



Geschäftsbericht 2007
Deutsche Ärzteversicherung
Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft

Kennzahlen

	2007	2006	2005
Beitragseinnahmen brutto			
– in Tsd. Euro	11.545	10.667	10.304
– Zuwachs in Prozent	8,2	3,5	12,0
– Selbstbehalt in Prozent	10,0	102,3	88,1
Aufwendungen für Versicherungsfälle f.e.R.			
– in Tsd. Euro	8.171	10.917	9.813
– in Prozent der verdienten Beiträge f.e.R.	707,4	100,0	108,2
Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb f.e.R.			
– in Tsd. Euro	74	1.652	1.401
– in Prozent der Beitragseinnahmen f.e.R.	6,4	15,1	15,4
Versicherungstechnische Rückstellungen			
in Prozent der Beitragseinnahmen f.e.R.	5.203,2	548,5	590,2
Kapitalanlagen in Tsd. Euro	62.018	64.155	60.040
Nettoverzinsung in Prozent des			
durchschnittlichen Kapitalanlagebestandes	5,0	4,5	6,1
Bilanzgewinn in Tsd. Euro	28	74	3.118
Grundkapital in Tsd. Euro	1.485	1.485	1.485
Eigenkapital			
– in Tsd. Euro	3.930	5.376	6.599
– in Prozent der Beitragseinnahmen f.e.R.	340,2	49,3	72,7

f.e.R. = für eigene Rechnung

Inhaltsverzeichnis

Aufsichtsrat/Vorstand	4
Marktsituation	5
Lagebericht	16
Gewinnverwendungsvorschlag	28
Bericht des Aufsichtsrates	29
Jahresabschluss	
– Bilanz zum 31. Dezember 2007	32
– Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2007	34
– Anhang	36
Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers	53
Anlage zum Lagebericht	54

Aufsichtsrat

Dr. Markus Hofmann

Vorsitzender

Mitglied des Vorstandes der AXA Konzern AG
und der AXA Versicherung AG

Köln

Dr. Udo Bertermann

Rechtsanwalt

stellv. Vorsitzender

Velbert

Gerhard K. Girner

Mitglied des Vorstandes der

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

Düsseldorf

Vorstand

Gernot Schlösser

Vorsitzender

Strategie und Grundsatzfragen,
Koordination zum Konzern

Jörg Arnold

Vertrieb

Hans Geiger

Marketing, Produktsteuerung, Betrieb und Schaden,
Rechnungswesen, Kapitalanlagen

Josef Lölsberg (seit 23. Januar 2008)

Risikomanagement, Kalkulation und
Underwritingregeln, Rückversicherung

Marktsituation

Gesundheitspolitik

Neuer Streit um Gesundheitsfonds: Gutachten prognostiziert 15,5 % GKV-Beitragssatz

Das GKV-Weiterentwicklungsgesetz ist längst verabschiedet, doch die Langzeitwirkungen dieser Reform sind noch lange nicht überwunden. Schließlich treten zentrale Veränderungen des Systems erst Anfang 2009 in Kraft – und geben damit Nahrung für neue Auseinandersetzungen.

So konnte es nicht ausbleiben, dass es um den für den 1. Januar 2009 terminierten Start des Gesundheitsfonds rund ein Jahr vorher zu einer heftigen politischen Kontroverse kam. Auslöser war ein Gutachten des Münchener Gesundheitsökonomen Prof. Dr. Günter Neubauer. Das von ihm geführte Institut für Gesundheitsökonomik München (IfG) hatte im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM) eine Anfang 2008 veröffentlichte Studie erstellt, die zu dem Ergebnis kam, dass die Beiträge für über 44 Millionen Mitglieder der Gesetzlichen Krankenkassen und damit knapp 90% aller GKV-Beitragssahler bereits 2008 teilweise empfindlich steigen werden. Auf einzelne GKV-Versicherte kämen Beitragserhöhungen von bis zu 700 Euro pro Jahr zu. So springe beispielsweise für die 530.000 Mitglieder der IKK Sachsen der Beitragssatz von derzeit 12,7 auf dann 15,5%.

Verantwortlich für den Anstieg – so die Autoren des Gutachtens – sei die Mechanik des neuen Gesundheitsfonds. Während heute die Beitragssätze der 236 Kassen zum Teil erheblich auseinanderklaffen (von 12,2 bis 16,7%), werden sie für den Gesundheitsfonds vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf einen einheitlichen Satz festgelegt. Dieser Satz wird nach Berechnungen des Münchner Instituts bei 15,5% liegen. Das entspräche einem Anstieg von 0,7 Prozentpunkten im Vergleich zum heutigen durchschnittlichen Beitragssatz. Als Gründe für den Anstieg nannte Neubauer steigende Kosten im Gesundheitsbereich und das Prinzip des neuen Fonds. „Es liegt im Interesse der Kassen, im

Jahr 2008 höhere Ausgaben zu haben, da der Gesundheitsfond 2009 in seiner Mittelzuweisung vom Ausgabenniveau 2008 startet. So können die Kassen 2009 zusätzliche Monatsprämien von ihren Versicherten vermeiden“, sagt Neubauer.

Kritik vom BMG, Unterstützung von Kassen-Seite

Vertreter verschiedener gesetzlicher Krankenkassen und Experten stützen das Gutachten des Münchner Instituts für Gesundheitsökonomik. Eberhard Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung des Gesundheitswesens, nannte in einem Zeitungsinterview „die Prognose in der Tendenz richtig“. Gesundheitsexperte und SPD-Mitglied Karl Lauterbach rechnete an anderer Stelle mit steigenden Beitragssätzen von bis zu 15,4%.

Dagegen war das Gutachten des Instituts für Gesundheitsökonomik vom BMG als „unseriös“ bezeichnet worden. Dem widersprach Institutsdirektor Neubauer, selbst auch Mitglied der ehemaligen Enquete-Kommission „Reform der GKV“ des Deutschen Bundestages: „Unsere Berechnungen beruhen auf konservativ geschätzten Zahlen“, so Neubauer. „Wir haben einen sich aus heutiger Sicht abzeichnenden Beitragssatzbedarf der Kassen prognostiziert.“ Danach steige der Satz zum Start des Gesundheitsfonds um 0,7 Prozentpunkte auf 15,5%. Zwar berechne das Gutachten den 2009 zusätzlich von den Steuerzahlern zu tragenden Zuschuss von 1,5 Mrd. Euro oder 0,15 Beitragspunkten nicht mit ein. Jedoch halte man sich bei den möglichen zusätzlichen Kosten für das Gesundheitswesen deutlich zurück. So betrügen die einkalkulierten Honorarerhöhungen für die kassenärztliche Versorgung nur etwa ein Drittel der Forderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Zudem würden die vom Ministerium geschätzten Kosteneinsparungen aus Rabattverträgen in der Arzneimittelversorgung wahrscheinlich geringer ausfallen. Darüber hinaus seien Kostensteigerungen zu erwarten, weil die derzeit gängige Rechnerkürzung von 0,5% bei den Krankenhäusern wegfallen soll.

Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Eine weitere Bestimmung des GKV-WSG hatte zu diesem Zeitpunkt ihre Geburtswehen schon hinter sich: der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der mit Wirkung zum 1. Juli 2008 die bisherigen sieben Spitzenverbände der GKV-Kassen ablösen wird. Um die personelle Besetzung der Spitze des „SpiBu“, wie das neue Kassen-Spitzenngremium abgekürzt heißt, hatte es allerdings ein hartes Ringen vor allem zwischen den Ersatzkassen und dem AOK-Bundesverband gegeben, bevor schließlich am 18. Juni 2007 mit Wirkung zum 1. Juli 2007 Dr. Doris Pfeiffer, bis dahin Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), zur ersten Vorstandsvorsitzenden des SpiBu gewählt wurde. Im Gegenzug wählten der Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen dann am 9. Juli Johann-Magnus Freiherr von Stackelberg für sechs Jahre zum Vorstandsmitglied und stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden. Von Stackelberg war seit 2005 stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

Mitte September 2007 wurde dann auch die dritte Vorstandsposition des SpiBu besetzt – die Entscheidung ist eine Meisterleistung des Kompromisses zwischen den widerstreitenden Interessen der bisherigen GKV-Spitzenverbände: Gewählt wurden nämlich Karl-Dieter Voß und Gernot Kiefer, die sich eine Amtszeit teilen sollen. Karl-Dieter Voß, seit 1996 Vorstandsmitglied des BKK-Bundesverbandes in Essen, wird das Amt danach vom 1. Oktober 2007 bis zum 31. März 2010 innehaben. Dann wird er von Gernot Kiefer, dem bisherigen stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden des IKK-Bundesverbandes in Bergisch Gladbach, abgelöst werden, dessen Amtszeit bis zum 30. September 2013 dauern wird.

Abwehr-Phalanx gegen elektronische Gesundheitskarte

Nachdem seit Monaten immer mehr ärztliche Organisationen und Verbände verstärkt Kritik an dem Vorgehen bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) geäußert und im Mai 2007 in einer gemeinsamen Erklärung unter anderem die Einseitigkeit der Entwicklung auf administrativen Prozessen bemängelt hatten, forderte Anfang 2008 ein Bündnis aus Bürgerrechtsorganisationen, Datenschützern, Patienten und Ärzteverbänden den Stopp der geplanten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland. Das Bündnis „Aktion: Stoppt die e-Card“ forderte die Bundesregierung auf, das Projekt „elektronische Gesundheitskarte“ sofort zu stoppen. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte werde die Gesundheitsversorgung verteuern und elementare Rechte der Bürger verletzen. Das Bündnis forderte einen unabhängigen und demokratischen Diskussionsprozess in der Öffentlichkeit. Dies erfordere ergebnisoffene Tests kostengünstiger IT-Alternativen, die im Gegensatz zur elektronischen Gesundheitskarte auf zentrale Datenspeicherung verzichten und das Bürgerrecht auf informationelle Selbstbestimmung schützen.

Mit ihrem Plan, die elektronische Gesundheitskarte im Laufe dieses Jahres einzuführen, setzte sich die Bundesregierung und die Betreiberorganisation gematik über die Ablehnungsbeschlüsse des 110. Deutschen Ärztetages, Kassenärztlicher Vereinigungen und Ärztekammern sowie über die Kritik zahlreicher Patienteninitiativen hinweg. Aber auch Datenschützer und Bürgerrechtler kritisierten das Projekt „elektronische Gesundheitskarte“: Es sei technisch nicht ausgereift und stelle durch die geplante Speicherung sensibler Daten auf zentralen Servern eine weitere Form der Vorratsdatenspeicherung dar.

Immer wieder hatten vorher bereits die Bundesärztekammer (BÄK) und der Deutsche Ärztetag die Pläne zur Einführung der eGK kritisiert. So betonte Dr. Franz-Joseph Bartmann, der Vorsitzende des Ausschusses „Telematik“ der BÄK, dass die nun geplante Ausgabe einer eGK nichts anderes darstelle als die heutige Krankenversicherungskarte, die zusätzlich mit dem Bild des Versicherten versehen sei und darüber hinaus neue Lesegeräte benötige. Weitere Verbesserungen gebe es nicht. Bartmann wörtlich: „Gesundheitstelematik kann man so etwas nicht nennen. Und eine solche Maßnahme wird auch die medizinische Versorgung nicht verbessern.“

Der Vorsitzende des BÄK-Ausschusses „Telematik“ erinnerte nochmals daran, dass der 110. Deutsche Ärztetag die eGK in ihrer bisher vorgestellten Form abgelehnt habe. Die Bedenken im Hinblick auf die Sicherheit sensibler Patientendaten, so Bartmann, seien derzeit zu groß, ebenso die Sorgen vor Störungen im Ablauf in den Praxen sowie die ungeklärte Finanzierung. Die jetzt vom BMG gemachte Ankündigung müsse von den Ärzten daher als Affront verstanden werden. Bartmann betonte, aus seiner Sicht müsse die Einführung von Telematik in den Arztpraxen auf freiwilliger Basis für die Ärzte erfolgen. Einen entsprechenden Beschluss solle der kommende 111. Deutsche Ärztetag 2008 in Ulm fassen. Eine eGK mit Anwendungen, die medizinischen Nutzen stifteten, deren Einsatz die Abläufe in den Praxen nicht über Gebühr störe und für die nachweisbar und glaubwürdig Datensicherheit bestehe, würde ein „Selbstläufer“ werden. Doch diesen Nachweis gebe es bisher nicht, und um ihn zu führen, seien ausreichende Tests mit einer soliden Evaluation sowie einer soliden Finanzierung erforderlich.

Auch verschiedene Landesärztekammern hatten sich kritisch gegenüber der Einführung der eGK geäußert. Die Delegierten der Landesärztekammer Baden-Württemberg etwa lehnten die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der bisherigen Form ab und forderten die Politik auf, das Projekt Gesundheitskarte unter Beachtung der Bedingungen der Ärzteschaft

völlig neu zu konzipieren. Noch deutlicher äußerten sich verschiedene Ärzteverbände Ende August in einem Schreiben an die Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Darin fordern der NAV-Virchowbund, MEDI Deutschland und der Bundesverband der Arztgenossenschaften die beiden ärztlichen Organisationen auf, nach der Ankündigung des BMG die Arbeit in der gematik, der zur Vorbereitung und Einführung der eGK gebildeten Gesellschaft, sofort niederzulegen. Wörtlich heißt es dort unter anderem: „Verweigern Sie sich einer weiteren Mitwirkung an diesem eCard-Diktat!“

Kritik kam auch immer wieder aus dem Kreis der Kassenärztlichen Vereinigungen: So erhob der Vorsitzende der KV Hamburg, Dieter Bollmann, Mitte September 2007 erneut die Forderung nach einer mindestens kostenneutralen Umsetzung. Die Ärzte sollten in Technik investieren, deren Nutzen nach ihrer Ansicht nicht zu erkennen sei.

