

# Geschäftsbericht 2005

Deutsche Ärzteversicherung AG

## Unsere Kennzahlen

	2005	2004	2003
<b>Beitragseinnahmen in Mio. Euro</b>			
Posten I.1.a) der Gewinn- und Verlustrechnung	494	481	504
<b>Versicherungsbestand*</b>			
– in Mio. Euro laufende Beiträge	490	492	509
– Anzahl der Verträge in Tausend	214	210	205
<b>Neuzugang*</b>			
– in Mio. Euro laufende Beiträge	51	64	68
– in Mio. Euro Einmalbeiträge	8	10	10
<b>Abgang* durch Storno</b>			
– in Mio. Euro laufende Beiträge	10	10	8
– in % der mittleren laufenden Beiträge	2,2	2,0	1,7
<b>Leistungen zugunsten unserer Kunden in Mio. Euro</b>	288	–107	977
davon			
– ausgezahlte Leistungen in Mio. Euro	485	468	469
– Zuwachs der Leistungsverpflichtungen in Mio. Euro	–197	–575	508
<b>Verwaltungskosten in % der Brutto-Beiträge</b>	3,6	3,1	2,8
<b>Kapitalanlagen in Mio. Euro</b>	4.364	4.595	5.130
<b>Nettoverzinsung des laufenden Geschäftsjahres in %</b>	5,1	4,1	4,7
<b>Nettoverzinsung der vergangenen drei Jahre in %</b>	4,6	4,7	5,3
<b>Bruttoüberschuss in Mio. Euro</b>	96	85	66
<b>Jahresüberschuss in Mio. Euro</b>	1,0	0,4	0,1
<b>Dividende in Euro je Stückaktie</b>	–	0,10	0,12
<b>Garantiedividende in Euro je Stückaktie</b>	1,54	1,54	1,54
<b>Gezeichnetes Kapital in Mio. Euro</b>	7	7	7
<b>Eigenkapital in Mio. Euro</b>	23	22	17

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

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

# Die neue Welt der Altersvorsorge

Zu Beginn des Jahres 2005 wurde sie Realität: die neue Welt der Altersvorsorge. Mit Inkraft-Treten des Alterseinkünftegesetzes zum 1. Januar 2005 ist die steuerliche Behandlung von Altersvorsorgeaufwendungen und Altersbezügen neu geordnet worden. Herzstück des Alterseinkünftegesetzes ist der in ihm angelegte Übergang zur nachgelagerten Besteuerung. Danach werden die von dem Versicherten während der Erwerbsphase aufgewendeten Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und zu Produkten der privaten und betrieblichen Altersversorgung von der Steuer freigestellt und die daraus später resultierenden Leistungen im vollen Umfang besteuert. Der finanzielle Spielraum für eigenverantwortliche Vorsorge wird durch diesen Systemwechsel größer.

Entsprechend der Intention des Gesetzgebers, nur noch Produkte in der Ansparphase steuerlich zu fördern, die im Alter eine lebenslange Rente vorsehen, bringt das Alterseinkünftegesetz zudem einschneidende Änderungen in der bislang bekannten Altersvorsorgewelt mit sich.

In dem sehr komplexen System der Altersvorsorge sieht die Deutsche Ärzteversicherung AG ihre Aufgabe darin, den Angehörigen der akademischen Heilberufe die Notwendigkeit der individuellen Altersvorsorge zu verdeutlichen und entsprechende Vorsorgekonzepte bereitzustellen.

## Die Altersvorsorge des Arztes im Spiegel des Alterseinkünftegesetzes

Die im „Drei-Schichten-Modell“ nach Prof. Dr. Bert Rürup neu eingeführte Basisversorgung schließt neben der gesetzlichen Rentenversicherung die berufsständischen Versorgungswerke und die privaten Renten ein. Bei der durch die Versicherungswirtschaft in der **1. Schicht angebotenen Privaten Basisrente** handelt es sich um eine steuerlich geförderte, private kapitalgedeckte Rentenversicherung, die bei einem Lebensversicherungsunternehmen abgeschlossen werden kann, wobei verschiedene gesetzlich vorgeschriebene Voraussetzungen erfüllt sein müssen.

In diesem Zusammenhang stellt sich für die Ärztin oder den Arzt die Frage nach den Leistungen aus dem berufsständischen Versorgungswerk. Bei den Renten hieraus erfolgt wie bei der gesetzlichen Rentenversicherung ein stufenweiser Übergang zur nachgelagerten Besteuerung. Der Arzt/die Ärztin hat also mehr Liquidität in der beruflichen Lebensphase und eine durch steuerliche Abgaben größere Versorgungslücke im Alter. Die höhere Liquidität in der beruflichen Zeit des Arztes/der Ärztin schafft den nötigen Freiraum, um die zusätzlich notwendige Altersvorsorge nach eigenen Zielen auszurichten. Das kann bedeuten, dass eine weitere Investition in Produkte der 1. Schicht, also der privaten Basisrente, oder in eine freiwillige Höherversicherung bei seinem berufsständischen Versorgungswerk sinnvoll ist. Zu prüfen ist, inwieweit nach den Pflichtbeiträgen in das berufsständische Versorgungswerk noch ein Freibetrag zur weiteren Investition in die private Basisrente übrig bleibt.

Primär auf lebenslange Altersvorsorge ausgerichtet, bietet die Basisrente ergänzend die Möglichkeit – ebenfalls steuerlich gefördert –, im Rahmen gewisser Restriktionen die eigene Invalidität oder den Ehegatten und die Kinder im Fall des Todes abzusichern.

Anspruch auf die staatliche Förderung der in der **2. Schicht angebotenen Riester -Rente** haben alle gesetzlich Rentenversicherten und Beamten sowie deren Angehörige. Durch diese Begrenzung sollen nur Personen die Förderung in Anspruch nehmen können, die durch die künftige Absenkung des

gesetzlichen Rentenniveaus betroffen sind. Damit schließt die Neuregelung die pflichtversicherten Mitglieder der berufsständischen Versorgungswerke aus. Aber auch Ehegatten von Förderungsberechtigten können die Zulagenrente in Anspruch nehmen. Damit können Ärzte eine Riester-Rente abschließen, wenn der Ehepartner Pflichtmitglied in der gesetzlichen Rentenversicherung ist.

In der 2. Schicht findet sich neben der arbeitgeberfinanzierten auch die **Betriebliche Altersvorsorge** in Form der Entgeltumwandlung. Auf sie haben alle Arbeitnehmer, also die Mitarbeiter der Arztpraxen wie auch angestellte Ärzte und steuerpflichtig in der Praxis beschäftigte Ehepartner niedergelassener Ärzte, unter Beachtung des jeweiligen Tarifvertrages einen gesetzlichen Anspruch. Die Beiträge werden aus dem Bruttoeinkommen bezahlt und sind bis zur Förderungshöchstgrenze steuerfrei. Bis Ende 2008 sind sie auch von den Sozialversicherungsabgaben befreit.

Eine ideale Lösung der Entgeltumwandlung ist für den Arbeitnehmer wie auch für den Arzt als Arbeitgeber die von den Tarifparteien der niedergelassenen Ärzte/Zahnärzte und dem Berufsverband der Arzt- und Zahnarzhelferinnen initiierte und von der Deutschen Ärzteversicherung, der Deutschen Apotheker- und Ärztebank sowie der Pro bAV Pensionskasse konzipierte „Gesundheits-Rente“ als Pensionskassenlösung. Sie kann in zwei Varianten abgeschlossen werden: als klassische und als fondsgebundene Rentenversicherung mit Beitragsgarantie.

Die Produkte in der **3. Schicht der Privaten Altersvorsorge** sind die „Privaten Rentenversicherungen“ und „Kapitalversicherungen“. Die „Private Rentenversicherung“ ist eine kapitalgedeckte Versicherung, mit der ein Anspruch auf eine lebenslange Rente erworben wird, wobei das Risiko eines vorzeitigen Kapitalverzehr – im Gegensatz zu den von Banken angebotenen Produkten – ausgeschlossen ist. An Vertragsvarianten kann der Kunde zwischen einer aufgeschobenen Rentenversicherung, einer Sofortrente oder einer Rentenversicherung mit Kapitalwahlrecht wählen.

Die „Kapitalversicherung“ kombiniert die individuelle Vorsorge mit Hinterbliebenenschutz. Flexible Vertragsgestaltungen ermöglichen eine bedarfsgerechte Vorsorge und Zusatzbausteine wie etwa eine Unfallversicherung oder eine Berufsunfähigkeitsversicherung.

Kapitallebensversicherungen, die ab dem 1. Januar 2005 abgeschlossen wurden, werden steuerlich genauso behandelt wie eine Rentenversicherung mit ausgeübtem Kapitalwahlrecht. Wurde der Vertrag mit einer Laufzeit von mindestens 12 Jahren vereinbart und wird das Kapital erst nach Vollendung des 60. Lebensjahres ausbezahlt, so ist nur die Hälfte der Erträge steuerpflichtig. Die Beiträge können nicht mehr als Sonderausgaben steuerlich geltend gemacht werden.



Rendite – Risiko – Sicherheit.  
Die Altersvorsorge  
im Gleichgewicht halten.

