberschussanteilsatz auf null gesetzt

⁴⁾ Überschussystem „Investmentbonus“: Satz um 0,4 Prozentpunkte erhöht;

TG07/TG08: abweichend hiervon beitragsfrei durch Ablauf der Beitragszahlungsdauer Satz um 0,2 Prozentpunkte erhöht;

beitragsfrei durch Kündigung: Satz unverändert;

Nachdividende: entfällt

4.1.2.3 A Tarife mit Zusatzkennzeichen „-4“, „-3“, „-1“, „-0“, „-98“, „-95“, „-94“	Kosten- überschuss- anteil¹⁾ in %	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil¹⁾ in %	Nach- dividende¹⁾ in ‰
D-VR1(G)-4, D-VR2(G)-4	0	0,85 ²⁾	Staffel 1	-
D-R1-4, D-R2-4, D-R3-4, R1G-4, R2G-4, R3G-4	0	0,10	2,3 ³⁾	Staffel L NRR ⁶⁾
D-R1E-4, D-R2E-4, D-R3E-4, R1EG-4, R2EG-4, R3EG-4 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,10 %⁴⁾ ihres überschussberechtigten Deckungskapitals; bei Tarif (D)-R1E(G)-4, (D)-R2E(G)-4, (D)-R3E(G)-4: 0,10 %</small>	0	0,10	1,70	-
D-R1-3, D-R2-3	0	0,05	2,50	Staffel L NRR
D-R1E-3, D-R2E-3 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,05 %⁴⁾ ihres überschussberechtigten Deckungskapitals; bei Tarif D-R1E-3, D-R2E-3: 0,05 %</small>	0	0,05	1,70	-
D-VR1(G)-0, D-VR1(G)-1, D-VR2(G)-0, D-VR2(G)-1	0	0,35 ²⁾	Staffel 1	-
D-R1-0, D-R2-0, D-R3-0, R1G-0, R2G-0, R3G-0	0	0,10	1,70	Staffel B NRR
D-R1E-0, D-R2E-0, D-R3E-0, R1EG-0, R2EG-0, R3EG-0 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,1 %⁴⁾ ihres überschussberechtigten Deckungskapitals; bei Tarif (D)-R1E(G)-0, (D)-R2E(G)-0, (D)-R3E(G)-0: 0,1 %</small>	0	0,10	1,70	-
D-R1-98, D-R2-98, D-R3-98, DÄVR2-95 mit Kapitalwert ab 50.000 Euro	0,05	0,00	2,00	Staffel B NRR
D-R1-98, D-R2-98, D-R3-98, DÄVR2-95 mit Kapitalwert unter 50.000 Euro	0,00	0,00	2,00	Staffel B NRR
R1G-98, R2G-98, R3G-98	0,00	0,00	2,00	Staffel B NRR
D-R1E-98, D-R2E-98, D-R3E-98, R1EG-98, R2EG-98, R3EG-98 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,0 % ihres überschussberechtigten Deckungskapitals</small>	0	0	2,00	-

4.1.2.3 A (Fortsetzung) Tarife mit Zusatzkennzeichen „-4“, „-3“, „-1“, „-0“, „-98“, „-95“, „-94“	Kosten- überschuss- anteil ¹⁾ in %	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil ¹⁾ in %	Nach- dividende ¹⁾ in ‰
CFGR2-95	0	0	2,00	Staffel B NRR
DÄVR3-95, CFGR3-95 Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,0% ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0	0	2,00	Staffel D NRR
DÄVR2-94, CFGR2-94	0	0	2,00	Staffel B NRR
DÄVR3-94, CFGR3-94 Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,0% ihres überschussberechtigten Deckungskapitals	0	0	2,00	Staffel B NRR ³⁾
alle Tarife	Sockelbeteiligung in %:		0	

¹⁾ Bei durch Kündigung beitragsfreigestellten Versicherungen entfallen Kostenüberschussanteil, Schlussüberschussanteil und Nachdividende

²⁾ Sofern das Deckungskapital mindestens 375 Euro beträgt

³⁾ Bei Tarif DÄVR3-94, CFGR3-94 mit Beginn ab 1.3.1994 bis 1.12.1994: Staffel E NRR

⁴⁾ Überschussystem „Zinsbonus“: Zinsüberschussatz um 0 Prozentpunkte erhöht und Schlussüberschussanteilsatz auf null gesetzt

⁵⁾ Überschussystem „Investmentbonus“:

Zinsüberschussatz:

Satz um 0 Prozentpunkte erhöht;

beitragsfrei durch Kündigung: Satz unverändert;

