



Geschäftsbericht 2008
Deutsche Ärzteversicherung
Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft

Kennzahlen

	2008	2007	2006
Beitragseinnahmen brutto			
– in Tsd. Euro	12.043	11.545	10.667
– Zuwachs in Prozent	4,3	8,2	3,5
– Selbstbehalt in Prozent	10,0	10,0	102,3
Aufwendungen für Versicherungsfälle f.e.R.			
– in Tsd. Euro	4.666	8.171	10.917
– in Prozent der verdienten Beiträge f.e.R.	387,4	707,4	100,0
Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb f.e.R.			
– in Tsd. Euro	126	74	1.652
– in Prozent der Beitragseinnahmen f.e.R.	10,5	6,4	15,1
Versicherungstechnische Rückstellungen			
in Prozent der Beitragseinnahmen f.e.R.	4.919,1	5.203,2	548,5
Kapitalanlagen in Tsd. Euro	64.470	62.018	64.155
Nettoverzinsung in Prozent des			
durchschnittlichen Kapitalanlagebestandes	12,4	5,0	4,5
Bilanzgewinn in Tsd. Euro	1.939	28	74
Grundkapital in Tsd. Euro	1.485	1.485	1.485
Eigenkapital			
– in Tsd. Euro	7.752	3.930	5.376
– in Prozent der Beitragseinnahmen f.e.R.	643,7	340,2	49,3

f.e.R. = für eigene Rechnung

Inhaltsverzeichnis

Aufsichtsrat/Vorstand	4
Marktsituation	6
Lagebericht	26
Gewinnverwendungsvorschlag	44
Bericht des Aufsichtsrates	45
Jahresabschluss	
– Bilanz zum 31. Dezember 2008	48
– Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2008	50
– Anhang	52
Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers	69
Anlage zum Lagebericht	70

Aufsichtsrat

Dr. Markus Hofmann

Vorsitzender

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

Dr. Udo Bertermann

Rechtsanwalt

stellv. Vorsitzender
Velbert

Gerhard K. Girner

Mitglied des Vorstandes der
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Düsseldorf

Vorstand

Gernot Schlösser

Vorsitzender

Strategie und Grundsatzfragen,
Koordination zum Konzern
Marketing, Betrieb und Schaden,
Rechnungswesen, Kapitalanlagen

Jörg Arnold

Vertrieb, Produktsteuerung

Hans Geiger (bis 6. Dezember 2008)

Josef Lölsberg (seit 23. Januar 2008)

Risikomanagement, Kalkulation und
Underwriting-Regeln, Rückversicherung

Wir trauern um

Hans Geiger

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

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

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

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

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

Wir werden sein Andenken in Ehren bewahren.