# Bericht über das 10. Geschäftsjahr 2005

---

# Adresse

---

Deutsche Ärzteversicherung AG

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](http://www.aerzteversicherung.de)

E-Mail: [service@aerzteversicherung.de](mailto:service@aerzteversicherung.de)

---

# Inhalt

---

<b>Aufsichtsrat</b>	4
<b>Vorstand</b>	5
<b>Beirat</b>	6
<b>Marktsituation</b>	8
<b>Hufeland-Preis</b>	21
<b>Lagebericht</b>	23
Überblick über den Geschäftsverlauf	23
Geschäftsergebnis	25
Beitragseinnahmen	25
Kapitalanlageergebnis	25
Kostenverlauf	26
Leistungen für unsere Kunden	26
Zusätzliche Deckungsrückstellung für Rentenversicherungen	26
Bestandsentwicklung	29
Versicherungsbestand	29
Neuzugang	29
Abgang	30
Kapitalanlagebestand	31
Zeitwerte der Kapitalanlagen	33
Risiken und Chancen der zukünftigen Entwicklung	34
Sonstige Angaben	40
Nachtragsbericht	41
Ausblick	42
<b>Gewinnverwendungsvorschlag</b>	43
<b>Bericht des Aufsichtsrats</b>	44
<b>Jahresabschluss</b>	
Bilanz zum 31. Dezember 2005	48
Gewinn- und Verlustrechnung	52
Anhang: Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden	56
Angaben zur Bilanz	66
Angaben zur Gewinn- und Verlustrechnung	75
Überschussbeteiligung für Versicherungsnehmer	78
Sonstige Angaben	103
<b>Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers</b>	107
<b>Anlagen zum Lagebericht</b>	
Betriebene Versicherungsarten	110
Statistische Angaben	112
<b>Adressen</b>	116

---

# Aufsichtsrat

---

## Mitglieder des Aufsichtsrats

**Eugène J. R. Teysen** (Vorsitzender)  
Vorsitzender des Vorstands der AXA Konzern AG  
Köln  
seit 29. August 2005

**Dr. Claus-Michael Dill** (Vorsitzender)  
ehem. Vorsitzender des Vorstands der AXA Konzern AG  
Köln  
bis 15. August 2005

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

**Dr. Carl Hermann Schleifer** (2. stellv. Vorsitzender)  
Mitglied des Aufsichtsrats der Damp Holding AG  
Thumby-Sieseby

**Jürgen Helf**  
Mitglied des Vorstands der Deutsche Apotheker - und Ärztebank eG a. D.  
Meerbusch

**Dr. med. Alfred Möhrle**  
ehem. Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer  
Frankfurt

**Dr. med. Manfred Richter -Reichhelm**  
ehem. 1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung  
Berlin



---

# Vorstand

---

## Mitglieder des Vorstands

**Gernot Schlösser** (Vorsitzender)

Personal und Verwaltung, Maklervertrieb, Unternehmensentwicklung,  
Kapitalanlagen, Revision

**Jörg Arnold**

Exklusivvertriebe, Deutsche Ärzte Finanz, Bankkooperation

**Hans Geiger**

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

**Dr. Dieter Rosenbaum**

bis 30. Juni 2005

**Noel Richardson**

Risikomanagement, Rechnungswesen, Planung, Controlling, Steuern,  
Inkasso

**Jutta Stöcker**

bis 15. Januar 2005

---

# Beirat

---

## Mitglieder des Beirats

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

**Dr. med. dent. Karl-Heinz Sundmacher** (stellv. Vorsitzender)  
Bundesvorsitzender des Freien V erbandes Deutscher Zahnärzte  
Bonn

**Dr. med. Andreas Crusius**  
Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-V orpommern  
Rostock

**Dr. med. dent. Peter Engel**  
Präsident der Zahnärztekammer Nordrhein  
Düsseldorf

**Dr. med. Henning Friebe**  
Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt  
Magdeburg

**Dr. med. vet. Hans-Joachim Götz**  
Präsident des bpt,  
Bundesverband Praktizierender T ierärzte  
Kirkel-Limbach

**Dr. med. Torsten Hemker**  
Vorsitzender des V erwaltungsausschusses des V ersorgungswerkes  
der Ärztekammer Hamburg  
Hamburg

**Dr. med. Günther Jonitz**  
Präsident der Ärztekammer Berlin  
Berlin

**Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Kossow**  
Ehrevorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes (Bundesverband)  
Achim

**Dr. med. Frank Ulrich Montgomery**  
1. Vorsitzender des Marburger Bundes –  
Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands  
(Bundesverband)  
Hamburg

**Friedemann Schmidt**  
Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer  
Dresden

**Dr. med. Ursula Stüwe**  
Präsidentin der Landesärztekammer Hessen  
Frankfurt/Main

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

**Dr. med. Martina Wenker**  
Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen  
Hannover

**Dr. med. Elmar Wille**  
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung  
Berlin

**Dr. med. Kuno Winn**  
Bundesvorsitzender des Hartmannbundes  
Berlin

**Dr. med. Theodor Windhorst**  
Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe  
Münster

## Ehrenmitglieder des Beirats

**Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karsten Vilmar**  
Ehrevorsitzender  
Ehrenpräsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages  
Bremen

**Prof. Dr. med. Rolf Bialas**  
Ehrevorsitzender des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerkes  
der Ärztekammer Hamburg  
Hamburg

**Prof. Dr. med. Josef Stockhausen**  
Köln

## Gesundheitspolitik

Das alle anderen Themen überlagernde Ereignis der Gesundheitspolitik im Jahre 2005 hatte mit Gesundheitspolitik nur in Teilen zu tun: die vorgezogenen Neuwahlen am 18. September 2005. Schon am späten Abend des Wahltages war klar: Alle programmatischen Aussagen der politischen Parteien zur grundlegenden Reform der Finanzierungsseite unseres Gesundheitssystems waren mit dem Wahlergebnis im Wesentlichen fragwürdig geworden. Denn das Wahlergebnis ließ außer einer Großen Koalition kaum eine andere politische Konstellation zu – eine Vorhersage, die sich wenige Wochen später mit der Konstituierung der neuen Bundesregierung aus CDU/CSU und SPD bewahrheitete.

### **Weder Gesundheitsprämie noch Bürgerversicherung – doch die große Reform soll Anfang 2007 kommen**

Noch vor dem Jahresende 2005 nahmen dann auch die beiden Partner der Großen Koalition Abschied von ihren bisherigen Plänen, die gemeinhin mit dem Begriffspaar „Gesundheitsprämie contra Bürgerversicherung“ gekennzeichnet wurden und von denen man vor Beginn des Wahlkampfes annahm, dass sie den Wahlkampf beherrschen, wenn nicht gar entscheiden würden. Nun also verständigten sich die Koalitionspartner nach kurzem, heftigem Schlagabtausch zu Beginn der Zusammenarbeit darauf, die Suche nach der Kompromissformel zur Zukunftssicherung der gesundheitlichen Versorgung und insbesondere ihrer Finanzierung zur Chefsache zu machen. Eine Lösung für die große Gesundheitsreform soll bis zur Jahresmitte 2006 gefunden sein.

Eventuell könnte am Ende des Suchprozesses eine Art Bürgerprämie herauskommen. Denn so lautet nicht nur die verbale Kreuzung von Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie. Mit diesem Begriff bezeichnet auch Prof. Dr. Gert G. Wagner vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) in Berlin die von ihm vorgestellte Synthese für die Reform der Finanzierungsseite der Krankenversicherung. Nach seiner Meinung sollte damit vor allem eine umfassende Versicherungspflicht für alle Bürger einerseits mit pauschalen Prämien in der Krankenversicherung andererseits verbunden werden. Die privaten Krankenversicherer, so Wagner in seinem Vorschlag, sollen in eine solche Neuregelung mit eingebunden werden. Den größten Vorteil seines Vorschlages sieht Wagner darin, dass bei dieser Neugestaltung die Krankenversicherung durch die Abkoppelung der Beiträge von den Einkommen nicht mehr arbeitsplatzfeindlich wirke. Um eine angeblich unterschiedliche Behandlung in der ambulanten Versorgung von gesetzlich und privat Versicherten zu vermeiden, sind Überlegungen bekannt geworden, eine einheitliche Vergütung von Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorzunehmen, nicht zuletzt, um die Beihilfe zu entlasten.

Erste Annäherungen der beiden Koalitionsparteien zeichneten sich zu Beginn des Jahres 2006 ab. So bezeichnete etwa Anette Widmann-Mauz, die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, in einem Zeitungsinterview die Einbeziehung der PKV erstmals auch als „denkbar“. Die CDU-Politikerin bestand allerdings entgegen den SPD-Vorstellungen auf einkommensunabhängigen Beiträgen. Zusätzlich zum DIW-Vorschlag sehe sie aber auch im niederländischen Reformmodell eine gute Diskussionsgrundlage.

Ein weiterer Punkt, in dem sich SPD- und Unions-Gesundheitspolitiker zu diesem Zeitpunkt bereits deutlich angenähert hatten, war die Steuerfinanzierung der Kinderversicherung. Hier gab es jedoch innerhalb der Koalition keineswegs Einigkeit – die Steuerpolitiker sprachen sich strikt gegen einen solchen Schritt aus, dessen Kosten auf rund 14 bis 15 Mrd. Euro geschätzt werden.

Zu einer generellen Strukturreform wird im Bundesministerium über ein Drei-Säulen-Modell diskutiert. Danach sollen die Versicherten selbst an ihre Versicherung einen Beitrag von rund 15 Euro pro Monat zahlen. Dieser Betrag soll direkt an die jeweilige Kasse fließen. Darüber hinaus soll ein Fonds gebildet werden, in den Arbeitgeber und Arbeitnehmer getrennt Beiträge entrichten. Für den Arbeitgeber sollen dabei die Beitragsbemessungsgrenzen entfallen, so dass auf die volle Bruttovergütung zwischen 6 % und 6,5 % zu zahlen wären. Der Versicherte selbst soll bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze Beiträge zahlen, wobei dessen sämtliche Einkünfte zur Grundlage gemacht werden (also einschließlich Kapitalerträge). Das Finanzamt soll dabei als Inkassostelle fungieren. Unklar ist noch die Rolle der PKV und deren Einbindung – zum Beispiel durch einen „Risikostrukturausgleich“ – in dieses Modell.

### **Das Vorschaltgesetz 2006 heißt**

#### **„Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)“**

Die Pläne für eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens zu Beginn des Jahres 2007 bedeuten jedoch nicht, dass der Gesetzgeber bis dahin keine Arbeit mit dem Gesundheitswesen haben würde. Nach der Übung der vergangenen Legislaturperioden soll den überbordenden Kosten insbesondere im Arzneimittelbereich vielmehr mit einem Vorschaltgesetz Paroli geboten werden – nur dass man in diesem Fall nicht von einem Vorschaltgesetz spricht. Vielmehr erhielt das Werk, für das die Formulierungshilfe aus der Schublade des neuen Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) stammt, den wohl tönenden Namen „Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz – AVWG)“.

---

# Marktsituation

---

An den bei der Entwicklung des Entwurfes praktizierten Politikstil wird man sich wohl gewöhnen müssen: Um in der Großen Koalition möglichst viel durchsetzen zu können, schoss das BMG zunächst weit über das ursprünglich angepeilte Ziel hinaus, um sich dann vom Koalitionspartner CDU/CSU in etwa auf die Vorgaben des Koalitionsvertrages zurückholen zu lassen. So wurde der BMG-Entwurf auf Forderung von CDU/CSU in einigen wichtigen Passagen korrigiert, bevor er von den Koalitionsfraktionen am 13. Dezember 2005 beschlossen und am 15. Dezember 2005 vom Bundestag in erster Lesung behandelt wurde.

Das Sparvolumen, das mit diesem Kostendämpfungsgesetz realisiert werden soll, wird im Entwurf selbst auf 975 Mio. Euro für das Jahr 2006 und 1,3 Mrd. Euro für die Nachfolgejahre beziffert. Die ursprüngliche BMG-Formulierungshilfe war noch von einem Einsparungsvolumen von 1,5 Mrd. Euro im Jahr 2006 und 2 Mrd. Euro in den Folgejahren ausgegangen.