SVR Gesundheit: Defizite bei der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe

Deutliche Kritik an der bisherigen Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe äußerte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) in seinem im Herbst vorgelegten Gutachten 2007. Wörtlich heißt es dort unter anderem: „Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe weist gegenwärtig eine Reihe von Defiziten auf, die im Prozess der Entwicklung einer verbesserten Arbeitsteilung neu gestaltet werden sollten.“ Konkret betont der Rat dann, die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen entspreche nicht den demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen, und „hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen Ärzten und der Pflege“, bestehe ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit. Es zeige sich eine „nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung“.

Die Sachverständigen-Gruppe schlägt dann im Gutachten unter anderem vor:

- eine Modellklausel zur stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe,
- die Übertragung von Tätigkeiten, die das Versorgungssystem bisher unzureichend abdeckt, auf nichtärztliche Gesundheitsberufe, zum Beispiel im Bereich der Prävention,
- eine größere Handlungsautonomie der nichtärztlichen Berufe, zum Beispiel die Verordnung von Pflegebedarfsartikeln durch die Pflege,
- Poolkompetenzen für Tätigkeiten, die von mehreren Berufsgruppen ausgeführt werden können, sowie
- die Profilierung der Ausbildung aller Gesundheitsberufe als kommende Aufgabe der medizinischen Fakultäten.

Pflegerat spricht von „Arztorientierung“

Mit seiner nachhaltigen Kritik an der bisherigen Form der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe in Deutschland hat der Sachverständigenrat eine heftige Diskussion ausgelöst. Vertreter des Deutschen Pflegerates (DPR) erklärten – unterstützt vom Bundesgesundheitsministerium – im Anschluss an die Aussagen des Gutachtens, „die Arztorientierung und damit einhergehende Strukturhoheit der Ärzte auf allen Gebieten des Versorgungssystems“ seien nicht geeignet, um die neuen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu bewältigen. Während DPR-Präsidentin Marie-Luise Müller in einem Gespräch mit der Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt konkret forderte, dass Pflegende zukünftig beispielsweise Verordnungsleistungen für pflegerische Hilfsmittel, Wundmanagement, pflege-diagnostische Leistungen und Beratungsmodule im Bereich der Prävention durch präventive Hausbesuche erbringen dürfen sollten, warnten Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam vor „Medizin light“.

Bundesärztekammer: Selbstverwirklichungswünsche

Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe reagierte postwendend auf die Vorschläge des SVR Gesundheit: Der Rat erhoffe sich eine Verbesserung in mangelhaften Versorgungssituationen durch die Übertragung ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Gesundheitsberufe. Veränderungen der bisherigen Arbeitsteilung und auch der haftungsrechtlichen Regelungen sollten sich aber vor allem am Nutzen des Patienten orientieren und „nicht an Selbstverwirklichungswünschen des einen oder anderen Gesundheitsberufes“, betonte Hoppe wörtlich. Vielmehr müssten der Patient und seine Behandlungsnotwendigkeit im Mittelpunkt stehen und nicht praxisferne Konzeptentwürfe, die zu weiteren Verwerfungen führen.

Warnung vor „Medizin light“

Gemeinsam warnten BÄK und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) davor, eine „Medizin light“ einführen zu wollen, um Ärztemangel und Rationierung zu kaschieren. Die Behandlung von Patienten und die Heilung von Krankheiten seien originäre Aufgaben der Ärzte. Leistungen, die eine staatliche Zulassung zur Ausübung der Heilkunde am Menschen – die Approbation – voraussetzen, die also unter dem Arztvorbehalt stünden, könnten und dürften nicht von anderen ausgeführt werden. Arztvorbehalt und ein hoher ärztlicher Standard sicherten maßgeblich die gute Qualität in der Patientenversorgung; eine Deprofessionalisierung des Arztberufes sei deshalb sicher keine Lösung. Eine sinnvolle Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe sei wichtig und werde von BÄK und KBV gefördert. Wörtlich hieß es in einer Erklärung der beiden Organisationen weiter: „Wenn wir gemeinsam die Versorgung der Patienten verbessern wollen, so kann dies nicht dadurch geschehen, dass einige Vertreter der Pflegeverbände der irrigen Meinung sind, ärztliche Tätigkeiten ließen sich einfach auch von Pflegekräften übernehmen. Es geht nicht um machtpolitische Strukturhoheiten, sondern

einzig um die Frage: Wie erreichen wir die bestmögliche Versorgung der Patienten?“ Pflegekräfte und Ärzte erfüllten hier wichtige Aufgaben. Schnittstellenmanagement bedeute aber nicht die Übernahme von fachfremden Aufgaben und Anmaßung von Kompetenz, sondern ein vernünftiges Zusammenwirken im Sinne der Patienten.

Sachverständigenrat soll jetzt Generationengerechtigkeit untersuchen

In seinem nächsten Gutachten, das der Rat bis zum Frühjahr 2009 fertig gestellt haben soll, wird sich der Rat im Übrigen laut einem Auftrag von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt mit der „generationengerechten Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ befassen. Das Gutachten soll unter anderem konkrete Empfehlungen zum Umbau des Gesundheitswesens in einer älter werdenden Gesellschaft enthalten und dabei die besonderen Bedürfnisse junger Menschen berücksichtigen. Speziell die Zunahme chronischer Erkrankungen und der Multimorbidität müsse zur Veränderung der Versorgungsstruktur und zu einer effektiveren und effizienteren Steuerung der Versorgungsprozesse führen.

AOK Baden-Württemberg schreibt die hausärztliche Versorgung aus – KVen gehen leer aus

Einem Erdbeben für das bisherige System der ambulanten Versorgung kommt das gleich, was sich Ende Dezember 2007 in Baden-Württemberg abspielte: Die AOK Baden-Württemberg hatte als erste Kasse die gesamte hausärztliche Versorgung ihrer Versicherten in ganz Baden-Württemberg ausgeschrieben. Und obwohl sich gleich mehrere KV-Gemeinschaften beworben hatten, bekamen die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) und MEDI den Zuschlag. Mit ihnen, so die AOK Baden-Württemberg Ende Dezember, wolle sie exklusiv Vertragsverhandlungen aufnehmen.

Dr. Rolf Hoberg, Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, betonte: „Wir haben uns für die beiden Arztgruppen entschieden, weil deren Konzepte sehr

überzeugend und gegenüber den anderen Angeboten herausragend sind. Außerdem können beide Organisationen zusammen eine flächendeckende, qualitative Versorgung durch Hausärzte sicherstellen.“ Hoberg weiter: „Außer HÄVG und MEDI kann unserer Meinung nach kein weiterer Anbieter die in der Ausschreibung geforderten inhaltlichen und gesetzlichen Vorgaben erfüllen.“ Mit dem Vertragsvorhaben zur hausarztzentrierten Versorgung nehme die AOK Baden-Württemberg als erste Krankenkasse in Deutschland in umfassender Weise die durch den Gesetzgeber geschaffene Möglichkeit wahr, mit Arztgruppen direkt und nicht wie bisher mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Versorgungsverträge zu schließen. Der Vertrag soll ab Mitte 2008 gelten.

Bis zur Abgabefrist am 12. Dezember 2007 waren insgesamt sechs Angebote bei der AOK eingegangen. Beworben hatten sich nach Information der AOK neben der HÄVG und MEDI auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg und Bayern, der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) sowie die Softwarefirma MedatiXX.

Köhler: „Schwarzer Tag für Patienten und Ärzte“

KBV-Chef Dr. Andreas Köhler quittierte die Entscheidung gegen seine Organisation mit einem scharfen Angriff auf die AOK Baden-Württemberg: „Sie will gar keinen echten Wettbewerb, sondern positioniert sich bewusst gegen die KVen. Das ist ein schwarzer Tag für Patienten und Ärzte.“ Für ihn sei es nicht nachvollziehbar, warum die AOK die KVen von vornherein von Verhandlungen ausschließe. „Wir erfüllen alle Voraussetzungen, um einen solchen Vertrag flächendeckend umzusetzen“, betonte der KBV-Chef. Es sei nun „eine wichtige Aufgabe, Patienten und Ärzte über die Konsequenzen aufzuklären. Wer sich als Patient auf diesen Vertrag ohne KV einlässt, muss wissen, dass er bei Arztbesuchen außerhalb von Baden-Württemberg nicht mehr einfach seine Chipkarte einsetzen kann, sondern die Behandlung aus eigener Tasche vorstrecken muss.“

Ärzte müssen wissen, dass die AOK in ihrer Ausschreibung verlangt, dass Behandlungs- und Patientendaten direkt an die Kasse geschickt werden sollen. Außerdem handelt es sich nicht um einen Vertrag, der eine zusätzliche Vergütung bringt. Das Geld soll der Gesamtvergütung entzogen werden. Außerdem wird durch einen solchen Vertrag der politische Erfolg der Ärzteschaft, das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen zu übertragen, wieder zunichte gemacht."

Schwerpunkt auf Qualität

AOK-Chef Hoberg bezeichnete die Reaktion der KBV als „unnötige Panikmache“. AOK-Patienten, die künftig an der neuen Hausarztversorgung in Baden-Württemberg teilnehmen, hätten aufgrund der geltenden Rechtsbestimmungen weiterhin einen Anspruch auf umfassende medizinische Betreuung in ganz Deutschland. Sie könnten sich außerhalb Baden-Württembergs selbstverständlich mit ihrer bundesweit geltenden Chipkarte behandeln lassen und bräuchten keinesfalls finanziell in Vorleistung zu treten, wie das die KBV behauptete. Außerdem werde die AOK in den Vertragsverhandlungen gesteigerten Wert darauf legen, dass mehr Qualitätsaspekte für die ärztliche Behandlung vereinbart würden. Hoberg: „Ärzte, die mit uns diesen Weg gehen, müssen diese Qualitätsanforderungen erfüllen und erhalten dann dafür auch eine angemessene Vergütung. Der Patient wird das deutlich spüren. Beispielsweise an sehr viel besser koordinierten Behandlungsabläufen. Der Hausarzt ist zu seiner Funktion als Lotse vertraglich verpflichtet, zu der auch Serviceleistungen wie Abendsprechstunden gehören.“ Ein Versicherter, der sich eingeschrieben habe, binde sich mindestens zwölf Monate lang an den von ihm gewählten Hausarzt, der ebenfalls im neuen Versorgungsangebot eingeschrieben sein müsse. Die Teilnahme sei für Ärzte wie AOK-Patienten in jedem Fall freiwillig. Wenn Arzt und Patient nicht eingeschrieben seien, laufe die Behandlung nach dem bisherigen Standard ab. Die Vergütung der ärztlichen Leistung werde dann weiterhin über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet.

Im Hausärzterverband Baden-Württemberg sind nach AOK-Angaben rund 3.500 Hausärzte organisiert; MEDI habe rund 6.500 Haus- und Fachärzte in seinen Reihen. Erste konkrete Vertragsinhalte will die AOK bis Ende März 2008 vorlegen. Ärzte und Versicherte könnten sich ab Jahresmitte in die neue Hausarztversorgung einschreiben, die dann in der zweiten Jahreshälfte 2008 landesweit starten soll. Krankenhäuser müssen mit Inkrafttreten des Vertrages damit rechnen, dass die beteiligten Hausärzte noch intensiver eine Belegungssteuerung mit dem Ziel der Senkung der Krankenhaushäufigkeit betreiben werden. Ihre Vergütung soll nämlich in den variablen Bestandteilen unter anderem von der Senkung der Krankenhaushäufigkeit abhängen, ging aus Presseveröffentlichungen in Baden-Württemberg hervor.

Mehr im Gesundheitswesen Tätige – dennoch Alarm-Stimmung!

Die Meldung des Statistischen Bundesamtes sah ganz nach einer Erfolgsmeldung aus: Zum 31. Dezember 2006 waren rund 4,3 Millionen Menschen in Deutschland und damit etwa jeder neunte Beschäftigte im Gesundheitswesen tätig. Zwischen 2005 und 2006 stieg die Zahl der Arbeitsplätze im Gesundheitswesen um 34.000. Das entspricht einem Beschäftigungswachstum von 0,8 %.

Dennoch versteckt sich hinter den Globalzahlen des Statistischen Bundesamtes im Krankenhausbereich eine Entwicklung, die Besorgnis aufkommen lässt: Im Krankenhaus waren Ende 2006 nämlich erstmals weniger als 300.000 Pflegekräfte beschäftigt – eine Folge des langjährigen Trends zum Personalabbau insbesondere im Pflegebereich. Im Jahr 2006 hat die Zahl der Pflegekräfte (Vollzeit-Äquivalente) gegenüber dem Vorjahr nochmals um 3.018 Vollkräfte oder 1,0 % abgenommen und liegt nun nur noch bei 299.328 (siehe Tabelle). Die Zahl der Klinikärzte hat dagegen von 2005 auf 2006 um 2.105 oder 1,7 % auf nunmehr 123.715 zugenommen.

