

Bericht über das 19. Geschäftsjahr 2006

Deutsche Ärzte-Versicherung
Allgemeine Versicherungs-
Aktiengesellschaft
Colonia-Allee 10–20
51067 Köln
Telefon (02 21) 148-2 27 00
Telefax (02 21) 148-2 14 42
Internet: www.aerzteversicherung.de
E-Mail: service@aerzteversicherung.de

Inhaltsangabe		Seite
	Aufsichtsrat/Vorstand	4
	Marktsituation	5
	Lagebericht	25
	Gewinnverwendungsvorschlag	44
	Bericht des Aufsichtsrats	45
	Jahresabschluss	
	– Bilanz zum 31. Dezember 2006	48
	– Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2006	50
	– Anhang	53
	Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers	74
	Anlage zum Lagebericht	76

Aufsichtsrat/Vorstand

Aufsichtsrat

Dr. Markus Hofmann

Vorsitzender

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

Köln

Dr. Udo Bertermann

Rechtsanwalt

stellv. Vorsitzender

Velbert

Gerhard K. Girner

Mitglied des Vorstands der Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Düsseldorf

Vorstand

Gernot Schlösser

Vorsitzender

Strategie und Grundsatzfragen, Risikomanagement,
Rückversicherung, Koordination zum Konzern

Jörg Arnold

Vertrieb

Hans Geiger

Marketing, Produktsteuerung, Betrieb und Schaden,
Rechnungswesen, Kapitalanlagen

Gesundheitspolitik

Gesundheitsreform

Das alles überlagernde gesundheitspolitische Thema des Jahres 2006 sowie der ersten Wochen des Jahres 2007 war die von der großen Koalition in Berlin betriebene Gesundheitsreform mit Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht. Bereits im Koalitionsvertrag zur Bildung der großen Koalition von CDU/CSU und SPD geplant, vereinbarten die gesundheitspolitischen Unterhändler zusammen mit den Parteispitzen am 3. Juli 2006 Eckpunkte für die Gesundheitsreform. Doch nach der Vorlage des ersten Referentenentwurfs für das „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ (GKV-WSG) durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gab es nicht nur massivste Proteste von praktisch allen Gruppierungen des Gesundheitswesens, sondern auch tiefgehende Auseinandersetzungen zwischen den Koalitionspartnern auf der einen Seite sowie zwischen einzelnen Landesregierungen und den Gesundheitspolitikern der Koalition auf der anderen Seite. Der Grund waren die weit auseinanderliegenden Positionen von CDU/CSU einerseits sowie der SPD andererseits zur Reform des Gesundheitswesens, die mit den Begriffen „Gesundheitspauschale“ sowie „Bürgerversicherung“ gekennzeichnet werden können.

Der mehrheitlich CDU/CSU-dominierte Bundesrat forderte bei der ersten Behandlung des GKV-WSG über 200 Änderungen, die vor der endgültigen Verabschiedung des Gesetzes durch den Bundestag am 2. Februar 2007 zumindest teilweise in den Gesetzestext eingearbeitet wurden. Die Schwerpunkte der Änderungswünsche lagen dabei bei der Ausgestaltung des vorgesehenen Gesundheitsfonds insbesondere im Hinblick auf die zusätzliche Belastung einzelner finanzstarker Bundesländer, der Veränderung der privaten Krankenversicherung vor allem durch die Einführung eines Basistarifes mit Kontrahierungszwang und der Portabilität der Altersrückstellung der privaten Krankenversicherung sowie der pauschalen Belastung der Krankenhäuser durch die Reform.

Marktsituation

Aufgrund der tief greifenden Meinungsverschiedenheiten zwischen den Koalitionspartnern über die Interpretation der im Sommer 2006 vereinbarten Eckpunkte zur Gesundheitsreform wurde auch eine Verschiebung des ursprünglichen Zeitplanes erforderlich: Das In-Kraft-Treten der ersten Reformteile wurde vom 1. Januar auf den 1. April 2007 verschoben. Das Herzstück der Reform – der neue Gesundheitsfonds, über den zukünftig die gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden sollen – wird nun sogar erst zum 1. Januar 2009 realisiert, ähnlich wie eine Reihe von Neuregelungen für die private Krankenversicherung (Überblick über die Neuregelungen siehe weiter unten).

Verabschiedung trotz geschlossener Gegnerschaft

Wie groß die Bedenken gegen die schließlich verabschiedete Reform selbst bei den Gesundheitsfachleuten der beiden Koalitionfraktionen am Ende noch waren, kennzeichnet ein bisher einmaliger Vorgang in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland: Bei der entscheidenden Sitzung des Bundestagsausschusses für Gesundheit wenige Tagen vor der endgültigen Lesung des GKV-WSG ließ sich eine nennenswerte Zahl der Ausschussmitglieder aus den Koalitionfraktionen vertreten, um dem Gesetzentwurf in seiner endgültigen Fassung nicht zustimmen zu müssen. Und bei der entscheidenden Abstimmung des Bundestags selbst gab es zwar eine eindeutige Mehrheit – allerdings blieb die Zustimmung zur Gesundheitsreform mit 378 Ja-Stimmen weit unter der Stimmenzahl von insgesamt 447, über die die Koalition eigentlich verfügt. Eine größere Zahl von Koalitionsabgeordneten hat damit dem GKV-WSG die Zustimmung verweigert.

Und noch bis in die letzten Minuten vor der entscheidenden Abstimmung im Bundestag gab es immer wieder mahnende Stimmen aus Wissenschaft und Politik, die vor bestimmten Regelungen des

Reformgesetzes nachhaltig warnten. So warnte etwa der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie wenige Tage vor der abschließenden Beratung im Bundestag in einem Brief an Bundeswirtschaftsminister Michael Glos davor, dass mit der Reform die gesetzlichen Krankenkassen endgültig jeder Kontrolle durch Wettbewerbsgesetze entzogen und Aktivitäten der Wettbewerbshüter im Gesundheitsmarkt weitgehend ausgehebelt würden. Wörtlich hieß es in dem Schreiben unter anderem: „Die beabsichtigte Gesundheitsreform 2007 soll die Wettbewerbskräfte innerhalb des deutschen Gesundheitssystem stärken; die einschlägigen Gesetze zum Schutz des Wettbewerbs sind jedoch auf nationaler wie auf gemeinschaftsrechtlicher Ebene für die gesetzlichen Krankenkassen außer Kraft gesetzt.“

Abwehr-Phalanx von Ärzteschaft bis Kassen

Ebenfalls bis in die letzten Minuten vor der Abstimmung hinein versuchten auch die großen Organisationen des Gesundheitswesens, die Abgeordneten zu einer Ablehnung des Reformgesetzes oder zumindest zu weitergehenden Änderungen zu bewegen. Die Bundesärztekammer betonte noch wenige Tage vor der Verabschiedung, es müsse befürchtet werden, dass mit der geplanten Gesundheitsreform bewährte Strukturen des Gesundheitswesens unwiederbringlich zerstört werden. Wenn die Grundstrukturen der Reform zu wirken begännen, würde das deutsche Gesundheitswesen sukzessive in ein staatlich gelenktes System nach dem Vorbild nationaler Gesundheitsdienste umgewandelt werden. Kennzeichnend für solche Systeme sei eine Zuteilungsmedizin mit Rationierung und Wartelisten, betonte der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe in einem Schreiben an die Abgeordneten des Deutschen Bundestags. Das Hauptziel der Bundesregierung, dauerhaft sichere Finanzgrundlagen zu schaffen, werde mit dem so genannten GKV-Wettbewerbs-

Marktsituation

stärkungsgesetz dagegen verfehlt. Dabei böten gerade die gegenwärtigen politischen Rahmenbedingungen die Chance, generationengerechte und demografiefeste Finanzierungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu schaffen. Auch das Wettbewerbsbild des Gesetzesentwurfs sei trügerisch. Über Wahltarife und selektive Verträge entstünden unterschiedliche Sektoren der Patientenversorgung. Für den Patienten ergäben sich dadurch keine Vorteile.

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) Dr. Jürgen Fedderwitz kommentierte die Verabschiedung der Gesundheitsreform mit dem Hinweis, die Finanzierungs- und Strukturprobleme seien nicht gelöst, der Wettbewerb werde bürokratisiert und das ursprüngliche Ziel einer Senkung der Lohnnebenkosten sei längst vergessen. Durch den Basistarif der PKV drohe nun einem Großteil der Privatversicherten die Abkoppelung vom medizinischen Fortschritt. Die Konditionen des Basistarifs lägen unter denen der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit sei eine moderne zahnmedizinische Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft nicht mehr zu garantieren, so der KZBV-Chef.

Kritisch bewertete Fedderwitz auch, dass die Liberalisierung der Kostenerstattung für gesetzlich Krankenversicherte im letzten Moment weitgehend zurückgenommen wurde. Eigentlich sollten Patienten Kostenerstattung zukünftig auch für einzelne Behandlungen und kurze Zeiträume flexibel wählen können, um Zugang zu Therapien zu haben, die die GKV nicht übernimmt. Damit sei das einzige innovative Element dieser Reform in letzter Minute dem Kompromiss der Koalitionsparteien geopfert worden. Fedderwitz wörtlich: „Die Staatsmedizin wird kommen.“

Der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) betonte wenige Tage vor der entscheidenden Sitzung des Bundestags-Gesundheitsausschusses, die Gesundheitsreform führe „zu einer erheblichen Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die PKV

und ihre Versicherten“. Allein der Basistarif und die Portabilität von Alterungsrückstellungen würden zu teils deutlichen Beitragssteigerungen in der PKV führen, ohne ein einziges Problem des Gesundheitswesens zu lösen. Und in einer ersten Bewertung der verabschiedeten Reform hieß es, „der Bundestag hat ein Gesetz beschlossen, das von nahezu allen Experten, den Akteuren im Gesundheitswesen sowie den Menschen in Deutschland einhellig abgelehnt wird“. Auch wenn das in den Entwürfen des Gesundheitsministeriums ursprünglich angelegte unmittelbare Aus für die PKV in der Schlussphase der Beratungen noch abgewendet werden konnte, so bewirke das Gesetz doch eine erhebliche Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die PKV und ihre Versicherten. Dass nunmehr Steuermittel ausschließlich zugunsten der GKV eingesetzt würden, verstoße, so der PKV-Verband, „eindeutig gegen das Grundgesetz“.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen appellierten anlässlich der Beratungen im Gesundheitsausschuss am 31. Januar noch einmal eindringlich an die Ausschussmitglieder, der Gesundheitsreform nicht zuzustimmen und somit den Weg für einen Neustart frei zu machen. Die Spitzenverbände betonten, auch die Flut der Änderungsanträge habe die Reform nicht besser gemacht. Die Kritikpunkte der Kassen: Die finanziellen Probleme würden nicht gelöst, die Versicherten würden stärker belastet, es gebe weniger Wettbewerb, es entstünden mehr Bürokratie und Staatsmedizin. Darüber hinaus sei das Ziel der Koalition, einen fairen Wettbewerb zwischen GKV und PKV zu erreichen, völlig fehlgeschlagen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ebenso wie etliche Landeskrankenhausgesellschaften forderten nochmals einen völligen Verzicht auf den von 500 auf 380 Mio. Euro abgesenkten so genannten Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser. Angesichts großer jährlicher Arbeitsplatzverluste, immer weniger öffentlicher Investitionsmittel, massiver Lasten durch Mehrwertsteuererhöhung, Arbeitszeitgesetz

Marktsituation

und Tariflohnsteigerungen sei für zusätzliche Belastungen der Krankenhäuser kein Raum. Viele Kliniken liefen bereits unter Sanierungsbedingungen, um den Betrieb aufrechterhalten zu können. Zudem habe sich die Ausgangssituation seit Formulierung der Eckpunkte zur Reform grundlegend geändert. Allerdings gab es nach der Verabschiedung der Reform durchaus eine differenzierte Stellungnahme der DKG. So wertete der Krankenhaus-Spitzenverband die erleichterten Bedingungen für die Zulassung von Krankenhäusern zu hochspezialisierten ambulanten Leistungen positiv, denn die Entscheidung darüber liege in Zukunft bei den Landesregierungen und nicht mehr bei den einzelnen Krankenkassen.