## **Die wichtigsten mit dem AVWG geplanten Regelungen im Überblick:**

- Für Vertragsärzte soll eine individuelle Malus-Regelung bei Überschreiten der Tagestherapiekosten eingeführt werden. Überschreitet ein Vertragsarzt diese Tagestherapiekosten, soll er zwischen 20 und 50 % der Überschreitung aus seinem Honorar ausgleichen.
- Der individuellen Malus-Regelung wird eine kollektive Bonus-Regelung bei einem Unterschreiten der Tagestherapiekosten gegenübergestellt, die allerdings nur wirksam wird, wenn sie von Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen durch entsprechende Vereinbarungen konkretisiert wird. Ein Bonus soll gezahlt werden, wenn die von den Ärzten einer Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt verordneten Arzneimittel die Tagestherapiekosten unterschreiten. Profitieren dürfen gemäß Gesetzentwurf von einem etwaig zu zahlenden Bonus nur diejenigen Vertragsärzte, die in ihrer Verordnung die Tagestherapiekosten nicht überschreiten.
- Preisstopp für zwei Jahre: Der vorgesehene Preisstopp für Arzneimittel, die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden, ist auf zwei Jahre begrenzt und betrifft den Zeitraum vom 1. April 2006 bis 31. März 2008.
- „Manipulationsfreie“ Praxissoftware: Den Vertragsärzten soll vorgeschrieben werden, nur solche Praxissoftware einzusetzen, die dem Arzt einen „manipulationsfreien“ Preisvergleich von Arzneimitteln ermöglicht und gleichzeitig alle Informationen enthält, die für die Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung von Bedeutung sind, insbesondere Regelungen durch die „Arzneimittelrichtlinie“, wie es in der Begründung zum Gesetzentwurf heißt. Die Zuständigkeit für die Zertifizierung dieser Programme soll bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

(KBV) liegen, die diese Aufgabe bereits bisher für die Programme zur Honorarabrechnung wahrnimmt. Die inhaltlichen Vorgaben für eine manipulationsfreie Praxissoftware müssen KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren.

- Reduzierung des zulässigen Kostenanstiegs bei Krankenhäusern und der Verwaltungskosten der GKV : Die Neuregelung schreibt für die Jahre 2006 und 2007 niedrigere Steigerungsraten für die Vergütungsvereinbarungen im Krankenhausbereich nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung sowie für die Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen vor. Für das Jahr 2006 soll die Steigerungsrate in beiden Bereichen lediglich 0,63 % statt der im September 2005 vom BMG bekannt gegebenen 0,83 % im Westen und 1,41 % im Osten betragen. Im Jahr 2007 soll sich die Veränderungsrate an der Steigerung pro versichertem und nicht pro Mitglied ausrichten. Damit soll laut Gesetzesbegründung vermieden werden, dass aus der mit der Hartz-IV -Gesetzgebung verbundenen Umwandlung von Mitgliedschaftsverhältnissen in der GKV zu Familienmitversicherungen und einer daraus entstehenden statistischen Erhöhung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied Mehrausgaben entstehen.

Der Gesetzentwurf stieß bei der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 18. Januar 2006 auf breite Kritik. Insbesondere die vorgesehene Malus-Bonus-Regelung wurde sowohl von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als auch der Bundesärztekammer sowie weiteren ärztlichen Organisationen eindeutig abgelehnt. Die KBV kritisierte, die vorgesehene Regelung stürze den Arzt in ein ethisches Dilemma und führe zur Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung. Ähnlich argumentierte die Bundesärztekammer: Tagestherapiekosten seien als Wirtschaftlichkeitsanreiz ein „zweifelhaftes Instrument“, hieß es in der Stellungnahme der Bundesärztekammer. Sie würden auf Dauer eine negative verhaltensprägende Wirkung auf die Ärzte haben, weil sie die Kosten der Arzneimitteltherapie zum vorrangigen Parameter machten. Vor allem aber ist es dem Arzt nach der Berufsordnung nicht gestattet, für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten eine Vergütung oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern, versprechen zu lassen oder anzunehmen. Hier werden die nach Landesrecht erlassenen Berufsordnungen für Ärzte in Konflikt mit dem geplanten Bundesgesetz geraten.

Auch die vorgesehene Bonus-Regelung stieß bei den ärztlichen Organisationen auf Ablehnung: Bonus-Zahlungen würden die Ärzte gegenüber dem Patienten in das Dilemma bringen, dass ihre Arzneimittelverordnungsweise von Eigeninteresse und nicht von medizinischen Entscheidungen geleitet sein könnte. Der Hartmannbund kritisierte, es sei schlichtweg

---

# Marktsituation

---

unethisch, Ärzte durch die Zahlung von Provisionen zu medizinisch ungerechtfertigten Einsparungen bewegen zu wollen. Darüber hinaus ist in diesem Zusammenhang zu fragen, inwieweit sich solche Regelungen mit den Bemühungen zur Bekämpfung von Korruption vereinbaren lassen.

Die gesetzlichen Krankenkassen begrüßten zwar die Grundtendenz des Gesetzesentwurfs, kritisierten aber insbesondere die geplanten Verschärfungen bei der Festsetzung von Festbeträgen. Dadurch komme es zu erheblichen Absenkungen der bestehenden Erstattungsgrenzen, die in Einzelfällen bis zu 65 % betragen könnten. Die Folge sei eine erheblich stärkere finanzielle Belastung der Patienten.

## **Zehn Jahre Pflegeversicherung**

Im vergangenen Jahr wurde auch ein besonderes Jubiläum gefeiert: zehn Jahre Pflegeversicherung. Am 1. Januar 1995 traten die gesetzlichen Regelungen zur Einrichtung der Pflegeversicherung in Kraft. Ab April 1995 wurden ambulante Leistungen gewährt, Mitte 1996 kamen stationäre Pflegeleistungen hinzu. Insgesamt sind derzeit gut 79 Millionen Menschen pflegeversichert. Doch 2004 schloss die Soziale Pflegeversicherung (SPV) im sechsten aufeinander folgenden Jahr mit einem Defizit ab: Es betrug rund 820 Mio. Euro. Das Bundesgesundheitsministerium beruhigte zwar, die Reserven der SPV mit einer Höhe von 3,4 Mrd. Euro dürften noch bis 2008 reichen – doch der Reformbedarf war bereits zu diesem Zeitpunkt mehr als deutlich! Die Vorstellungen der Parteien über die Reform liegen aber auch nach der vorgezogenen Neuwahl und der Bildung der Großen Koalition weit auseinander. Mittlerweile ist eine Reform der Pflegeversicherung in weite Ferne gerückt – im Vordergrund steht nun zunächst die Gesundheitsreform.

## **Gutachten 2005 des Sachverständigenrates**

Deutliche Kritik an der abnehmenden Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem übte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) in seinem Gutachten 2005 mit dem Titel „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“.

Die Entwicklung der „korporativen Koordination“, also der Übertragung von Steuerungsaufgaben auf die Organisationen und Verbände des Gesundheitswesens selbst, sei in der GKV in den vergangenen 30 Jahren zwar keinem eindeutigen Trend gefolgt, diese Elemente hätten aber per saldo eher zugenommen, stellte der Rat fest. Dies gelte vor allem für den stationären Sektor mit den gestiegenen Kompetenzen der Krankenhausgesellschaften sowie dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Selbstverwaltungs-„Superorganisation“. Derzeit erfülle das Instrument der verband-



lichen Steuerung seine Funktionen jedoch deutlich schlechter als in vergangenen Jahrzehnten, kritisierte der Rat und verwies auf die „zuletzt langwierigen und ergebnisarmen Abstimmungsprozesse innerhalb und zwischen den korporativen Organisationen“. Immer häufiger verlagere die Selbstverwaltung Einigungen auf die Schiedsämter oder rufe nach staatlicher Ersatzvornahme. Um die Inflexibilitäten aufzubrechen, die diesen Strukturen anhaften, schlug der Rat vor , verstärkt selektive V erträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern einzuführen, die unter anderem „andere V ersorgungsformen, höhere Qualitätsstandards und auch abweichende Vergütungsformen vorsehen“ könnten und in direkte Konkurrenz zu bisherigen kollektiven V ertragsformen treten sollten.

### **Stärkung der Prävention**

Nachdrücklich forderten die „Gesundheitsweisen“ auch eine Stärkung der Prävention: Langfristig betrachtet müsse die Gesundheitspolitik „stärker als bisher mit der Bildungs-, W irtschafts- und Sozialpolitik verknüpft werden, um die Gesundheitschancen von Individuen und Bevölkerungsgruppen zu verbessern“, hieß es hierzu. W irksam seien auch „präventive Maßnahmen, die ökonomische Anreize nutzen“. So habe sich gezeigt, dass Preiserhöhungen den Zigarettenkonsum tendenziell senkten. Auch die uneinheitliche Besteuerung des Alkohols sollte überprüft und gegebenenfalls zugunsten einer einheitlichen Alkoholsteuer verändert werden, die sich ausschließlich am Alkoholgehalt orientiere und alle alkoholischen Getränke in die Besteuerung einbeziehe. Krankenkassen könnten mit Bonusmodellen zusätzliche Anreize für die betriebliche Gesundheitspolitik setzen, deren Potenzial noch nicht ausgeschöpft werde.

Sämtliche Regelungen zur V erbesserung der Prävention müssten allerdings wissenschaftlich begleitet und auf ihre Effizienz hin untersucht werden. Auch um zu erkennen, ob nicht lediglich eine V erlagerung in spätere Lebensabschnitte erfolgt. Der V orschlag des Sachverständigenrates, die Kranken- und Pflegeversicherung langfristig zusammenzuführen, wurde dagegen von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt umgehend zurückgewiesen. Der Rat schrieb in seinem Gutachten, dass ein Grund für viele Probleme der Pflegeversicherung die unterschiedliche Struktur und Form der Kranken- und Pflegeversicherung sei. Dramatisch, so die Sachverständigen, seien die Mängel bei der Betreuung Demenzkranker , psychisch Kranker oder Sterbender . Ein Zusammenführen beider V ersicherungen wäre zumindest langfristig erstrebenswert. Dies würde jedoch auch für die Pflegeversicherung einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich voraussetzen.

---

# Marktsituation

---

## **Krankenhäuser: Privatisierung auf neuer Stufe**

Mit dem im Jahr 2005 vorbereiteten und Anfang 2006 abgeschlossenen Verkauf von 95 % der Anteile des Universitätsklinikums Gießen-Marburg durch das Land Hessen an die Rhön-Klinikum AG ist erstmals in Deutschland ein Universitätsklinikum privatisiert worden. Mit diesem Schritt, dem neben dem Bundeskartellamt auch der Wissenschaftsrat zustimmte, der aber gleichzeitig von vielen Seiten auch deutlich kritisiert wurde, erreichte die Entwicklung bei der Trägerschaft im Krankenhaus-Sektor eine neue Qualität. Gleichzeitig wurden in verschiedenen Regionen auch große kommunale Krankenhaus-Zusammenschlüsse realisiert, die eine deutliche Gegenbewegung zur Privatisierung darstellen. Beispiele hierfür sind etwa die Bildung der Klinikum Region Hannover GmbH aus insgesamt 13 Kliniken der Stadt und der Region Hannover oder auch der Kauf von drei Landkreis-Kliniken durch das Klinikum Nürnberg, das größte kommunale Klinikum Europas.