Beschäftigte im Krankenhaus 1991–2006

Jahr	Beschäftigte am 31. Dezember					Vollkräfte im Jahresdurchschnitt			
	Insgesamt	davon				Insgesamt	davon		
		Ärztlicher Dienst		Nichtärztlicher Dienst			Ärztlicher Dienst	Nichtärztlicher Dienst	
		zusammen	darunter hauptamtliche Ärzte/Ärztinnen	zusammen	darunter Pflegedienst			zusammen	darunter Pflegedienst
Anzahl									
1991	1.119.791	110.569	98.051	1.009.222	389.511	875.816	95.208	780.608	326.072
1992	1.133.050	112.602	98.186	1.020.448	399.915	882.449	97.673	784.776	331.301
1993	1.134.690	113.063	98.627	1.021.627	405.848	875.115	95.640	779.474	332.724
1994	1.146.779	115.714	100.919	1.031.065	417.272	880.150	97.105	783.045	342.324
1995	1.161.863	117.805	103.093	1.044.058	429.183	887.564	101.590	785.974	350.571
1996	1.150.857	119.419	104.746	1.031.438	427.271	880.000	104.352	775.648	349.423
1997	1.133.409	119.936	106.338	1.013.473	420.306	861.549	105.618	755.930	341.138
1998	1.124.881	121.232	108.367	1.003.649	419.284	850.948	107.106	743.842	337.716
1999	1.114.178	121.918	109.888	992.260	415.865	843.452	107.900	735.552	334.890
2000	1.108.646	123.381	111.580	985.265	414.478	834.585	108.696	725.889	332.269
2001	1.109.420	125.156	113.593	984.264	416.319	832.530	110.152	722.379	331.472
2002	1.120.773	127.401	116.061	993.372	417.282	833.541	112.763	720.778	327.384
2003	1.104.610	130.298	118.486	974.312	408.183	823.939	114.105	709.834	320.158
2004	1.079.831	131.175	129.817	948.656	396.691	805.988	117.681	688.307	309.510
2005	1.070.655	132.380	131.115	938.275	393.186	796.097	121.610	674.488	302.346
2006	1.071.995	135.135	133.649	936.860	392.711	791.914	123.715	668.200	299.328

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2006

Jobmaschine Gesundheitssektor

Doch im gesamten Gesundheitssektor bleibt es bei der Jobmaschine: Während die Beschäftigung im Gesundheitswesen im Jahr 2004 lediglich um 14.000 Personen (+0,3%) zunahm, waren 2005 mit einem Plus von 28.000 (+0,6%) und 2006 mit einem erneuten Anstieg von 34.000 Beschäftigten (+0,8%) wieder deutlichere Zuwächse zu verzeichnen, betont das Statistische Bundesamt. Die Zuwächse seien vor allem auf 22.000 zusätzliche Arbeitsplätze in den Gesundheitsdienstberufen und in den sozialen Berufen (+11.000) zurückzuführen. Die Beschäftigung in sonstigen Gesundheitsfachberufen (zum Beispiel Pharmakanten) und in anderen Berufen des Gesundheitswesens (zum Beispiel Reinigungskräfte) blieb 2006 mit einem leichten Anstieg von jeweils 1.000 Personen dagegen nahezu konstant. Nur im Gesundheitshandwerk (zum Beispiel Augenoptiker) gab es 2006 rund 1.000 Beschäftigte weniger als im Vorjahr.

Mit je 1,8 Millionen Personen arbeitete die Mehrzahl der Beschäftigten (84%) im Jahr 2006 in Einrichtungen der ambulanten sowie stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung. In der ambulanten Gesundheitsversorgung gab es 2006 mit einem Plus von 7.000 Personen einen schwächeren Zuwachs als im Vorjahr (+16.000). Einen Beschäftigungsanstieg gab es 2006 vor allem in stationären und teilstationären Einrichtungen (+16.000 Personen). Nachdem das Krankenhauspersonal in den drei Jahren von 2003 bis 2005 um insgesamt 50.000 Beschäftigte abnahm, gab es 2006 erstmals wieder einen leichten Anstieg (+1.000 Personen).

60% der 4,3 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen besaßen eine Vollzeitstelle: Die Zahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten im Gesundheitswesen, das sogenannte Vollzeitäquivalent, lag bei 3,3 Millionen. Es stagnierte 2006 mit einem leichten Zuwachs von 1.000 nahezu, denn der Anstieg der Teilzeitbeschäftigten um 3,0% und der geringfügig Beschäftigten um 5,0% wurde durch den Rückgang der Vollzeitbeschäftigung um 0,9% fast relativiert. Im Jahr 2005 allerdings war das Vollzeitäquivalent mit einem Minus von 23.000 oder 0,7% noch rückläufig.

Die Situation der Heilberufe

Deutscher Ärztetag: Hoppe wiedergewählt; Montgomery wird Vizepräsident

Bei den auf dem 110. Deutschen Ärztetag im Mai 2007 in Münster turnusmäßig anstehenden Wahlen zum Vorstand der Bundesärztekammer wurde Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe in seinem Amt als Präsident der Bundesärztekammer mit großer Mehrheit bestätigt. Hoppe war auf dem 102. Deutschen Ärztetag 1999 in Cottbus erstmalig zum Präsidenten der Bundesärztekammer gewählt und auf dem 106. Deutschen Ärztetag 2003 in Köln in seinem Amt bestätigt worden.

Zum neuen Vizepräsidenten wurde der Marburger-Bund-Vorsitzende und Präsident der Ärztekammer Hamburg Dr. Frank Ulrich Montgomery gewählt. Er erhielt im dritten und entscheidenden Wahlgang 121 von 237 gültigen Stimmen. Dr. Cornelia Goesmann, Hannover, wurde als Vizepräsidentin bestätigt. Ebenfalls für vier Jahre wurden mit Rudolf Henke und Dr. Max Kaplan zwei weitere Ärzte in den Vorstand gewählt, dem außerdem als „geborene“ Mitglieder die 17 Präsidenten der Ärztekammern angehören.

Einsatz für die Freiheit des Arztberufes

Inhaltlich brachte der Deutsche Ärztetag eine schonungslose Abrechnung mit der Gesundheitsreform 2007, aber auch den Blick auf zukünftige Chancen und Möglichkeiten. BÄK-Präsident Hoppe betonte in seiner Eröffnungsrede, die jüngste Gesundheitsreform habe die Erwartungen der Ärzteschaft „nicht erfüllt – wohl aber unsere ärgsten Befürchtungen übertroffen“. Nie zuvor sei die Freiheit des Arztberufes so in Frage gestellt worden, gleichzeitig hätten jedoch Ärztinnen und Ärzte nie zuvor „so für die Freiheit des Arztberufes gekämpft – und darauf können wir stolz sein“, fügte Hoppe hinzu.

Dabei gebe es durchaus Möglichkeiten, das bisherige System der gesetzlichen Krankenversicherung zukunfts-

fähig zu machen. Dazu müsse die GKV auf ihre originären Aufgaben zurückgeführt werden. Es dürfe nicht weiter so sein, dass die Politik selbst durch versicherungsfremde Leistungen die gesetzliche Krankenversicherung jährlich in zweistelliger Milliardenhöhe belaste. Schon die vollständige Finanzierung der bisher beitragsfreien Kindermitversicherung aus Steuermitteln könnte zu einer Entlastung der GKV von zehn Milliarden Euro führen, so Hoppe. Ziel der Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens müsse es sein, eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung mit chancengleichem Zugang und Teilhabe aller am medizinischen Fortschritt auch weiterhin unter den schwieriger werdenden Rahmenbedingungen sicherzustellen, heißt es unter anderem im zentralen Beschluss des Deutschen Ärztetages zur Reform.

GOÄ-Reform überfällig!

Als unverzichtbar hat der Deutsche Ärztetag eine eigenständige Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als Vergütungsgrundlage für ärztliche Leistungen in Praxis und Krankenhaus bezeichnet. Die GOÄ sichere den fairen Interessenausgleich zwischen Arzt und Patient – nämlich eine leistungsgerechte, angemessene Honorierung des Arztes und den Schutz des Patienten vor finanzieller Überforderung (Verbraucherschutz). Das politische Verschleppen der notwendigen GOÄ-Reform sei nicht weiter hinzunehmen. Die politische Antwort auf diesen Missstand könne nicht die Abschaffung der GOÄ durch Gleichschaltung der Privattaxe mit GKV-Vergütungsregelungen sein; mit einer solchen staatlich verordneten Einheitsmedizin würde die angeprangerte Zwei-Klassen-Medizin durch wachsende „Graue Märkte“ vielmehr erst geschaffen.

In einem weiteren Beschluss fordert der Deutsche Ärztetag, die Arbeitsbedingungen insbesondere für junge Assistenz- und Fachärzte grundlegend zu verbessern, um dem Ärztemangel und dadurch drohendem Qualitätsverlust an deutschen Kliniken entgegenzuwirken. Dies betreffe insbesondere die Forderung nach einer

dauerhaft gesicherten und angemessenen Honorierung ärztlicher Leistungen, die Einhaltung einer vertretbaren Arbeitszeit, eine weitgehende Entlastung bei Verwaltungsaufgaben, eine kontinuierliche und zuverlässige Weiterbildung sowie Möglichkeiten für eine Kinderbetreuung.

Führungswechsel auch beim Marburger Bund

Nach 18 Jahren gemeinsamer Vorstandszeit war es Anfang November 2007 Zeit für den Führungswechsel bei der Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB): Rudolf Henke, der seit 1989 2. Vorsitzender war, ist seit dem 11. November neuer Chef der Ärztegewerkschaft. Dr. Frank Ulrich Montgomery war nach 18 Jahren im Amt des Vorsitzenden, nach der im vergangenen Jahr erfolgten Auflösung der Tarifgemeinschaft mit der Dienstleistungsgewerkschaft verdi und dem erfolgreichen Erstreiten eigenständiger Tarifverträge für Ärztinnen und Ärzte mit der Tarifgemeinschaft Deutscher Länder (TDL) und der VKA – Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände – nicht mehr angetreten und hatte so Platz für den bisherigen langjährigen 2. Vorsitzenden gemacht. Zum neuen 2. Vorsitzenden der Ärztegewerkschaft wurde der Münchener Chirurg Dr. Andreas Botzlar gewählt.

Arbeitsbedingungen an kirchlichen Kliniken

Henke, der selbst aus einem katholischen Krankenhaus kommt, setzt einen klaren Schwerpunkt seiner zukünftigen Aktivitäten im Bereich der Tarifbedingungen an den kirchlichen Kliniken: Er forderte insbesondere die Ärzteschaft kirchlicher Krankenhäuser auf, es den Kollegen aus Universitäten und kommunalen Häusern gleichzutun und den Marburger Bund durch Beitritt zu stärken. Schon im Vorfeld der Berliner Hauptversamm-

lung der Ärztegewerkschaft hatte es gegenüber den kirchlichen Klinikträgern geheißen, in deren Zuständigkeitsbereich seien die Arbeitsbedingungen besonders schlecht. Basis dieser Vorwürfe war eine schriftliche Umfrage der Ärztegewerkschaft unter ihren Mitgliedern, aus der die schlechteren Arbeitsbedingungen an kirchlichen Häusern hervorgingen, hieß es von Seiten des MB.

Im Rahmen der Hauptversammlung wurden die Vorwürfe des MB erneuert: So kritisierten die Delegierten in einer Entschliebung scharf die Arbeits- und Einkommensbedingungen von Ärzten in den 720 kirchlichen Krankenhäusern Deutschlands. Einstimmig verurteilten die 203 Delegierten, dass im Vergleich zu öffentlichen Krankenhäusern in kirchlichen Kliniken mehr illegale Dienste und Patienten gefährdende Marathonschichten abverlangt, geleistete Überstunden schlechter vergütet und Arbeitszeiten kaum erfasst würden. Der Marburger Bund forderte die konfessionellen Krankenhausträger auf, die in den arzt-spezifischen Tarifverträgen auf Landes- und Kommunalebene festgelegten Arbeits- und Einkommensbedingungen zu übernehmen. Weiter hieß es, die Arbeitsrechtsetzung auf dem sogenannten „Dritten Weg“ sei nur dann legitimiert, wenn christliche Werte die Dienstgemeinschaft tatsächlich prägten und nach außen sichtbar würden. „Wo im kirchlichen Krankenhaus das Christliche zurücktritt und sich das Gewinnstreben übermächtig in den Vordergrund drängt, wo versucht wird, sich durch Lohndumping Wettbewerbsvorteile zu verschaffen, ist für das kirchliche Privileg kein Raum mehr“, heißt es wörtlich in dem entsprechenden Beschluss. Die Ärztegewerkschaft sehe diesen „Dritten Weg“ kritisch, weil er die zur Verbesserung der Arbeitssituation notwendige Koalitionsfreiheit der Arbeitnehmer (Art. 9 Abs. 3 Grundgesetz) einschränke.

Ärzte sehen KV-Funktionäre kritisch, aber mehrheitlich für unverzichtbar

Die Vertragsärzteschaft steht den Funktionären der Kassenärztlichen Bundesvereinigung skeptisch gegenüber, hält die ärztliche Selbstverwaltung aber mehrheitlich für unverzichtbar. So lautet das zentrale Ergebnis der Studie „Ausgewählte Aspekte des deutschen Gesundheitssystems im Urteil der Vertragsärzteschaft“. Doch immerhin 13 bis 19% der Befragten halten die ärztliche Selbstverwaltung im Bereich der Vertragsärzteschaft für verzichtbar. Etwa ein Drittel der Befragten vertrat nur mit Einschränkungen die Meinung, dass die ärztliche Selbstverwaltung unverzichtbar sei. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden dagegen deutlich kritischer gesehen – was sicherlich vor allem daran liegt, dass die KVen vom Gesetzgeber immer mehr zu einer staatlichen Auftragsverwaltung verändert werden. Für ungefähr ein Viertel der Befragten sind diese Institutionen unverzichtbar, etwa die Hälfte stimmt dieser Einschätzung teilweise – also mit Einschränkungen – zu und ein weiteres Viertel hält sie für verzichtbar.

Die Hälfte der Befragten hält KBV-Funktionäre für „unfähig“

Besonders kritisch werden die Funktionäre der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gesehen. Nur eine Minderheit der befragten Vertragsärzte hält sie für fähig. Ungefähr die Hälfte der Befragten sieht das diametral anders.

Eine in der Zukunft nicht auszuschließende Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen belastet die Befragten in deutlich geringerem Ausmaß als die ungenügende Vorbereitung der Vertragsärzteschaft auf diesen Schritt.