Nachdividende: entfällt

4.1.2.3 B Tarife mit Zusatzkennzeichen „-4“, „-3“, „-1“, „-0“, „-98“, „-95“, „-94“	Kosten- überschuss- anteil¹⁾ in %	Zins- überschuss- anteil in %	Schluss- überschuss- anteil¹⁾ in %	Nach- dividende¹⁾ in ‰
D-VR1(G)-4, D-VR2(G)-4	0	0,85 ²⁾	Staffel 1	-
D-R1-4, D-R2-4, D-R3-4, R1G-4, R2G-4, R3G-4	0	0,75 ^{5) 6)}	23 ⁵⁾	Staffel L ⁶⁾
D-R1E-4, D-R2E-4, D-R3E-4, R1EG-4, R2EG-4, R3EG-4 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,75%⁵⁾ ihres überschussberechtigten Deckungskapitals; bei Tarif (D)-R1E(G)-4, (D)-R2E(G)-4, (D)-R3E(G)-4: 0,8%</small>	0	0,80	17	-
D-R1-3, D-R2-3	0	0,25 ³⁾	22	Staffel L
D-R1E-3, D-R2E-3 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,25%⁵⁾ ihres überschussberechtigten Deckungskapitals; bei Tarif D-R1E-3, D-R2E-3: 0,3%</small>	0	0,30	17	-
D-VR1(G)-0, D-VR1(G)-1, D-VR2(G)-0, D-VR2(G)-1	0	0,35 ²⁾	Staffel 1	-
D-R1-0, D-R2-0, D-R3-0, R1G-0, R2G-0, R3G-0	0	0,75 ³⁾	17	Staffel B
D-R1E-0, D-R2E-0, D-R3E-0, R1EG-0, R2EG-0, R3EG-0 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,75%⁵⁾ ihres überschussberechtigten Deckungskapitals; bei Tarif (D)-R1E(G)-0, (D)-R2E(G)-0, (D)-R3E(G)-0: 0,65%</small>	0	0,65	17	-
D-R1-98, D-R2-98, D-R3-98, R1G-98, R2G-98, R3G-98	0,15 ⁷⁾	0	20	Staffel B
D-R1E-98, D-R2E-98, D-R3E-98, R1EG-98, R2EG-98, R3EG-98 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0% ihres überschussberechtigten Deckungskapitals</small>	0	0	20	-
DÄVR2-95, CFGR2-95	0,15 ⁷⁾	0	20	Staffel B
DÄVR3-95, CFGR3-95 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0,0% ihres überschussberechtigten Deckungskapitals</small>	0	0	20	Staffel D
DÄVR2-94, CFGR2-94	0	0	20	Staffel B
DÄVR3-94, CFGR3-94 <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0% ihres überschussberechtigten Deckungskapitals</small>	0	0	20	Staffel B ⁴⁾
alle Tarife	Sockelbeteiligung in %:		0	

¹⁾ Bei durch Kündigung beitragsfreigestellten Versicherungen entfallen Kostenüberschussanteil, Schlussüberschussanteil und Nachdividende

²⁾ Sofern das Deckungskapital mindestens 375 Euro beträgt

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

⁴⁾ Bei Tarif DÄVR3-94, CFGR3-94 mit Beginn ab 1.3.1994 bis 1.12.1994: Staffel K

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

⁶⁾ Überschussystem „Investmentbonus“:

Zinsüberschussatz:

Satz um 0,4 Prozentpunkte erhöht;

beitragsfrei durch Kündigung: Satz unverändert;

Nachdividende: entfällt

⁷⁾ Nur für Einzel-Hauptversicherungen mit Kapitalwert ab 50.000 Euro; er entfällt bei Kollektiv-Hauptversicherungen und Zusatztarifen

4.1.2.4 A	Zins- überschuss- anteil ¹⁾ in ‰	Schluss- überschuss- anteil ¹⁾ in ‰	Nach- dividende ¹⁾ in ‰
Tarife			
DÄVR2, CFGR2, DÄVR3, CFGR3 zugehörige WaisenrentenZV <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0 ‰ ihres überschussberechtigten Deckungskapitals</small>	0	1,6	Staffel C NRR
übrige Tarife zugehörige WaisenrentenZV	0	0,2	Staffel C NRR
alle Tarife	Sockelbeteiligung in ‰:		0

¹⁾ Bei durch Kündigung beitragsfreigestellten Versicherungen entfallen Schlussüberschussanteil und Nachdividende

4.1.2.4 B	Zins- überschuss- anteil ¹⁾ in ‰	Schluss- überschuss- anteil ¹⁾ in ‰	Nach- dividende ¹⁾ in ‰
Tarife			
DÄVR2, CFGR2, DÄVR3, CFGR3 zugehörige WaisenrentenZV <small>Gutgeschriebene Bonusrenten erhalten einen Überschussanteil von 0 ‰ ihres überschussberechtigten Deckungskapitals</small>	0	16,00	Staffel C
übrige Tarife zugehörige WaisenrentenZV	0	2,00	Staffel C
alle Tarife	Sockelbeteiligung in ‰:		0

¹⁾ Bei durch Kündigung beitragsfreigestellten Versicherungen entfallen Schlussüberschussanteil und Nachdividende

4.2 Nach Rentenbeginn

Im Rentenbezug erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven durch einen zusätzlichen Überschussanteil in Höhe von 0 Prozentpunkten. Dieser Überschussanteil wird unabhängig davon gewährt, ob noch zusätzliches Deckungskapital benötigt wird.

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

Überschusssystem:

Dynamische Gewinnrente		Erhöhungsprozentsatz
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-10“:	sofort beginnende temporäre Renten	
	Rentenbeginne ab 1.1.2010	1,40 ^{*)}
	sofort beginnende lebenslängliche Renten	1,65
	aufgeschobene Renten	1,70
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“, „-9“:	sofort beginnende temporäre Renten	
	Rentenbeginne ab 1.7.2009	1,40
	Rentenbeginne ab 1.10.2008 bis 1.6.2009	2,10
	Rentenbeginne bis 1.9.2008	1,80
	sofort beginnende lebenslängliche Renten	1,65
	aufgeschobene Renten	1,70
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-7“:	sofort beginnende temporäre Renten	1,50
	sofort beginnende lebenslängliche Renten	1,55
	aufgeschobene Renten	1,70
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-5“, „-6“:	sofort beginnende temporäre Renten	0,75
	sofort beginnende lebenslängliche Renten	1,10
	aufgeschobene Renten	1,20