Für den Aufsichtsrat der
Deutschen Ärzteversicherung
Dr. Frank Keuper

Für den Vorstand der
Deutschen Ärzteversicherung
Gernot Schlösser

Marktsituation

Gesundheitspolitik

Gesundheitsfonds, Einheitsbeitrag und Morbi-RSA

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

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

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

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

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

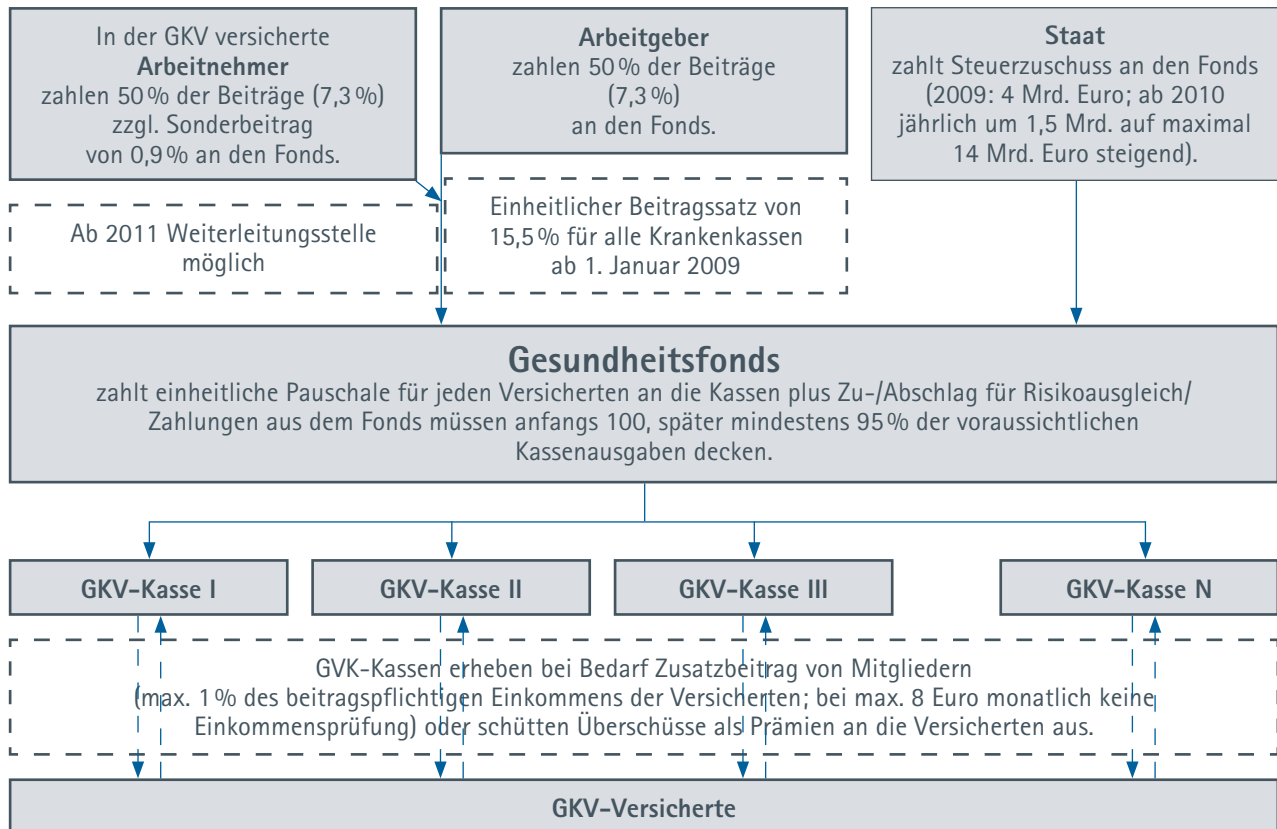
„Überflüssig wie ein Kropf“

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

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

So funktioniert der Gesundheitsfonds

ab dem 1. Januar 2009



© 2009 Uwe K. Preusker

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

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

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

Bundesregierung: 11 Mrd. Euro Mehreinnahmen der GKV in 2009

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

GKV-Spitzenverband wollte 15,8 %

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

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

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

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

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

So funktioniert der Morbi-RSA

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

Wirtschaftsweise kritisieren Gesundheitsfonds

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

finde, das Finanzierungssystem in Richtung des ökon- omisch überlegenen Konzepts der Bürgerpauschale um- zugestalten.

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

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

OECD-Survey: Deutschland braucht Reform der Gesundheitsfinanzierung

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

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

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

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

Reform der Pflegeversicherung: Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

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

Weitere wesentliche Regelungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes sind:

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

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

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

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

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

Massive Kostenbelastungen durch Tarifabschlüsse

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

Henke: Bisheriges Finanzierungssystem „gehört auf die Intensivstation“

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

Baum: 20.000 Arbeitsplätze in Gefahr!

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

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

KHRG verabschiedet – und niemand ist wirklich zufrieden

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

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

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

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

Zentrale Regelungen des KHRG

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

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

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

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

SVR Wirtschaft: „Externe Bürokratisierung von Investitionsentscheidungen“

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

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

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

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

Altersgrenze für Vertragsärzte aufgehoben

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

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

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

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

Gute Nachricht für Kliniken: Weiteres Geld aus Infrastrukturprogramm

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

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

DKG: Klinikinvestitionen geben starken Konjunkturimpuls

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

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

Die Situation der Heilberufe

Bundesärztekammer fordert nachhaltige Gesundheitspolitik

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Warnung vor Eingriffen in die Therapiefreiheit

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

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

„Priorisierung? Na endlich!“

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

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

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

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

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

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

EBM 2009 – eher Flop als Top

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

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

Geharnischter Protest aus Nordrhein

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

Unzufriedenheit auch in Baden-Württemberg

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

KBV: höchste Honorarsteigerung seit Bestehen der ärztlichen Selbstverwaltung!

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

Begrenzung der Honorarverluste und Überarbeitung des Regelleistungsvolumens

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

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

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

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

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

Apotheker für Erhalt des Fremdbesitzverbotes

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

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

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

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

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

EuGH-Verhandlung: Unterstützung für Apotheken

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

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

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

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

Bayern und Sachsen wollen Arzneimittel-Versandhandel wieder abschaffen!