## Die Situation der Heilberufe

### **Ärzteproteste: Warnung vor „arztefreien Zonen“**

Eine neue Qualität bekamen auch die im Verlauf des Jahres 2005 zunehmenden Ärzteproteste, die sowohl die Krankenhausärzte als auch die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen erfassten. Ihren vorläufigen Höhepunkt erreichten sie kurz nach der Jahreswende 2005/2006, als in Berlin Tausende von Ärztinnen und Ärzten gegen die Gesundheitspolitik und deren Auswirkungen protestierten. „Diagnostiziert haben wir lange genug, ab heute wird therapiert!“ – so lautete das von Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe ausgegebene Motto der Proteste. Die Ärzte wollten sich „endlich wieder um ihre Patienten kümmern, anstatt Regressmedizin zu exekutieren“. Laut Hoppe versprächen Politik und Krankenkassen unbegrenzt Leistungen, zugleich aber zögen sie die Budgetierungsschraube immer weiter an. Die Ärztinnen und Ärzte stünden in der täglichen Praxis dann vor den konkreten Folgen dieser Politik, nämlich „der Rationierung in ihren vielfältigen Erscheinungsformen“.

Für den Bundesärztekammer-Präsidenten ist die „statistische Rationierung gleichsam das verborgene Prinzip, mit dem die Beitragssatzstabilität erkaufte worden ist“. Doch diese Rationierung lasse sich im ärztlichen Alltag nicht mehr verbergen – und der Arzt stünde dem Patienten in seiner Erklärungsnot ganz allein gegenüber. Andere Verantwortliche seien dann weit und breit nicht mehr zu finden. Das Dogma Beitragssatzstabilität bedrohe ganz konkret die ärztliche Therapiefreiheit und damit auch die ausreichende, medizinisch sinnvolle Versorgung der Patienten.

### **Ärztemangel und Ärzteflucht aus Deutschland**

Hoppe sieht aufgrund der wachsenden Unzufriedenheit vieler Ärztinnen und Ärzte die Gefahr von „arztefreien Zonen“ immer größer werden, sofern sich im Verständnis der Gesundheitspolitik und auch im Umgang mit den Ärzten nicht einiges grundlegend ändere. Es gebe eine „Explosion der Leistungsanspruchnahme“ und gleichzeitig eine Ärzteflucht aus Deutschland. Die Ärzte stützten mit Mehrarbeit und unbezahlten Überstunden in Höhe von 12 Mrd. Euro das Gesundheitswesen, ohne dass dies honoriert werde.

Parallel dazu wies die Kassenärztliche Bundesvereinigung darauf hin, dass die Zahl der Medizinstudierenden, die sich nach der Universität für eine Tätigkeit als Ärztin oder Arzt entscheiden, bald nicht mehr ausreichen werde, um die Abgänge aus der kurativen Versorgung zu kompensieren. Basis dieser Aussage waren die Anfang Februar 2006 veröffentlichten Ergebnisse einer Studie zur Arztlageentwicklung der KBV.

Danach werden bis zum Jahr 2010 insgesamt 40.340 Haus-, Fach- und Krankenhausärzte aus Altersgründen das Gesundheitssystem verlassen. Im Jahr 2015 werden es bereits 74.449 sein, so die Prognose. Im Gegenzug hätten von 11.600 Erstsemestern 1997 im Fach Humanmedizin nur 6.802

---

## Marktsituation

---

nach dem Ende ihres Studiums im Jahr 2003 eine Tätigkeit in der ärztlichen Versorgung aufgenommen. Setze man diese Zahl auch für 2006 und die kommenden Jahre an, so bleibe der Zuwachs an jungen Ärzten deutlich hinter dem Bedarf zurück: Statistisch betrachtet schieden jedes Jahr etwa 7.500 Ärzte aus, während nur etwa 6.800 Mediziner nachrückten. Bereits ab 2006 – so die KBV – werde aller Voraussicht nach die Zahl der Allgemeinärzte und Praktischen Ärzte, der Frauen- sowie der Kinderärzte sinken. 2007 werde die Entwicklung vor allem die HNO-Ärzte, Urologen und Internisten betreffen. Im Jahr 2008 schließlich würden Chirurgen, Hautärzte und Orthopäden nicht mehr ausreichend Nachfolger für ihre Praxen finden.

Auch im Krankenhaus wird die qualifizierte Besetzung frei werdender Stellen immer schwieriger. Dabei spielt das Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 3. Oktober 2000 zum ärztlichen Bereitschaftsdienst und das zum 1. Januar 2004 in Deutschland in Kraft getretene Arbeitszeitgesetz eine wesentliche Rolle. Es wurde eine wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden festgesetzt – aber auch eine Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2006 zu einer tarifrechtlichen Regelung vorgesehen. Diese wurde inzwischen vom Bundesrat „letztmalig“ bis zum 1. Januar 2007 verlängert. Ebenso wie in allen übrigen EU-Staaten muss von diesem Zeitpunkt an der Bereitschaftsdienst der Krankenhausärzte in Deutschland zu 100 % als Arbeitszeit gewertet werden.

### **Marburger Bund bricht mit ver.di**

Am 10. September war es so weit: Der Marburger Bund kündigte nach 55 Jahren die mit der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft begonnene und bei der Fusion von DAG und ÖTV auf die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di übergegangene Tarifpartnerschaft und entzog ver.di mit sofortiger Wirkung das Verhandlungsmandat. Eile war aus Sicht der Delegierten der Sonder-Hauptversammlung der Ärztegewerkschaft Marburger Bund nötig. Schon wenige Tage später unterzeichneten ver.di, der Bund und die Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) die endgültige Fassung des neuen Tarifvertrages öffentlicher Dienst (TVöD). Und genau dieser neue Tarifvertrag, der den seit 1961 geltenden alten Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT) ablöste, war der Anlass für die Spaltung zwischen Marburger Bund und dem langjährigen Tarifpartner ver.di. In der Mitgliedschaft des Marburger Bundes gärte es umso mehr, je intensiver die Details des neuen Tarifwerkes bekannt wurden. Vor allem die Gefahr der Absenkung der Eingangsgehälter sowie die Regelungen bei Wechsel des Arbeitgebers zur Vervollständigung der Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte brachten das Fass schließlich zum Überlaufen. Hinzu kamen internationale Vergleiche von Arzteinkommen an Krankenhäusern, bei denen Deutschland am Schluss der Tabelle lag. Auch an den Universitätskliniken gab es mehr und mehr

Proteste von Ärzten gegen das von ihnen so empfundene derzeitige einseitige Diktat der Länder-Arbeitgeber in Tarifangelegenheiten. Zu Tausenden gingen Marburger-Bund-Mitglieder auf die Straße und protestierten gegen das Tarifdiktat an den Unikliniken.

### **Montgomery: „Historisches Datum“**

Marburger-Bund-Chef Dr. Frank Ulrich Montgomery nannte die Trennung der Ärztegewerkschaft von ver.di ein „historisches Datum“. Mit der Beendigung der Tarifgemeinschaft führe der MB ab sofort die Tarifverhandlungen für Ärzte selbst. Die Trennung von ver.di sei „notwendig, richtig und zukunftsweisend“, betonte Montgomery weiter. Es gehe um eine eigenständige Interessenvertretung aller angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte. Massive Kritik übte der MB-Chef an den Auswirkungen des TVöD für Ärzte. Eine Ärztegewerkschaft könne keinem Tarifvertrag zustimmen, der jungen Ärzten Einkommenseinbußen von bis zu 10 % beschere. Im Übrigen biete der TVöD in keiner Weise Ansätze, die aus Sicht des MB katastrophalen Arbeitsbedingungen von Ärzten in Krankenhäusern zu verbessern.

### **Verhandlungsbereitschaft signalisiert**

Die Führung des Marburger Bundes hatte für diesen Beschluss, der angesichts des wachsenden Protestes aus den Landesverbänden und von der Basis des Verbandes zu erwarten war, gut vorgesorgt. In einer Reihe von Gesprächen mit den öffentlichen Arbeitgebern, insbesondere der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) und dem Verband kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA), war sondiert worden, ob die öffentlichen Arbeitgeber zu gesonderten Tarifverhandlungen mit der Ärztegewerkschaft Marburger Bund bereit wären. Dies hatten die Vertreter der Länder nicht zuletzt unter dem Druck von Streikmaßnahmen und Protestkundgebungen unmittelbar vor der entscheidenden Hauptversammlung des MB in Gesprächen mit Montgomery schließlich zugesagt. Am 15. September 2005 fand dann in Stuttgart die erste Verhandlungsrunde zwischen dem Marburger Bund und der Tarifgemeinschaft deutscher Länder für die rund 22.000 Ärzte an den Universitätskliniken statt. Die Tarifverhandlungen blieben bisher ohne Ergebnis, so dass der Marburger Bund inzwischen die Gespräche als gescheitert ansieht und zur Urabstimmung aufgerufen hat, bei der sich 98 % für einen Streik ausgesprochen haben. Um Rechtssicherheit für Arbeitskampfmaßnahmen ab dem 1. Februar 2006 zu schaffen, kündigte der Marburger Bund den BAT. Zu ersten Tarifverhandlungen mit dem Verband Kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) kam es erst Anfang 2006 – nach massiven Streikdrohungen und vielfältigen Protesten der Klinikärzte.

---

# Marktsituation

---

Für die Verhandlungen mit den Ländern ebenso wie mit Bund und Kommunen stellte der Marburger Bund einen Forderungskatalog mit dem „in überschaubarer Zeit erreichbaren Ziel einer 30-prozentigen Erhöhung der Ärztegehälter“ auf. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die jedoch kein Tarifpartner ist, kritisierte die Forderungen des Marburger Bundes als völlig unrealistisch: Eine Erhöhung der Arzteinkommen in der vom MB geforderten Größenordnung würde eine Erhöhung der Kassensbudgets für die Kliniken von 3 Mrd. Euro bedeuten. Dieses Geld hätten weder Staat noch Krankenkassen.