^{*)} Tranchenverfahren: Deklaration kann in Abhängigkeit von der Kapitalmarktentwicklung für künftige Neuabschlüsse geändert werden

Überschusssystem:

Dynamische Gewinnrente

Sofern der Versicherung noch zusätzliches Deckungskapital zuzuführen ist (vgl. vorstehende „Allgemeine Erläuterungen“, Ziffer 2)

Erhöhungsprozensatz

Tarife mit Zusatzkennzeichen „-4“:	sofort beginnende temporäre Renten	0,00	0,75
	sofort beginnende lebenslängliche Renten	0,00	0,95
	aufgeschobene Renten	0,00	1,05
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-3“:	sofort beginnende temporäre Renten	0,00	0,45
	sofort beginnende lebenslängliche Renten	0,00	0,45
	aufgeschobene Renten	0,00	0,55
Tarife mit Zusatzkennzeichen „-0“, „-1“, „-2“:			
Rentenbeginne ab 2003	sofort beginnende temporäre Renten	0,00	0,65
Rentenbeginne bis 12.2002	sofort beginnende temporäre Renten	0,00	0,65
Rentenbeginne ab 2003	sofort beginnende lebenslängliche Renten	0,00	0,65
Rentenbeginne bis 12.2002	sofort beginnende lebenslängliche Renten	0,00	0,75
	aufgeschobene Renten	0,00	0,75
Tarife ohne eines der vorstehend genannten Zusatzkennzeichen:		0,00	0,00

Überschusssystem:

Erhöhte Startrente

Die Sätze der erhöhten Startrente werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.

Basistafel ist bei Tarifen mit Zusatzkennzeichen „-10“ die unternehmenseigene Sterbetafel DÄV 2009 R,

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 bei Tarifen ohne eines der vorstehend genannten Zusatzkennzeichen,

Rentenbeginne ab 01.2010: unternehmenseigene Sterbetafel DÄV 2009 R

Rentenbeginne bis 12.2009: Tafel DAV 1994 R 2. Ordnung,

abweichend bei fondsgebundenen Renten und fondsgebundenen Rentenversicherungen nach dem Gesetz über die Zertifizierung von Altersvorsorgeverträgen nach der Tafel DAV 2004 R B20.

Tarife mit...	Gesamtzins		Steigerungssatz	
Zusatzkennzeichen „-10“:		sofort beginnende temporäre Renten		
	3,90 %	Rentenbeginne ab 1.1.2010	0,50 % ^{*)}	
	4,10 %	sofort beginnende lebenslängliche Renten	0,40 %	
	4,00 %	aufgeschobene Renten, Riesterhybridtarife	0,30 %	
Zusatzkennzeichen „-8“, „-9“:		sofort beginnende temporäre Renten		
	3,90 %	Rentenbeginne ab 1.7.2009	0,50 %	
	4,60 %	Rentenbeginne ab 1.10.2008 bis 1.6.2009	0,50 %	
	4,30 %	Rentenbeginne bis 1.9.2008	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, Riestertarife	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 vor 1.2007	0,85 %	
Zusatzkennzeichen „-4“:	3,00 %	sofort beginnende Renten	0,25 %	
	Rentenbeginne ab 1.2010	4,00 %	aufgeschobene Renten, Riestertarife	1,10 %
	Rentenbeginne ab 1.2007 bis 12.2009	3,85 %	aufgeschobene Renten, Riestertarife	1,10 %
	Rentenbeginne bis 12.2006	3,70 %	aufgeschobene Renten, Riestertarife	1,10 %

^{*)} Tranchenverfahren: Deklaration kann in Abhängigkeit von der Kapitalmarktentwicklung für künftige Neuabschlüsse geändert werden

Überschusssystem:

Erhöhte Startrente (Fortsetzung)

Tarife mit...	Gesamtzins		Steigerungssatz
Zusatzkennzeichen „-3“:	3,70%	sofort beginnende temporäre Renten	0,45%
	3,70%	sofort beginnende lebenslängliche Renten	0,45%
Rentenbeginne ab 1.2010	3,95%	aufgeschobene Renten, Riestertarife	0,55%
Rentenbeginne ab 1.2007 bis 12.2009	3,80%	aufgeschobene Renten, Riestertarife	0,55%
Rentenbeginne bis 12.2006	3,70%	aufgeschobene Renten, Riestertarife	0,55%
Zusatzkennzeichen „-0“, „-1“, „-2“:	3,90%	sofort beginnende temporäre Renten	0,65%
	3,90%	sofort beginnende lebenslängliche Renten	0,65%
Rentenbeginne ab 1.2010	4,15%	aufgeschobene Renten, Riestertarife	0,75%
Rentenbeginne ab 1.2007 bis 12.2009	4,00%	aufgeschobene Renten, Riestertarife	0,75%
Rentenbeginne bis 12.2006	3,90%	aufgeschobene Renten, Riestertarife	0,75%
Tarife ohne eines der vorstehend			
genannten Zusatzkennzeichen:			
Rentenbeginne ab 1.2010	4,15%		0,00%
Rentenbeginne ab 1.2007 bis 12.2009	4,00%		0,00%

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 „-10“: unternehmenseigene Sterbetafel DÄV 2009 R,

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 bei Tarifen ohne eines der vorstehend genannten Zusatzkennzeichen,

Rentenbeginne ab 01.2010: unternehmenseigene Sterbetafel DÄV 2009 R

Rentenbeginne bis 12.2009: Tafel DAV 1994 R 2. Ordnung,

abweichend bei fondsgebundenen Renten und fondsgebundenen Rentenversicherungen nach dem Gesetz über die Zertifizierung von Altersvorsorgeverträgen nach der Tafel DAV 2004 R B20.