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

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

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

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

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

Mehrwertsteuer auf Arzneimittel kostet 4,1 Mrd. Euro

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

Zahnärzte setzen sich für sinnvolle Reform der GOZ ein

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

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

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

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

BZÄK: Öffnungsklausel zerstört Versorgungsstruktur und schafft freie Arztwahl ab

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

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

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

BÄK und BZÄK gemeinsam gegen GOÄ/GOZ-Diktat

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

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

Bundesärztekammer: Weg in die Einheitsversicherung

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

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

Öffnungsklausel führt zu Kasseneinkaufsmodell

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

Positive Reaktion der PKV

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

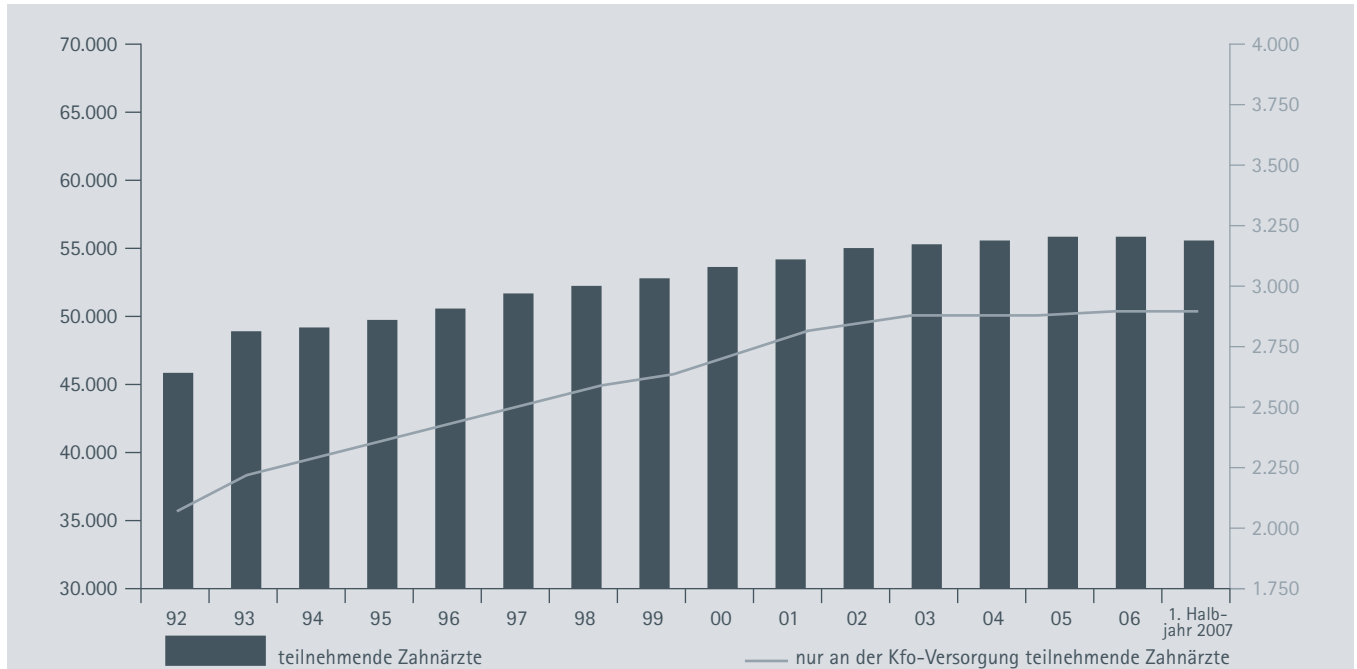
der GOZ abweichende Vereinbarungen aushandeln könnten. Dibbern appellierte an die Zahnärzte, dieses Verhandlungsmandat für eine Qualitätsoffensive zugunsten der Patienten zu nutzen und mit der PKV etwa über längere Gewährleistungen und höherwertigen Service zu sprechen. Die im Referentenentwurf implizierten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

Zahl der Vertragszahnärzte geht seit 2007 leicht zurück

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

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

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



Quelle: KZBV

Lagebericht

Allgemeiner Überblick

Geschäfts- und Rahmenbedingungen

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

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

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

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

In der Schaden- und Unfallversicherung konnte erstmals nach Jahren der negative Wachstumstrend gestoppt und ein leichter Beitragszuwachs von 0,2 % erzielt werden. Vor dem Hintergrund der weiterhin schwierigen Marktlage insbesondere in der Kraftfahrtversicherung kann dabei nicht von einer Trendwende gesprochen werden.