Das größte Handicap für die Ärzteschaft sieht die Mehrheit der befragten Vertragsärzte in der fehlenden Geschlossenheit. Allerdings zeigen die Untersuchungsergebnisse von 2007, dass die Befragten aus den alten Bundesländern die Situation nicht ganz so negativ bewerten wie ihre Kollegen aus den neuen Bundesländern.

Lagebericht

Allgemeiner Überblick

Geschäftsverlauf

Wie in den Vorjahren konnte unsere Gesellschaft auch 2007 ihre erfreuliche Beitragsentwicklung fortsetzen. Durch Bestandszuwächse und eine Beitragsanpassung von 5% gemäß § 8 III AHB stiegen die Brutto-Beitrags-einnahmen gegenüber 2006 um 8,2% auf 11,5 Mio. Euro (2006: 10,7 Mio Euro) an. Durch den ab 1. Januar 2007 geltenden neuen Quotenrückversicherungsvertrag von 90% verblieb bei unserer Gesellschaft ein Netto-Beitrag von 1,2 Mio. Euro.

Aufgrund einer ungewöhnlich hohen Schadenbelastung zum Jahresende lag der Brutto-Schadenaufwand in Höhe von 20,2 Mio. Euro um 8,4 Mio. Euro über dem Vorjahreswert. Nach Abzug der Rückversicherung belief

sich der Netto-Schadenaufwand auf 8,2 Mio. Euro. Entsprechend den gesetzlich vorgeschriebenen Bestimmungen konnten 2,6 Mio. Euro aus der Schwankungsrückstellung entnommen werden. Nach der Veränderung der Schwankungsrückstellung ergab sich ein versicherungstechnisches Ergebnis von -4,5 Mio. Euro (2006: -4,0 Mio. Euro).

Das Kapitalanlageergebnis belief sich im Berichtsjahr auf 3,1 Mio. Euro und lag damit um 378 Tsd. Euro über dem Vorjahreswert. Unter Einbeziehung des Kapitalanlageergebnisses und des sonstigen Ergebnisses ergab sich nach Steuern ein Jahresfehlbetrag in Höhe von 1,4 Mio. Euro.

Zusammenfassend zeigt der Geschäftsverlauf 2007 folgendes Bild:

	2007 in Tsd. Euro	2006 in Tsd. Euro
Versicherungstechnisches Ergebnis vor Schwankungsrückstellung	-7.051	-1.667
Veränderung der Schwankungsrückstellung	2.574	-2.349
Kapitalanlageergebnis	3.119	2.741
Saldo der sonstigen Erträge und Aufwendungen	-70	-34
Fehlbetrag vor Steuern	-1.428	-1.309
Steuern	18	-85
Jahresfehlbetrag	-1.446	-1.224

Produkte

Haftpflichtversicherung „MedProtect“

Das im Jahr 2003 eingeführte Produkt MedProtect hat sich im Markt weiter etabliert. Zum 1. Januar 2008 hat sich mit der Bayerischen Landesärztekammer eine weitere Landesärztekammer MedProtect angeschlossen, so dass derzeit insgesamt 13 Landesärztekammern vertraglich auf der Basis einer bundeseinheitlichen Regelung mit der Deutschen Ärzteversicherung zusammenarbeiten. Den Angehörigen der angeschlossenen Landesärztekammern wird ein attraktives und auf den spezifischen Bedarf des Arztes abgestimmtes Produkt angeboten. Wir sehen es als eine sehr erfreuliche Entwicklung an, wie positiv dieses wichtige Produkt bei den Kunden angenommen wird.

Praxis-Vielschutzversicherung

Die optimale finanzielle Absicherung der Praxis und der Praxiseinrichtung vor Schäden wie Leitungswasser- oder Feuerschäden wie auch die der Kosten durch die dadurch entstandene Betriebsunterbrechung ist die Praxis-Vielschutzversicherung. Im Berichtsjahr wurden die Bedingungen dieser Versicherung gründlich überarbeitet. Typische arzt spezifische Risiken wurden eingearbeitet wie zum Beispiel mobil eingesetzte Betriebs-einrichtungen in den Räumen Dritter oder die Arzttasche/Notfallkoffer gegen Beschädigung oder Verlust während eines Krankenbesuches.

Versicherungsvertragsrecht (VVG)

Das VVG wurde durch das „Gesetz zur Reform des Versicherungsvertragsrechts“ grundlegend reformiert. Die Neufassung trat zum 1. Januar 2008 in Kraft und es enthält erhebliche Änderungen mit dem Ziel, die Transparenz von Versicherungsverträgen zu verbessern. Die Vorbereitung auf die Reform löste allerdings auch erhebliche zusätzliche Verwaltungsaufwendungen aus, die Einfluss auf die Verwaltungskostenquote hatten. Ein Teilaspekt betrifft die verwaltungs- und antrags-technischen Prozesse. Die Deutsche Ärzteversicherung hat sich dabei für das „Antragsmodell“ als Standardmodell entschieden. Gleichwohl sind wir darauf vorbereitet, im Einzelfall auch nach dem „Invitatio-Modell“ zu polizieren. Die beiden Varianten unterscheiden sich deutlich in dem Aufwand der vertragsrelevanten Korrespondenz mit dem Kunden.

Medi-Learn Club

Unsere Geschäftsbeziehungen zu dem im November 2006 gegründeten und seither mit uns kooperierenden Medi-Learn Club hat sich im laufenden Geschäftsjahr erfreulich weiterentwickelt. Die Mitglieder des Clubs erhalten eine Reihe studentenspezifischer Leistungen. Zentraler Leistungsbaustein des Club-Pakets ist die Berufs- und Privathaftpflichtversicherung der Deutschen Ärzteversicherung.

Hartmannbund

Für Medizinstudenten, die Mitglieder im Hartmannbund sind, bieten wir über diese Organisation eine obligatorische Berufshaftpflichtversicherung an. Die Studenten haben damit automatisch bis zum Beginn des praktischen Jahres Versicherungsschutz. Der seit November 2006 bestehende Vertrag mit dem Hartmannbund hat sich auch im Berichtsjahr gut weiterentwickelt.

ZAD/bvmd

Die mit dem Zahnmedizinischen Austauschdienst (ZAD) sowie mit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) für Famulanten und PJler im Auslandseinsatz vereinbarten Produkte erfreuen sich zunehmender Akzeptanz. Wir sehen hierin einen Beleg, dass die in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Organisationen entwickelten Produkte und Services in der Zielgruppe auch akzeptiert werden, und werden diesen erfolgreichen Weg auch weiterhin konsequent gehen.

Marketing

Fast 20 Jahre hat die Deutsche Ärzteversicherung mit ihrer außergewöhnlichen werblichen Bildgestaltung mit Cartoons prägend für unser Unternehmen gewirkt. Vor allem die technische Entwicklung im Online-Bereich bedingte nun allerdings eine optische Überarbeitung. Logo und Schrifttype wurden stark vereinfacht. Um eine neue Bildgestaltung zu finden, mit der wir uns im Markt unterscheiden würden, mussten wir allerdings mit der branchenweiten Gewohnheit brechen, den Arzt in seinem beruflichen Umfeld abzubilden. Ärzte legen aber neben ihrem Beruf viel Wert auf Familie und Freizeit. Deshalb nutzen wir nun überwiegend Fotos aus diesen Bereichen – und wie Tests zeigen, ist das sehr gut von unserer Zielgruppe angenommen worden.

Der Geschäftsverlauf im Einzelnen

Beitragseinnahmen

Die Beitragsentwicklung unserer Gesellschaft wurde im Berichtsjahr vor allem durch Bestandszuwächse sowie eine Beitragsanpassung von 5% gemäß § 8 III AHB in der Sparte Arzt-Haftpflichtversicherung beeinflusst. Insgesamt nahmen die Beiträge um 8,2% auf 11,5 Mio. Euro zu. Durch den ab 1. Januar 2007 geltenden Quotenrückversicherungsvertrag von 90% verblieb eine Selbstbehaltsquote von 10%. Im Vorjahr lag die Selbstbehaltsquote bei 102,3%. Diese war durch die Rückabwicklung eines Rückversicherungsvertrages stark beeinflusst worden.

Beitragsentwicklung	in Mio. Euro
2007	11,5
2006	10,7
2005	10,3
2004	9,2

Schadenverlauf

Nach einem positiven Schadenverlauf zu Beginn des Jahres führte eine ungewöhnlich hohe Schadenbelastung zum Jahresende im Versicherungszweig Haftpflicht zu einem Brutto-Schadenaufwand von 20,2 Mio. Euro (2006: 11,8 Mio. Euro). Eine Entlastung durch den neuen Quotenrückversicherungsvertrag trat dabei nur für Schadenfälle mit Eintrittsjahr 2007 ein. Nach Abzug der Rückversicherung betrug der Netto-Schadenaufwand 8,2 Mio. Euro. Durch Reservestärkungen erhöhten sich die Brutto-Schadenrückstellungen um 22,7% auf 73,3 Mio. Euro.

Kostenverlauf

Mit 1,8 Mio. Euro lagen die Verwaltungsaufwendungen im Berichtsjahr um 6,2% über denen des Vorjahres. Der Anstieg der Verwaltungsaufwendungen resultiert unter anderem aus Projektkosten im Rahmen der Einführung der WG-Reform. Bei der Brutto-Kostenquote – dem Verhältnis der Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb zu den verdienten Brutto-Beiträgen – war ein leichter Anstieg von 16,6% in 2006 auf 16,8% im Berichtsjahr zu verzeichnen.

Kapitalanlagebestand

Das Jahr 2007 war durch einen Aufwärtstrend der Aktienmärkte und das Ansteigen des Zinsniveaus geprägt. Alle bedeutenden Aktienindizes erzielten bereits das fünfte Jahr in Folge Wertzuwächse. Der im Rahmen unserer Kapitalanlagestrategie besonders wichtige europäische Aktienmarkt konnte gemessen am EuroStoxx 50 nach Einbußen im März sowie August auf das Jahr gesehen einen Zuwachs von 6,4% auf 4.400 Punkte zum Jahresende verzeichnen. Der Deutsche Aktienindex (DAX) notierte im Dezember 2007 mit 8.067 Punkten (+22,1%) ebenfalls deutlich höher als zu Jahresbeginn. Der für den amerikanischen Aktienmarkt repräsentative S&P 500 Index konnte hierzu im Vergleich nur einen Anstieg von + 3,5% ausweisen.

Im vergangenen Geschäftsjahr war ein anhaltender Anstieg der Zinsen im Euro-Raum zu beobachten, der die Anlage in festverzinsliche Wertpapiere zu verbesserten Konditionen ermöglichte. Auslöser der Zinsanstiege waren die positiven Konjunkturschätzungen, die angesichts kontinuierlich gestiegener Ölpreise auch von Inflationsängsten begleitet wurden. Im Laufe des Jahres 2007 erhöhte die Europäische Zentralbank die Leitzinsen in zwei Schritten von 3,5% auf insgesamt 4,0%. Auch der Zinssatz für 10-jährige Bundesanleihen stieg unter Schwankungen von 3,95% Anfang 2007 auf 4,31% Ende Dezember.

Die Kapitalanlagestrategie der Deutschen Ärzteversicherung Allgemeine zielt darauf ab, durch eine adäquate Ausrichtung des Kapitalanlageportfolios die an ihre Kunden gegebenen Leistungsversprechen zu erfüllen. Zudem nutzt unsere Gesellschaft weitere Möglichkeiten der Kapitalmärkte, um die zur Verfügung stehenden Mittel in Kapitalanlagen mit attraktiven Konditionen zu investieren. Im Geschäftsjahr 2007 blieb der Anteil an Aktien auf Marktwertbasis mit 9,3% un-

verändert. Nach dem starken Zinsanstieg im Juni 2007 auf über 4,5% hat die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine durch langfristige Anlagen in festverzinsliche Wertpapiere die Duration – die Kennzahl für die mittlere Zinsbindung unseres Portfolios – weiter erhöht, um langfristig hohe Zinserträge zu sichern.

Der Bestand an Kapitalanlagen sank bei unserer Gesellschaft im Jahr 2007 um 3,3 % auf 62,0 Mio. Euro.

Struktur der Kapitalanlagen	Buchwerte 2007		Buchwerte 2006		Zeitwerte	
	Tsd. Euro	%	Tsd. Euro	%	Tsd. Euro	Tsd. Euro
Aktien und Investmentanteile	6.374	10,3	6.374	9,9	6.803	7.206
Festverzinsliche Wertpapiere	7.841	12,6	7.818	12,2	7.419	7.718
Schuldscheindarlehen und Namenspapiere	46.079	74,3	48.589	75,7	45.082	48.821
Übrige Ausleihungen	1.074	1,7	1.074	1,7	1.086	1.102
Einlagen bei Kreditinstituten	650	1,1	300	0,5	650	300
Summe	62.018	100,0	64.155	100,0	61.040	65.147

Innerhalb des gesamten Investitionsvolumens von 8,3 Mio. Euro (2006: 10,8 Mio. Euro) bildeten mit 7,8 Mio. Euro die festverzinslichen Wertpapiere den Schwerpunkt unserer Neuanlagen.

Struktur der Zugänge	Tsd. Euro	%
Festverzinsliche Wertpapiere	7.778	94,14
Schuldscheindarlehen und Namenspapiere	134	1,62
Einlagen bei Kreditinstituten	350	4,24
Summe	8.262	100,00

Zeitwerte der Kapitalanlagen

Die Bewertungsreserven als Differenz zwischen dem aktuellen Marktwert und dem Buchwert beliefen sich zum 31. Dezember 2007 auf –978 Tsd. Euro (2006: +992 Tsd. Euro). Die Reserveverringerung in Höhe von 1.970 Tsd. Euro gegenüber dem Vorjahr ist vorrangig auf die im Geschäftsjahr 2007 gestiegenen Zinssätze im Bereich Rententitel zurückzuführen.