## **EBM 2000plus: Start mit Schwierigkeiten**

Seit dem 1. April 2005 gilt für die Abrechnung der niedergelassenen Vertragsärzte mit der GKV der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab „EBM 2000plus“. Seit der letzten grundlegenden Reform des Bewertungsmaßstabes waren rund zehn Jahre vergangen. Der neue betriebswirtschaftlich ausgerichtete „EBM 2000plus“ sollte nun vor allem folgende Ziele verwirklichen:

- Betriebswirtschaftliche Bewertung der Leistungen,
- Transparenz der Versorgungsstrukturen,
- Kontrolle der Mengendynamik durch Honorierung von Leistungskomplexen,
- Abbildung von Morbidität und Innovation.

Basis der Bewertung ist nun ein kalkulatorisches Entgelt pro Arztminute von 77,9 Cent und damit ein kalkulatorisches Arzteinkommen in Höhe von 95.553 Euro. Dies entspricht in etwa dem Gehalt eines Oberarztes im Krankenhaus. Bis kurz vor dem In-Kraft-Treten wurde innerärztlich allerdings noch heftig um den neuen EBM gestritten. So drohten die Schmerztherapeuten gar mit Praxisschließungen, weil ihre Leistungen nicht mehr adäquat bezahlt würden. Umstritten ist auch der zusätzliche Aufwand wegen der Umstellung der Abrechnung von vier- auf fünfstellige Ziffern pro abrechenbarer Leistung. Dieses war jedoch erforderlich, um die stärkere Gliederung des neuen EBM besser abbilden zu können. Nach anfänglicher Kritik scheint sich der Umgang mit dem neuen EBM 2000plus in der täglichen Praxis jedoch eingespielt zu haben.

## Versicherungs- und Finanzdienstleistungsmarkt Heilberufe

Im Vorfeld der Einführung des Alterseinkünftegesetzes überprüften die Ärzte trotz des enger werdenden finanziellen Spielraumes ihre Altersvorsorge und sicherten sich noch den Anspruch auf eine steuerfreie Kapitalzahlung, indem sie eine Kapitallebensversicherung abschlossen. Vielfach wurde dabei schon die erst später geplante Maßnahme zur Altersvorsorge vorgezogen.

Entsprechend verhalten entwickelte sich der Absatz von Vorsorgeprodukten in den ersten Monaten des Berichtsjahres. Hinzu kam, dass sich die Vertriebe der Versicherungsgesellschaften trotz intensiver Vorbereitungen auf die neue Situation argumentativ einstellen mussten. Die Bedürfnisse des Arztes im Spannungsfeld zwischen Vorsorge, Investitionsfinanzierung für Praxis und Eigenheim sowie Liquidität in seinen unterschiedlichen Berufs- und Lebensphasen darstellen und zufrieden stellen zu können war eine konzeptionelle wie auch vertriebliche Herausforderung.

Die Deutsche Ärzteversicherung hat ihren Vertrieben rechtzeitig ein Produkt zur Verfügung gestellt, das als flexibles Vorsorgeinstrument einen gleichzeitigen Abschluss der Basis- und Privatrente ermöglicht. Um die Vorteile der 1. Schicht (Basisvorsorge) mit denen der 3. Schicht (Private Vorsorge) zu kombinieren wurde das

### **„Kombi-Renten-Konzept“**

erfolgreich auf den Markt gebracht. Es ist nach Einschätzung von Experten das zurzeit weitreichendste Vorsorgekonzept im Markt.

Die Vorteile der Basisrente (1. Schicht) sind die Steuervorteile während der Beitragszahlung und bedingt die Variabilität bei der Absicherung bei Berufsunfähigkeit. Die Vorteile der Privatrente (3. Schicht) sind die Steuervorteile während der Rentenzahlung, die Möglichkeit der Kapitalauszahlung, umfassende individuelle Absicherung bei Berufsunfähigkeit sowie die Möglichkeiten der Hinterbliebenenabsicherung.

Das „Kombi-Renten-Konzept“ gibt dem Arzt die Freiheit, die Rentenbeiträge so festzulegen, wie seine individuelle Situation momentan ist. Aufbauend darauf sind Anpassungen je nach persönlichen Situationen und Wünschen – praktisch während des gesamten Berufslebens – möglich. Das Konzept erlaubt auch eine Wahl zwischen Garantie- und Fondstarifen – die Sicherheit einer garantierten Auszahlung oder die Ertragschancen von Fondsanlagen sind wählbar .

---

# Marktsituation

---

Im Rahmen der Anpassung und Weiterentwicklung des Beratungsportfolios wurde im Berichtsjahr zusammen mit dem Exklusivvertrieb Deutsche Ärzte Finanz und der Apotheker- und Ärztebank das bewährte „Praxiskonzept“ so modelliert, dass es den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Altersvorsorge entspricht. Es wurde das

## **Praxis-Konzept XXL**

als Alternative zum klassischen Finanzierungsmodell über ein Tilgungsdarlehen entwickelt.

Das Konzept in der Grundversion „Praxis-Konzept L“ ist für den Existenzgründer ein vorteilhaftes Finanzierungsmodell für die eigene Praxis. In der Version „XL“ ist darüber hinaus ein Baustein für die persönliche Altersvorsorge integriert und in der dritten Version „XXL“ kommt des Weiteren die Option für die Finanzierung einer eigenen Immobilie hinzu.

- In seiner letzten Version stellt sich das Praxiskonzept XXL dar als
- vorteilhaftes Finanzierungsmodell für die eigene Praxis mit
  - finanziellem Spielraum bei der persönlichen Altersvorsorge und
  - Optionen zur Immobilienfinanzierung.



---

## Hufeland-Preis

---

### Hufeland-Preis 2005: Kariesrisiko bei Kindern identifizieren

Mit der Stiftung des Hufeland-Preises setzt sich die Deutsche Ärztesicherung seit vielen Jahren aktiv für die Präventivmedizin in Deutschland ein. Der Preis wird von der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer und der Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. ideell gefördert. Den mit 20.000 Euro dotierten „Hufeland-Preis 2005“ erhielt Prof. Dr. med. Stefan Zimmer, stellvertretender Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde in Düsseldorf, für seine Arbeit „Identifizierung und Betreuung von Kindern mit hohem Kariesrisiko“.

Bundesweit repräsentative Untersuchungen weisen, so Prof. Zimmer, in jüngster Zeit einen deutlichen Kariesrückgang bei Kindern nach, von dem jedoch nicht alle Kinder in gleicher Weise profitieren konnten. Neben einer großen Gruppe mit kariesfreiem Gebiss gebe es eine kleine Population, die einen Großteil aller Kariesschäden auf sich vereine. Nach der letzten repräsentativen Erhebung aus dem Jahr 1999 entfielen auf 21,5 % der Zwölfjährigen 61,2 % aller kariösen Schäden. Da der Gesetzgeber schon 1993 im Paragraph 21 des Sozialgesetzbuches V für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko die Entwicklung spezifischer Programme für entsprechende Betreuung in Kindergärten und Schulen (Gruppenprophylaxe) gefordert hat, sei es das Ziel der von ihm vorgenommenen Studien gewesen, Programme zu entwickeln, um genau diese Kinder zu identifizieren und zu betreuen und zugleich diese Programme auf ihre Effektivität und praktische Umsetzbarkeit zu untersuchen.

Um einem präventiven Ansatz gerecht zu werden, sollte nach Auffassung Zimmers die Identifizierung von Kariesrisiko-Kindern durch ein Verfahren möglich sein, bei dem allerdings nicht mehr rückgängig zu machende Kariesschäden ausgeschlossen seien. In einer prospektiven Studie unter einer Vielzahl untersuchter Parameter, die auch Speicheltests einschlossen, habe sich gezeigt, dass die Anzahl beginnender und noch umkehrbarer kariöser Schäden an bleibenden Zähnen das wichtigste Kriterium zur Kariesvorhersage sei. In Zusammenarbeit mit Prof. Thomas Marthaler von der Universität Zürich sei im Hinblick darauf ein „Kariesrisiko-Schieber“ entwickelt und auch hergestellt worden, der es ermöglicht, einfach und preisgünstig das Kariesrisiko bei sechs- bis zwölfjährigen Kindern zu bestimmen. Inzwischen gebe es zur Anwendung dieses Verfahrens ein kostenloses PC-Programm.

Nachdem das Problem, Kariesrisiko-Kinder zu identifizieren, zufriedenstellend gelöst worden sei, hätten er und sein Team Programme zu deren kariesprophylaktischer Betreuung entwickelt und deren Anwendbarkeit und

---

## Hufeland-Preis

---

Erfolge überprüft. Dabei wurden, wie Zimmer ausführte, zwei grundsätzlich verschiedene Konzepte bei klinisch kontrollierten Studien gegenübergestellt:

1. Die Überweisung an und intensivprophylaktische Betreuung durch niedergelassene Zahnärzte.
2. Die aufsuchende intensivprophylaktische Betreuung vor Ort, also im Rahmen der Gruppenprophylaxe.

Im ersten Fall wurde ein typisches individualprophylaktisches Programm angewendet, im zweiten ein Programm, das auf gesundheitserzieherischen Maßnahmen und der halbjährlichen Anwendung eines hoch konzentrierten Fluoridlackes im Rahmen der Gruppenprophylaxe basierte. Während sich das erstgenannte Programm nach zwei Jahren nicht als effektiv erwies, konnte in dem Programm zur aufsuchenden Betreuung nach vierjähriger Anwendung während der Gundschulzeit (1. bis 4. Klasse) eine statistisch gesicherte Karieshemmung von 37 % nachgewiesen werden. Da dieses Programm pro Kopf und Jahr nur etwa 8 Euro Kosten verursachte, könne es, so Zimmer, nicht nur als wirksam, sondern auch als wirtschaftlich bezeichnet werden.

Eine Betrachtung der „Reichweite“ der unterschiedlichen Präventionsansätze habe außerdem gezeigt, dass mit dem Konzept der Überweisung an niedergelassene Zahnärzte nur etwa 10 % der Kariesrisiko-Kinder überhaupt erreicht wurden und selbst diese nur zu 30 % an dem gesamten vorgesehenen Programm teilnahmen. Demgegenüber konnten in dem Programm mit aufsuchender Betreuung im Rahmen der Gruppenprophylaxe 50 % der Risikokinder im gewünschten Sinne erreicht werden. Dieser schon recht hohe Prozentsatz könne, betonte Zimmer, unter den Bedingungen der Gruppenprophylaxe bei flächendeckender Betreuung ganzer Populationen noch erheblich gesteigert werden. So konnte im Berliner Bezirk Neukölln an jährlich etwa 16.000 bis 20.000 Kindern die Umsetzbarkeit des Konzeptes bestätigt werden.

Aus den durchgeführten Untersuchungen könne somit die Schlussfolgerung gezogen werden, dass Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko in Reihenuntersuchungen mit Hilfe reversibler klinischer Parameter identifiziert und mit einem aufsuchenden Programm durch Gesundheitserziehung und das Aufbringen von hoch konzentriertem Fluoridlack zweimal pro Jahr effektiv betreut werden können.