Geschäftsverlauf

Im Geschäftsjahr 2008 konnte die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine unverändert ihre positive Beitragsentwicklung fortsetzen. Die Bruttobeitrags-einnahmen betrugen 12,0 Mio. Euro, was einem erfreulichen, über Marktniveau liegenden Anstieg von 4,3 % entspricht.

Bedingt durch eine ungünstige Großschadenentwicklung lag der Bruttoschadenaufwand mit 25,7 Mio. Euro um 5,5 Mio. Euro über dem Vorjahreswert. Durch den ab 2007 gültigen Quotenrückversicherungsvertrag fand eine Entlastung durch den Rückversicherer in Höhe von 21,0 Mio. Euro statt. Somit verblieb für eigene Rechnung ein im Vergleich zum Vorjahr deutlich rückläufiger Schadenaufwand in Höhe von 4,7 Mio. Euro. Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen mussten der Schwankungsrückstellung 0,2 Mio. Euro zugeführt werden. Nach Veränderung der Schwankungsrückstellung schloss die versicherungstechnische Rechnung mit einem Verlust von 3,8 Mio. Euro (2007: Verlust 4,5 Mio. Euro).

Im Berichtsjahr wurde das Kapitalanlageergebnis maßgeblich durch eine Kaufpreisanzahlung (Besserungsschein) aus dem Verkauf einer Beteiligung in 2003 beeinflusst. Aus Kapitalanlagen ergab sich ein Ertrag in Höhe von 7,8 Mio. Euro (2007: 3,1 Mio. Euro). Unter

Einbeziehung des Kapitalanlageergebnisses und des sonstigen Ergebnisses beläuft sich der Jahresüberschuss nach Steuern auf 3,8 Mio. Euro.

Zusammenfassend zeigt der Geschäftsverlauf 2008 folgendes Bild:

	2008 in Tsd. Euro	2007 in Tsd. Euro
Versicherungstechnisches Ergebnis vor Schwankungsrückstellung	-3.550	-7.051
Veränderung der Schwankungsrückstellung	-221	2.574
Kapitalanlageergebnis	7.773	3.119
Saldo der sonstigen Erträge und Aufwendungen	-49	-70
Überschuss/Fehlbetrag (-) vor Steuern	3.953	-1.428
Steuern	-131	-18
Jahresüberschuss/-fehlbetrag (-)	3.822	-1.446

Produkte

Haftpflichtversicherung „MedProtect“

Für die Absicherung von Haftpflichtansprüchen hat die Landesärztekammer Bayern mit der Deutschen Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG einen Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen. Der Vertrag trat zum 1. Januar 2008 in Kraft. Darüber hinaus haben sich drei Bezirksärztekammern aus Baden-Württemberg dem Rahmenvertrag angeschlossen. Insgesamt arbeiten nun 13 Landesärztekammern und drei Bezirksärztekammern vertraglich auf der Basis einer bundeseinheitlichen Regelung mit der Deutschen Ärzteversicherung zusammen. „MedProtect“ bietet eine garantierte Aufnahme aller Kammermitglieder, selbst bei vorangegangenen Leistungsfällen (Kontrahierungszwang). Auch wird die Versicherung im Schadenfall nicht – wie sonst üblich – gekündigt. „MedProtect“ wird von den beteiligten Kammern als sehr gut beurteilt und die positive Marktentwicklung zeigt, dass dieses Produkt und dessen arzt spezifische Leistungsvorteile von den Kammermitgliedern akzeptiert werden.

Haftpflichtversicherung „DentProtect“

Berufsrechtlich ist auch jeder Zahnarzt verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern. Eine Berufshaftpflichtversicherung ist somit für jeden Zahnarzt nach den Berufsordnungen der deutschen Zahnärztekammern Pflicht. Die versicherungstechnische Ausgestaltung einer berufsspezifischen Haftpflichtversicherung erfordert von Seiten des Versicherers eine umfassende und fundierte Kenntnis des Haftungs potenzials und dessen Beherrschbarkeit im Interesse und zum Wohle des versicherten Zahnarztes. Aus diesem Grund hat sich die Bundeszahnärztekammer für die Deutsche Ärzteversicherung entschieden, die ein überzeugendes Gesamtkonzept mit einem echten Mehrwert für alle Beteiligten bietet. „DentProtect“ ist das Pendant von „MedProtect“ für Zahnärzte und auf deren Bedarf zugeschnitten. Im Juni des Berichtsjahres hat die Bundeszahnärztekammer einen Rahmenvertrag mit der Deutschen Ärzteversicherung abgeschlossen. Ausnahmslos kann jeder Zahnarzt in Deutschland – vom Assistenz Zahnarzt bis hin zum Ruheständler – ein Angebot zu „DentProtect“ erhalten.