Kapitalanlageergebnis

Das gesamte Kapitalanlageergebnis – alle Erträge abzüglich aller Aufwendungen sowie vor Abzug des technischen Zinsertrages – betrug 3,2 Mio. Euro (2006: 2,8 Mio. Euro) und stieg gegenüber dem Vorjahr um 14,2%. Dabei nahmen die laufenden Erträge um 20,8% auf 3,4 Mio. Euro (2006: 2,8 Mio. Euro) zu. Dem standen laufende Aufwendungen in Höhe von 43 Tsd. Euro (2006: 40 Tsd. Euro) gegenüber.

Aus dem Verkauf von festverzinslichen Wertpapieren wurden Verluste in Höhe von 233 Tsd. Euro realisiert, um langfristig in höher verzinsten Papieren zu investieren.

Zu- oder Abschreibungen wurden im Geschäftsjahr 2007 nicht durchgeführt.

Die Nettoverzinsung der Kapitalanlagen – berechnet nach der Formel des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft – betrug 5,0% (2006: 4,5%).

Jahresfehlbetrag

Für das Geschäftsjahr ergab sich ein Jahresfehlbetrag von 1.446 Tsd. Euro (2006: –1.223 Tsd. Euro). Unter Berücksichtigung eines Gewinnvortrags von 74 Tsd. Euro und einer Entnahme von 1.400 Tsd. Euro aus den Gewinnrücklagen ergab sich ein Bilanzgewinn von 28 Tsd. Euro.

Eigenkapitalausstattung

Entsprechend dem Jahresergebnis stellt sich unsere Eigenkapitalausstattung wie folgt dar:

	2007 in Tsd. Euro	2006 in Tsd. Euro
gezeichnetes Kapital	1.485	1.485
Kapitalrücklage	798	798
Gewinnrücklagen	1.619	3.019
Bilanzgewinn	28	74
Eigenkapital	3.930	5.376

Daraus ergibt sich ein Verhältnis des Eigenkapitals zu den Nettobeiträgen von 340,2% gegenüber 49,3% im Vorjahr.

Geschäftsgebiet und betriebene Versicherungszweige

Um unsere Zielgruppe, die Angehörigen der akademischen Heilberufe in Deutschland, ihren Bedürfnissen entsprechend mit Versicherungsschutz zu versorgen, bietet die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine die Arzt-Haftpflicht-, die Arzt-Unfall- und die Arztpraxis-Vielschutzversicherung an. Auf Seite 55 dieses Geschäftsberichtes werden die von uns betriebenen Versicherungszweige im Einzelnen aufgeführt.

Geschäftsverlauf in den einzelnen Versicherungszweigen

Arzt-Haftpflichtversicherung

In der Arzt-Haftpflichtversicherung stiegen die Beitragseinnahmen im Vergleich zum Vorjahr um 10,4 % auf 8,9 Mio. Euro (2006: 8,1 Mio. Euro) an. Dieses Wachstum resultierte vornehmlich aus Bestandszuwächsen sowie aus der Beitragsanpassung nach § 8 III AHB zum Jahresanfang 2007.

Zum Ende des Geschäftsjahres 2007 war ein signifikanter Anstieg der Schadenersatzansprüche zu verzeichnen. Entsprechend haben wir eine Stärkung der Reserven für Schadenfälle aus Vorjahren vorgenommen. Als Folge daraus stieg der Brutto-Schadenaufwand auf 18,3 Mio. Euro (2006: 8,1 Mio. Euro) an. Nach Abzug der Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb in Höhe von 1,7 Mio. Euro (2006: 1,5 Mio. Euro) ergab sich ein versicherungstechnisches Brutto-Ergebnis von -11,1 Mio. Euro, das damit deutlich über dem Vorjahreswert von -1,5 Mio. Euro lag. Nach Rückversicherung und Auflösung der Schwankungsrückstellung verblieb ein versicherungstechnischer Verlust von -4,7 Mio. Euro (2006: -2,9 Mio. Euro).

Arzt-Unfallversicherung

Aufgrund eines leicht rückläufigen Neugeschäftes verringerten sich in der Sparte Arzt-Unfallversicherung die Beitragseinnahmen um 0,4 Prozent auf 1,3 Mio. Euro. Im Gegensatz zum Vorjahr – hier belasteten diverse Großschäden den Schadenaufwand – konnte in 2007 eine günstige Brutto-Schadenquote von 48,0 % realisiert werden. Für eigene Rechnung stellte sich das versicherungstechnische Ergebnis nach einer erforderlichen Zuführung zur Schwankungsrückstellung in Höhe von 198 Tsd. Euro auf +140 Tsd. Euro (2006: -534 Tsd. Euro).

Arztpraxis-Vielschutzversicherung

In der Arztpraxis-Vielschutzversicherung führten Bestandsveränderungen in Verbindung mit einer geringen Stornoquote zu einem Beitragsanstieg von 3,3 % auf 1,4 Mio. Euro. Trotz mehrerer Großschäden verbesserte sich die Brutto-Schadenquote von 120,4 % auf 94,1 %. Nach Abzug der Rückversicherung und Auflösung der Schwankungsrückstellung in Höhe von 89 Tsd. Euro betrug das versicherungstechnische Netto-Ergebnis +60 Tsd. Euro (2006: -545 Tsd. Euro).

Risiken der zukünftigen Entwicklung

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“. Dem Deutschen Rechnungslegungs Standard zur Risikoberichterstattung von Versicherungsunternehmen (DRS 5-20) entsprechend stellt sich unsere Risikosituation wie folgt dar:

Versicherungstechnische Risiken und Chancen

Die Schadenquoten und Abwicklungsergebnisse für eigene Rechnung haben sich in den vergangenen zehn Jahren wie folgt entwickelt:

	Schadenquote Geschäftsjahr in % der verdienten Beiträge	Abwicklungsergebnis in % der Rückstellung am 1. Januar
1998	84,9	-5,6
1999	95,1	-2,8
2000	82,4	-4,9
2001	72,6	-7,1
2002	81,0	-2,1
2003	133,4	-7,9
2004	131,6	+1,9
2005	116,4	+1,5
2006	102,9	+0,6
2007	130,3	-11,7

Die teilweise hohen Schadenquoten spiegeln unser versicherungstechnisches Risiko vor allem im Hauptgeschäft Arzt-Haftpflichtversicherung wider. Die Zeichnung dieses Geschäfts bedingt ein hohes Reservolumen und führt daher zu hoher Volatilität. Die Entwicklung im Großschadenbereich prägte in den zurückliegenden Jahren die Schadenquoten. Die Geschäftsjahres-Schadenquoten sind aufgrund eines seit 2003 geänderten Reservierungsverhaltens mit den Vorjahren nicht vergleichbar. Hier werden insbesondere unsere geänderten Richtlinien zur Reservedotierung von Personenschäden sichtbar. Darüber hinaus sind seit 2005 aktuarielle Berechnungsmethoden zur Geschäftssteuerung eingeflossen. Die Schadenquote des Vorjahres war durch die Rückabwicklung eines Rückversicherungsvertrages positiv beeinflusst. Im Berichtsjahr hat eine insbesondere im 4. Quartal sichtbar gewordene Häufung von negativen Entwicklungen (medizinische Gutachten, Gerichtsurteile etc.) zu einer überdurchschnittlichen Belastung geführt. Entsprechend haben wir eine Stärkung der Reserven für Schadenfälle aus Vorjahren vorgenommen. Infolge der Veränderung der Rechtslage bzw. im Verhalten der Marktteilnehmer kann ein trendartiger Schadenanstieg nicht ausge-

schlossen werden. Insoweit kann ggf. eine zusätzliche Dotierung der Schadenrückstellungen erforderlich werden. Selbstverständlich wird diese Entwicklung auch in Verbindung mit Entwicklungen vergleichbarer Portfolios im AXA Konzern analysiert. Die versicherungstechnischen Risiken werden seit dem Zeichnungsjahr 2007 durch die Abgabe einer 90-prozentigen Rückversicherungsquote stark reduziert. Hierdurch verringert sich das Schadenrisiko netto bei gleicher Brutto-Schadenquote.

Neben dem Risiko einer Häufung von Großschäden kann auch eine Kumulation von Schadenereignissen (Schadenursachen) bei einem Versicherten (unechter Serienschaden) zu einer außerordentlich hohen Schadenbelastung führen. Wegen der Spätschadenproblematik, die sich aus der Übernahme von Berufshaftpflichttrisiken von Ärzten ergibt, können sich solche Schadenhäufungen erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung offenbaren. Aufgrund von historischen Erfahrungen haben wir dieses Risiko bei der Kalkulation berücksichtigt und in unsere Zeichnungspolitik sowie die regelmäßigen Schadencontrolling-Aktivitäten einfließen lassen.

Risiken aus dem Ausfall von Forderungen aus dem Versicherungsgeschäft

Der Forderungsbestand der Deutschen Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG gegenüber den Versicherungsnehmern betrug zum Bilanzstichtag 14 Tsd. Euro.

Risiken aus Kapitalanlagen

Zum Erhalt bzw. Ausbau der notwendigen Risikotragfähigkeit werden die Risiken der Kapitalanlagen weiterhin aktiv gesteuert und an das jeweilige Kapitalmarktumfeld angepasst. Der Rückgang der Reserven auf per Saldo -1,0 Mio. Euro resultiert aus einer Verringerung der Marktwerte im Rentenbereich. Hauptursache hierfür ist der Zinsanstieg. Die übrigen Kapitalanlagen weisen positive stille Reserven auf.

Die einzelnen Risiken sind wie folgt definiert:

Marktrisiken: Die Finanzmärkte bestimmen mittel- oder unmittelbar die Preise von Kapitalanlagen. Um ein mögliches Risikoszenario zu ermitteln, wird ein Preisverfall von Aktien (ohne Beteiligungen und verbundene Unternehmen), Zinsprodukten und Währungen simuliert. An dieser Stelle werden Marktwertschwankungen unter Berücksichtigung der bestehenden Währungs- und Kurssicherungen dargestellt, um die tatsächlichen Sensitivitäten unserer Kapitalanlagen zu verdeutlichen.

Das zum Jahresende 2007 nicht realisierte Ergebnis von -1,0 Mio. Euro würde sich um die nachstehend angegebenen Werte verändern, wenn sich die Preise von Aktien, Renten und Währungen im dort angeführten Ausmaß nach oben oder unten bewegen.

Aktienmarktveränderung	Veränderung des Marktwertes der Kapitalanlagen
Anstieg um 35 %	+2,1 Mio. Euro
Anstieg um 20 %	+1,2 Mio. Euro
Anstieg um 10 %	+0,6 Mio. Euro
Sinken um 10 %	- 0,6 Mio. Euro
Sinken um 20 %	- 1,2 Mio. Euro
Sinken um 35 %	- 1,6 Mio. Euro

Renditeveränderung des Rentenmarktes	Veränderung des Marktwertes der Kapitalanlagen
Anstieg um 200 Basispunkte	- 5,6 Mio. Euro
Anstieg um 100 Basispunkte	- 2,8 Mio. Euro
Sinken um 100 Basispunkte	+2,8 Mio. Euro
Sinken um 200 Basispunkte	+5,6 Mio. Euro

Währungsveränderung	Veränderung des Marktwertes der Kapitalanlagen
Anstieg um 10 %	+204 Tsd. Euro
Anstieg um 5 %	+ 96 Tsd. Euro
Sinken um 5 %	- 87 Tsd. Euro
Sinken um 10 %	- 167 Tsd. Euro

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 Wertsicherungskonzepten, um die Portfolios kurzfristig gegen weitere Wertverluste abzusichern.

Bonitätsrisiken: Das Bonitätsrisiko umfasst die Insolvenz, den Zahlungsverzug und die Bonitätsverschlechterung des Schuldners bzw. Emittenten. Die Einstufung der Bonität erfolgt entweder mit Hilfe von externen Agenturen oder nach einheitlichen internen Maßstäben und wird mit kontinuierlichen Kontrollprozessen überprüft. Auch für die Vergabe von Krediten gelten strenge Vorschriften bezüglich der Bonität. Kreditrisiken werden breit gestreut; das Einzelengagement unterliegt der regelmäßigen Überwachung. Mit Hilfe unserer Kontrollverfahren für den Zins- und Tilgungsdienst sowie unseres Mahnverfahrens erhalten wir einen detaillierten Überblick über ausstehende Zahlungen.

Liquiditätsrisiken: Dem Risiko unzureichender Liquidität wird durch eine mehrjährige Planung der Zahlungsströme entgegengewirkt. Zusätzlich erfolgt für einen rollierenden Zwölfmonatszeitraum eine Prognose auf Monatsbasis. Insgesamt wird bei der Kapitalanlage auf Fungibilität der einzelnen Anlage geachtet, damit wir den Verpflichtungen nachkommen können, die wir unseren Versicherungskunden gegenüber eingegangen sind. Außerdem wird die Liquidität unserer Gesellschaft durch das Liquiditätshilfeabkommen innerhalb des AXA Konzerns sichergestellt.

Risikosteuerung der Kapitalanlagen

Das Asset Liability Management (ALM)-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. Um die Auswirkungen alternativer Szenarien erkennen zu können, werden Sensitivitäts- und Risikoanalysen auf der Basis von Wahrscheinlichkeitsrechnungen durchgeführt. Mit Hilfe der Aktiv-Passiv-Steuerung (ALM) wird die Interaktion zwischen der Mittelherkunft und Mittelverwendung berücksichtigt und abgestimmt. Die aufsichtsrechtlichen Vorschriften zur Mischung und Streuung werden genau eingehalten.