---

# Lagebericht

---

## Überblick über den Geschäftsverlauf

Der deutsche Lebensversicherungsmarkt ist 2005 erneut gewachsen. Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft beziffert das Beitragswachstum auf voraussichtlich 6,0 % nach 1,2 % im Jahr zuvor. Demzufolge betrug das Beitragsaufkommen der inländischen Lebensversicherer im abgelaufenen Geschäftsjahr 72,5 Mrd. Euro. Dabei stiegen die laufenden Beiträge marktweit um 4,1 % auf 63,3 Mrd. Euro und die Einmalbeiträge um 21,6 % auf 9,1 Mrd. Euro. Die Beiträge aus dem Neugeschäft nahmen insgesamt um 21,7 % auf 14,8 Mrd. Euro ab. Die marktweite Stornoquote ging von 5,5 % auf 5,0 % zurück.

Die Deutsche Ärzteversicherung AG verzeichnete trotz der Absenkung des Anteils an den Versorgungswerken der Ärzteschaft Hamburg und Berlin einen Anstieg der Beitragseinnahmen um 2,5 % auf 493,6 Mio. Euro. Während die laufenden Beiträge um 2,9 % auf 485,3 Mio. Euro anstiegen, nahmen die Einmalbeiträge um 16,9 % auf 8,3 Mio. Euro ab. Bereinigt um die Beiträge der Hamburger und Berliner Ärztekammern nahmen die gebuchten Beiträge um 7,4 % zu.

Wie schon der Trend auf dem Lebensversicherungsmarkt zeigt, verringerte sich auch das Neugeschäftsvolumen unserer Gesellschaft an statistischen laufenden Beiträgen um 20,5 % auf 50,9 Mio. Euro. Ursächlich für diese Entwicklung ist neben der seit Jahresbeginn erheblich eingeschränkten Steuerfreiheit für Kapital- und private Rentenversicherungen eine nur langsame Belebung des Neugeschäfts, was überwiegend auf die hohen „Vorzieheffekte“ zum Jahresende 2004 und damit einhergehenden Sättigungstendenzen im laufenden Geschäftsjahr zurückzuführen ist. Die Stornoquote verzeichnete einen leichten Anstieg von 2,0 % auf 2,2 %, lag aber weiter erheblich unter dem Marktdurchschnitt von 5,0 %. Unser Bestand an laufenden Beiträgen hat sich auf 490,1 Mio. Euro verringert; gleichzeitig sank die statistische Versicherungssumme um 3,8 % auf 14,6 Mrd. Euro. Am Jahresende 2005 betreute unsere Gesellschaft 214.044 V erträge. Das sind im Vergleich zum Vorjahr 1,9 % mehr.

Nachdem unser außerordentliches Kapitalanlageergebnis im Vorjahr durch den vollständigen Abbau der stillen Lasten auf Aktienfonds geprägt war, verzeichneten wir im Berichtsjahr einen Anstieg um 40,4 Mio. Euro auf 39,3 Mio. Euro. Das ordentliche Kapitalanlageergebnis (nach Kosten) verringerte sich durch die Reduzierung des Rückdeckungsvertrags mit den Ärzteversorgungswerken Hamburg und Berlin um 4,6 % auf 191,2 Mio. Euro. Insgesamt stieg das Kapitalanlageergebnis um 15,7 % auf 230,5 Mio. Euro an. Die Nettoverzinsung der Kapitalanlagen verbesserte sich auf 5,1 % (2004: 4,1 %).

---

## Lagebericht

---

Die gesamten ausgezahlten Leistungen für unsere Kunden aus Zahlungen für Abläufe, Rückkäufe, Todes- und Heiratsfälle sowie für Renten einschließlich der zugehörigen Überschussanteile betragen 485,4 Mio. Euro. Die Rückstellungen für Leistungsverpflichtungen nahmen aufgrund der Reduzierung des Rückdeckungsvertrags mit den Ärztekammern Hamburg und Berlin um 196,8 Mio. Euro auf 4,5 Mrd. Euro ab.

Die Verwaltungskostenquote erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr von 3,1 % auf 3,6 %. Gleichzeitig blieb die Abschlusskostenquote gemessen an der gesamten Beitragssumme des Neugeschäfts mit 5,5 % konstant. Der Rohüberschuss nach Ertragsteuern erhöhte sich aufgrund des erfreulich gestiegenen Kapitalanlageergebnisses von 97,4 Mio. Euro auf 112,3 Mio. Euro. Vom Bruttoüberschuss haben wir 94,5 Mio. Euro oder 99,0 % (2004: 99,5 %) der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt, um sie für die Überschussbeteiligung unserer Kunden zu verwenden.

## Geschäftsergebnis

### Beitragseinnahmen

Im Geschäftsjahr 2005 erzielte die Deutsche Ärzteversicherung AG Beitragseinnahmen in Höhe von 493,6 Mio. Euro (+2,5 %). Hiervon entfielen 485,3 Mio. Euro auf die laufenden Beiträge, die einen Zuwachs von 13,9 Mio. Euro (+2,9 %) verzeichneten. Die Einmalbeiträge nahmen gegenüber dem Vorjahr um 1,7 Mio. Euro (-16,9 %) ab. Bereinigt um das Geschäft mit den Versorgungswerken nahmen die gesamten Beiträge unserer Gesellschaft um 7,4 % zu. Die erfreuliche Entwicklung im Kerngeschäft unserer Gesellschaft resultiert unter anderem aus einem deutlichen Zuwachs von 11,4 Mio. Euro bei dem von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank vermittelten Geschäft, deren Anteil am gesamten Beitragsvolumen 27,4 % beträgt.

### Kapitalanlageergebnis

Das gesamte Kapitalanlageergebnis – alle Erträge abzüglich aller Aufwendungen – erhöhte sich im Berichtsjahr um 15,7 % auf 230,5 Mio. Euro. Dabei fiel das außerordentliche Ergebnis mit 39,3 Mio. Euro (2004: -1,1 Mio. Euro) deutlich besser aus als im Vorjahr, in dem das Ergebnis insbesondere durch den Abbau der stillen Lasten auf Aktienfonds und Verluste aus Aktienfonds belastet war. Die Gewinne für das Geschäftsjahr betragen 21,4 Mio. Euro und resultieren im Wesentlichen mit 8,8 Mio. Euro aus dem Verkauf von sonstigen Wertpapieren und dem Verkauf von Immobilien mit 3,8 Mio. Euro sowie mit 3,0 Mio. Euro aus dem Verkauf eines Aktienfonds. Des Weiteren wurden Gewinne aus dem Verkauf von festverzinslichen Kapitalanlagen in Höhe von insgesamt 5,7 Mio. Euro erzielt. Darüber hinaus konnten wir insgesamt 24,3 Mio. Euro zuschreiben, vorwiegend bedingt durch die positive Entwicklung am Aktienmarkt im Jahr 2005.

Verluste weisen wir in Höhe von 0,5 Mio. Euro aus. Diese stammen hauptsächlich mit 0,2 Mio. Euro aus Beteiligungen und mit 0,3 Mio. Euro aus sonstigen Wertpapieren. Die außerordentlichen Abschreibungen auf Kapitalanlagen betragen insgesamt 2,2 Mio. Euro. Hiervon entfielen 1,4 Mio. Euro auf den Immobilienbereich.

Das laufende Ergebnis – abzüglich der Aufwendungen für Kapitalanlagen – verringerte sich auf 191,2 Mio. Euro (2004: 200,4 Mio. Euro). Der Grund hierfür ist die Reduzierung der Rückdeckungsverträge mit den Ärzteversorgungswerken Hamburg und Berlin.

Die Nettoverzinsung der Kapitalanlagen – berechnet nach der Formel des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft – erhöhte sich von 4,1 % im Vorjahr auf 5,1 %.

Zum Stichtag 31. Dezember 2005 weisen wir bei den gemäß § 341 b HGB dem Anlagevermögen zugeordneten Kapitalanlagen stille Lasten in Höhe von 3,8 Mio. Euro aus. Dem stehen Bewertungsreserven in den dem Anlagevermögen zugeordneten Kapitalanlagen in Höhe von 91,4 Mio. Euro gegenüber.

---

# Lagebericht

---

## Kostenverlauf

Die gesamten Abschluss- und Verwaltungsaufwendungen sanken um 18,1 % auf 75,7 Mio. Euro. Dabei verminderten sich die Abschlusskosten um 25,2 % auf 58,0 Mio. Euro. Der Rückgang der Abschlusskosten resultiert aus gesunkenen Abschlussprovisionen aufgrund der unter dem Vorjahr liegenden Neugeschäftsentwicklung. Da gleichzeitig auch die gesamte Beitragssumme mit 1,1 Mrd. Euro unter dem Vorjahreswert (1,4 Mrd. Euro) lag, blieb die Abschlusskostenquote mit 5,5 % auf dem Niveau von 2004.

Die Verwaltungskosten betragen 17,7 Mio. Euro und lagen damit um 19,1 % über dem entsprechenden Wert des Vorjahres. Die Steigerung basiert im Wesentlichen auf höheren Zuführungen zur Rückstellung zur Altersversorgung, da wir neue Sterbetafeln verwendeten, und auf dem überarbeiteten Kostenverrechnungssystem für Dienstleistungen im AXA Konzern. Diese Effekte und die Absenkung des Anteils an den Versorgungswerken der Ärzteschaft Hamburg und Berlin wirkten sich auch auf die Verwaltungskostenquote aus. Sie erhöhte sich von 3,1 % auf 3,6 %.

## Leistungen für unsere Kunden

Die gesamten ausgezahlten Leistungen für unsere Kunden aus Zahlungen für Abläufe, Rückkäufe, Todes- und Heiratsfälle sowie für Renten einschließlich der zugehörigen Überschussanteile und Anteile aus der Direktgutschrift betragen 485,4 Mio. Euro (2004: 467,7 Mio. Euro) und lagen damit 3,8 % höher als im Vorjahr. Wie in den Jahren zuvor entfielen etwa 80 % der Zahlungen auf reguläre Abläufe, 9 % auf Rückkäufe, 7 % auf Renten und Berufsunfähigkeitsleistungen sowie 4 % auf Leistungen für Todesfälle. Die Rückstellungen für Leistungsverpflichtungen gegenüber unseren Versicherungsnehmern (Deckungsrückstellung, Überschussguthaben und Rückstellung für Beitragsrückerstattung) nahmen aufgrund der Reduzierung des Rückdeckungsvertrages der Hamburger Ärztekammer und der Berliner Ärztekammer um 196,8 Mio. Euro ab. Die Rückstellungen für Leistungsverpflichtungen verringerten sich im Berichtsjahr um 4,2 % auf insgesamt 4,5 Mrd. Euro.