Versicherungsvertragsrecht (VVG)

Zum 1. Januar 2008 ist das neue VVG in Kraft getreten. Mit ihm vollzog sich eine grundlegende Modernisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer. Kernpunkt des VVG ist ein deutliches Mehr an Transparenz. Die Deutsche Ärzteversicherung hat nach umfassenden Vorarbeiten eine nach der Informationspflichtenverordnung im Rahmen des VVG ausreichende Information erarbeitet, die sich erfolgreich im Neugeschäft bewährt hat. Unsere Bestandskunden wurden zum 1. Januar 2009 entsprechend der Verordnung informiert.

Vernetzung mit unseren Partnern

Die Zusammenarbeit mit unseren Partnern im Heilberufesverband – Hartmannbund, ZAD/bvmd und Medi-Learn Club – hat sich im Berichtsjahr sehr erfolgreich weiterentwickelt. Den Studenten im Hartmannbund bieten wir eine obligatorische Haftpflichtversicherung an, die automatisch bis zum Beginn des praktischen Jahres Versicherungsschutz bietet. Mit dem Zahnmedizinischen Austauschdienst (ZAD) und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) besteht eine Kooperation, die für Famulanten bzw. PJler im Auslandseinsatz Versicherungsschutz bietet. Auch hier werden unsere Produkte und Services gut angenommen. Die Mitglieder des Medi-Learn Clubs erhalten eine Reihe studentenspezifischer Leistungen, in deren Mittelpunkt die Berufs- und Privathaftpflicht steht. Alle Verbindungen werden wir weiter sorgsam pflegen und ausbauen, da die Erfahrung zeigt, dass die frühzeitige Ansprache eine langfristige und nachhaltige Beziehung aufbaut.

Marketing

Neben den klassischen Kommunikationswegen zu unseren Kunden wurde im Berichtsjahr mit einer Reihe innovativer Internetaktivitäten der potenzielle Kunde angesprochen bzw. die Kundenbindung gefestigt. Um die durch die Integration der DBV-Winterthur gewonnene zusätzliche Kompetenz der Zielgruppe zu verdeutlichen, wurden Gewinnspiele wie „Stressduell“ und „Schätzaktion“ über das Internet gestartet, in deren Verlauf die Teilnehmer bei richtiger Beantwortung fachlicher Fragen attraktive Preise gewinnen konnten. Daneben wurde der Ausbau des Servicebereiches forciert, so wurde zum Beispiel die Broschüre „Tipps im Schadensfall“ gedruckt, die über die Vertriebe unseren Kunden überreicht wird. In der Broschüre werden den Ärzten die wichtigsten Regeln zur Schadenprophylaxe wie auch Hinweise, was im Schadenfalls zu beachten ist, gegeben. Für unsere Vertriebspartner wurde das schon für die Repräsentanten lange bekannte „Extranet“ – ein für einen geschlossenen Benutzerkreis reserviertes Informationsportal – neu eingerichtet.

Der Geschäftsverlauf im Einzelnen

Beitrageinnahmen

Im Berichtsjahr stiegen die Beitragseinnahmen um 4,3 % auf 12,0 Mio. Euro an. Aufgrund einer in 2007 vorgenommenen Beitragsanpassung von 5 % gemäß § 8 III AHB in der Sparte Arzt-Haftpflicht liegt das Beitragswachstum unter dem Vorjahr. Durch den Quotenrückversicherungsvertrag von 90 % ergibt sich – wie im Vorjahr – eine Selbstbehaltsquote von 10 %.

Beitragsentwicklung	in Mio. Euro
2008	12,0
2007	11,5
2006	10,7
2005	10,3

Schadenverlauf

Unter dem Einfluss einer hohen Anzahl von Großschäden ergab sich in 2008 ein Bruttoschadenaufwand von 25,7 Mio. Euro (2007: 20,2 Mio. Euro). Eine Entlastung durch den ab dem Vorjahr gültigen Quotenrückversicherungsvertrag fand für Schadenfälle mit Eintrittsjahr ab 2007 statt. Nach Abzug der Rückversicherung betrug der Nettoschadenaufwand 4,7 Mio. Euro. Durch Reservestärkungen erhöhten sich die Bruttoschadenrückstellungen um 24,2 % auf 91,0 Mio. Euro.