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

Die mit den derivativen Finanzinstrumenten verbundenen Gefahren werden in stochastischen Modellen (Monte Carlo-Simulationen) berücksichtigt und simuliert. Die Entscheidung über den Einsatz der Instrumente (Optionen, Zins- und Währungsswaps usw.) wird nach eingehenden Analysen alternativer Strategien und Sensitivitätsberechnungen sowie nach der Bonitätsprüfung der Anbieter gefällt.

Das Risikocontrolling überprüft und berichtet regelmäßig die Derivatpositionen und kontrolliert das Einhalten der vorgegebenen Grenzniveaus.

Operationale Risiken

Die wesentlichen Prozessrisiken und die Sicherheit der internen Kontrollsysteme werden regelmäßig von der AXA 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. Die Koordination unseres umfangreichen Projektportfolios erfolgt durch das Konzern-Projektmanagement, das sich auf ein umfassendes Berichtswesen mit Vorwarnelementen stützt.

Operationale Risiken, die aus dem Integrationsprozess von AXA und DBV-Winterthur entstehen könnten, wurden erfasst und evaluiert. Es wurden Gegensteuerungsmaßnahmen erarbeitet, so dass das Risiko insgesamt als gering zu werten ist. Die Risiken werden regelmäßig überprüft, damit auch für neue Risiken entsprechende Maßnahmen formuliert werden.

Die Reform des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) trat zum 1. Januar 2008 mit Wirkung für das Neugeschäft in Kraft. Im Jahr 2008 steht noch die Umsetzung der Vorgaben aus der VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) an, für welche eine Übergangsfrist bis zum 30. Juni 2008 besteht. Außerdem müssen die Maßnahmen für die Anpassung des Bestandsgeschäftes an das neue VVG bis zum 1. Januar 2009 umgesetzt werden. Eine detaillierte Projektplanung sowie laufende Priorisierungsentscheidungen ermöglichen den erfolgreichen Abschluss der notwendigen System- und Prozessanpassungen.

Zusammenfassende Darstellung der Risikolage

Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine Risiken bekannt, die den Fortbestand der Deutschen Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG gefährden könnten. Die vorhandenen Eigenmittel von 3,9 Mio. Euro übersteigen die zur Erfüllung der Solvabilitätsanforderung notwendigen Eigenmittel um 0,2 Mio. Euro.

Sonstige Angaben

Beziehungen zu verbundenen Unternehmen

Im Sinne des § 17 des Aktiengesetzes (AktG) sind wir ein abhängiges Unternehmen zur Deutsche Ärzteversicherung AG, Köln. Gemäß § 312 AktG haben wir dem Aufsichtsrat über die Beziehungen zu verbundenen Unternehmen für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2007 berichtet. Der Bericht endet mit folgender Erklärung:

„Zusammenfassend erklären wir, dass die Gesellschaft nach den Umständen, die uns in dem Zeitpunkt bekannt waren, in dem die Rechtsgeschäfte vorgenommen wurden, bei jedem Rechtsgeschäft eine angemessene Gegenleistung erhielt. Es wurden keine Maßnahmen auf Veranlassung oder im Interesse von verbundenen Unternehmen getroffen oder unterlassen.“

Verwaltungsgemeinschaft

Im Wege der Funktionsausgliederung werden unsere Geschäftsfunktionen aufgrund von Dienstleistungsverträgen von folgenden Gesellschaften ausgeübt:

- Die Deutsche Ärzteversicherung AG, Köln, ist verantwortlich für die Vertragsverwaltung, Marketing, Vertriebs- und Produktpolitik.
- Die AXA Service AG, Köln, übernimmt die Bereiche Schadenbearbeitung, Rechnungswesen, EDV-Anwendungsentwicklung, Risikomanagement und Controlling, Recht und Steuern.
- Die Funktionen aus dem Bereich der Vermögensanlage und -verwaltung für börsennotierte Kapitalanlagen nimmt die AXA Konzern AG durch die AXA Investment Managers Deutschland GmbH, Köln, und die Apo Asset Management GmbH, Düsseldorf, wahr.

Kooperation

Kooperationsverträge bestehen mit ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen.

Zugehörigkeit zu Verbänden

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

- Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV), Berlin
- Der Versicherungsombudsmann e.V., Berlin

Nachtragsbericht

Nach dem Schluss des Geschäftsjahres 2007 sind bei der Deutschen Ärzteversicherung Allgemeine keine Vorgänge eingetreten, die wesentliche Auswirkungen auf die Ertrags-, Finanz- und Vermögenslage der Gesellschaft haben.

Ausblick und Chancen

Die Integration der DBV-Winterthur Versicherungen in den deutschen AXA Konzern und die Zuordnung des dort vorhandenen Geschäftsfeldes der „akademischen Heilberufe“ zur Deutschen Ärzteversicherung wird im laufenden Geschäftsjahr zusätzliche Geschäftschancen eröffnen. Erste Auswirkungen werden sich primär im Neugeschäft zeigen. Über Jahrzehnte hat sich die DBV-Winterthur bei den Ärzten einen guten Ruf als kompetenter Berufshaftpflichtversicherer aufgebaut. Es wird jetzt entscheidend darauf ankommen, dieses positive Image bei dieser Zielgruppe für die weitere positive Entwicklung unserer Gesellschaft zu nutzen. Insgesamt erwarten wir im laufenden Geschäftsjahr wieder ein deutliches Beitragswachstum.

Im laufenden Geschäftsjahr sind Maßnahmen zur Verbesserung der Rentabilität unseres Geschäftes geplant, um die Auswirkungen der Volatilität unseres Geschäftes, insbesondere aufgrund von Großschäden im Bereich der Berufshaftpflichtversicherung, auszugleichen. Vor dem Hintergrund der im Geschäftsjahr 2007 bereits verarbeiteten bilanziellen Schadenbelastungen rechnen wir im laufenden Geschäftsjahr nicht mehr mit weiteren, außergewöhnlichen Belastungen und erwarten insgesamt wieder ein positives Bilanzergebnis.

Köln, den 1. April 2008

Der Vorstand

Gewinnverwendungsvorschlag

Der Jahresfehlbetrag des Geschäftsjahres 2007 beträgt insgesamt 1.446.298,90 Euro.

Unter Berücksichtigung des Gewinnvortrags aus dem Vorjahr in Höhe von 74.194,86 Euro und einer Entnahme aus den Gewinnrücklagen in Höhe von 1.400.000,00 Euro ergibt sich ein Bilanzgewinn in Höhe von 27.895,96 Euro.

Wir schlagen vor, den Bilanzgewinn von 27.895,96 Euro in das folgende Geschäftsjahr vorzutragen.

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 2007 fortlaufend von der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung überzeugt. Durch vierteljährliche Berichte und in zwei Sitzungen wurde er eingehend mündlich und schriftlich gemäß § 90 des Aktiengesetzes über die allgemeine Geschäftsentwicklung sowie über grundlegende Angelegenheiten und 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 Vorstands, die der Zustimmung des Aufsichtsrats bedurften, sind in den Sitzungen vor der Beschlussfassung vom Vorstand eingehend erläutert worden.

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 2007 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 nach der Aufstellung vor. Ebenso wurde der Bericht des Abschlussprüfers allen Mitgliedern des

Aufsichtsrats fristgerecht vorgelegt. Der Abschlussprüfer hat den Prüfungsbericht und das Prüfungsergebnis dem Aufsichtsrat in der bilanzfeststellenden Sitzung zusätzlich mündlich erläutert und Fragen des Aufsichtsrats beantwortet. Der Aufsichtsrat nahm den Bericht und die Erläuterungen zustimmend zur Kenntnis.

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

Der Aufsichtsrat hat den vom Vorstand aufgestellten Bericht über die Beziehungen zu verbundenen Unternehmen geprüft und sieht zu Beanstandungen keinen Anlass. Der Abschlussprüfer hat nach der Prüfung des Berichts über die Beziehungen zu verbundenen Unternehmen folgenden Bestätigungsvermerk erteilt:

„Nach unserer pflichtmäßigen Prüfung und Beurteilung bestätigen wir, dass

1. die tatsächlichen Angaben des Berichts richtig sind,
2. bei den im Bericht aufgeführten Rechtsgeschäften die Leistung der Gesellschaft nicht unangemessen hoch war.“

Der Aufsichtsrat schließt sich der Feststellung des Abschlussprüfers an.

Gegen die Erklärung des Vorstands am Schluss des Berichts über die Beziehungen zu verbundenen Unternehmen hat der Aufsichtsrat nach dem abschließenden Ergebnis seiner Prüfung keine Einwendungen zu erheben.

Im Aufsichtsrat der Gesellschaft hat es im Berichtsjahr keine Veränderungen gegeben.

Mit Beschluss vom 19. November 2007 hat der Aufsichtsrat Herrn Josef Lölsberg mit Wirkung zum 1. Januar 2008 zum Mitglied des Vorstandes der Gesellschaft bestellt. Die Bestellung stand unter der aufschiebenden Bedingung der Unbedenklichkeitserklärung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Diese Erklärung ist am 23. Januar 2008 von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht abge-

geben worden, so dass Herr Lölsberg seit diesem Tage Mitglied des Vorstandes der Gesellschaft ist.

Dem Vorstand und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Dienstleistungsgesellschaften, die für unsere Gesellschaft tätig geworden sind, gilt für ihre Leistung im Jahr 2007 unser ganz besonderer Dank.

Köln, den 5. Mai 2008

Für den Aufsichtsrat

Dr. Markus Hofmann

Vorsitzender

Jahresabschluss

Bilanz zum 31. Dezember 2007

Gewinn- und Verlustrechnung
für die Zeit
vom 1. Januar bis 31. Dezember 2007

Anhang

Bilanz zum 31. Dezember 2007

Aktiva	Euro	Euro	Euro	2007 Euro	2006 Euro
A. Kapitalanlagen					
I. Sonstige Kapitalanlagen					
1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere		6.373.949			6.373.949
2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere		7.841.190			7.818.490
3. Sonstige Ausleihungen					
a) Namensschuldverschreibungen	9.056.459				11.566.272
b) Schuldscheinforderungen und Darlehen	37.022.584				37.022.584
c) übrige Ausleihungen	<u>1.073.713</u>				<u>1.073.713</u>
4. Einlagen bei Kreditinstituten		47.152.756	62.017.895	62.017.895	49.662.569
		<u>650.000</u>			<u>300.000</u>
					64.155.008
B. Forderungen					
I. Forderungen aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft an:					
– Versicherungsnehmer			14.100		32.819
II. Abrechnungsforderungen aus dem Rückversicherungsgeschäft davon an verbundene Unternehmen: 372.866 Euro (2006: 201.919 Euro)			619.991		201.919
III. Sonstige Forderungen davon an verbundene Unternehmen 0 Euro (2006: 2.627 Euro)			<u>1.097.418</u>		<u>658.049</u>
				1.731.509	892.787
C. Sonstige Vermögensgegenstände					
I. Laufende Guthaben bei Kreditinstituten, Schecks und Kassenbestand			159.556		87.958
II. Andere Vermögensgegenstände			<u>321.742</u>	481.298	<u>370.960</u>
					458.918
D. Rechnungsabgrenzungsposten					
I. Abgegrenzte Zinsen und Mieten				1.646.947	1.604.119
				65.877.649	67.110.832

Passiva	Euro	Euro	2007 Euro	2006 Euro
A. Eigenkapital				
I. Gezeichnetes Kapital		1.485.000		1.485.000
II. Kapitalrücklage		798.053		798.053
III. Gewinnrücklagen				
1. gesetzliche Rücklage	18.581			18.581
2. andere Gewinnrücklagen				
– Vortrag zum 1.1.	3.000.000			1.179.647
– Einstellung durch die Hauptversammlung aus dem Bilanzgewinn	0			2.820.353
– Entnahme	<u>-1.400.000</u>			<u>-1.000.000</u>
IV. Bilanzgewinn		1.618.581		3.018.581
		<u>27.896</u>	3.929.530	<u>74.195</u>
				5.375.829
B. Versicherungstechnische Rückstellungen				
I. Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle				
1. Bruttobetrag	73.279.190			59.737.960
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	<u>13.376.483</u>			<u>2.640.317</u>
		59.902.707		57.097.643
II. Schwankungsrückstellung und ähnliche Rückstellungen		<u>198.248</u>		<u>2.772.579</u>
			60.100.955	59.870.222
C. Andere Rückstellungen				
I. Steuerrückstellungen		194.600		194.600
II. Sonstige Rückstellungen		<u>211.390</u>		<u>224.001</u>
			405.990	418.601
D. Andere Verbindlichkeiten				
I. Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft gegenüber: – Versicherungsnehmern		24.750		19.570
II. Abrechnungsverbindlichkeiten aus dem Rückversicherungsgeschäft		0		115.395
III. Sonstige Verbindlichkeiten davon aus Steuern: 0 Euro (2006: 3.763 Euro) davon gegenüber verbundenen Unternehmen: 1.382.937 Euro (2006: 1.304.423 Euro)		<u>1.416.424</u>		<u>1.311.215</u>
			1.441.174	1.446.180
			65.877.649	67.110.832

Unfallversicherung und Haftpflichtversicherung

Es wird bestätigt, dass die in der Bilanz unter dem Posten B.I. der Passiva eingestellte Deckungsrückstellung unter Beachtung der §§ 341 f und 341 g HGB sowie der aufgrund des § 65 Abs. 1 VAG erlassenen Rechtsverordnungen berechnet worden ist.