Überschusssystem:

Variable Gewinnrente/Gleich bleibende Erhöhungsrente

Tarife mit...	Gesamtzins
Zusatzkennzeichen „-10“:	3,90% ^{*)}
sofort beginnende temporäre Renten Rentenbeginne ab 1.1.2010	
aufgeschobene Renten, Riesterhybridtarife	4,00%
Zusatzkennzeichen „-8“, „-9“:	
sofort beginnende temporäre Renten	
Rentenbeginne ab 1.7.2009	3,90%
Rentenbeginne ab 1.10.2008 bis 1.6.2009	4,60%
Rentenbeginne bis 1.9.2008	4,30%
aufgeschobene Renten, Riesterhybridtarife	4,00%
Zusatzkennzeichen „-7“:	
sofort beginnende temporäre Renten	4,00%
aufgeschobene Renten, Riestertarife	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%
aufgeschobene Renten, Riestertarife	
Rentenbeginne ab 1.2010	4,00%
Rentenbeginne ab 1.2007 bis 12.2009	3,85%
Rentenbeginne bis 12.2006	3,70%
Zusatzkennzeichen „-3“:	
abgekürzte Rentenzahlung	
Rentenbeginne ab 1.2010	3,95%
Rentenbeginne ab 1.2007 bis 12.2009	3,80%
Rentenbeginne bis 12.2006	3,70%
Zusatzkennzeichen „-0“, „-1“, „-2“:	
abgekürzte Rentenzahlung	
Rentenbeginne ab 1.2010	4,15%
Rentenbeginne ab 1.2007 bis 12.2009	4,00%
Rentenbeginne ab 1.2004 bis 12.2006	3,90%
Rentenbeginne bis 12.2003	4,00%
Zusatzkennzeichen „-98“ oder „-95“:	
Rentenbeginne ab 1.2010	4,15%
<u>lebenslange Rentenzahlung</u>	
Rentenbeginne ab 1.2002 bis 12.2009	4,00%
Rentenbeginne bis 12.2001	4,63%
<u>abgekürzte Rentenzahlung</u>	4,00%

^{*)} Tranchenverfahren: Deklaration kann in Abhängigkeit von der Kapitalmarktentwicklung für künftige Neuabschlüsse geändert werden

Überschusssystem:

Variable Gewinnrente/Gleich bleibende Erhöhungsrente (Fortsetzung)

Tarife mit...	Gesamtzins
Zusatzkennzeichen „-94“: (DÄVR1-94, ..., CFGR1-94)	Rentenbeginne ab 1.2010 <u>lebenslange Rentenzahlung</u> 4,15 %
	Rentenbeginne ab 1.2002 bis 12.2009 4,00 %
	Rentenbeginne bis 12.2001 4,31 % ⁺
	Rentenbeginne bis 12.1995 4,57 % ⁺
	+ 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 %
	<u>abgekürzte Rentenzahlung</u>
	Rentenbeginne bis 12.2009 4,00 %
Tarife ohne eines der vorstehend genannten Zusatzkennzeichen (DÄVR, CFGR, RR und älter)	Rentenbeginne ab 1.2010 <u>lebenslange Rentenzahlung</u> 4,15 %
	Rentenbeginne ab 1.2002 bis 12.2009 4,00 %
	Rentenbeginne ab 1.1997 bis 12.2001 4,31 %
	Rentenbeginne in 1996 4,62 % ⁺
	Rentenbeginne bis 12.1995 4,88 % ⁺
	+ DÄVR1, CFGR1, DÄVR3, CFGR3: Vers.-Beginn 3.1994 bis 12.1994: Rentenbeginne ab 1.2002 4,00 %
	Rentenbeginne bis 12.2001 4,31 %
	<u>abgekürzte Rentenzahlung</u>
	Rentenbeginne bis 12.2009 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

Bemessungsgröße 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 Bewertungstichtage, soweit diese nicht vor dem 31. Dezember 2002 liegen.

Tarife	Kostenüberschussanteil in ‰	Zinsüberschussanteil in %	Schlussüberschussanteil in %
DVI2(G) mit Zusatzkennzeichen „-1“, „-4“, „-5“, „-6“, „-7“, „-8“	<u>für Eintrittsalter bis 50 Jahre:</u>	sofern das Deckungskapital mindestens 200 Euro beträgt:	Staffel 1
	sofern das Deckungskapital mindestens 10.000 Euro beträgt: 1,68	Tarife mit Zusatzkennzeichen „-8“:	1,35
	sofern das Deckungskapital mindestens 20.000 Euro beträgt: 2,52	Tarife mit Zusatzkennzeichen „-7“:	1,35
	<u>für Eintrittsalter ab 51 Jahre:</u>	Tarife mit Zusatzkennzeichen „-6“, „-5“ oder „-4“:	0,85
	sofern das Deckungskapital mindestens 10.000 Euro beträgt: 1	Tarife mit Zusatzkennzeichen „-1“:	0,35
	sofern das Deckungskapital mindestens 20.000 Euro beträgt: 1,5		
alle Tarife	Sockelbeteiligung in %:	0	

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

Tarife D-VI2-8, D-VI2G-8, D-VI2-7, D-VI2G-7, D-VI2-6, D-VI2G-6, 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

Anwartschaftliche Berufsunfähigkeitsversicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer oder in der beitragsfreien Phase werden bei Vertragsbeendigung oder bei Eintritt des Leistungsfalles in Form einer

Schlusszahlung in Höhe von 0% der auf Seite 91 beschriebenen Maßzahl an den Bewertungsreserven beteiligt.