KBV-Position wechselt von Rot auf Gelb

Zu einer differenzierteren Position gegenüber der Gesundheitsreform wechselte auf der Grundlage der eingebrachten Veränderungen auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). So betonte anlässlich der Verabschiedung des GKV-WSG der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler, zwar lehne die KBV nach wie vor alle Elemente der Reform ab, die zu Zentralismus, Staatsmedizin und staatlicher Beeinflussung des Patienten-Arzt-Verhältnisses führten. Dazu gehöre die Tatsache, dass das Bundesgesundheitsministerium künftig einen einheitlichen Beitragssatz der Krankenkassen festlegen werde. Auch die Einflussmöglichkeiten der Politik auf den neu zu gründenden Spitzenverband der Krankenkassen auf Bundesebene sowie auf den Gemeinsamen Bundesausschuss trügen deutlich erkennbare Züge von Staatsmedizin. Und auch eine nachhaltig verbesserte und verbreiterte Finanzierungsgrundlage der GKV sei nicht zu erkennen.

Bei aller Kritik sehe die KBV jedoch auch Chancen in der Gesundheitsreform, „die wir im Interesse der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nutzen wollen“. Dazu gehöre die Möglichkeit,

die Bindung der vertragsärztlichen Vergütung an die Grundlohnsumme zu lösen. Damit sei die Chance groß, dass ab 2009 die Ärzte ein besseres Honorar für ihre Leistungen erwarten könnten. Hinzu komme, dass das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übergehen werde. Offensichtlich hätten die massiven Proteste der ärztlichen Basis und die eindeutige Kritik der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu einem Umdenken in der Politik geführt. Und wörtlich betonte Köhler: „Unserem Ziel nach festen Honoraren sind wir ein gutes Stück nähergekommen.“ Die KBV werde nun alles dafür tun, um eine Gebührenordnung in Euro und Cent im Jahr 2009 zu realisieren.

GKV-WSG – wichtige Neuregelungen im Überblick

Gleichzeitig mit dem Gesundheitsfonds wird zum 1. Januar 2009 auch eine allgemeine **Krankenversicherungspflicht** eingeführt. Wer seinen Versicherungsschutz verloren hat, kann in seine letzte private oder gesetzliche Versicherung zurückkehren. Dieses Rückkehrrecht gilt für Versicherte, die dem GKV-System zuzuordnen sind, bereits mit In-Kraft-Treten des GKV-WSG – also ab dem 1. April 2007. Für Versicherte, die dem PKV-Bereich zuzuordnen sind, gilt dieses Rückkehrrecht in den PKV-Standardtarif ab dem 1. Juli 2007.

Der bis zuletzt umstrittene **Gesundheitsfonds** wird nun erst zum Jahresbeginn 2009 eingeführt. Ab dann werden die weiterhin von den gesetzlichen Krankenkassen eingezogenen Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern an den Gesundheitsfonds weitergeleitet. Auch die beschlossenen Steuermittel fließen in diesen Fonds, aus dem die Kassen dann für die bei ihnen Versicherten Pauschalen sowie alters- und risikobezogene Zuschläge erhalten. Der bisherige kassenindividuelle Beitragssatz zur Krankenversicherung wird durch einen bundeseinheitlichen **Krankenversicherungs-Beitragssatz** abge-

Marktsituation

löst. Diesen bundeseinheitlichen Beitragssatz legt die Bundesregierung in einer Rechtsverordnung erstmals zum 1. Januar 2009 fest.

Kassen mit einem höheren Finanzbedarf können von ihren Versicherten einen **Zusatzbeitrag** erheben. Dieser darf höchstens 1 % des beitragspflichtigen Einkommens betragen. Bis zu einem Beitrag von acht Euro monatlich entfällt allerdings die Einkommensprüfung. Der Zusatzbeitrag ist nur von den Krankenkassen-Mitgliedern, nicht jedoch von mitversicherten Familienangehörigen zu zahlen. Wird ein Zusatzbeitrag erforderlich, hat der Versicherte ein Sonderkündigungsrecht.

Der bisherige **Risikostrukturausgleich** wird mit In-Kraft-Treten des Gesundheitsfonds grundlegend verändert: Ab 2009 werden die Kosten für 50 bis 80 schwere Krankheiten ausgeglichen, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versichertem die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versichertem um mindestens 50 % übersteigen. Zusätzlich werden den Kassen Einkommensunterschiede der Versicherten vollständig ausgeglichen.

Eine **Konvergenzklausel** soll dabei gewährleisten, dass aus keinem Bundesland durch die Einführung des Gesundheitsfonds mehr als 100 Mio. Euro zusätzlich in andere Länder abfließen. Sollten die Belastungen größer sein, tritt eine Konvergenzklausel ein, die die jährliche Veränderung auf 100 Mio. Euro begrenzt.

Jede gesetzliche Krankenkasse wird verpflichtet, den Versicherten **Wahltarife** anzubieten. Neben Kostenerstattungs- und Selbstbehalttarifen muss jede Kasse auch einen Hausarzttarif anbieten.

In den Jahren 2007 und 2008 zahlt der Bund den gesetzlichen Krankenkassen einen **Bundeszuschuss** von je 2,5 Mrd. Euro. In 2009 beträgt der Zuschuss 4,5 Mrd. Euro und soll dann um 1,5 Mrd. Euro pro Jahr auf insgesamt mehr als 14 Mrd. Euro wachsen.

Die bisherigen sieben Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung werden ab 2008 durch einen **Spitzenverband Bund der Krankenkassen** ersetzt.

Zusammenschlüsse zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auch über die Grenzen der Kassenarten hinweg werden erleichtert. Damit dürfen künftig auch verschiedene Kassenarten wie Orts- und Betriebskrankenkassen fusionieren. Die bisher erforderlichen Staatsverträge bei Kassen-Zusammenschlüssen über die Grenzen von Bundesländern hinweg entfallen.

Der **Gemeinsame Bundesausschuss** (G-BA) wird professionalisiert und straffer organisiert. Im G-BA-Beschlussgremium üben die Unparteiischen ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus. Sie übernehmen auch den Vorsitz sämtlicher Unterausschüsse. Sitzungen finden in der Regel öffentlich statt. Die Entscheidungsfindung bei der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird durch die Möglichkeit der Fristsetzung beschleunigt.

Der Wechsel von der GKV in die PKV ist künftig nur noch möglich, wenn das Jahresarbeitsentgelt in drei aufeinander folgenden Jahren (bisher: ein Jahr) die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat und auch zu Beginn des nächsten Kalenderjahres übersteigt. Diese Regelung gilt seit dem Stichtag 2. Februar 2007 – dem Tag der Verabschiedung des GKV-WSG durch den Bundestag.

Die PKV wird ab 2009 verpflichtet, anstelle des bisherigen Standardtarifs einen Basistarif anzubieten, dessen Leistungsumfang mit dem der GKV vergleichbar ist. Gleichzeitig wird eine bis zum 30. Juni 2009 zeitlich befristete Wechselmöglichkeit aus PKV-Bestandstarifen in den Basistarif jedes beliebigen PKV-Unternehmens eingeführt. Die Höhe der Beiträge des Basistarifs darf sich nur nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht des Versicherungsnehmers, nicht aber nach seinem Gesundheitsstatus richten – Risikozuschläge dürfen also nicht erhoben werden. Außerdem darf der Beitrag für Einzelpersonen den

Marktsituation

durchschnittlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (derzeit rund 500 Euro pro Monat) nicht überschreiten. Der Basistarif kann grundsätzlich von allen gewählt werden, die in der PKV versichert sind oder dort versichert sein können (freiwillige Mitglieder der GKV). Im Basistarif gilt Kontrahierungszwang für die privaten Versicherer. Die Sicherstellung der (zahn)ärztlichen Versorgung erfolgt für die Versicherten dieser Tarife über die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen. Für die Vergütung der (zahn)ärztlichen Leistungen werden bestimmte Höchstsätze der Ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) und der Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ) vorgegeben. Durch vertragliche Vereinbarungen zwischen den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und dem Verband der privaten Krankenversicherung kann allerdings von diesen Vorgaben ganz oder teilweise abgewichen werden.

Zum Jahresbeginn 2009 wird auch eine begrenzte Portabilität der Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung eingeführt. Ab Anfang 2009 kann damit ein PKV-Versicherter seine Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs beim Wechsel in ein anderes privates Unternehmen mitnehmen.

Bei der Vergütung der niedergelassenen Ärzte wird ab 2009 das bisherige System floatender Punktwerte abgeschafft und durch eine neue Euro-Gebührenordnung mit festen Preisen ersetzt. Bei der Umsetzung der Vergütungsreform wird die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen nach dem Vorbild der Einführung des Fallpauschalen-Vergütungssystems im Krankenhaus durch ein neutrales professionelles Institut unterstützt.

Die Euro-Gebührenordnung soll eine überschaubare Anzahl von Pauschalvergütungen sowie Einzelvergütungen für besonders förderungswürdige Leistungen enthalten. Für besonders qualifizierte Leistungen wird es Honorarzuschläge geben. Das Morbiditätsrisiko wird auf die Krankenkassen übertragen. Das bedeutet, dass sich die

für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehende Gesamtvergütung zukünftig an der Morbidität der Versicherten orientieren soll. Für zusätzliche Leistungen, die aus einem Anstieg des Behandlungsbedarfs der Versicherten herrühren, muss von den Krankenkassen damit mehr Honorar zur Verfügung gestellt werden. Die Kosten- und Mengensteuerung soll dabei durch Anreizmechanismen in der Gebührenordnung sowie mengen- und praxisbezogene Preisabstufungen erfolgen.

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – die Reform vor der Reform

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) ist zum 1. Januar 2007 eine umfassende Reform des Vertragsarztes bereits in Kraft getreten. Die niedergelassenen Ärzte in Deutschland können damit in Zukunft die Organisation ihrer Arbeit deutlich flexibler gestalten als bisher.