Köln, den 25. März 2008

Der verantwortliche Aktuar: Jochen Kneiphof

Köln, den 1. April 2008

Der Vorstand

Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2007

Gesamtes Versicherungsgeschäft	Euro	Euro	2007 Euro	2006 Euro
I. Versicherungstechnische Rechnung				
1. Verdiente Beiträge f.e.R.				
a) Gebuchte Bruttobeiträge		11.545.192		10.666.589
b) Abgegebene Rückversicherungsbeiträge		<u>10.390.118</u>	1.155.074	<u>-248.054</u>
				10.914.643
2. Technischer Zinsertrag f.e.R.			42.049	26.948
3. Sonstige versicherungstechnische Erträge f.e.R.			750	482
4. Aufwendungen für Versicherungsfälle f.e.R.				
a) Zahlungen für Versicherungsfälle				
aa) Bruttobetrag	6.700.115			7.310.781
bb) Anteil der Rückversicherer	<u>1.333.804</u>	5.366.311		<u>371.220</u>
b) Veränderung der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle				6.939.561
aa) Bruttobetrag	13.541.230			4.504.474
bb) Anteil der Rückversicherer	<u>10.736.166</u>	2.805.064	8.171.375	<u>527.168</u>
				<u>3.977.306</u>
				10.916.867
5. Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb f.e.R.				
a) Bruttoaufwendungen für den Versicherungsbetrieb		1.935.662		1.765.964
b) davon ab:				
erhaltene Provisionen und Gewinnbeteiligungen aus dem in Rückdeckung gegebenen Versicherungsgeschäft		<u>1.861.984</u>	73.678	<u>113.654</u>
				1.652.310
6. Sonstige versicherungstechnische Aufwendungen f.e.R.			<u>4.104</u>	<u>39.711</u>
7. Zwischensumme			-7.051.284	-1.666.815
8. Veränderung der Schwankungsrückstellung und ähnlicher Rückstellungen*			2.574.331	-2.348.742
9. Versicherungstechnisches Ergebnis f.e.R.			-4.476.953	-4.015.557

f.e.R. = für eigene Rechnung

* - = Erhöhung der Rückstellung

	Euro	Euro	2007 Euro	2006 Euro
Versicherungstechnisches Ergebnis f.e.R.			-4.476.953	-4.015.557
II. Nichtversicherungstechnische Rechnung				
1. Erträge aus Kapitalanlagen				
a) Erträge aus anderen Kapitalanlagen				
– Erträge aus anderen Kapitalanlagen	3.437.275			2.846.586
b) Erträge aus Zuschreibungen	0			60.657
c) Gewinne aus dem Abgang von Kapitalanlagen	<u>790</u>			<u>0</u>
		3.438.065		2.907.243
2. Aufwendungen für Kapitalanlagen				
a) Aufwendungen für die Verwaltung von Kapitalanlagen, Zinsaufwendungen und sonstige Aufwendungen für die Kapitalanlagen	42.681			39.912
b) Verluste aus dem Abgang von Kapitalanlagen	<u>234.162</u>			<u>99.228</u>
		<u>276.843</u>		<u>139.140</u>
		3.161.222		2.768.103
3. Technischer Zinsertrag		<u>-42.049</u>		<u>-26.948</u>
			3.119.173	2.741.155
4. Sonstige Erträge		36.011		82.652
5. Sonstige Aufwendungen		<u>106.298</u>		<u>116.857</u>
			<u>-70.287</u>	<u>-34.205</u>
6. Ergebnis der normalen Geschäftstätigkeit			-1.428.067	-1.308.607
7. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag			<u>18.232</u>	<u>-85.170</u>
8. Jahresfehlbetrag			-1.446.299	-1.223.437
9. Gewinnvortrag aus dem Vorjahr			74.195	297.632
10. Entnahmen aus Gewinnrücklagen – aus anderen Gewinnrücklagen			1.400.000	1.000.000
11. Bilanzgewinn			27.896	74.195

f.e.R. = für eigene Rechnung

Jahresabschluss

Anhang mit:

Bilanzierungs-
und Bewertungsmethoden

Angaben zur Bilanz

Angaben zur
Gewinn- und Verlustrechnung

Sonstige Angaben

Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden

Aktiva

Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere, die dem **Anlagevermögen** zugeordnet wurden, bilanzieren wir entsprechend den für das Anlagevermögen geltenden Vorschriften gemäß § 341 b HGB. Diese Vorschriften besagen, dass bei einer voraussichtlich dauernden Wertminderung eine Abschreibung verpflichtend ist. Zur Beurteilung, ob eine dauernde Wertminderung vorliegt, können zwei alternative Methoden wie folgt zur Anwendung kommen:

- Der Zeitwert des Wertpapiers liegt in den dem Bilanzstichtag vorangehenden sechs Monaten permanent um mehr als 20% unter dem Buchwert.
- Der Durchschnittswert der täglichen Börsenkurse des Wertpapiers liegt in den letzten zwölf Monaten um mehr als 10% unter dem Buchwert.

Wir bilanzieren wie im Vorjahr gemäß dem ersten Aufgreifkriterium. 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 voraussichtliche dauerhafte Wertminderung überprüft:

- wesentliche Bonitätsverschlechterung der Emittenten der Rentenpapiere und
- realisierte Netto-Verluste im Fonds oder
- erwartete Zahlungsausfälle aus Rentenpapieren.

Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere, die dem **Anlagevermögen** zugeordnet wurden, bilanzieren wir entsprechend dem gemilderten Niederstwertprinzip mit den Anschaffungskosten bzw. dem niedrigeren beizulegenden Wert. Die dauerhafte Wertminderung eines Wertpapiers haben wir angenommen, wenn der Zeitwert des Wertpapiers aufgrund von Währungskursänderungen zum Jahresende einen Werteverfall aufweist oder sich das Rating/ die Bonität eines Emittenten wesentlich verschlechtert hat. Sofern die Gründe für eine gegebenenfalls vorgenommene Abschreibung aufgrund von Währungskursänderungen oder Ratingverschlechterungen eines Emittenten nicht mehr existierten, wurde auf die Anschaffungskosten oder den am Stichtag niedrigeren beizulegenden Wert zugeschrieben.

Namenschuldverschreibungen wurden mit dem Nennbetrag, falls erforderlich vermindert um notwendige Abschreibungen, angesetzt.

Schuldscheinforderungen und Darlehen bilanzieren wir mit dem Nennbetrag gemäß § 341 c Abs. 1 HGB und, falls erforderlich, vermindert um notwendige Abschreibungen.

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

Die **übrigen Ausleihungen** setzten wir mit den Nennbeträgen an.

Einlagen bei Kreditinstituten wurden mit den Nennbeträgen angesetzt.

Forderungen aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft wurden mit dem Nennbetrag ausgewiesen, soweit nicht Einzelwertberichtigungen vorzunehmen waren.

Die **Abrechnungsforderungen aus dem Rückversicherungsgeschäft** wurden mit dem Nennbetrag ausgewiesen.

Die **sonstigen Forderungen** aktivierten wir mit dem Nennbetrag.

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

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

Passiva

Die **Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle** enthält die Rückstellung für Entschädigungen, die Renten-Deckungsrückstellung, die Spätschadenrückstellung und die Rückstellung für Schadenregulierungsaufwendungen. Die Rückstellung für Entschädigungen für das selbst abgeschlossene Geschäft wurde inventurmäßig je Einzelschaden festgesetzt und fortgeschrieben.

Bei der Ermittlung der einzelnen Schadenrückstellungen wurden Ansprüche aus Regressen und Provenues abgesetzt, soweit ihre Realisierbarkeit feststand oder zweifelsfrei bestimmbar war.

Die Spätschadenrückstellung für eingetretene, bis zur Schließung des Schadenregisters nicht gemeldete Versicherungsfälle wurde nach den Erfahrungswerten der Vorjahre ermittelt.

Die Ermittlung der Renten-Deckungsrückstellung erfolgte aus dem selbst abgeschlossenen Geschäft versicherungsmathematisch gemäß Geschäftsplan unter Zugrundelegung der Tafel DAV 2006 HUR, die seit dem 29. September 2006 als Richtlinie in Kraft gesetzt wurde.

Die Rückstellung für Schadenregulierungskosten wurde unter Beachtung des koordinierten Ländererlasses vom 22. Februar 1973 errechnet.

Die Anteile der Rückversicherer an den Rückstellungen wurden den vertraglichen Vereinbarungen entsprechend ermittelt.

Die **Schwankungsrückstellung** wurde gemäß § 341 h HGB in Verbindung mit § 29 und der Anlage § 29 RechVersV ermittelt.

Die Berechnung der **Rückstellung für drohende Verluste** im Versicherungsgeschäft erfolgte auf der Basis der durchschnittlichen technischen Verluste in einem Dreijahres-Zeitraum unter Berücksichtigung von Zinserträgen, Restlaufzeiten und der Schwankungsrückstellung.

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

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

Gewinn- und Verlustrechnung

Erträge und Aufwendungen wurden auf das Geschäftsjahr abgegrenzt.

Zeitwerte der Kapitalanlagen

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

Die Zeitwerte für **Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere** wurden auf der Basis der Börsenkurse bzw. Rücknahmepreise per 31. Dezember 2007 ermittelt (Stichtagsbewertung).

Für die **Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere** wurden die Börsenkurse per 31. Dezember 2007 angesetzt.

Die Zeitwerte für **Schuldscheindarlehen und Namenspapiere, sonstige Ausleihungen und andere Kapitalanlagen** wurden nach der Renditebewertung nach Moosmüller (Zinskurve per 31. Dezember 2007) ermittelt.

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

Einbeziehung in den Konzernabschluss

Durch die Einbeziehung der Gesellschaft in den Konzernabschluss der AXA, Paris, lagen einzelne Buchungsschlussstermine vor dem 31. Dezember des Geschäftsjahres. Die Zahlungsvorgänge grenzten wir über die sonstigen Forderungen und Verbindlichkeiten ab. Dadurch ergaben sich keine wesentlichen Einflüsse auf die Darstellung der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage.

Angaben zur Bilanz

Aktiva

Entwicklung des Aktivpostens A.I. im Geschäftsjahr 2007

		Bilanzwerte Vorjahr Euro
A.I.	Sonstige Kapitalanlagen	
	1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	6.373.949
	2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	7.818.490
	3. Sonstige Ausleihungen	
	a) Namensschuldverschreibungen	11.566.272
	b) Schuldscheinforderungen und Darlehen	37.022.584
	c) übrige Ausleihungen	1.073.713
	4. Einlagen bei Kreditinstituten	300.000
	5. Summe A.I.	64.155.008
	Insgesamt	64.155.008

Zeitwerte der Kapitalanlagen im Geschäftsjahr 2007 gemäß § 54 RechVersV in Tsd. Euro

		2007	
		Bilanzwerte	
		zu Anschaffungskosten bilanziert	
A.I.	Sonstige Kapitalanlagen		
	1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	6.374	6.803
	2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	7.841	7.419
	3. Sonstige Ausleihungen	47.153	0
	4. Einlagen bei Kreditinstituten	650	0
	5. Summe A.I.	62.018	14.222
	Insgesamt	62.018	14.222
	Unterschied zum Bilanzwert		

Zugänge	Umbuchungen	Abgänge	Zuschreibungen	Abschreibungen	Bilanzwerte
Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Berichtsjahr Euro
0	0	0	0	0	6.373.949
7.777.810	0	7.755.110	0	0	7.841.190
134.069	0	2.643.882	0	0	9.056.459
0	0	0	0	0	37.022.584
0	0	0	0	0	1.073.713
350.000	0	0	0	0	650.000
8.261.879	0	10.398.992	0	0	62.017.895
8.261.879	0	10.398.992	0	0	62.017.895

		2006			
Zeitwerte		Bilanzwerte		Zeitwerte	
zum Nennwert bilanziert	Summe	zu Anschaffungs- kosten bilanziert	zum Nennwert bilanziert	Summe	
0	6.803	6.374	7.206	0	7.206
0	7.419	7.818	7.718	0	7.718
46.168	46.168	49.663	2.564	47.359	49.923
650	650	300	0	300	300
46.818	61.040	64.155	17.488	47.659	65.147
46.818	61.040	64.155	17.488	47.659	65.147
	-978				992

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

Auf der Grundlage nachfolgender Darstellungen nimmt die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG die Möglichkeit des § 341 b HGB in Anspruch, indem Kapitalanlagen dem Anlagevermögen zugeordnet werden, weil sie dazu bestimmt sind, dauernd dem Geschäftsbetrieb zu dienen.

Die Entscheidung über die Zweckbestimmung der Kapitalanlagen ist mit Beschluss des Vorstandes der Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG wie folgt getroffen worden:

1. Im Geschäftsjahr 2007 waren Kapitalanlagen mit einem Buchwert von 14.215.139 Euro dem Anlagevermögen zugeordnet (2006: 14.192.439 Euro). Dies entspricht einem Anteil von 22,9% (2006: 22,1%) 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 Allgemeine Versicherungs-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 Allgemeine Versicherungs-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 depotmäßige Trennung von Anlage- und Umlaufvermögen ist gewährleistet.

3. Voraussichtlich dauernde Wertminderung
Zur Beurteilung, ob eine dauernde Wertminderung vorliegt, können zwei alternative Methoden wie folgt zur Anwendung kommen:

- Der Zeitwert des Wertpapiers liegt in den dem Bilanzstichtag vorangehenden sechs Monaten permanent um mehr als 20% unter dem Buchwert.
- Der Durchschnittswert der täglichen Börsenkurse des Wertpapiers liegt in den letzten zwölf Monaten um mehr als 10% unter dem Buchwert.

Wir prüften wie im Vorjahr gemäß dem ersten Aufgreifkriterium, wobei Investmentanteile, die überwiegend Aktien beinhalten, als eigenständiges Wertpapier angesehen und entsprechend bewertet wurden. Hieraus ergab sich keine Notwendigkeit für eine außerordentliche Abschreibung auf Aktieninvestmentanteile. Zuschreibungen werden in entsprechender Anwendung der vom IDW definierten Aufgreifkriterien vorgenommen, wenn nicht mehr von einer dauerhaften Wertminderung auszugehen ist. Es ergab sich keine Notwendigkeit für eine Zuschreibung.