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 Risikobeitrages:

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 Beitrags 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 Beitrags um 41 %

Tarife mit Zusatzkennzeichen „-5“: Reduktion des Beitrags 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.

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

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

6.2 Während der Rentenlaufzeit

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen erhalten eine Erhöhungsrente:

- 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

Anwartschaftliche Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer oder in der beitragsfreien Phase werden bei Vertragsbeendigung oder bei Eintritt des Leistungsfalles in Form einer Schlusszahlung in Höhe von 0 % der auf Seite 91 beschriebenen Maßzahl an den Bewertungsreserven beteiligt.

System: **BUZ-Turbodynamik**

- BUZ zu Haupttarifen mit Zusatzkennzeichen „-10“, „-9“, „-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 „-10“, „-9“, „-8“ oder „-7“ 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 ²/₃ % der versicherten Rente (einschließlich Beitragsbefreiung).

System: Beitragsverrechnung

- BUZ zu Haupttarifen mit Zusatzkennzeichen „-10“, „-9“, „-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 „-10“, „-9“, „-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 „-10“, „-9“, „-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 „-10“, „-9“, „-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

Bemessungsgröße für den laufenden Zinsüberschuss-

anteil: das überschussberechtigte Deckungskapital

Bemessungsgröße für den Schlussüberschussanteil:

die laufende Überschussbeteiligung

Bemessungsgröße 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

Bemessungsgröße für die Erhöhungsrente: die erreichte Gesamtrente

8.1 Vor Eintritt des Pflegefalles

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

8.2 Nach Eintritt des Pflegefalles

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 %

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

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

Bemessungsgröße für den Risikoüberschussanteil:
der überschussberechtigte Risikobeitrag

Tarife	Schlusszahlung in % der gezahlten Beitragssumme
Risiko-Zusatzversicherung	
RZ zu Haupttarif DG4-10	5
RZ zu Haupttarif DG4-8, RZ zu Haupttarif DG4-7, RZ zu Haupttarif DG4-5	20

Tarife	Todesfallbonus in %	
RZ und FZ		
– 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 „Übrige Tarife“ 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 verzinst sich das Guthaben mit dem garantierten Rechnungszinssatz und Ansammlungsüberschussanteil.

Zusatz- kennzeichen	Tarifangabe	Ansammlungs- überschussanteil in %
„-10“	alle Tarife	1,25
„-8“	alle Tarife	1,25
„-7“	alle Tarife, ausgenommen DVR1(G)-7, DVR2(G)-7	1,25
„-7“	DVR1(G)-7, DVR2(G)-7	1,35
„-6“	DVR1(G)-6, DVR2(G)-6	0,85
„-5“	alle Tarife, ausgenommen DVR1(G)-5, DVR2(G)-5	0,75
„-5“	DVR1(G)-5, DVR2(G)-5	0,85
„-4“	alle Tarife, ausgenommen Rententarife gemäß Ziffer 4.1.1.3 A bzw. Ziffer 4.1.2.3 A sowie Tarife VR1(G)-4, VR2(G)-4	0,75
„-4“	Rententarife gemäß Ziffer 4.1.1.3 A bzw. Ziffer 4.1.2.3 A	0,10
„-4“	DVR1(G)-4, DVR2(G)-4	0,85
„-3“	alle Tarife, ausgenommen Rententarife gemäß Ziffer 4.1.1.3 A bzw. Ziffer 4.1.2.3 A	0,25
„-3“	Rententarife gemäß Ziffer 4.1.1.3 A bzw. Ziffer 4.1.2.3 A	0,05
„-1“	VR1(G)-1, VR2(G)-1	0,35
„-0“	alle Tarife, ausgenommen Rententarife gemäß Ziffer 4.1.1.3 A bzw. Ziffer 4.1.2.3 A sowie Tarife VR1(G)-0, VR2(G)-0	0,75
„-0“	Rententarife gemäß Ziffer 4.1.1.3 A bzw. Ziffer 4.1.2.3 A, ausgenommen VR-Tarife	0,10
„-0“	VR1(G)-0, VR2(G)-0	0,35
„98“, „97“, „95“, „94“	alle Tarife	0,00
–	Kapitaltarife CL, CLFG, CLVG, CLV, CLS	0,50
–	Kapitaltarife gemäß Ziffer 1.1.3, 1.2.3, 1.3.4	1,00
–	Rententarife C(FG)R-Tarife	0,00

10. Überschussanteilsatz für die verzinsliche Ansammlung (Fortsetzung der Tabelle der vorherigen Seite)