So wird es Einzel- und Gemeinschaftspraxen durch das VÄndG einfacher ermöglicht, Ärzte anzustellen. Voraussetzung hierfür ist, dass die entsprechenden Vertragsarztsitze vorhanden sind beziehungsweise der Planungsbezirk nicht gesperrt ist. Hier können sich Vertragsärzte um weitere Vertragsarztsitze bemühen, um diese mit Angestellten zu besetzen.

Außerdem wird die Möglichkeit eröffnet, Filialen zu bilden, die auch mit angestellten Ärzten betrieben werden können. Diese Möglichkeit gilt auch über den Planungsbereich und den KV-Bezirk hinaus. Voraussetzung ist hier, dass die entsprechenden Sitze vorhanden sind oder der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

Weiterhin eröffnet das VÄndG die Möglichkeit von Teilzulassungen sowie die grundsätzliche Vereinbarkeit ambulanter und stationärer Tätigkeit. Dies gilt sowohl für Vertragsärzte, die damit eine Teilzeittätigkeit in einem Krankenhaus anstreben können, wie auch für

Marktsituation

Klinikärzte, die ihre Arbeitskraft auf eine halbe vertragsärztliche Zulassung und eine halbe stationäre Stelle aufteilen könnten.

Weitere Neuregelungen sollen die Gründung und den Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erleichtern. So können angestellte Ärzte eines Krankenhauses zukünftig auch in einem MVZ desselben Krankenhauses tätig werden; eine gleichzeitige Tätigkeit im Krankenhaus bewirkt damit anders als bisher keine Ungeeignetheit für die vertragsärztliche Tätigkeit in einem medizinischen Versorgungszentrum in Sinne von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV mehr.

Außerdem wird das bisher häufig umstrittene Merkmal der fachübergreifenden Tätigkeit nun gesetzlich definiert, nachdem sich eine uneinheitliche Spruchpraxis der Zulassungsgremien entwickelt hatte. Grundsätzlich gilt für das Merkmal der fachübergreifenden Tätigkeit die Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung des Weiterbildungsrechts. Das bedeutet, dass zukünftig ein MVZ auch zwischen Hausarzt- und Facharztinternist sowie zwischen Gebietsärzten einer Fachgruppe möglich ist, wenn unterschiedliche Schwerpunktbezeichnungen geführt werden (Beispiel: Kardiologie und Rheumatologie).

Eine weitere Neuregelung betrifft die Honorar-Angleichung bei der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Ost und West: Zum Beginn des Jahres 2007 wurde der bisherige Ost-Abschlag von 10% aufgehoben; damit gelten seither in Ost- und Westdeutschland die gleichen Gebührensätze für die Privatabrechnung.

Die Situation der Heilberufe

Vertragsärztliches Referendum:

Mehrheit der Vertragsärzte sieht keine Alternative zu KV-System

Neben der massiven Protestbewegung gegen die Gesundheitsreform gab es für die Heilberufe jedoch auch andere wichtige Themen. Für die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen nahm dabei die Auseinandersetzung mit der eigenen Organisationsform eine zentrale Rolle ein. Die KBV hatte zu dieser Fragestellung erstmals ein kassenärztliches Referendum durchgeführt, in dessen Rahmen das Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas) im Auftrag der KBV zwischen dem 26. September und dem 6. Dezember 2006 37.294 Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Telefoninterviews zum KV-System kontaktiert hatte. Insgesamt 20.032 Kassenärzte haben das Interview vollständig absolviert. Das Ende 2006 veröffentlichte Ergebnis war eindeutig: Trotz durchaus vorhandener Kritik hält eine Mehrheit der Vertragsärzte und -psychotherapeuten die Kassenärztlichen Vereinigungen für eine zukunftssichere Interessenvertretung. Sie sehen trotz zahlreicher Kritikpunkte keine Alternative zum KV-System. Und: Die Körperschaften seien viel akzeptierter als immer wieder behauptet wird, fassten KBV und infas die Ergebnisse der Befragung zusammen.

Der Umfrage zufolge gibt es unter den niedergelassenen Ärzten keine Mehrheit für einen Systemwechsel. 73 % sprachen sich für das bisherige KV-System aus – wenn auch mit dringend notwendigen Verbesserungen. 60 % der Befragten sahen im Übrigen keine wirkliche Alternative zu den KVen. Zwei Drittel bemängelten aber, dass die meisten Funktionsträger die wirklichen Probleme der Ärzte und Psychotherapeuten nicht kennen. Grundsätzlich wurde das KV-System nach Altersgruppe unterschiedlich beurteilt. Dabei galt: je jünger, umso kritischer.

Bedenklich stimmte jedoch die Aussage, dass vier von zehn Befragten die Rückgabe der Kassenzulassung schon einmal ernsthaft

Marktsituation

erwogen hätten. Doch nur jeder Neunte habe sich zu diesem Thema beraten lassen.

Über die konkrete Tätigkeit der KVen fühlten sich zwischen 63 und 87 % der Ärzte und Psychotherapeuten genau oder einigermaßen informiert. Am besten wussten die Befragten über Aufgaben wie Abrechnung, Honorarauszahlung und Sicherstellungsauftrag Bescheid. Große Informationslücken gab es dagegen bei Themen wie der Interessenvertretung im Gesetzgebungsverfahren und der Aushandlung von Kollektivverträgen.

Die in Schulnoten gemessene durchschnittliche Zufriedenheit mit der Aufgabenerfüllung der KVen schwankt nach den Befragungsergebnissen zwischen 2,7 und 4,1. Am besten bewerteten die Befragten die Zuverlässigkeit der Abrechnung und Honorarauszahlung sowie die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung. Die schlechteste Note gab es für die Interessenvertretung im Gesetzgebungsverfahren. Insgesamt fiel die durchschnittliche Bewertung der KVen (3,1) besser aus als die der KBV (3,8). Dabei beurteilen die Psychotherapeuten sowohl ihre KV als auch die KBV besser als die Haus- und Fachärzte.

Krankenhausärzte: Tarifrrechtliche Emanzipation

Für die Krankenhausärztinnen und -ärzte wird das Jahr 2006 wohl als Jahr der tarifpolitischen Emanzipation in die Geschichte eingehen. Nach der Beendigung der Tarifgemeinschaft mit der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und zum Teil wochenlangen Streiks konnte der Marburger Bund sowohl im kommunalen Bereich als auch für die Universitätsklinika eigenständige arzt spezifische Tarifverträge durchsetzen. Dabei gelten die im Juni und August 2006 erzielten Tarifeinigungen mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) sowie der Vereinigung Kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) über arzt spezifische Tarifverträge für Ärzte an kommunalen Kliniken

bereits seit dem 1. August, für Ärzte an Universitätskliniken mit Ausnahme der schon im Juli wirksam gewordenen Entgelttabelle seit dem 1. November 2006. Mittlerweile sind arzt spezifische Tarifverträge mit großen privaten Klinikträgern hinzugekommen. So haben der Marburger Bund und die Helios Kliniken GmbH am 14. Dezember 2006 den ersten bundesweit gültigen arzt spezifischen Tarifvertrag im privaten Krankenhausbereich vereinbart. Der Vorsitzende des Marburger Bundes Dr. Frank Ulrich Montgomery bezeichnete den Abschluss als weiteren wichtigen tarifpolitischen Schritt der Ärztegewerkschaft.

Positiv sei besonders die erstmalige Bezahlung der Medizinstudenten im Praktischen Jahr (PJ). Diesen werde bei Helios in Zukunft eine monatliche Aufwandsentschädigung in Höhe von 400 Euro gewährt. Außerdem sei eine Angleichung der Ärzteeinkommen in den neuen und alten Bundesländern vereinbart worden. Fortan soll allen Medizinerinnen des Helios-Konzerns ein einheitliches Stundenentgelt gezahlt werden.

Unmittelbar nach der Einigung mit Helios einigten sich dann der Marburger Bund und der Berliner Krankenhauskonzern Vivantes auf Eckpunkte eines arzt spezifischen Tarifvertrags zur Umsetzung des deutschen Arbeitszeitgesetzes. Der MB betonte, es sei gelungen, für alle bei Vivantes beschäftigten Klinikärzte eine einheitliche Stufenbewertung des Bereitschaftsdienstes zu vereinbaren. Zuvor hatte der Marburger Bund bereits eine entsprechende Regelung mit der Charité vereinbart. Fortan werde es nur noch eine Bereitschaftsdienststufe geben, die einheitlich zu 95 % vergütet werde. Es folgten Tarifverträge mit dem Land Hessen sowie dem privaten Klinikkonzern Asklepios.

Verhandlungen gibt es nach wie vor um eine Einigung auf arzt spezifische Regelungen für Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft. Ziel des Marburger Bundes ist es hier, ebenso wie im öffentlichen Dienst und im privaten Kliniksektor auch im kirchlichen Krankenhausbereich einen arzt spezifischen Tarifvertrag zu implementieren.

Marktsituation

Elektronische Gesundheitskarte: zwischen Top und Flop

Als ambivalentes Projekt hat sich im Laufe des Jahres 2006 die elektronische Gesundheitskarte (eGK) erwiesen. Zwar wurde im Dezember 2006 mit der Ausgabe der ersten 10.000 Karten in der Testregion Flensburg begonnen. Zusammen mit 25 ausgewählten Ärztinnen und Ärzten sowie schrittweise zwei Krankenhäusern sollen die Versicherten dort die neue eGK mit Lichtbild testen. Zu einem späteren Zeitpunkt sollen auch die Apotheker eingebunden werden. Die Karten wurden von der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) entwickelt und vor dem Beginn des Tests für den bundesweiten Einsatz freigegeben. Die damit beginnenden bundesweiten Tests basieren zu einem wesentlichen Teil auf den Erfahrungen im Flensburger Vorprojekt. Hier waren zuletzt bereits über 1.200 elektronische Gesundheitskarten ausgegeben worden, die in 40 Arztpraxen und 18 Apotheken eingesetzt wurden.

Allerdings forderte der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe Anfang Dezember 2006 Nachverhandlungen über die Finanzierung der elektronischen Gesundheitskarte. Andernfalls würden die Ärzte das insgesamt sinnvolle Projekt wegen der damit verbundenen untragbaren Kostenbelastung boykottieren. Der Ärztenverband NAV-Virchow-Bund rief seine Mitglieder Anfang Februar 2007 schließlich wegen unkalkulierbarer Kosten und fehlender Datensicherheit zum Boykott der Einführungstests für die elektronische Gesundheitskarte auf. Allerdings lehnten sowohl die Kassenärztliche Bundesvereinigung als auch der Hartmannbund einen solchen Boykott ab. Dies beinhaltet die Gefahr, dass man jeden Einfluss auf das Projekt verliere und vor vollendete Tatsachen gestellt werde, betonten Sprecher der beiden Organisationen.

Kurze Zeit vorher hatte sich allerdings auch die KV Hessen – ähnlich wie vorher bereits die KV Bremen – aus dem Projekt eGK zurückgezogen. Die KV-Vertreterversammlung beschloss, einen be-

stehenden Gesellschaftervertrag mit der „Arbeitsgemeinschaft Telematik“ unverzüglich zu kündigen. Die hessischen Ärzte und Psychotherapeuten seien nicht länger bereit, finanzielle Mittel für ein Projekt aufzubringen, das keinerlei Nutzen für Ärzte und Patienten habe. Bereits Anfang November 2006 hatten die Kassenärztliche Vereinigung, die Ärztekammer sowie der Apothekerverein Bremen die Verträge für die eGK Modellregion Bremen gekündigt und damit das dortige eGK-Modellprojekt beendet.