Für Investmentanteile, die überwiegend Rentenpapiere beinhalten und stille Lasten ausweisen, wurde eine dauerhafte Wertminderung angenommen bei:

- wesentlicher Bonitätsverschlechterung der Emittenten der Rentenpapiere und
- realisierten Netto-Verlusten im Fonds oder
- erwarteten Zahlungsausfällen aus Rentenpapieren.

Hieraus ergab sich keine Notwendigkeit für eine außerordentliche Abschreibung.

Für Inhaberschuldverschreibungen und andere nicht 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 eine außerordentliche Abschreibung.

Nicht nach dem strengen Niederstwertprinzip bewertete Kapitalanlagen

	Bilanzwerte Geschäftsjahr Euro	Zeitwerte Geschäftsjahr Euro
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	6.373.949	6.803.264
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	7.841.190	7.418.600
Summe Wertpapiere	14.215.139	14.221.864
Unterschiedsbetrag zum Bilanzwert		6.725

B.III. Sonstige Forderungen

	2007 Euro	2006 Euro
darin enthalten:		
Sonstige Forderungen an verbundene Unternehmen	0	2.627
Forderungen aus überzahlten Steuern	1.095.840	648.953

C.II. Andere Vermögensgegenstände

Die Position andere Vermögensgegenstände enthielt bezahlte, jedoch noch nicht verrechnete Schäden in Höhe von 321.742 Euro (2006: 370.960 Euro).

Passiva

A. Eigenkapital

Das gezeichnete Kapital teilt sich auf in:	Euro
Stückaktien	
135.000 auf den Inhaber lautende Stückaktien	1.485.000
	1.485.000

Im Bilanzergebnis 2007 ist ein Gewinnvortrag aus dem Vorjahr in Höhe von 74.195 Euro enthalten.

B. Versicherungstechnische Bruttoreückstellungen insgesamt

	2007 Euro	2006 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	4.603.746	4.964.367
Haftpflichtversicherung	66.735.078	55.589.633
Feuer- und Sachversicherung	2.138.614	1.956.539
– davon Feuerversicherung	211.754	199.181
– davon sonstige Sachversicherung	1.926.860	1.757.358
Gesamt	73.477.438	62.510.539

B.I.1. Bruttoreückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle

	2007 Euro	2006 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	4.405.498	4.964.367
Haftpflichtversicherung	66.735.078	52.905.833
Feuer- und Sachversicherung	2.138.614	1.867.760
– davon Feuerversicherung	211.754	194.487
– davon sonstige Sachversicherung	1.926.860	1.673.273
Gesamt	73.279.190	59.737.960

B.II. Schwankungsrückstellung und ähnliche Rückstellungen

	2007	2006
	Euro	Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	198.248	0
Haftpflichtversicherung	0	2.683.800
Feuer- und Sachversicherung	0	88.779
– davon Feuerversicherung	0	4.694
– davon sonstige Sachversicherung	0	84.085
Gesamt	198.248	2.772.579

C.II. Sonstige Rückstellungen

	2007	2006
	Euro	Euro
Prüfungs- und Abschlusskosten	55.230	73.991
sonstige	156.160	150.010
Gesamt	211.390	224.001

D.III. Sonstige Verbindlichkeiten

	2007	2006
	Euro	Euro
sonstige Verbindlichkeiten gegenüber verbundenen Unternehmen	1.382.937	1.304.423
noch abzuführende Steuern	0	3.763
sonstige	33.487	3.029
Gesamt	1.416.424	1.311.215

Angaben zur Gewinn- und Verlustrechnung

I.1.a) Gebuchte Bruttobeiträge

	2007 Euro	2006 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	1.252.866	1.257.379
Haftpflichtversicherung	8.908.081	8.068.775
Feuer- und Sachversicherung	1.384.245	1.340.435
– davon Feuerversicherung	297.347	285.929
– davon sonstige Sachversicherung	1.086.898	1.054.506
Gesamt	11.545.192	10.666.589

I.1. Verdiente Bruttobeiträge

	2007 Euro	2006 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	1.252.866	1.257.379
Haftpflichtversicherung	8.908.081	8.068.775
Feuer- und Sachversicherung	1.384.245	1.340.435
– davon Feuerversicherung	297.347	285.929
– davon sonstige Sachversicherung	1.086.898	1.054.506
Gesamt	11.545.192	10.666.589

I.1. Verdiente Nettobeiträge

	2007 Euro	2006 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	125.621	922.712
Haftpflichtversicherung	891.028	9.018.775
Feuer- und Sachversicherung	138.425	973.156
– davon Feuerversicherung	29.735	207.584
– davon sonstige Sachversicherung	108.690	765.572
Gesamt	1.155.074	10.914.643

I.2. Technischer Zinsertrag für eigene Rechnung

Im selbst abgeschlossenen Geschäft wurde der technische Zinsertrag auf die Renten-Deckungsrückstellung berechnet.

Der Ertrag aus der Renten-Deckungsrückstellung wurde für ab dem 1. Juli 2000 gemeldete Renten mit 2,75%,

für ab dem 1. Januar 2007 gemeldete Renten mit 2,25% aus dem arithmetischen Mittel des Anfangs- und Endbestandes der Rückstellung ermittelt.

I.4. Bruttoaufwendungen für Versicherungsfälle

	2007 Euro	2006 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	601.751	2.101.762
Haftpflichtversicherung	18.336.335	8.099.740
Feuer- und Sachversicherung	1.303.259	1.613.753
– davon Feuerversicherung	133.024	205.848
– davon sonstige Sachversicherung	1.170.235	1.407.905
Gesamt	20.241.345	11.815.255

Das Abwicklungsergebnis wurde durch eine besondere Schadenentwicklung negativ beeinflusst.

I.5.a) Bruttoaufwendungen für den Versicherungsbetrieb

	2007 Euro	2006 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	115.222	122.073
Haftpflichtversicherung	1.671.236	1.498.591
Feuer- und Sachversicherung	149.204	145.300
– davon Feuerversicherung	31.307	30.257
– davon sonstige Sachversicherung	117.897	115.043
Gesamt	1.935.662	1.765.964

Von den Bruttoaufwendungen für den Versicherungsbetrieb des Geschäftsjahres entfallen 1.211.030 Euro (2006: 1.101.537 Euro) auf Abschlusskosten und

724.632 Euro (2006: 664.427 Euro) auf Verwaltungskosten.

Rückversicherungssaldo

	2007 Euro	2006 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	-218.626	308.595
Haftpflichtversicherung	3.716.700	950.000
Feuer- und Sachversicherung	43.762	1.501
– davon Feuerversicherung	-160.982	18.795
– davon sonstige Sachversicherung	204.744	-17.294
Gesamt	3.541.836	1.260.096

– = zugunsten des Rückversicherers

Der Rückversicherungssaldo setzt sich zusammen aus den verdienten Beiträgen des Rückversicherers und den Anteilen des Rückversicherers an den Bruttoaufwendungen für Versicherungsfälle und den Bruttoaufwendungen für den Versicherungsbetrieb.

I.7. Versicherungstechnisches Ergebnis für eigene Rechnung vor Veränderung der Schwankungsrückstellung

	2007 Euro	2006 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	338.532	-633.063
Haftpflichtversicherung	-7.361.349	-577.121
Feuer- und Sachversicherung	-28.467	-456.631
– davon Feuerversicherung	-30.325	45.760
– davon sonstige Sachversicherung	1.858	-502.391
Gesamt	-7.051.284	-1.666.815

I.9. Versicherungstechnisches Ergebnis für eigene Rechnung

	2007	2006
	Euro	Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	140.283	-534.427
Haftpflichtversicherung	-4.677.548	-2.935.720
Feuer- und Sachversicherung	60.312	-545.410
– davon Feuerversicherung	-25.631	41.066
– davon sonstige Sachversicherung	85.943	-586.476
Gesamt	-4.476.953	-4.015.557

Anzahl der mindestens einjährigen Versicherungsverträge

	2007	2006
	Stück	Stück
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	7.983	8.154
Haftpflichtversicherung	43.625	42.354
Feuer- und Sachversicherung	29.915	29.847
– davon Feuerversicherung	5.921	5.909
– davon sonstige Sachversicherung	23.994	23.938
Gesamt	81.523	80.355

II.7. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag

Die Steuern vom Einkommen und Ertrag in Höhe von 18.232 Euro sind im Geschäftsjahr alleine dem Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit zuzuordnen.

Provisionen und sonstige Bezüge der Versicherungsvertreter, Personalaufwendungen

Für Provisionen jeglicher Art der Versicherungsvertreter im Sinne des § 92 HGB für das selbst abgeschlossene Versicherungsgeschäft haben wir im Berichtsjahr 992.656 Euro (2006: 941.601 Euro) aufgewendet.

Sonstige Angaben

Angaben nach § 281 Abs. 2 Satz 1 HGB

Abschreibungen auf Kapitalanlagen, die auf rein steuerrechtlichen Vorschriften beruhen, erfolgten nicht.

Angaben nach § 285 Abs. 3 HGB

An die AXA Konzern AG, Köln, wurden im Jahr 2003 Anteile an der Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG, Köln, verkauft. In diesem Vertrag wurde eine Bewertung auf Basis des Geschäftsjahres 2003 und des Business Cases 2004 bis 2008 vereinbart.

Im Rahmen dieser Übernahme wurde auch die Möglichkeit einer teilweisen Kaufpreiserstattung bzw. Nachzahlung nach dem Geschäftsjahr 2008 in Abhängigkeit der erzielten Ergebnisse (Besserungsschein) vereinbart.

Angaben nach § 285 Nr. 7 HGB

Da im Wege der Funktionsausgliederung unsere Geschäftsfunktionen durch verschiedene Gesellschaften ausgeübt werden, haben wir keine eigenen Mitarbeiter beschäftigt.

Angaben nach § 285 Nr. 9 HGB

Die Gesamtbezüge des Aufsichtsrates betragen 6.100 Euro.

Die Vergütungen des Vorstands erfolgten durch andere Konzerngesellschaften. Der dort entstandene Aufwand

wird im Wege der Dienstleistungsverrechnungen auf unsere Gesellschaft weiterbelastet.

Es wurden keine Haftungsverhältnisse eingegangen.

Angaben gemäß § 285 Nr. 10 HGB

Mitglieder des Aufsichtsrates

Dr. Markus Hofmann

Vorsitzender
Mitglied des Vorstandes der AXA Konzern AG
und der AXA Versicherung AG
Köln

Dr. Udo Bertermann

Rechtsanwalt
stellv. Vorsitzender
Velbert

Gerhard K. Girner

Mitglied des Vorstandes der
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Düsseldorf

Mitglieder des Vorstandes

Gernot Schlösser

Vorsitzender
Strategie und Grundsatzfragen,
Koordination zum Konzern

Jörg Arnold

Vertrieb

Hans Geiger

Marketing, Produktsteuerung,
Betrieb und Schaden,
Rechnungswesen,
Kapitalanlagen

Josef Lölsberg

(seit 23. Januar 2008)
Risikomanagement,
Kalkulation und
Underwritingregeln,
Rückversicherung

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

Am gezeichneten Kapital unserer Gesellschaft sind beteiligt:

- die Deutsche Ärzteversicherung AG, Köln, mit 70,37 %
- die AXA Versicherung AG, Köln, mit 29,63 %.

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

Die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft wird in den Konzernabschluss der AXA S.A., Paris, sowie in den Konzernabschluss der AXA Konzern AG, Köln, zum 31. Dezember 2007 einbe-

zogen. Die AXA, Paris, stellt den Konzernabschluss für den größten Kreis von Unternehmen auf, und die AXA Konzern AG, Köln, 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 1. April 2008

Der Vorstand

Schlösser

Arnold

Geiger

Lölsberg

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 Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft, Köln, für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2007 geprüft. Die Buchführung und die Aufstellung von Jahresabschluss und Lagebericht nach den deutschen handelsrechtlichen Vorschriften und den ergänzenden Bestimmungen der Satzung liegen in der Verantwortung des Vorstands der Gesellschaft. Unsere Aufgabe ist es, auf der Grundlage der von uns durchgeführten Prüfung eine Beurteilung über den Jahresabschluss unter Einbeziehung der Buchführung und über den Lagebericht abzugeben.

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

umfasst die Beurteilung der angewandten Bilanzierungsgrundsätze und der wesentlichen Einschätzungen des Vorstands sowie die Würdigung der Gesamtdarstellung des Jahresabschlusses und des 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 im 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 21. April 2008

PricewaterhouseCoopers
Aktiengesellschaft
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Michael Peters
Wirtschaftsprüfer

ppa. Jens-Erik Paustian
Wirtschaftsprüfer

Anlage zum Lagebericht

Übersicht über das Geschäftsgebiet
und die betriebenen Versicherungszweige

Geschäftsgebiet

Bundesrepublik Deutschland

Betriebene Versicherungszweige

Allgemeine Unfallversicherung:

Unfallversicherung ohne Beitragsrückgewähr
Unfall-Rentenversicherung

Haftpflichtversicherung:

Privat-, Betriebs- und Berufs-, Gewässerschaden-,
Vermögensschaden- und übrige Allgemeine
Haftpflichtversicherung

Feuerversicherung:

sonstige Feuerversicherung

Einbruchdiebstahlversicherung

Leitungswasserversicherung

Glasversicherung

Sturmversicherung

Betriebsunterbrechungsversicherung

Adresse

Deutsche Ärzteversicherung
Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
Colonia-Allee 10-20, 51067 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

Herausgeber:
Deutsche Ärzteversicherung
Allgemeine Versicherungs-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