bei **Einmalbeitragsversicherungen:**

Zusatz- kennzeichen	Tarifangabe	Ansamlungs- überschussanteil in %
„10“, „-8“ oder „-7“	alle Tarife gegen Einmalbeitrag	1,55
„-5“	alle Tarife gegen Einmalbeitrag, ausgenommen DG1(G)E, DG2(G)E, DG3(G)E, DG4(G)E ab dem 6. Versicherungsjahr	0,75
„-5“	DG1(G)E, DG2(G)E, DG3(G)E, DG4(G)E ab dem 6. Versicherungsjahr	0,80
„-4“	alle Tarife gegen Einmalbeitrag, ausgenommen Rententarife gemäß Ziffer 4.1.2.3 A	0,80
„-4“	Rententarife gegen Einmalbeitrag gemäß Ziffer 4.1.2.3 A	0,10
„-3“	alle Rententarife gegen Einmalbeitrag, ausgenommen Rententarife gemäß Ziffer 4.1.2.3 A	0,55
„-3“	Rententarife gegen Einmalbeitrag gemäß Ziffer 4.1.2.3 A	0,05
„-3“	Kapitaltarife gegen Einmalbeitrag	0,45
„-0“	alle Tarife gegen Einmalbeitrag, ausgenommen Rententarife gemäß Ziffer 4.1.2.3 A	0,65
„-0“	Rententarife gemäß Ziffer 4.1.2.3 A	0,00
BUZ-Beitragsbefreiungsrente	4 abzüglich garantiertem Rechnungszinssatz	
Rentenbeginnphase der TG08, TG09, TG10		1,55

11. Nachdividendenstaffeln

Berechnungsvorschrift für Nachdividenden bei Staffeln mit Zusatzkennzeichen „NRR“: 10% der Staffel mit gleichem Namen ohne Zusatzkennzeichen „NRR“

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

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

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: $\frac{1}{12} \cdot \text{Versicherungsdauer} \cdot 16\frac{2}{3}$

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 Versicherungsdauern (Aufschubdauern):

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

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 (Aufschubdauern):

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

ab 12 Jahre: $13\frac{1}{3}$ zzgl. $\frac{16}{9}$ für jedes über die Dauer 12 hinausgehende Versicherungsjahr, höchstens 40

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

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

ab 12 Jahre: 10

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

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

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

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: $\frac{1}{12} \cdot \text{Versicherungsdauer} \cdot 35$

ab 12 Jahre: 35

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

unter 12 Jahren: $\frac{1}{12}$ • Versicherungsdauer • 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: $\frac{1}{12}$ • Versicherungsdauer • 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

Durch eine Entscheidung des Landesarbeitsgerichtes München vom 15. März 2007 wurde eine Diskussion über die in der Kalkulation betrieblicher Altersvorsorgeprodukte angewandten marktüblichen Verrechnungsverfahren von Abschlusskosten ausgelöst. Das Landesarbeitsgericht Köln hat am 13. August 2008 gegenteilig entschieden. Gegen dieses Urteil wurde Revision eingelegt. Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat nun mit Urteil vom 15. September 2009 abschließend festgestellt, dass die Verteilung von Abschlusskosten über fünf Jahre zulässig ist. Auch bei Verwendung voll gezillmerter Tarife liegt kein Verstoß gegen die Wertgleichheit vor. Es kann jedoch eine unangemessene Benachteiligung i. S. d. § 307 BGB vorliegen. Hieraus käme u. U. ein Anspruch des Arbeitnehmers gegen den Arbeitgeber auf eine höhere Versorgung in Betracht.

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

Für Mitarbeiter der Deutschen Ärzteversicherung, die Ansprüche im Rahmen des AXA Vorsorgeplans und der Altersteilzeitregelungen erworben haben, wurden Mittel beim AXA Mitarbeiter Treuhand e. V. zur Insolvenzsicherung hinterlegt. Zudem erfolgt eine Verpfändung der Erstattungsansprüche aus der Entgeltumwandlung an den Versorgungsberechtigten. Insgesamt beläuft sich die Summe auf 1,3 Mio. Euro (2008: 1,2 Mio. Euro).

Angaben gemäß § 285 Nr. 3 und 3 a HGB n. F.

Nachzahlungsverpflichtungen gegenüber verbundenen Unternehmen, Beteiligungen und sonstigen Kapitalanlagen sind in den Erläuterungen zu den entsprechenden Bilanzposten angegeben.

Vorkäufe wurden nur im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Bestimmungen (BAV R 3/00 A. I Abs. 3) getätigt.

Die Deutsche Ärzteversicherung AG ist gemäß §§ 124 ff. VAG Mitglied des Sicherungsfonds für die Lebensversicherer. Diese Sicherungseinrichtung schützt Versicherte vor den Folgen der Insolvenz eines Lebensversicherers. Dadurch erhält der Kunde einen Partner, der auch im schwierigen marktwirtschaftlichen Umfeld größtmögliche Sicherheit in der Risiko- und Altersvorsorge bietet. Im Fall einer Insolvenz kann im Rahmen des Kollektivs der deutsche Lebensversicherer in Höhe der folgend genannten Beträge in Anspruch genommen werden.

Der Sicherungsfonds erhebt auf der Grundlage der Sicherungsfonds-Finanzierungs-Verordnung (Leben) jährliche Beiträge von maximal 0,2‰ der Summe der versicherungstechnischen Netto-Rückstellungen, bis ein Sicherungsvermögen von 1‰ der Summe der versicherungstechnischen Netto-Rückstellungen aufgebaut ist. Wie im Geschäftsjahr 2008 ergeben sich hieraus für die Deutsche Ärzteversicherung AG keine zukünftigen Verpflichtungen mehr.

Der Sicherungsfonds kann darüber hinaus Sonderbeiträge in Höhe von weiteren 1‰ der Summe der versicherungstechnischen Netto-Rückstellungen erheben; dies entspricht einer Verpflichtung von 4,3 Mio. Euro (2008: 3,6 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 Netto-Rückstellungen 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 38,6 Mio. Euro (2008: 32,6 Mio. Euro).