Eine Online-Umfrage der KV Nordrhein kam im August 2006 zu ähnlich kritischen Ergebnissen zur Akzeptanz der eGK innerhalb der Ärzteschaft. Danach sprachen sich 92,2 % der teilnehmenden Ärzte gegen die eGK aus und nur 7,8 % dafür.

Ökonomische Situation: Wettbewerb wird intensiver!

Von der durchschnittlichen Arbeitszeit von 56 Stunden in der Woche wenden niedergelassene Ärzte für die kurative Tätigkeit 33 Stunden (58 %), für externe und interne Verwaltung zehn Stunden (18 %) und für die Fortbildung 8,4 Stunden (15 %) auf. Zu diesem Ergebnis kam Ende 2006 die Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ der Stiftung Gesundheit. Im Rahmen der Studie befragte die GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH im Juni 2006 per Online-Umfrage insgesamt rund 15.000 niedergelassene Ärzte.

Marktsituation

Wochenarbeitszeit nach ärztlichen Fachgruppen in Stunden

Art der Tätigkeit	Allgemein- mediziner	Labor und Radiologie	Operative Fächer	Nichtoperative Fächer	sonstige
kurativ	35	30	33	36	36
Interne Verwaltung	4	5	5	5	4
Externe Verwaltung	5	4	5	4	5
Instruktion Mitarbeiter	2	2	2	2	3
Nichtmedizinische Fortbildung	2	3	2	2	2
Medizinische Fortbildung	5	4	4	4	5
Forschung/Gutachten	2	1	2	2	4

Quelle: Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ der Stiftung Gesundheit, 2006

Nur noch 65 % des Praxisumsatzes aus der GKV

Nach den Umfrageergebnissen stammen mittlerweile bereits 35 % des Umsatzes der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus Tätigkeiten außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei tragen Privatpatienten mit 20 % am meisten zum Umsatz außerhalb der GKV bei. Die weiteren Einnahmequellen sind Selbstzahler (5 %) sowie Gutachten (3 %) und Sonstiges (7 %). Allerdings beläuft sich der Umsatzanteil mit GKV-Patienten bei Allgemeinmedizinern und den nichtoperativen Fächern nach wie vor auf 80 % des Gesamtumsatzes, während er bei Labormedizinern und Radiologen mit nur noch 62 % am niedrigsten liegt.

Dabei besteht eine deutliche Korrelation zwischen dem Praxisumsatz und der Höhe des Werbebudgets: Ärzte, die ein Werbebudget von mehr als 2.500 Euro pro Jahr definiert haben, erzielen überwiegend höhere Umsätze als die Vergleichsgruppe mit einem Marketingbudget zwischen 500 bis 2.500 Euro pro Jahr.

Jahreseinkommen im Durchschnitt bei 117.500 Euro

Das persönliche Einkommen, das die niedergelassenen Ärzte aus ihrem jeweiligen Praxisumsatz erwirtschaften, liegt bei 11 % der Be-

fragten unter 25.000 Euro pro Jahr und bei 11,8 % unter 50.000 Euro. Die Gehaltsgruppe 50.000 bis 125.000 Euro ist mit 46,9 % am häufigsten vertreten. Etwas über ein Fünftel der Ärzte verdienen dagegen mehr als 150.000 Euro pro Jahr. Das gewichtete durchschnittliche Bruttojahreseinkommen der befragten Ärzte in Deutschland liegt bei 117.500 Euro. Hier geben sogar 56,1 % der Befragten an, dass ihr durchschnittliches Bruttoeinkommen gegenüber dem Vorjahr gesunken ist, während 33,7 % angeben, es sei gleich geblieben. Einen Anstieg gegenüber dem Vorjahr nennen 10,2 %. Dabei sind die Zukunftsaussichten der niedergelassenen Mediziner noch pessimistischer. Hier erwarten nur 8,8 % eine Verbesserung ihres Einkommens.

Lange Arbeitszeiten – höheres Einkommen

Eine deutliche Korrelation ergibt die Befragung beim Zusammenhang zwischen der Länge der wöchentlichen Arbeitszeit und der Höhe des Einkommens: Ärzte, die unter 25.000 Euro verdienen, arbeiten im Schnitt 42 Stunden pro Woche. Ab 25.000 Euro Jahresverdienst steigt die wöchentliche Arbeitszeit langsam von 55,6 Stunden bis auf 64 Stunden bei den Spitzenverdienern mit mehr als 750.000 Euro Jahreseinkommen. Den höchsten Wert für ihre wöchentliche Arbeitszeit geben mit 68,8 Stunden allerdings die Ärzte mit einem Bruttojahreseinkommen zwischen 250.000 und 500.000 Euro an.

Wettbewerb zwischen den Praxen wird stärker

Deutlich intensiver wird auch der Wettbewerb zwischen den einzelnen Praxen. So sehen sich mehr als ein Drittel der Ärzte (37,5 %) stark beziehungsweise sehr stark im Wettbewerb mit anderen Kollegen. Lediglich 10,4 % dagegen geben an, kein Wettbewerbsverhalten der Ärzte feststellen zu können. Wettbewerb findet dabei vor allem im Verhalten gegenüber den Patienten (66,2 %), bei Öffnungszeiten

Marktsituation

(40,9%), über Selbstzahlerangebote (39,4%) und Werbung (30,6%) statt.

Ärzte erwarten dabei auch negative Folgen durch den Wettbewerb: So gehen zwei Drittel der Befragten davon aus, dass die „gute ärztliche Arbeit“ schlechter bezahlt werden wird, und ein Drittel erwartet, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung sinken wird.

Wer allerdings die Qualität der ärztlichen Versorgung positiv eingeschätzt hat, findet auch, dass den Patientenwünschen besser entsprochen wird. 79,4% der Ärzte haben sich bereits einmal den Wünschen ihrer Patienten angepasst und 75% meinen, dass dies vermehrt durch Wettbewerb notwendig wird.

Doch trotz aller Belastungen und negativen Entwicklungen: Die Mehrheit der befragten Ärzte ist nach wie vor mit ihrem Beruf zufrieden. So geben 26,5% der Befragten ihrer gegenwärtigen Arbeitszufriedenheit die Schulnote 1 (sehr gut) oder 2 (gut). 33,1% bewerten ihre Arbeitszufriedenheit mit 3 (befriedigend). Doch es gibt auch eine deutliche Gruppe Unzufriedener: So bewerten 14,8% ihre Arbeitszufriedenheit mit mangelhaft (Note 5) und 3,1% sogar mit ungenügend (Note 6). Dabei nimmt die Arbeitszufriedenheit generell mit der Dauer der Selbstständigkeit ab. Außerdem gibt es einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Höhe des Einkommens und der Arbeitszufriedenheit: Geringes Einkommen geht eher mit niedriger Arbeitszufriedenheit einher. Doch findet sich in jeder Einkommensgruppe eine Anzahl von Ärzten mit hoher Arbeitszufriedenheit. Das weist darauf hin, dass die Kombination von Einkommen, Arbeitsbelastung und generellem Arbeitsumfeld für die Bewertung entscheidend ist.

Eine Besserung ihrer momentanen Arbeitszufriedenheit in den nächsten zwölf Monaten erwarten dabei nur 18,6% der Befragten, während 31,2% eine Verschlechterung erwarten. Rund die Hälfte (50,2%) geht dagegen von einer unveränderten Situation aus.

Lagebericht

Allgemeiner Überblick

Geschäftsverlauf

Im Geschäftsjahr 2006 konnte unsere Gesellschaft ihre positive Beitragsentwicklung fortsetzen. Gegenüber dem Vorjahr stiegen die Brutto-Beitragseinnahmen – trotz der Einstellung der Arzt-Regressversicherung zum Jahreswechsel 2005/2006 – um 3,5 % auf 10,7 Mio. Euro (2005: 10,3 Mio. Euro) an.

Der Brutto-Schadenaufwand wurde durch diverse Großschäden beeinflusst und lag dadurch mit 11,8 Mio. Euro um 1,6 Mio. Euro über dem Vorjahr. Dennoch ergab sich durch die Rückabwicklung eines Rückversicherungsvertrages gegenüber dem Vorjahr ein um 532 Tsd. Euro verbessertes versicherungstechnisches Ergebnis für eigene Rechnung. Dieser Sondereffekt führte allerdings dazu, dass der Schwankungsrückstellung im Berichtsjahr insgesamt 2,3 Mio. Euro zugeführt werden mussten.

Das Kapitalanlageergebnis, das im Vorjahr einen Ertrag aus Zuschreibungen von Aktien- und gemischten Fonds in Höhe von 0,9 Mio. Euro enthielt, ging erwartungsgemäß um 0,7 Mio. Euro auf 2,7 Mio. Euro zurück. Alles in allem ergab sich für 2006 ein Jahresfehlbetrag nach Steuern in Höhe von 1,2 Mio. Euro.

Zusammenfassend zeigt der Geschäftsverlauf 2006 folgendes Bild:

	2006 in Tsd. Euro	2005 in Tsd. Euro
Versicherungstechnisches Ergebnis vor Schwankungsrückstellung	-1.667	-2.199
Veränderung der Schwankungsrückstellung	-2.349	-305
Kapitalanlageergebnis	2.741	3.386
Saldo der sonstigen Erträge und Aufwendungen	-34	65
Überschuss/Fehlbetrag vor Steuern	-1.309	947
Steuern	-85	73
Jahresüberschuss/-fehlbetrag (-)	-1.224	874

Produkte

Zu Beginn des Geschäftsjahres 2006 hat unsere Gesellschaft einen neuen Tarif zur Berufshaftpflichtversicherung eingeführt. Für das Neugeschäft und Bestandsumstellungen bieten wir nun zur einfacheren vertrieblichen Umsetzung pauschalisierte Deckungssummen für Personen- und Sachschäden an. Zugleich ist es möglich, divergierende Deckungssummen für die Berufs- und Privathaftpflichtversicherung abzuschließen, da die neuen Verträge rechtlich selbstständig sind.

Gleichzeitig haben wir den Umfang der Berufshaftpflichtversicherung durch die Integration eines „Erweiterten Strafrechtsschutz“ und „Berufliches Schlüsselrisiko“ weiter verbessert. Den Veränderungen im ärztlichen Berufsfeld durch das GKV-Modernisierungsgesetz (mehr Freiheiten in der ärztlichen Berufsausübung) wurde Rechnung getragen, indem neue haftungsrechtliche Konstellationen berücksichtigt und im Tarif neu aufgenommen wurden.

Im Berichtsjahr hat unser Produkt MedProtect bei der Zielgruppe der etablierten Ärzte weiterhin eine herausragende Marktposition eingenommen. 63 % der Neugeschäftsbeiträge entfielen 2006 auf dieses Produkt, das wir in Zusammenarbeit mit (Landes-)Ärztekammern entwickelt haben. So konnte der Bestand an MedProtect-Verträgen erneut deutlich um 35 % gesteigert werden.