## Zusätzliche Deckungsrückstellung für Rentenversicherungen

Aufgrund der weiter steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung hatte die Deutsche Aktuarvereinigung (DAV) Ende 2004 neue Sterbetafeln für Rentenversicherungen veröffentlicht. Für die Deckungsrückstellung der Rentenversicherungen ist seitdem eine Vergleichsrechnung mit der von der DAV vorgestellten Sterbetafel vorzunehmen; positive Differenzen zwischen der Vergleichsreserve und der ursprünglichen Reserve sind unter Verwendung der unternehmensindividuellen Kapitalwahlrechtsquoten aufzufüllen. Für die Berechnungen stehen prinzipiell die mit weniger Aufwand umzusetzenden so genannten Altersverschiebungstafeln und die Aggregat-/Selekt-

tionstafeln zur Verfügung. Letztere erfordern einen deutlich höheren Implementierungsaufwand, sind aber ebenfalls ausreichend vorsichtig kalkuliert. Aus Zeitgründen konnten wir Ende 2004 nur noch die Berechnungen mit den Altersverschiebungstafeln durchführen. Im Berichtsjahr erfolgte der Umstieg auf die Aggregat-/Selektionstafeln. Hierdurch konnte die Ende 2004 notwendige Reservestärkung von 6,5 Mio. Euro für Ende 2005 auf 4,2 Mio. Euro reduziert werden. Die frei werdende Deckungsrückstellung in Höhe von 2,3 Mio. Euro erhöht den Rohüberschuss des Geschäftsjahres.

## Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

Der Rohüberschuss nach Ertragsteuern für das Geschäftsjahr 2005 erhöhte sich um 15,3 % auf 112,3 Mio. Euro (2004: 97,4 Mio. Euro). Dieser deutliche Anstieg resultiert hauptsächlich aus dem erfreulichen Kapitalanlageergebnis, das wir durch die positive Entwicklung am Aktienmarkt erzielten. Den Bruttoüberschuss haben wir zu 99,0 % (2004: 99,5 %) der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt, um sie für die Überschussbeteiligung unserer Kunden zu verwenden.

Der Rückstellung für Beitragsrückerstattung haben wir zugunsten unserer Kunden 44,0 Mio. Euro (2004: 42,8 Mio. Euro) entnommen. Sie erhöhte sich insgesamt um 8,1 % auf 289,8 Mio. Euro.

Bei der Deutschen Ärzteversicherung bleibt das Überschussniveau unverändert bei 3,9 %. Dadurch wird die laufende Verzinsung (Garantieverzinsung plus Zinsüberschussanteil) für das Jahr 2006 je nach Vertragstyp 3,4 % bis 4,0 % betragen, zusätzlich wird je nach Vertragstyp ein Kostenüberschussanteil von bis zu 0,3 % gewährt. Einschließlich des Schlussgewinnanteils ergibt sich hieraus eine Gesamtverzinsung von bis zu 4,7 %. Die laufende Verzinsung von 3,4 % ergibt sich rein rechnerisch bei den jüngsten Tarifgenerationen seit 2003, bei denen allerdings die garantierten Leistungen deutlich erhöht wurden. Die Überschussanteilssätze für die einzelnen Abrechnungsverbände und Tarife sind im Anhang dieses Geschäftsberichts auf den Seiten 78 bis 102 dargestellt.

## Steuern

Der Steueraufwand betrug im Berichtsjahr 8,1 Mio. Euro (2004: 5,3 Mio. Euro). Hiervon entfielen 8,0 Mio. Euro (2004: 5,2 Mio. Euro) auf die Steuern vom Einkommen und Ertrag sowie 0,1 Mio. Euro (2004: 0,1 Mio. Euro) auf die sonstigen Steuern. Wesentliche Ursache für den Anstieg der Einkommen- und Ertragsteuern waren Steuerbelastungen für Vorjahre, die sich aus der Berücksichtigung von steuerlichen Sondereffekten bei den Spezialfonds ergeben hatten.

# Lagebericht

## Jahresüberschuss

Nach der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung und nach Steuern verbleibt ein Jahresüberschuss von 1.000.000 Euro. Einschließlich des Gewinnvortrags aus dem Vorjahr beläuft sich der Bilanzgewinn unserer Gesellschaft auf 1.023.791 Euro. Dieser soll zur Ausschüttung einer Dividende verwendet werden.

	2005 Mio. Euro	2004 Mio. Euro
<b>Jahresüberschuss</b>	1,0	0,4
<b>Gewinnvortrag 0</b>	,0	0,0
<b>Entnahme aus anderen</b>		
<b>Gewinnrücklagen</b>	0,0	0,0
<b>Bilanzgewinn</b>	1,0	0,4

## Eigenkapitalausstattung

Unsere Eigenkapitalausstattung stellt sich wie folgt dar:

	2005 Mio. Euro	2004 Mio. Euro
<b>Gezeichnetes Kapital</b>	7,4	7,4
<b>Kapitalrücklage</b>	13,7	13,7
<b>Andere Gewinnrücklagen</b>	0,6	0,6
<b>Bilanzgewinn</b>	1,0	0,4
<b>Eigenkapital</b>	22,7	22,1



## Bestandsentwicklung

### Versicherungsbestand

Die Deutsche Ärzteversicherung betreute am Ende des Geschäftsjahres 2005 insgesamt 214.044 Verträge (+1,9 %) mit einer Versicherungssumme von 14,6 Mrd. Euro (-3,8 %) und einem laufenden Jahresbeitrag von 490,1 Mio. Euro (-0,4 %). Unverändert bildeten die Einzel-Kapitalversicherungen mit 306,5 Mio. Euro und einem Anteil von 62,6 % den Hauptanteil am Bestand gemessen an laufendem Jahresbeitrag. Nach den Einzel-Kapitalversicherungen nahmen mit 69,6 Mio. Euro und einem Anteil am Gesamtbestand von 14,2 % die fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen die zweite Position ein. Die Kollektivversicherungen hingegen verzeichneten eine rückläufige Entwicklung auf 69,3 Mio. Euro (-19,5 %) und einen Anteil am Gesamtbestand von 14,1 %. Bei den Rentenversicherungen stieg der Bestand gegen laufenden Jahresbeitrag um 10,1 % auf 29,5 Mio. Euro.

Bestand nach Versicherungsart	laufender Beitrag (Mio. Euro)	Anteil 2005 (%)	Anteil 2004 (%)
Einzel-Kapitalversicherungen	306,5	62,6	64,3
Risikoversicherungen	15,2	3,1	2,8
Rentenversicherungen	29,5	6,0	5,5
Fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherungen	69,6	14,2	9,9
Kollektivversicherungen	69,3	14,1	17,5
<b>Gesamt</b>	<b>490,1</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

### Neuzugang

Unsere Gesellschaft erzielte im Berichtsjahr einen Neuzugang an laufendem Jahresbeitrag von 50,9 Mio. Euro. Im Jahr 2004 hatte unsere Gesellschaft durch die zum Jahresbeginn 2005 angekündigte Einschränkung der Steuerfreiheit für Kapital- und private Rentenversicherungen noch einen Neugesäftsboom erzielt. Die damit einhergehenden Sättigungstendenzen ließen erwartungsgemäß im Berichtsjahr das Neugeschäft gegen laufenden Beitrag um 20,5 % auf 50,9 Mio. Euro absinken. Auch die Zahl der neu abgeschlossenen Verträge ging von 25.090 Stück auf 19.886 Stück zurück. Das entspricht einem Rückgang von 20,8 %. Das Neugeschäft gegen Einmalbeitrag belief sich auf 8,3 Mio. Euro, während die neu abgeschlossene Versicherungssumme insgesamt um 18,9 % auf 1,3 Mrd. Euro zurückging. Die aus dem Neuzugang resultierende Gesamtbeitragssumme – definiert als laufender Jahresbeitrag multipliziert mit der Beitragszahlungsdauer zuzüglich der Einmalbeiträge – nahm im Berichtsjahr um 25,1 % auf 1,1 Mrd. Euro ab.

## Lagebericht

Den Schwerpunkt unseres gesamten Neugeschäfts bildeten die fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen, deren Anteil am gesamten Neuzugang bei 43,0 % lag. Danach folgten die Einzel-Kapitalversicherungen mit einem Anteil am gesamten Neuzugang von 30,1 % und einem laufenden Jahresbeitrag von 15,3 Mio. Euro. An dritter Position mit einem Anteil von 12,0 % lagen die Kollektivversicherungen. Sie stiegen um 21,7 % auf 6,1 Mio. Euro an laufendem Jahresbeitrag und haben damit auch den höchsten Zuwachs im gesamten Neugeschäft. Die Rentenversicherungen waren mit 10,8 % am gesamten Neuzugang beteiligt; das entspricht einem neu abgeschlossenen Beitrag von 5,5 Mio. Euro. Mit 2,1 Mio. Euro – das entspricht einem Anteil von 4,1 % – waren die Risikoversicherungen am gesamten Neuzugang beteiligt.

Neuzugang nach Versicherungsart	laufender Beitrag (Mio. Euro)	Anteil 2005 (%)	Anteil 2004 (%)
Einzel-Kapitalversicherungen	15,3	30,1	42,3
Risikoversicherungen	2,1	4,1	2,8
Rentenversicherungen	5,5	10,8	7,3
Fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherungen	21,9	43,0	39,8
Kollektivversicherungen	6,1	12,0	7,8
<b>Gesamt</b>	<b>50,9</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

## Abgang

Im Berichtsjahr verzeichneten wir einen Abgang von 11.837 Verträgen mit einer Versicherungssumme von 0,7 Mrd. Euro (-2,9 %) und einem Jahresbeitrag von 32,9 Mio. Euro (-10,4 %). Auf die vertragsmäßigen Abläufe entfielen hiervon 21,8 Mio. Euro (-15,7 %) an laufendem Jahresbeitrag. Die Abgänge durch Tod oder Heirat sind um 35,0 % auf 0,8 Mio. Euro zurückgegangen.

Der vorzeitige Abgang (Rückkäufe, Umwandlungen in beitragsfreie Versicherungen sowie sonstige vorzeitige Abgänge) lag mit 10,3 Mio. Euro an laufendem Jahresbeitrag um 7,0 % über dem Vorjahr. Weiterhin deutlich unter dem Marktdurchschnitt liegt unsere Stornoquote, auch wenn sie sich im Vergleich zum Vorjahr geringfügig von 2,0 % auf 2,2 % erhöhte.