Angaben gemäß § 285 Nr. 7 HGB

Durchschnittliche Anzahl der Mitarbeiter (ohne Auszubildende) im Geschäftsjahr 2009:

		davon männlich	davon weiblich
Angestellte im Außendienst	19	14	5
Angestellte im Innendienst	134	57	77
Insgesamt	153	71	82

Angaben gemäß § 285 Nr. 9 HGB

Die Gesamtbezüge des Vorstandes betragen 308 Tsd. Euro (2008: 353 Tsd. Euro), die des Aufsichtsrates 95 Tsd. Euro (2008: 93 Tsd. Euro).

Die Gesamtbezüge früherer Vorstandsmitglieder und ihrer Hinterbliebenen beliefen sich auf 186 Tsd. Euro (2008: 95 Tsd. Euro). Für diesen Personenkreis sind zum

31. Dezember 2009 Rückstellungen für Pensionsverpflichtungen in Höhe von 3.621 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 befanden sich derivative Finanzinstrumente in Form zweier Credit Default Swaps im Bestand, die zu Sicherungszwecken abgeschlossen wurden. Diese außerbörslich gehandelten Derivate werden mit auf den Finanzmärkten etablierten Bewertungsmethoden (z. B. Barwertmethode oder Optionspreismodelle) bewertet.

Der Marktwert der CDS betrug -0,4 Mio. Euro. Die Nominale der CDS als Stillhalter betragen 37,5 Mio. Euro sowie 37,5 Mio. Euro als Inhaber. In Höhe des Marktwertes wurden Drohverlustrückstellungen gebildet.

Mitglieder des Aufsichtsrates

Angaben gemäß § 285 Nr. 10 HGB

Dr. Frank Keuper (bis 31. Dezember 2009)

Vorsitzender

Vorsitzender des Vorstandes der AXA Konzern AG
Köln

Gernot Schlösser (seit 1. Januar 2010)

Vorsitzender (seit 13. Januar 2010)

Vorsitzender des Vorstandes i. R. der
Deutsche Ärzteversicherung AG
Bergisch Gladbach

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

Dr. Peter Engel (seit 23. April 2009)

Präsident der Bundeszahnärztekammer Berlin
Präsident der Zahnärztekammer Nordrhein
Bergisch Gladbach

Gerhard Girner (bis 12. November 2009)

Mitglied des Vorstandes der
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Düsseldorf

Dr. Frank Ulrich Montgomery

Präsident der Ärztekammer Hamburg
Vizepräsident der Bundesärztekammer
Hamburg

Stefan Mühr (seit 12. November 2009)

Mitglied des Vorstandes der
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Düsseldorf

Dr. med. Dr. med. dent. Jürgen Weitkamp
(bis 23. April 2009)

Präsident der Bundeszahnärztekammer
Lübbecke

Mitglieder des Vorstandes

Angaben gemäß § 285 Nr. 10 HGB

Gernot Schlösser Vorsitzender	(bis 31. Dezember 2009)
Jörg Arnold Vorsitzender	Vertrieb, Marketing, Personal und Verwaltung, Kapitalanlagen, Revision, Rück- und Mitversicherung (seit 1. Januar 2010)
Dr. Rainer Schöllhammer	Rechnungswesen, Planung, Controlling, Steuern, Risikomanagement (seit 1. Juni 2009)
Dr. Christoph Jurecka	Rechnungswesen, Planung, Controlling, Steuern, Risikomanagement (bis 30. April 2009)

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

Nach den vorliegenden Mitteilungen gemäß § 20 Abs. 4 AktG hält die AXA Konzern AG, Köln, 100% am Grundkapital unserer Gesellschaft.

Die AXA Konzern AG hat mit unserer Gesellschaft einen jeweils zum Bilanzstichtag gültigen Beherrschungs- und Gewinnabführungsvertrag abgeschlossen.

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

Die Deutsche Ärzteversicherung AG, Köln, und ihre Tochterunternehmen werden in den Konzernabschluss der AXA, Paris, sowie in den Konzernabschluss der AXA Konzern AG, Köln, zum 31. Dezember 2009 einbezogen. Die AXA, Paris, 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 RCS (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.

Köln, den 30. März 2010

Der Vorstand

Arnold

Schöllhammer

Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers

Wir haben den Jahresabschluss – bestehend aus Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung sowie Anhang – unter Einbeziehung der Buchführung und den Lagebericht der Deutsche Ärzteversicherung Aktiengesellschaft, Köln, für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2009 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 Vorstandes 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 Lageberichts.

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 2010

PricewaterhouseCoopers
Aktiengesellschaft
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Alexander Hofmann
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 Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) und der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. (DAV) anerkannten statistischen und versicherungsmathematischen Daten. Ausführlichere Informationen dazu befinden sich auf unserer Internetseite www.aerzteversicherung.de.

Statistische Angaben

A. Bewegung des Bestandes an selbst abgeschlossenen Lebensversicherungen im Geschäftsjahr 2009

	Gesamtes selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft				Kapitalversicherungen ¹⁾	
	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
Bestand am Ende des Vorjahres	199.643	487.390		11.994.565	116.365	252.822
I. Bestand am Anfang des Geschäftsjahres³⁾	196.620	473.456		11.102.871	116.365	252.822
II. Zugang während des Geschäftsjahres						
1. Neuzugang						
a) eingelöste Versicherungsscheine	9.825	36.460	7.151	704.043	71	43
b) Erhöhung der Versicherungssummen (ohne Pos. 2)	0	15.739	1.124	427.581	0	5.912
2. Erhöhung der Versicherungssummen durch Überschussanteile				16.074		
3. Übriger Zugang	8	4	304	312	2	0
4. Gesamter Zugang	9.833	52.203	8.579	1.148.010	73	5.955
III. Abgang während des Geschäftsjahres						
1. Tod, Berufsunfähigkeit etc.	338	439		13.185	123	326
2. Ablauf der Versicherung/ Beitragsablauf	6.831	25.370		427.112	5.260	18.407
3. Rückkauf und Umwandlung in beitragsfreie Versicherungen	2.772	14.357		250.741	1.410	6.134
4. Sonstiger vorzeitiger Abgang	285	2.327		44.854	151	729
5. Übriger Abgang	7	11		317	1	9
6. Gesamter Abgang	10.233	42.504		736.209	6.945	25.605
IV. Bestand am Ende des Geschäftsjahres	196.220	483.155		11.514.672	109.493	233.172