Die Arzt-Regressversicherung, die wir in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hausärzteverband angeboten haben, wurde im Einvernehmen mit unserem Verbandspartner zum 31. Dezember 2005 vom Markt genommen. In den Praxen hat sich zwischenzeitlich ausreichend erprobte Praxissoftware etabliert, mit deren Hilfe sich Arzneimittelregresse vermeiden lassen. Daher hat die Arzt-Regressversicherung ihre originäre Funktion weitgehend verloren. Durch das hiermit verbundene Beitragsstorno von rund 278.000 Euro entstanden bilanzielle Sondereffekte, die sich auch auf unser Wachstum aus-

gewirkt haben. Dennoch verzeichneten wir im Berichtsjahr ein Beitragswachstum im Bereich der Haftpflichtversicherungen in Höhe von 4,0 %.

Im Geschäftsjahr 2006 haben wir unsere Produktangebote zur Berufshaftpflichtversicherung von Medizinstudenten und Jungärzten weiter verbessert. Aufgrund der Forderung einiger Universitäten, dass bereits Medizinstudenten ab den vorklinischen Semestern eine Berufshaftpflichtversicherung vorweisen müssen, um zu einem Praktikum zugelassen zu werden, hat sich der Hartmannbund dazu entschlossen, für seine neuen studentischen Mitglieder obligatorisch dieses Berufshaftpflichtrisiko über unsere Gesellschaft in Deckung zu geben. Studentische Mitglieder des Hartmannbundes haben damit automatisch bis zum Beginn des Praktischen Jahres Versicherungsschutz für Berufshaftpflichttrisiken.

Eine neue Vereinbarung zur Berufs- und Privathaftpflichtversicherung von Medizinstudenten konnten wir mit dem Medi-Learn Club schließen, der im November 2006 gestartet ist und eine Vielzahl interessanter Angebote für diese Zielgruppe anbietet. Einen obligatorischen Leistungsbaustein stellt dabei die Haftpflichtversicherung unserer Gesellschaft dar.

Für Medizinstudenten im Praktischen Jahr, die Mitglieder des Hartmannbundes und des Marburger Bundes sind, bietet die Deutsche Ärzte-Versicherung jeweils spezielle Produktkonzepte zur Berufs- und Privathaftpflichtversicherung an. Im Berichtsjahr haben wir diese Angebote erneut den Kunden- und Marktbedürfnissen angepasst.

Weiterhin wurden die mit dem Zahnmedizinischen Austauschdienst (ZAD) sowie mit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) für Famulanten und PJ'ler im Auslandseinsatz vereinbarten Produkte den sich geänderten Rahmenbedingungen angepasst.

Lagebericht

Marketing

Im Rahmen der jährlichen Beitragsrechnung wurden unseren Bestandskunden im Jahr 2005 Erhöhungsangebote in den Sparten Haftpflicht, Unfall und Praxis-Vielschutz-Versicherung unterbreitet. Dieses Mailing war ein voller Erfolg – von dem damit generierten Mehrbeitragsvolumen profitierten wir im Berichtsjahr.

Rückversicherung

Nach umfassender Analyse der bestehenden Rückversicherungsverbindungen haben wir uns entschieden, unser Rückversicherungskonzept neu zu ordnen. Alle bisher bestehenden Rückversicherungsverträge wurden zum 31. Dezember 2006 beendet. Ab dem 1. Januar 2007 werden wir im Rahmen eines über alle Sparten vereinbarten Quotenvertrages 90 % unseres Neugeschäftes bei der AXA Versicherung AG in Rückversicherung geben. Durch diese Lösung sehen wir

- eine höhere Flexibilität im Risikomanagement,
- größere Möglichkeiten, in andere Versicherungszweige zu expandieren,
- Kostenreduktion durch das Realisieren vorhandener Synergiepotenziale.

Vertrieb

Außer über unseren Vertriebspartner Deutsche Ärzte Finanz bieten wir unsere Produkte über weitere Vertriebswege der Zielgruppe Heilberufe an, so über eine Reihe sorgfältig ausgewählter Makler, denen wir unser softwareunterstütztes Produktprogramm vorgestellt haben. Die ersten Ergebnisse zeigen ein positives Bild: So generierten wir im vergangenen Jahr über diesen Vertriebsweg rund 13 % unseres Neugeschäftes.

Der Geschäfts- verlauf im Einzelnen

Beitragseinnahmen

Die Beitragsentwicklung unserer Gesellschaft war im Berichtsjahr vor allem durch die Sparte Arzt-Haftpflichtversicherung gekennzeichnet. Das Neugeschäft einschließlich der Bestandsveränderung aus den beruflichen Entwicklungen der Ärzte lag über dem Vorjahresniveau und führte zu einem erfreulichen Beitragswachstum. Aufgrund von zwei Sondereffekten blieb das Beitragswachstum dennoch hinter dem Vorjahreswert zurück. Zum einen erfolgte im Geschäftsjahr 2006 keine Beitragsanpassung gemäß § 8 III AHB und zum anderen wirkte sich die Einstellung der Arzt-Regressversicherung zum Jahresanfang 2006 aus. Insgesamt nahmen die Beiträge um 3,5 % auf 10,7 Mio. Euro zu. Wegen der bereits erwähnten Rückabwicklung eines Rückversicherungsvertrages lag die Selbstbehaltsquote bei 102,3 % gegenüber 88,1 % im Vorjahr.

Beitragsentwicklung	in Mio. Euro
2006	10,7
2005	10,3
2004	9,2
2003	8,5

Schadenverlauf

Auch im Geschäftsjahr 2006 belasteten diverse Großschäden den Brutto-Schadenaufwand, der mit 11,8 Mio. Euro um 15,9 % über dem Vorjahr lag. Bedingt durch die Rückabwicklung eines Rückversicherungsvertrages stellte sich die Netto-Schadenquote auf 100,0 % (2005: 108,2 %). Durch Reservestärkungen erhöhten sich die Brutto-Schadenrückstellungen um 8,2 % auf 59,7 Mio. Euro.

Lagebericht

Kostenverlauf

Die Verwaltungsaufwendungen lagen im Berichtsjahr mit 1,7 Mio. Euro um 5,9% über denen des Vorjahres. Trotz unseres weiterhin konsequenten Kostenmanagements entstanden höhere Aufwendungen bei den Dienstleistungsverrechnungen innerhalb des AXA Konzerns und bei den Aufwendungen für das Unternehmen als Ganzes. Die Brutto-Kostenquote – das Verhältnis der Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb zu den verdienten Brutto-Beiträgen – nahm dadurch auf 16,6% (2005: 15,1%) zu.

Kapitalanlagebestand

Das Jahr 2006 war durch einen Aufwärtstrend der Aktienmärkte und des Zinsniveaus geprägt. An allen großen Aktienmärkten konnten schon das vierte Jahr in Folge Wertzuwächse erzielt werden. Der im Rahmen unserer Kapitalanlagepolitik besonders wichtige europäische Aktienmarkt stieg gemessen am EuroStoxx 50 nach vorübergehenden Einbußen im Mai und Juni kontinuierlich und erreichte zum Jahresende mit 4.135 Punkten den höchsten Stand seit Juli 2001. Insgesamt erzielte er damit im Jahr 2006 einen Wertzuwachs von 15,5%. Der Deutsche Aktienindex (DAX) notierte im Dezember 2006 mit 6.609 Punkten (+22,2%) ebenfalls deutlich höher als zu Jahresbeginn. Auch der für den amerikanischen Aktienmarkt repräsentative S & P 500 Index profitierte von einem positiven weltwirtschaftlichen Konjunkturmilieu und kletterte um 13,6% auf 1.418 Punkte.

Gleichzeitig sind 2006 die Zinsen im Euro-Raum gestiegen, wodurch die Anlage in festverzinsliche Wertpapiere zu attraktiveren Konditionen erfolgen konnte. Auslöser der Zinsanstiege waren die weltweit positiven Konjunkturaussichten, die angesichts zwischenzeitlich gestiegener Ölpreise auch von Inflationsängsten begleitet wurden. Im Laufe des Jahres 2006 erhöhte die Europäische Zentralbank die

Leitzinsen in vier Schritten von 2,25 % auf insgesamt 3,50 %. Auch der Zinssatz für 10-jährige Bundesanleihen stieg unter Schwankungen von 3,30 % Anfang 2006 auf 3,95 % Ende Dezember.

Ziel unserer Kapitalanlagestrategie ist es, durch die Ausrichtung unseres Portfolios einen möglichst guten Abgleich zwischen den Kapitalanlagen einerseits und den unseren Kunden gegebenen Leistungsversprechen andererseits zu erreichen. Darüber hinaus nutzen wir die Chancen der Kapitalmarktentwicklung, um die Gelder der Deutsche Ärzte-Versicherung Allgemeine Versicherungs-AG zu attraktiven Konditionen zu investieren. Im Jahr 2006 haben wir die Aktienquote auf Marktwertbasis auf 9,3 % erhöht. Während des deutlichen Zinsanstiegs im Sommer 2006 haben wir durch langfristige Anlagen in festverzinsliche Papiere die Duration – die Kennzahl für die mittlere Zinsbindung unseres Portfolios – weiter erhöht.

Der Bestand an Kapitalanlagen stieg bei unserer Gesellschaft im Jahr 2006 um 6,9 % auf 64,2 Mio. Euro.

Struktur der Kapitalanlagen	Buchwerte 2006		Buchwerte 2005		Zeitwerte	
	Tsd. Euro	%	Tsd. Euro	%	2006 Tsd. Euro	2005 Tsd. Euro
	Aktien und Investmentanteile	6.374	9,9	8.204	13,7	7.206
Festverzinsliche Wertpapiere	7.818	12,2	15	0,0	7.718	15
Schuldschein-darlehen und Namenspapiere	48.589	75,7	49.447	82,3	48.821	52.288
Übrige Ausleihungen	1.074	1,7	1.074	1,8	1.102	1.112
Einlagen bei Kreditinstituten	300	0,5	1.300	2,2	300	1.300
Summe	64.155	100,0	60.040	100,0	65.147	62.952

Lagebericht

Innerhalb des gesamten Investitionsvolumens von 10,8 Mio. Euro (2005: 14,5 Mio. Euro) bildeten mit 7,8 Mio. Euro die festverzinslichen Wertpapiere den Schwerpunkt unserer Neuanlagen. Auf Marktwertbasis erhöhte sich die Aktienquote von 8,5 % auf 9,3 %.

Struktur der Zugänge	Tsd. Euro	%
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	2.800	26,0
Festverzinsliche Wertpapiere	7.818	72,5
Schuldscheindarlehen und Namenspapiere	164	1,5
Summe	10.782	100,0

Zeitwerte der Kapitalanlagen

Die Bewertungsreserven als Differenz zwischen dem aktuellen Marktwert und dem Buchwert beliefen sich zum 31. Dezember 2006 auf 1,0 Mio. Euro (2005: 2,9 Mio. Euro). Dieser Rückgang ist vor allem auf die im Geschäftsjahr 2006 gestiegenen Zinssätze im Bereich Rententitel zurückzuführen.