Kostenverlauf

Mit 1,9 Mio. Euro lagen die Verwaltungsaufwendungen im Berichtsjahr um 6,7 % über denen des Vorjahres. Der Anstieg der Verwaltungsaufwendungen resultiert hauptsächlich aus höheren Aufwendungen bei den Dienstleistungsverrechnungen innerhalb des AXA Konzerns. Bedingt durch eine Änderung unserer Provisionsvereinbarungen ergab sich eine Bruttokostenquote – das Verhältnis der Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb zu den verdienten Bruttobeiträgen – in Höhe von 22,7 % (2007: 16,8 %).

Kapitalanlagebestand

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

Von den Turbulenzen an den Finanzmärkten waren gleichermaßen Aktientitel als auch Rohstoffe (Öl und Gold) betroffen. Der Ölpreis bewegte sich bis zur Mitte des Jahres 2008 zuerst auf fast 150 US-Dollar pro Barrel und brach zum Jahresende auf unter 40 US-Dollar pro Barrel ein. Am 15. Juli erreichte die europäische Gemeinschaftswährung mit 1,6038 Dollar einen neuen Rekord. Trotz einiger kurzfristiger Erholungsphasen haben die Aktienmärkte das Jahr 2008 mit deutlichen Verlusten abgeschlossen. Der Deutsche Aktienindex (DAX) verzeichnete am Jahresende einen Rückgang von 40 %. Der für den europäischen Aktienmarkt repräsentative Index EuroStoxx 50 wies sogar einen leicht stärkeren Verlust von 44 % aus. Im amerikanischen Wirtschaftsraum wurden ähnliche Kursverluste verzeichnet – der S&P 500-Index ging um 38 % zurück.

Im vergangenen Geschäftsjahr war ein Sinken der Zinsen im US-Raum sowie im Euro-Raum zu beobachten. Während die US-Notenbank Fed die Leitzinsen kontinuierlich insgesamt auf null bis 0,25 % senkte, erfolgten die Zinssenkungsschritte der EZB erst in der zweiten Jahreshälfte. Im Laufe des Jahres 2008 erhöhte zuerst die Europäische Zentralbank im Juli die Leitzinsen von 4,00 % auf 4,25 %. Angesichts der zuneh-

mend eintrübenden Konjunkturaussichten sowie der vor diesem Hintergrund wachsenden Zurückhaltung der internationalen Anleger sanken die Leitzinsen im Euro-Raum in drei Schritten von 4,25 % auf insgesamt 2,50 %. Auch der Zinssatz für zehnjährige Bundesanleihen fiel unter Schwankungen von 4,31 % Anfang 2008 auf 2,95 % Ende Dezember.

In diesem krisenhaften Umfeld hat die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG durch ein ausgewogenes Kapitalanlagenportfolio die an ihre Kunden gegebenen Leistungsversprechen erfüllt. Zudem nutzte die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine

Versicherungs-AG die Vorteile als Unternehmen eines internationalen Versicherungskonzerns, um die zur Verfügung stehenden Mittel in Kapitalanlagen mit attraktiven Konditionen zu investieren.

Das Aktienexposure wurde ab Mitte 2007 bis Anfang Oktober 2008 durch Absicherungsmaßnahmen und Verkäufe schrittweise deutlich reduziert. Somit beläuft sich der Anteil der Aktien – Aktien abzüglich gehedgtes Aktienvolumen – an den Marktwerten gemessen auf 2,2 % (2007: 9,3 %).

Der Bestand an Kapitalanlagen stieg bei unserer Gesellschaft im Jahr 2008 um 4,0 % auf 64,5 Mio. Euro.

Struktur der Kapitalanlagen	Buchwerte 2008		Buchwerte 2007		Zeitwerte	
	Tsd. Euro	%	Tsd. Euro	%	2008 Tsd. Euro	2007 Tsd. Euro
Aktien und Investmentanteile	6.374	9,9	6.374	10,3	5.189	6.803
Festverzinsliche Wertpapiere	7.843	12,2	7.841	12,6	7.530	7.419
Schuldscheindarlehen und Namenspapiere	43.579	67,6	46.079	74,3	43.645	45.082
Übrige Ausleihungen	1.074	1,6	1.074	1,7	1.075	1.086
Einlagen bei Kreditinstituten	5.600	8,7	650	1,1	5.600	650
Summe	64.470	100,0	62.018	100,0	63.039	61.040

Innerhalb des gesamten Investitionsvolumens von 8,6 Mio. Euro (2007: 8,3 Mio. Euro) bildeten die Einlagen bei Kreditinstituten mit 5,0 Mio. Euro den Schwerpunkt unserer Neuanlagen.