Die Angaben zu den Beiträgen beziehen sich auf Haupt- und Zusatzversicherungen, die Angaben zu Anzahl und Versicherungssumme nur auf Hauptversicherungen.

¹⁾ Kapitalversicherungen (einschl. Vermögensbildungsversicherungen) ohne Risikoversicherungen und sonstige Lebensversicherungen

²⁾ Rentenversicherungen (einschl. Berufsunfähigkeits- und Pflegerentenversicherungen) ohne sonstige Lebensversicherungen

³⁾ Änderung durch Umschichtung eines Kollektivvertrages mit ärztlichen Versorgungswerken

Einzelversicherungen						Kollektivversicherungen	
Risikoversicherungen		Rentenversicherungen ²⁾		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		
19.092	16.864	17.530	37.269	38.316	158.294	8.340	22.141
19.092	16.864	17.530	37.269	38.316	158.294	5.317	8.207
1.130	994	2.398	9.955	5.699	24.183	527	1.285
0	489	0	1.067	0	8.018	0	253
0	0	29	21	1	1	-24	-18
1.130	1.483	2.427	11.043	5.700	32.202	503	1.520
15	29	38	20	11	58	151	6
834	542	365	2.674	14	3.305	358	442
416	448	287	951	598	6.260	61	564
14	77	28	166	5	1.254	87	101
0	0	0	0	1	1	5	1
1.279	1.096	718	3.811	629	10.878	662	1.114
18.943	17.251	19.239	44.501	43.387	179.618	5.158	8.613

B. Struktur des Bestandes an selbst abgeschlossenen Lebensversicherungen (ohne Zusatzversicherungen) im Geschäftsjahr 2009

	Gesamtes selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft		Kapitalversicherungen ¹⁾	
	Anzahl der Versicherungen	Versicherungssumme bzw. 12-fache Jahresrente in Tsd. Euro	Anzahl der Versicherungen	Versicherungssumme in Tsd. Euro
Bestand am Ende des Vorjahres	199.643	11.994.565	116.365	5.442.947
1. Bestand am Anfang des Geschäftsjahres ³⁾	196.620	11.102.871	116.365	5.442.947
davon beitragsfrei	(19.038)	(675.238)	(12.376)	(442.838)
2. Bestand am Ende des Geschäftsjahres	196.220	11.514.672	109.493	5.079.944
davon beitragsfrei	(19.727)	(688.314)	(11.892)	(420.723)

¹⁾ Kapitalversicherungen (einschl. Vermögensbildungsversicherungen) ohne Risikoversicherungen und sonstige Lebensversicherungen

²⁾ Rentenversicherungen (einschl. Berufsunfähigkeits- und Pflegerentenversicherungen) ohne sonstige Lebensversicherungen

³⁾ Änderung durch Umschichtung eines Kollektivvertrages mit ärztlichen Versorgungswerken

C. Struktur des Bestandes an selbst abgeschlossenen Zusatzversicherungen im Geschäftsjahr 2009

	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	136.501	15.598.049	14.863	615.439	112.127	14.521.253
2. Bestand am Ende des Geschäftsjahres	132.881	16.099.788	12.541	522.617	111.223	15.089.490

D. Bestand an in Rückdeckung übernommenen Lebensversicherungen im Geschäftsjahr 2009

1. Versicherungssumme am Anfang des Geschäftsjahres	0 Tsd. Euro
2. Versicherungssumme am Ende des Geschäftsjahres	0 Tsd. Euro

Einzelversicherungen				Sonstige Lebensversicherungen		Kollektivversicherungen	
Risikoversicherungen		Rentenversicherungen ²⁾				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	12-fache Jahres- rente in Tsd. Euro	Anzahl der Versiche- rungen	Versicherungs- summe bzw. 12-fache Jahresrente in Tsd. Euro		
19.092	1.308.818	17.530	1.895.828	38.316	2.273.835	8.340	1.073.137
19.092 (170)	1.308.818 (1.334)	17.530 (3.324)	1.895.828 (176.772)	38.316 (1.918)	2.273.834 (33.870)	5.317 (1.250)	181.444 (20.424)
18.943 (189)	1.336.544 (1.524)	19.240 (3.538)	2.264.150 (183.367)	43.387 (2.983)	2.633.715 (58.406)	5.158 (1.125)	200.319 (24.294)

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
8.661	421.659	850	39.698
8.244	448.685	873	38.996

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

E-Mail: service@aerzteversicherung.de

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

E-Mail: service@aerzte-finanz.de

Partnervertrieb

Deutsche Ärzteversicherung

Aktiengesellschaft

Maklervertrieb

Börsenplatz 1, 50667 Köln

Telefon: (02 21) 1 48-3 56 00

Telefax: (02 21) 1 48-3 50 64

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