Kapitalanlageergebnis

Das gesamte Kapitalanlageergebnis – alle Erträge abzüglich aller Aufwendungen sowie vor Abzug des technischen Zinsertrages – betrug 2,8 Mio. Euro und verringerte sich damit gegenüber dem Vorjahr um 18,8 %. Dabei nahmen die laufenden Erträge um 10,9 % auf 2,8 Mio. Euro zu. Dem standen laufende Aufwendungen in Höhe von 40 Tsd. Euro (2005: 63 Tsd. Euro) gegenüber.

Aus dem Verkauf eines gemischten Fonds entstanden geringfügige Verluste in Höhe von 99 Tsd. Euro. Die Zuschreibungen auf Kapitalanlagen beliefen sich im Geschäftsjahr auf 61 Tsd. Euro. Sie waren damit deutlich niedriger als im Vorjahr, in dem Zuschreibungen auf Aktienfonds in Höhe von 548 Tsd. Euro und auf gemischte Fonds in Höhe von 357 Tsd. Euro zu verzeichnen waren.

Die Nettoverzinsung der Kapitalanlagen – berechnet nach der Formel des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft – betrug 4,5 % (2005: 6,1 %).

Im Geschäftsjahr 2006 fielen aufgrund der positiven Aktien- und Rentenmarktentwicklung keine Abschreibungen an. Der Zeitwert aller Kapitalanlagen belief sich zum Bilanzstichtag auf 65,1 Mio. Euro (2005: 63,0 Mio. Euro), die Bewertungsreserven betragen 1,0 Mio. Euro (2005: 2,9 Mio. Euro). Bei Realisierung dieser Bewertungsreserven unterliegen diese Bestände dem Wiederanlagerisiko.

Jahresfehlbetrag

Für das Geschäftsjahr ergab sich ein Jahresfehlbetrag von 1,2 Mio. Euro (2005: +0,8 Mio. Euro). Unter Berücksichtigung eines Gewinnvortrags von 0,3 Mio. Euro und einer Entnahme von 1 Mio. Euro aus den Gewinnrücklagen ergab sich ein Bilanzgewinn von 74 Tsd. Euro.

Eigenkapitalausstattung

Entsprechend dem Jahresergebnis stellt sich unsere Eigenkapitalausstattung wie folgt dar:

	2006	2005
	in Tsd. Euro	in Tsd. Euro
gezeichnetes Kapital	1.485	1.485
Kapitalrücklage	798	798
Gewinnrücklagen	3.019	1.198
Bilanzgewinn	74	3.118
Eigenkapital	5.376	6.599

Daraus ergibt sich ein Verhältnis des Eigenkapitals zu den Nettobeiträgen von 49,3 % gegenüber 72,7 % 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 Ärzte-Versicherung Allgemeine Versicherungs-AG die Arzt-Haftpflicht-, die Arzt-Unfall- und die Arztpraxis-Vielschutzversicherung an. Auf Seite 76 dieses Geschäftsberichtes werden die von uns betriebenen Versicherungszweige im Einzelnen aufgeführt.

Geschäftsverlauf in den einzelnen Versicherungszweigen

Arzt-Haftpflichtversicherung

Eine weiterhin positive Neugeschäftsentwicklung führte in der Arzt-Haftpflichtversicherung trotz der zum Jahreswechsel 2005/2006 vorgenommenen Einstellung der Arzt-Regressversicherung zu einer Steigerung des Beitragsvolumens auf 8,1 Mio. Euro (2005: 7,8 Mio. Euro).

Die Brutto-Schadenquote verbesserte sich um 1,8 Prozentpunkte auf 100,4 %. Nach Abzug der Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb in Höhe von 1,5 Mio. Euro (2005: 1,3 Mio. Euro) bewegte sich das versicherungstechnische Brutto-Ergebnis mit –1,5 Mio. Euro auf Vorjahresniveau. Aus der Rückabwicklung eines Rückversicherungsvertrages ergab sich für eigene Rechnung ein positiver Effekt, so dass sich das versicherungstechnische Netto-Ergebnis vor Veränderung der Schwankungsrückstellung deutlich auf –0,6 Mio. Euro (2005: –2,0 Mio. Euro) verbesserte. Nach der erforderlichen Zuführung zur Schwankungsrückstellung in Höhe von 2,3 Mio. Euro betrug das versicherungstechnische Ergebnis –2,9 Mio. Euro (2005: –2,3 Mio. Euro).

Risiken der zukünftigen Entwicklung

Arzt-Unfallversicherung

In der Sparte Arzt-Unfallversicherung nahmen die Brutto-Beiträge um 1,4 % auf 1,3 Mio. Euro zu. Der Schadenverlauf wurde maßgeblich durch diverse Großschäden beeinflusst. Dadurch erhöhte sich der Brutto-Schadenaufwand auf 2,1 Mio. Euro gegenüber 1,1 Mio. Euro im Vorjahr. Nach Berücksichtigung der Rückversicherung und einer Entnahme aus der Schwankungsrückstellung in Höhe von 98 Tsd. Euro ergab sich ein versicherungstechnisches Ergebnis von –534 Tsd. Euro (2005: –25 Tsd. Euro).

Arztpraxis-Vielschutzversicherung

Gegenüber dem Vorjahr stiegen die Brutto-Beiträge um 2,9 % auf 1,3 Mio. Euro an. Diverse Großschäden belasteten den Brutto-Schadenaufwand, was zu einem Anstieg der Brutto-Schadenquote von 88,6 % auf 120,4 % führte. Nach Abzug der Rückversicherung und einer Zuführung zur Schwankungsrückstellung in Höhe von 89 Tsd. Euro betrug das versicherungstechnische Netto-Ergebnis –545 Tsd. Euro (2005: –172 Tsd. Euro).

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:

Lagebericht

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	Abwicklungs- ergebnis in % der Rück- stellung am 1. Januar
1997	68,6 %	-15,5 %
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 %

Die teilweise hohen Schadenquoten spiegeln unser versicherungstechnisches Risiko vor allem im Hauptgeschäft Arzt-Haftpflichtversicherung wider. Die Zeichnung dieses Geschäfts bedingt ein hohes Reservevolumen 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. Der Rückgang der Schadenquote gegenüber dem Vorjahr resultiert aus dem Sondereffekt, dass im Geschäftsjahr 2006 ein Rückversicherungsvertrag rückabgewickelt

wurde. Aufgrund der Reservestärkungen in den Vorjahren konnte im Berichtsjahr wieder ein positives Abwicklungsergebnis erzielt werden.

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 Deutsche Ärzte-Versicherung Allgemeine Versicherungs-AG gegenüber den Versicherungsnehmern betrug zum Bilanzstichtag 33 Tsd. Euro.

Risiken aus Kapitalanlagen

Zum Erhalt bzw. Ausbau der notwendigen Risikotragfähigkeit werden die Risiken der Kapitalanlagen weiterhin aktiv gemanagt und an das jeweilige Kapitalmarktumfeld angepasst. Die per Saldo positiven Reserven betragen 1,0 Mio. Euro.

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

Lagebericht

unter Berücksichtigung der bestehenden Währungssicherungen dargestellt, um die tatsächlichen Sensitivitäten unserer Kapitalanlagen zu verdeutlichen.

Das zum Jahresende 2006 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 Marktwerts der Kapitalanlagen
Anstieg um 35 %	+2,2 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 %	-2,2 Mio. Euro

Renditeveränderung des Rentenmarkts	Veränderung des Marktwerts der Kapitalanlagen
Anstieg um 200 Basispunkte	-7,6 Mio. Euro
Anstieg um 100 Basispunkte	-3,8 Mio. Euro
Sinken um 100 Basispunkte	+3,8 Mio. Euro
Sinken um 200 Basispunkte	+7,6 Mio. Euro

Währungskursveränderung	Veränderung des Marktwerts der Kapitalanlagen
Anstieg um 10 %	+229 Tsd. Euro
Anstieg um 5 %	+108 Tsd. Euro
Sinken um 5 %	- 98 Tsd. Euro
Sinken um 10 %	-187 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.

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

Lagebericht

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 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 Projektportfolios erfolgt durch das Konzern-Projektmanagement, das sich auf ein umfassendes Berichtswesen mit Vorwarnelementen stützt.

Zusammenfassende Darstellung der Risikolage

Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine Risiken bekannt, die den Fortbestand der Deutsche Ärzte-Versicherung Allgemeine Versicherungs-AG gefährden könnten. Die vorhandenen Eigenmittel von 5,4 Mio. Euro übersteigen die zur Erfüllung der Solvabilitätsanforderungen notwendigen Eigenmittel um 1,6 Mio. Euro. Darüber hinaus stehen zur Abdeckung potenzieller Risiken die stillen Reserven der Kapitalanlagen zur Verfügung.

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 2006 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 und unterlassen.“

Lagebericht

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, Vertriebs- und Produktpolitik.
- Die AXA Service AG, Köln, übernimmt die Bereiche Schadenbearbeitung, Rechnungswesen, EDV-Anwendungsentwicklung, Marketing, 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 2006 sind bei der Deutsche Ärzte-Versicherung Allgemeine Versicherungs-AG keine Vorgänge eingetreten, die wesentliche Auswirkungen auf die Ertrags-, Finanz- und Vermögenslage der Gesellschaft haben.

Ausblick und Chancen

Nach dem Erwerb der Winterthur Versicherungsgruppe – und damit auch der deutschen DBV-Winterthur Versicherungen – durch die AXA, Paris, im Jahr 2006 wird das laufende Jahr im Zeichen intensiver Vorbereitungen der Integration der DBV-Winterthur Versicherungen in den deutschen AXA Konzern stehen. Daraus entstehen Chancen für unsere Gesellschaft.

Unter Berücksichtigung der Erhöhungen nach § 8 III (AHB) – Prämienangleichungsklausel – rechnen wir im laufenden Jahr mit einem Wachstum der Beitragseinnahmen um 5%. Daneben ergibt sich ein Zuwachs aus dem Bestandsgeschäft durch die in den Berufsphasen des Arztes und Zahnarztes immanente berufliche Weiterentwicklung und der damit verbundenen Risikoerhöhung.

Auf der Schadenseite sehen wir durch die in den vergangenen Jahren implementierten Maßnahmen zur Senkung der Schadenquote günstige Auswirkungen auch auf das Geschäftsjahr 2007.

Das Bilanzergebnis 2006 war stark durch die Zuführung zur Schwankungsrückstellung in Höhe von 2,3 Mio. Euro beeinflusst. Aufgrund unseres neuen Rückversicherungskonzeptes mit der AXA Versicherung AG werden wir im Jahr 2007 einen Teil unserer Schwankungsreserven gewinnerhöhend auflösen können, so dass wir mit einem deutlich positiven Geschäftsergebnis rechnen.

Köln, den 19. März 2007

Der Vorstand

Gewinnverwendungsvorschlag

Der Jahresfehlbetrag des Geschäftsjahres 2006 beträgt insgesamt 1.223.436,94 Euro.