## Kapitalanlage- bestand

Das Jahr 2005 war für Kapitalanleger ein gutes Jahr, da sowohl die Aktien- als auch die Rentenmärkte Wertzuwächse verbuchen konnten. Nach der gemäßigten Entwicklung im Vorjahr stiegen die Kurse der weltweiten Aktienbörsen in den großen Wirtschaftsblöcken Amerika, Asien und Europa 2005 wieder kräftiger.

Aktien des europäischen Markts bilden den Schwerpunkt im Aktienportfolio der Deutsche Ärzteversicherung AG. Hier konnte der EuroStoxx 50 im Jahresverlauf einen Wertzuwachs von 21,3 % erzielen und erreichte 3.579 Punkte. Der Deutsche Aktienindex (DAX) stieg 2005 um 27,1 % und beendete das Jahr mit 5.408 Punkten. Auch der für den amerikanischen Aktienmarkt repräsentative S & P 500 Index (+2,8 %) und der japanische Nikkei Index (+40,2 %) profitierten von einem positiven weltwirtschaftlichen Konjunkturmilieu.

Im Markt waren vor allem Aktien mit stabilen Gewinnaussichten und hohen Dividendenrenditen gefragt, die im Aktienportfolio der Deutschen Ärzteversicherung einen Schwerpunkt bilden. Durch die positive Entwicklung am Aktienmarkt erhöhte sich die Aktienquote auf Marktwertbasis, obwohl wir unser Aktienportfolio leicht reduziert haben. Auch die Risikoposition in diesem Bereich hat sich durch die Kurssteigerungen nochmals verbessert.

Die negative Entwicklung der Zinsen im Euro-Raum setzte sich im Jahr 2005 zunächst fort, allerdings gemäßigter als im Vorjahr. Diese Entwicklung reflektierte zum einen die weiter nur sehr gering prognostizierten Inflationserwartungen sowie das moderate Wirtschaftswachstum im Euro-Raum. Im September erfolgte eine Trendwende und die Rendite 10-jähriger Bundesanleihen zog wieder an, vor allem aufgrund zurückkehrender Inflationssorgen und optimistischer Konjunkturschätzungen. Trotz der positiven Entwicklung in den letzten Monaten des Geschäftsjahres sank der Zinssatz für 10-jährige Bundesanleihen von 3,7 % Anfang 2005 auf nur noch 3,4 % zum Jahresende. Auch Unternehmensanleihen, die eine zunehmende Bedeutung in den Kapitalanlagen der Deutsche Ärzteversicherung AG haben, entwickelten sich positiv, weil angesichts der weltweit insgesamt günstigen Konjunktorentwicklung die Risikoaufschläge abnahmen.

Der Bestand an Kapitalanlagen reduzierte sich bei unserer Gesellschaft im Geschäftsjahr 2005 wegen der erwähnten Anteilsreduzierung an dem Rückdeckungsvertrag mit dem Ärzteversorgungswerk Hamburg und mit dem Ärzteversorgungswerk Berlin um 5,0 % auf 4,4 Mrd. Euro.

## Lagebericht

Struktur der Kapitalanlagen	Buchwerte 2005		Buchwerte 2004		Zeitwerte 2005		Zeitwerte 2004	
	Mio. Euro	%	Mio. Euro	%	Mio. Euro	Mio. Euro	Mio. Euro	Mio. Euro
Grundbesitz	2,2	0,1	13,8	0,3	2,5		17,7	
Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen	86,4	2,0	103,5	2,2	90,2		105,0	
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	903,4	20,7	709,2	15,4	946,7		726,3	
Festverzinsliche Wertpapiere	611,4	14,0	585,3	12,7	655,5		607,5	
Hypotheken	232,7	5,3	256,2	5,6	234,7		258,7	
Schuldscheindarlehen und Namenspapiere	2.416,2	55,4	2.565,0	55,8	2.602,0		2.783,1	
Darlehen und Vorauszahlungen auf Versicherungsscheine	45,2	1,0	259,8	5,7	47,4		262,1	
Einlagen bei Kreditinstituten	13,0	0,3	48,6	1,1	13,0		48,6	
Andere Kapitalanlagen	53,1	1,2	53,1	1,2	57,8		57,0	
<b>Summe</b>	<b>4.363,6</b>	<b>100,0</b>	<b>4.594,5</b>	<b>100,0</b>	<b>4.649,8</b>		<b>4.866,0</b>	

Nach einem Neuanlagevolumen von 2,8 Mrd. Euro im Vorjahr, in dem unsere Anlagestrategie neben Maßnahmen zur Gewinnrealisierung insbesondere durch Umschichtungen innerhalb des Rentenportfolios geprägt war, ging das neu angelegte Kapitalanlagevolumen im vergangenen Geschäftsjahr auf 0,5 Mrd. Euro zurück. Mit gut 0,4 Mrd. Euro oder 89,5 % bildeten die Rententitel wieder den Schwerpunkt unserer Neuanlagen. Ihr Bestand, inklusive der in festverzinslichen Wertpapieren investierten Investmentanteile, betrug 4,1 Mrd. Euro oder 94,0 % der gesamten Kapitalanlagen.

Der überwiegende Teil unserer Aktien wird in Spezialfonds gehalten, die auf Aktieninvestments ausgerichtet sind, jedoch auch einen begrenzten Anteil an Rententiteln beinhalten. Insgesamt stieg – vorwiegend bedingt durch vorgenommene Zuschreibungen in diesem Bereich – die Aktienquote auf Buchwertbasis, die nur die reinen Aktien- und keine Rententitel berücksichtigt, von 3,9 % auf 4,7 %. Gemessen an den Marktwerten stieg diese Quote von 3,8 % auf 5,1 %.

Struktur der Zugänge (Mio. Euro)	Zugänge	Abgänge	Saldo
Grundbesitz	–	10,7	–10,7
Verbundene Unternehmen und Beteiligungen	4,4	21,2	–16,8
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	231,2	60,7	170,5
Festverzinsliche Wertpapiere	162,2	136,1	26,1
Hypotheken	0,8	24,3	–23,5
Schuldscheindarlehen und Namenspapiere	19,0	167,4	–48,4
Darlehen und Vorauszahlungen auf Versicherungsscheine	38,4	253,0	–214,6
Einlagen bei Kreditinstituten	–	35,6	–35,6
Andere Kapitalanlagen	–	–	–
<b>Summe</b>	<b>456,0</b>	<b>709,0</b>	<b>–253,0</b>

## Zeitwerte der Kapitalanlagen

Die Bewertungsreserven als Differenz zwischen dem aktuellen Marktwert und dem Buchwert beliefen sich zum 31. Dezember 2005 auf +286,2 Mio. Euro (2004: +271,5 Mio. Euro). Das entspricht 6,6 % der Buchwerte. Unter Berücksichtigung von gezahlten Aufgeldern und Disagien bei zu Nennwerten bilanzierten Kapitalanlagen ergibt sich eine Bewertungsreserve von +263,4 Mio. Euro. Der Wert unseres gesamten Portfolios ist damit im Geschäftsjahr 2005 um 14,7 Mio. Euro bzw. 20,2 Mio. Euro (inkl. gezahlter Aufgelder und Disagien) gestiegen. Neben den gefallen Zinsen liegt der Grund für die Verbesserung in den freundlich tendierenden Aktienmärkten.

Die Bewertungsreserven auf die Substanzwerte (Aktien, Beteiligungen und Grundstücke) betragen 35,3 Mio. Euro (2004: 8,5 Mio. Euro). Da die Rendite des Bestandes an Zinstiteln über der Marktrendite zum Bewertungsstichtag lag, verfügten wir in dieser Position über Bewertungsreserven in Höhe von 250,9 Mio. Euro (2004: 263,0 Mio. Euro). Bei Realisierung dieser Bewertungsreserven unterliegen diese Bestände einem Wiederanlage-  
risiko.

## Risiken und Chancen der zukünftigen Entwicklung

In diesem Kapitel stellen wir die Risiken und Chancen der zukünftigen Entwicklung unserer Gesellschaft dar. Risiken werden dem Deutschen Rechnungslegungs-Standard zur Risikoberichterstattung (DRS 5) entsprechend als negative künftige Entwicklung der wirtschaftlichen Lage im Vergleich zur Situation am Bilanzstichtag definiert. Chancen stellen entsprechende positive Entwicklungen dar. Bei den versicherungstechnischen Risiken und den Kapitalanlagerisiken sind Risiken und Chancen in vielen Fällen direkt miteinander verbunden. Wegen der zu ergreifenden Risiko-steuerungsmaßnahmen stehen im Folgenden die Risiken im Vordergrund. Gleichzeitig nutzen wir jedoch die sich bietenden Chancen.

### **Versicherungstechnische Risiken und Chancen**

Die in diesem Abschnitt dargestellten versicherungstechnischen Risiken korrespondieren mit den Chancen wie folgt: Den Risiken aus Biometrie, Storno und Zinsgarantie stehen die Chancen aus einem gegenüber den Kalkulationsannahmen günstigeren Verlauf gegenüber. Ein günstigerer Verlauf würde zu Überschüssen führen, an denen Aktionäre und Versicherte im Rahmen der geltenden gesetzlichen Vorschriften beteiligt werden.

**Biometrische Risiken:** Für die Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen werden im Wesentlichen die auf der Seite 61 dieses Berichts unter den Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden aufgeführten Sterbe- und Invalidisierungstafeln verwendet. Mit Ausnahme der auf Seite 60 genannten Teilbestände an Berufsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen sowie Rentenversicherungen, für die angemessene Erhöhungen der Deckungsrückstellungen erfolgten, werden die verwendeten Wahrscheinlichkeitstafeln von der Aufsichtsbehörde und der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) als ausreichend für die Berechnung der Deckungsrückstellung angesehen. Sie enthalten nach Einschätzung des verantwortlichen Aktuars für die Gesellschaft angemessene Sicherheitsspannen. Gleichwohl sind die Entwicklung der Sterblichkeit in der Rentenversicherung sowie die Entwicklung der Invalidisierungswahrscheinlichkeiten auch weiterhin laufend zu analysieren. So werden bei der DAV die Untersuchungen zur Sterblichkeit in der Rentenversicherung durch Berücksichtigung neuer Daten laufend aktualisiert, da eine Fortsetzung des Trends zu weiter steigenden künftigen Lebenserwartungen nicht ausgeschlossen werden kann. Nach der Auswertung des Versicherungsbestandes der Gesellschaft konnte nachgewiesen werden, dass für 2005 nach der Ende 2004 vorgenommenen Erhöhung der Deckungsrückstellung für Rentenversicherungen eine weitere Erhöhung nicht erforderlich ist. Weiterhin ist zu vergegenwärtigen, dass Einflüsse von Pandemien, Terroranschlägen und Naturkatastrophen, durch die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen gefährdet werden könnten, in den Sterbe- bzw. Invalidisierungstafeln natürlich nicht ausreichend berücksichtigt sein können.



























































































































































