Struktur der Zugänge	Tsd. Euro	%
Aktien und Investmentanteile	185	2,16
Festverzinsliche Wertpapiere	3.430	40,05
Einlagen bei Kreditinstituten	4.950	57,79
Summe	8.565	100,00

Zeitwerte der Kapitalanlagen

Die Bewertungsreserven als Differenz zwischen dem aktuellen Marktwert und dem Buchwert beliefen sich zum 31. Dezember 2008 auf –1.431 Tsd. Euro (2007: –978 Tsd. Euro). Die Erhöhung der negativen Reserven von 453 Tsd. Euro gegenüber dem Vorjahr ist vorrangig auf die negative Finanzmarktentwicklung im Geschäftsjahr 2008 zurückzuführen.

Kapitalanlageergebnis

Das gesamte Kapitalanlageergebnis – alle Erträge abzüglich aller Aufwendungen sowie vor Abzug des technischen Zinsertrages – betrug 7,8 Mio. Euro (2007: 3,2 Mio. Euro) und stieg gegenüber dem Vorjahr um 147,2 %.

Dabei nahmen die laufenden Erträge um 16,1 % auf 2,9 Mio. Euro (2007: 3,4 Mio. Euro) ab. Diesen Erträgen standen laufende Aufwendungen in Höhe von 53 Tsd. Euro (2007: 43 Tsd. Euro) gegenüber.

Aus dem Abgang von Kapitalanlagen wurden Erträge von 5,1 Mio. Euro realisiert. Diese Erträge resultierten ausschließlich aus der Kaufpreisanzahlung des

Anteils an der Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG.

Aus dem Verkauf von festverzinslichen Wertpapieren wurden Verluste in Höhe von 78 Tsd. Euro realisiert, um langfristig in höher verzinsten Papieren zu investieren.

Zu- oder Abschreibungen waren im Geschäftsjahr 2008 nicht vorzunehmen.

Die Nettoverzinsung der Kapitalanlagen – berechnet nach der Formel des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft – betrug 12,4 % (2007: 5,0 %).

Jahresüberschuss

Für das Geschäftsjahr ergab sich ein Jahresüberschuss nach Steuern von 3.822 Tsd. Euro (2007: –1.446 Tsd. Euro). Unter Berücksichtigung eines Gewinnvortrags von 28 Tsd. Euro und einer Zuführung von 1.911 Tsd. Euro in die Gewinnrücklagen ergab sich ein Bilanzgewinn von 1.939 Tsd. Euro.

Eigenkapitalausstattung

Entsprechend dem Jahresergebnis stellt sich unsere Eigenkapitalausstattung wie folgt dar:

	2008 in Tsd. Euro	2007 in Tsd. Euro
Gezeichnetes Kapital	1.485	1.485
Kapitalrücklage	798	798
Gewinnrücklagen	3.530	1.619
Bilanzgewinn	1.939	28
Eigenkapital	7.752	3.930

Daraus ergibt sich ein Verhältnis des Eigenkapitals zu den Nettobeiträgen von 643,7 % gegenüber 340,2 % im Vorjahr.

Geschäftsgebiet und betriebene Versicherungszweige

Um unsere Zielgruppe, die Angehörigen der akademischen Heilberufe in Deutschland, ihren Bedürfnissen entsprechend mit Versicherungsschutz zu versorgen, bietet die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine die Arzt-Haftpflicht-, die Arzt-Unfall- und die Arztpraxis-Vielschutzversicherung an. Auf Seite 71 dieses Geschäftsberichtes werden die von uns betriebenen Versicherungszweige im Einzelnen aufgeführt.

Geschäftsverlauf in den einzelnen Versicherungszweigen

Arzt-Haftpflichtversicherung

Bestandszuwächse führten in der Arzt-Haftpflicht zu einem Beitragsanstieg von 5,4% auf 9,4 Mio. Euro (2007: 8,9 Mio. Euro). Im Vorjahr war die Zuwachsrate der Beiträge mit 10,4% durch eine Beitragsanpassung nach § 8 III AHB zum Jahresanfang 2007 maßgeblich beeinflusst worden.