Unter Berücksichtigung des Gewinnvortrags aus dem Vorjahr in Höhe von 297.631,80 Euro und einer Entnahme aus den anderen Gewinnrücklagen in Höhe von 1.000.000 Euro ergibt sich ein Bilanzgewinn in Höhe von 74.194,86 Euro.

Wir schlagen vor, den Bilanzgewinn von 74.194,86 Euro in das folgende Geschäftsjahr vorzutragen.

Bericht des Aufsichtsrats

Der Aufsichtsrat hat die Geschäftsführung des Vorstands entsprechend den ihm nach Gesetz und Satzung zugewiesenen Aufgaben überwacht und sich während des gesamten Jahres 2006 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 Aufsichtsrats 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 2006 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.

Bericht des Aufsichtsrats

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 und im Vorstand der Gesellschaft sind im Berichtsjahr keine Veränderungen eingetreten.

Dem Vorstand und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Dienstleistungsgesellschaften, die für unsere Gesellschaft tätig geworden sind, gilt für ihre Leistung im Jahr 2006 unser ganz besonderer Dank.

Köln, 17. April 2007

Für den Aufsichtsrat
Dr. Markus Hofmann
Vorsitzender

Jahresabschluss

Bilanz zum 31. Dezember 2006

Gewinn- und Verlustrechnung für die
Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2006

Anhang

Jahresabschluss

Bilanz zum 31. Dezember 2006

Aktiva				2006	2005
	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro
A. Kapitalanlagen					
I. Sonstige Kapitalanlagen					
1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere		6.373.949			8.203.900
2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere		7.818.490			15.449
3. Sonstige Ausleihungen					
a) Namensschuldverschreibungen	11.566.272				11.402.138
b) Schuldscheinforderungen und Darlehen	37.022.584				38.045.168
c) übrige Ausleihungen	<u>1.073.713</u>				<u>1.073.713</u>
4. Einlagen bei Kreditinstituten		49.662.569			50.521.019
		<u>300.000</u>	<u>64.155.008</u>	64.155.008	<u>1.300.000</u>
					60.040.368
B. Forderungen					
I. Forderungen aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft an: – Versicherungsnehmer			32.819		37.552
II. Abrechnungsforderungen aus dem Rückversicherungsgeschäft davon an verbundene Unternehmen: 201.919 Euro (2005: 16.108 Euro)			201.919		16.108
III. Sonstige Forderungen davon an verbundene Unternehmen: 2.627 Euro (2005: 10.949 Euro)			<u>658.049</u>	892.787	<u>346.101</u>
					399.761
C. Sonstige Vermögensgegenstände					
I. Laufende Guthaben bei Kreditinstituten, Schecks und Kassenbestand			87.958		204.783
II. Andere Vermögensgegenstände			<u>370.960</u>	458.918	<u>219.354</u>
					424.137
D. Rechnungsabgrenzungsposten					
I. Abgegrenzte Zinsen und Mieten				1.604.119	1.425.444
				67.110.832	62.289.710

Passiva

	2006		2005	
	Euro	Euro	Euro	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.	1.179.647			742.500
– Einstellung durch HV aus Bilanzgewinn	2.820.353			0
– Einstellung aus dem Jahresüberschuss	0			437.147
– Entnahme	<u>-1.000.000</u>			<u>0</u>
		3.018.581		1.198.228
IV. Bilanzgewinn		<u>74.195</u>		<u>3.117.985</u>
		5.375.829		6.599.266
B. Versicherungstechnische Rückstellungen				
I. Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle				
1. Bruttobetrag	59.737.960			55.233.486
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	<u>2.640.317</u>			<u>2.113.149</u>
		57.097.643		53.120.337
II. Schwankungsrückstellung und ähnliche Rückstellungen		<u>2.772.579</u>		<u>423.837</u>
		59.870.222		53.544.174
C. Andere Rückstellungen				
I. Steuerrückstellungen		194.600		194.600
II. Sonstige Rückstellungen		<u>224.001</u>		<u>230.342</u>
		418.601		424.942
D. Andere Verbindlichkeiten				
I. Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft gegenüber:				
– Versicherungsnehmern		19.570		11.646
II. Abrechnungsverbindlichkeiten aus dem Rückversicherungsgeschäft		115.395		561.279
III. Sonstige Verbindlichkeiten		<u>1.311.215</u>		<u>1.148.403</u>
davon aus Steuern:				
3.763 Euro (2005: 0 Euro)				
davon gegenüber verbundenen Unternehmen:				
1.304.423 Euro (2005: 1.146.630 Euro)				
		1.446.180		1.721.328
		67.110.832		62.289.710

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 8. März 2007

Der Verantwortliche Aktuar: Jochen Kneiphof

Köln, den 19. März 2007

Der Vorstand

Jahresabschluss

Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2006

Gesamtes Versicherungsgeschäft

	2006		2005	
	Euro	Euro	Euro	Euro
I. Versicherungstechnische Rechnung				
1. Verdiente Beiträge f.e.R.				
a) Gebuchte Bruttobeiträge		10.666.589		10.305.899
b) Abgegebene Rückversicherungsbeiträge		<u>-248.054</u>	10.914.643	<u>1.231.336</u>
				9.072.563
2. Technischer Zinsertrag f.e.R.			26.948	23.568
3. Sonstige versicherungstechnische Erträge f.e.R.			482	721
4. Aufwendungen für Versicherungsfälle f.e.R.				
a) Zahlungen für Versicherungsfälle				
aa) Bruttobetrag	7.310.781			6.287.745
bb) Anteil der Rückversicherer	<u>371.220</u>			<u>372.753</u>
		6.939.561		5.914.992
b) Veränderung der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle				
aa) Bruttobetrag	4.504.474			3.903.362
bb) Anteil der Rückversicherer	<u>527.168</u>			<u>5.605</u>
		<u>3.977.306</u>	10.916.867	<u>3.897.757</u>
				9.812.749
5. Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb f.e.R.				
a) Bruttoaufwendungen für den Versicherungsbetrieb		1.765.964		1.554.639
b) davon ab: erhaltene Provisionen und Gewinnbeteiligungen aus dem in Rückdeckung gegebenen Versicherungsgeschäft		<u>113.654</u>	1.652.310	<u>153.757</u>
				1.400.882
6. Sonstige versicherungstechnische Aufwendungen f.e.R.			<u>39.711</u>	<u>82.684</u>
7. Zwischensumme			-1.666.815	-2.199.463
8. Veränderung der Schwankungsrückstellung und ähnlicher Rückstellungen*			-2.348.742	-305.067
9. Versicherungstechnisches Ergebnis f.e.R.			-4.015.557	-2.504.530

f.e.R. = für eigene Rechnung

* - = Erhöhung der Rückstellung

	2006		2005
	Euro	Euro	Euro
Versicherungstechnisches Ergebnis f.e.R.			-4.015.557
II. Nichtversicherungstechnische Rechnung			
1. Erträge aus Kapitalanlagen			
a) Erträge aus anderen Kapitalanlagen	2.846.586		2.567.728
– Erträge aus anderen Kapitalanlagen	<u>60.657</u>		<u>905.225</u>
b) Erträge aus Zuschreibungen		2.907.243	<u>3.472.953</u>
2. Aufwendungen für Kapitalanlagen			
a) Aufwendungen für die Verwaltung von Kapitalanlagen, Zinsaufwendungen und sonstige Aufwendungen für die Kapitalanlagen	39.912		62.893
b) Verluste aus dem Abgang von Kapitalanlagen	<u>99.228</u>		<u>0</u>
		<u>139.140</u>	<u>62.893</u>
3. Technischer Zinsertrag		2.768.103	3.410.060
		<u>-26.948</u>	<u>-23.568</u>
		2.741.155	<u>3.386.492</u>
4. Sonstige Erträge		82.652	141.820
5. Sonstige Aufwendungen		<u>116.857</u>	<u>76.924</u>
		-34.205	<u>64.896</u>
6. Ergebnis der normalen Geschäftstätigkeit		-1.308.607	946.858
7. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag		-85.170	72.564
8. Jahresüberschuss/-fehlbetrag (-)		-1.223.437	874.294
9. Gewinnvortrag aus dem Vorjahr		297.632	2.680.838
10. Entnahmen aus Gewinnrücklagen			
– aus anderen Gewinnrücklagen		1.000.000	0
11. Einstellungen in Gewinnrücklagen			
– in andere Gewinnrücklagen		0	437.147
12. Bilanzgewinn		74.195	3.117.985

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 oder
- realisierte Netto-Verluste in Fonds.

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 auf-

weist oder sich das Rating/die Bonität eines Emittenten wesentlich verschlechtert hat.

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

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

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

Namensschuldverschreibungen 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.

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

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

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.

Jahresabschluss

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.

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 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

Zeitwerte der Kapitalanlagen

Erträge und Aufwendungen wurden auf das Geschäftsjahr abgegrenzt.

Die Offenlegung von Zeitwerten der Kapitalanlagen erfolgt entsprechend den Vorschriften der §§ 54 ff. der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV), wobei auf freiwilliger Basis der Zeitwert von Kapitalanlagen, die zum Nennbetrag angesetzt wurden, veröffentlicht wird. Die Ermittlung der Zeitwerte entspricht grundsätzlich dem Rundschreiben M-Tgb. Nr. 95/96 vom 24. Oktober 1996 des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. 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 2006 ermittelt (Stichtagsbewertung).

Für die **Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere** wurden die Börsenkurse per 31. Dezember 2006 angesetzt.

Die Zeitwerte für **Schuldscheindarlehen und Namenspapiere, sonstige Ausleihungen und andere Kapitalanlagen** wurden nach der Renditebewertung nach Moosmüller (Zinskurve per 31. Dezember 2006) 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 S.A., 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.

Jahresabschluss

Angaben zur Bilanz

Aktiva

Entwicklung des Aktivpostens A.I. im Geschäftsjahr 2006

	Bilanzwerte Vorjahr Euro	Zugänge Euro
A.I. Sonstige Kapitalanlagen		
1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	8.203.900	2.799.936
2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	15.449	7.818.490
3. Sonstige Ausleihungen		
a) Namensschuldverschreibungen	11.402.138	164.134
b) Schuldscheinforderungen und Darlehen	38.045.168	0
c) übrige Ausleihungen	1.073.713	0
4. Einlagen bei Kreditinstituten	1.300.000	0
5. Summe A.I.	60.040.368	10.782.560
Insgesamt	60.040.368	10.782.560

Umbuchungen	Abgänge	Zuschreibungen	Abschreibungen	Bilanzwerte Berichtsjahr
Euro	Euro	Euro	Euro	Euro
0	4.690.544	60.657	0	6.373.949
0	15.449	0	0	7.818.490
0	0	0	0	11.566.272
0	1.022.584	0	0	37.022.584
0	0	0	0	1.073.713
0	1.000.000	0	0	300.000
0	6.728.577	60.657	0	64.155.008
0	6.728.577	60.657	0	64.155.008

Jahresabschluss

Zeitwerte der Kapitalanlagen im Geschäftsjahr 2006

A. Kapitalanlagen	Bilanzwerte 2006 Euro	Zeitwerte 2006 Euro	Bilanzwerte 2005 Euro	Zeitwerte 2005 Euro
Zu Anschaffungskosten bilanzierte Kapitalanlagen gemäß § 54 RechVersV				
Kapitalanlagen in Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	6.373.949	7.205.633	8.203.900	8.237.140
Inhaberschuldverschreibungen und andere Kapitalanlagen	7.818.490	7.718.200	15.449	15.343
Sonstige Ausleihungen	3.583.526	3.665.482	3.419.392	3.616.247
Zum Nennbetrag bilanzierte Kapitalanlagen				
Sonstige Ausleihungen und Einlagen bei Kreditinstituten	46.379.043	46.557.529	48.401.627	51.083.556
Summe A. Kapitalanlagen	64.155.008	65.146.844	60.040.368	62.952.286
Unterschiedsbetrag zum Bilanzwert		991.836		2.911.918

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

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

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

1. Im Geschäftsjahr 2006 waren Kapitalanlagen mit einem Buchwert von 14.192.439 Euro dem Anlagevermögen zugeordnet (2005: 8.219.349 Euro). Dies entspricht einem Anteil von 22,1 % (2005: 13,7 %) an den gesamten Kapitalanlagen.

2. Grundlage für die Bestimmung

Die Bestimmung, dauernd dem Geschäftsbetrieb zu dienen, wird aus folgenden Indikatoren abgeleitet:

- 2.1 Die Deutsche Ärzte-Versicherung 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 Ärzte-Versicherung 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 ein eigenständiges Wertpapier angesehen und entsprechend bewertet wurden. Hieraus ergab sich keine Notwendigkeit für eine außerordentliche Abschreibung auf Aktieninvestmentanteile. Aufgrund der

Jahresabschluss

positiven Kapitalmarktentwicklung erfolgten Zuschreibungen auf Aktienfonds in Höhe von 60.657 Euro gemäß § 280 Abs. 1 Satz 1 HGB. In entsprechender Anwendung der vom IDW definierten Aufgreifkriterien ist nicht mehr von einer dauerhaften Wertminderung auszugehen.

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

- wesentliche Bonitätsverschlechterung der Emittenten der Rentenpapiere oder
- realisierte Netto-Verluste in Fonds.

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	7.205.633
– Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	7.818.490	7.718.200
Summe Wertpapiere	14.192.439	14.923.833
Unterschiedsbetrag zum Bilanzwert		731.394

B.III. Sonstige Forderungen

	2006 Euro	2005 Euro
darin enthalten		
– sonstige Forderungen an verbundene Unternehmen	2.627	10.949
– Forderungen aus überzahlten Steuern	648.953	329.077

C.II. Andere Vermögensgegenstände

Die Position andere Vermögensgegenstände enthielt bezahlte, jedoch noch nicht verrechnete Schäden in Höhe von 370.960 Euro (2005: 219.354 Euro).

Jahresabschluss

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 2006 ist ein Gewinnvortrag aus dem Vorjahr in Höhe von 297.632 Euro enthalten.

B. Versicherungstechnische Bruttorückstellungen insgesamt

	2006 Euro	2005 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
– Unfallversicherung	4.964.367	3.989.420
– Haftpflichtversicherung	55.589.633	50.470.339
– Feuer- und Sachversicherung	1.956.539	1.197.564
– davon Feuerversicherung	199.181	201.825
– davon sonstige Sachversicherung	1.757.358	995.739
Gesamt	62.510.539	55.657.323

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

	2006 Euro	2005 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
– Unfallversicherung	4.964.367	3.890.785
– Haftpflichtversicherung	52.905.833	50.145.137
– Feuer- und Sachversicherung	1.867.760	1.197.564
– davon Feuerversicherung	194.487	201.825
– davon sonstige Sachversicherung	1.673.273	995.739
Gesamt	59.737.960	55.233.486

B.II. Schwankungsrückstellung und ähnliche Rückstellungen

	2006	2005
	Euro	Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
– Unfallversicherung	0	98.635
– Haftpflichtversicherung	2.683.800	325.202
– Feuer- und Sachversicherung	88.779	0
– davon Feuerversicherung	4.694	0
– davon sonstige Sachversicherung	84.085	0
Gesamt	2.772.579	423.837

C.II. Sonstige Rückstellungen

	2006	2005
	Euro	Euro
– Prüfungs- und Abschlusskosten	73.991	66.552
– sonstige	150.010	163.790
Gesamt	224.001	230.342

D.III. Sonstige Verbindlichkeiten

	2006	2005
	Euro	Euro
– sonstige Verbindlichkeiten gegenüber verbundenen Unternehmen	1.304.423	1.146.630
– noch abzuführende Steuern	3.763	0
– sonstige	3.029	1.773
Gesamt	1.311.215	1.148.403

Jahresabschluss

Angaben zur Gewinn- und Verlustrechnung

I.1.a) Gebuchte Bruttobeiträge

	2006 Euro	2005 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
– Unfallversicherung	1.257.379	1.239.789
– Haftpflichtversicherung	8.068.775	7.760.798
– Feuer- und Sachversicherung	1.340.435	1.303.312
– davon Feuerversicherung	285.929	276.063
– davon sonstige Sachversicherung	1.054.506	1.027.249
Gesamt	10.666.589	10.303.899

I.1. Verdiente Bruttobeiträge

	2006 Euro	2005 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
– Unfallversicherung	1.257.379	1.239.789
– Haftpflichtversicherung	8.068.775	7.760.798
– Feuer- und Sachversicherung	1.340.435	1.303.312
– davon Feuerversicherung	285.929	276.063
– davon sonstige Sachversicherung	1.054.506	1.027.249
Gesamt	10.666.589	10.303.899

I.1. Verdiente Nettobeiträge

	2006 Euro	2005 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
– Unfallversicherung	922.712	920.543
– Haftpflichtversicherung	9.018.775	7.205.816
– Feuer- und Sachversicherung	973.156	946.204
– davon Feuerversicherung	207.584	200.422
– davon sonstige Sachversicherung	765.572	745.782
Gesamt	10.914.643	9.072.563

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 3,25 %, für ab dem 1. Januar 2004 gemeldete Renten mit 2,75 % aus dem arithmetischen Mittel des Anfangs- und Endbestandes der Rückstellung ermittelt.

I.4. Bruttoaufwendungen für Versicherungsfälle

	2006	2005
	Euro	Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
– Unfallversicherung	2.101.762	1.105.090
– Haftpflichtversicherung	8.099.740	7.931.149
– Feuer- und Sachversicherung	1.613.753	1.154.868
– davon Feuerversicherung	205.848	215.096
– davon sonstige Sachversicherung	1.407.905	939.772
Gesamt	11.815.255	10.191.107

Aus der Abwicklung der aus dem vorhergehenden Geschäftsjahr übernommenen Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle entstand ein Gewinn.

Jahresabschluss

I.5.a) Bruttoaufwendungen für den Versicherungsbetrieb

	2006 Euro	2005 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
– Unfallversicherung	122.073	113.723
– Haftpflichtversicherung	1.498.591	1.300.037
– Feuer- und Sachversicherung	145.300	140.879
– davon Feuerversicherung	30.257	29.128
– davon sonstige Sachversicherung	115.043	111.751
Gesamt	1.765.964	1.554.639

Von den Bruttoaufwendungen für den Versicherungsbetrieb des Geschäftsjahres entfallen 1.101.537 Euro (2005: 924.465 Euro) auf Abschlusskosten und 664.427 Euro (2005: 630.174 Euro) auf Verwaltungskosten.

Rückversicherungssaldo

	2006 Euro	2005 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
– Unfallversicherung	308.595	–90.109
– Haftpflichtversicherung	950.000	–512.486
– Feuer- und Sachversicherung	1.501	–96.626
– davon Feuerversicherung	18.795	–19.350
– davon sonstige Sachversicherung	–17.294	–77.276
Gesamt	1.260.096	–699.221

– = 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**

	2006 Euro	2005 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
– Unfallversicherung	–633.063	–45.367
– Haftpflichtversicherung	–577.121	–1.982.438
– Feuer- und Sachversicherung	–456.631	–171.658
– davon Feuerversicherung	45.760	–35.187
– davon sonstige Sachversicherung	–502.391	–136.471
Gesamt	–1.666.815	–2.199.463

I.9. Versicherungstechnisches Ergebnis für eigene Rechnung

	2006 Euro	2005 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
– Unfallversicherung	–534.427	–25.232
– Haftpflichtversicherung	–2.935.720	–2.307.640
– Feuer- und Sachversicherung	–545.410	–171.658
– davon Feuerversicherung	41.066	–35.187
– davon sonstige Sachversicherung	–586.476	–136.471
Gesamt	–4.015.557	–2.504.530

Jahresabschluss

Anzahl der mindestens einjährigen Versicherungsverträge

	2006 Stück	2005 Stück
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
– Unfallversicherung	8.154	8.340
– Haftpflichtversicherung	42.354	40.217
– Feuer- und Sachversicherung	29.847	29.400
– davon Feuerversicherung	5.909	5.822
– davon sonstige Sachversicherung	23.938	23.578
Gesamt	80.355	77.957

II.7. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag

Im Geschäftsjahr wurde ein Steuerertrag in Höhe von 85.170 Euro erzielt, der aus einer Steuererstattung für Vorjahre resultiert.

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 941.601 Euro (2005: 826.419 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 6.120 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.

Jahresabschluss

Angaben nach § 285 Nr. 10 HGB

Aufsichtsrat

Dr. Markus Hofmann

Vorsitzender

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

Köln

Dr. Udo Bertermann

Rechtsanwalt

stellv. Vorsitzender

Velbert

Gerhard K. Girner

Mitglied des Vorstands der Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

Düsseldorf

Vorstand

Gernot Schlösser

Vorsitzender

Strategie und Grundsatzfragen, Risikomanagement,
Rückversicherung, Koordination zum Konzern

Jörg Arnold

Vertrieb

Hans Geiger

Marketing, Produktsteuerung, Betrieb und Schaden,
Rechnungswesen, Kapitalanlagen

Angaben nach § 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 %
und
- 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 Ärzte-Versicherung Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft wird in den Konzernabschluss der AXA S.A., Paris, sowie in den Konzernabschluss der AXA Konzern AG, Köln, zum 31. Dezember 2006 einbezogen. Die AXA S.A., 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 19. März 2007

Der Vorstand

Schlösser

Arnold

Geiger

Jahresabschluss

Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers

Wir haben den Jahresabschluss – bestehend aus Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung sowie Anhang – unter Einbeziehung der Buchführung und den Lagebericht der Deutsche Ärzte-Versicherung Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft, Köln, für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2006 geprüft. Die Buchführung und die Aufstellung von Jahresabschluss und Lagebericht nach den deutschen handelsrechtlichen Vorschriften (insbesondere der §§ 341 ff. HGB und der RechVersV) sowie den ergänzenden Bestimmungen der Satzung der Gesellschaft 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 2. April 2007

PricewaterhouseCoopers
Aktiengesellschaft
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

M. Peters
Wirtschaftsprüfer

ppa. J. 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