Aufgrund eines ungünstigen Verlaufs im Großschadenbereich ergab sich ein Bruttoschadenaufwand in Höhe von 26,0 Mio. Euro (2007: 18,3 Mio. Euro). Nach Abzug der Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb in Höhe von 2,4 Mio. Euro (2007: 1,7 Mio. Euro) belief sich das versicherungstechnische Bruttoergebnis auf –19,0 Mio. Euro nach –11,1 Mio. Euro im Vorjahr. Aufgrund des ab 2007 gültigen Quotenrückversicherungsvertrags fand eine Entlastung durch den Rückversicherer in Höhe von 13,6 Mio. Euro statt. Nach Rückversicherung verblieb ein versicherungstechnischer Verlust in Höhe von 5,5 Mio. Euro (2007: –4,7 Mio. Euro).

Arzt-Unfallversicherung

In der Sparte Arzt-Unfallversicherung lagen die Bruttobeitragsseinnahmen mit 1,3 Mio. Euro nahezu auf Vorjahresniveau. Durch einen außergewöhnlichen Effekt bei den Spätschadenrückstellungen ergab sich ein positiver Schadenaufwand. Für eigene Rechnung stellte sich das versicherungstechnische Ergebnis nach einer erforderlichen Zuführung zur Schwankungsrückstellung in Höhe von 221 Tsd. Euro auf +948 Tsd. Euro (2007: +140 Tsd. Euro) dar.

Arztpraxis-Vielschutzversicherung

Entgegen der Entwicklung in den Vorjahren war in der Arztpraxis-Vielschutzversicherung im Berichtsjahr nur ein geringfügiges Prämienwachstum von 0,8% auf 1,4 Mio. Euro zu verzeichnen. Der Schadenaufwand lag mit 0,2 Mio. Euro deutlich unter dem Wert des Vorjahres (1,3 Mio. Euro). Ursache war hier analog zur Arzt-Unfallversicherung eine Reduzierung der Spätschadenrückstellung. Nach Abzug der Rückversicherung betrug das versicherungstechnische Nettoergebnis 744 Tsd. Euro (2007: 60 Tsd. Euro).

Risiken der zukünftigen Entwicklung

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

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

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

Grundsätzlich kann zwischen folgenden Risiken unterschieden werden:

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

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

Organisationseinheiten des Risikomanagements

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

Zur Risikomanagementfunktion gehörende Organisationseinheiten sind

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

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

Risikomanagementprozess

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

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

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

Risikosteuerung: Unter Risikosteuerung wird die Umsetzung von konkreten Maßnahmen zur Bewältigung der Risikosituation der Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG zusammengefasst. Dazu zählen Risikovermeidung, -minderung, -absicherung/-weitergabe und Tragen/bewusste Inkaufnahme. Die Entscheidung, welche Maßnahme im speziellen Fall durchgeführt wird, erfolgt durch Abwägung des Risiko-/

Ertragsprofils sowie Beachtung der Risikotragfähigkeit bzw. der Bereitschaft des Vorstandes, bestimmte Risiken zu übernehmen.

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

Das Risikomanagement der Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG ist in das konzernweite Risikomanagementsystem der AXA Deutschland eingebunden.

Versicherungstechnische Risiken

Schaden- und Unfallversicherung

Die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG betreibt im Schaden- und Unfallversicherungsgeschäft insbesondere die Sparten Haftpflicht-, Unfall- und Sachversicherung. Diese werden ausschließlich für Ärzte gezeichnet.

Die primären Risiken aus der Schaden- und Unfallversicherung sind das Prämien- und Schadenrisiko sowie das Reserverisiko.

Prämien- und Schadenrisiko

Unter dem Prämien-/Schadenrisiko wird das Risiko verstanden, dass die tatsächlichen, endgültigen Schadenzahlungen des Versicherungsbestandes die erwarteten, in der Prämie berücksichtigten Zahlungen übersteigen können. Es wird somit durch die zufällige Schadenanzahl und die zufällige Schadenhöhe der einzelnen Schäden bestimmt. Für eine risikoadäquate Tarifierung werden versicherungsmathematische Modelle auf Basis empirischer Schadendaten verwendet. Die regelmäßige Überwachung des Schadenverlaufs gewährleistet eine zeitnahe Anpassung der Tarifierungs- und Annahmepolitik an signifikante Veränderungen. Daher ist die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG in der Lage, im Neugeschäft die Beiträge an eine geänderte Schadensituation kurzfristig anzugleichen. Das Bestandsgeschäft wird durch Beitragsanpassung der Einjahresverträge mit Verlängerungsoption und durch vertraglich festgelegte Beitragsanpassungsklauseln risikoadäquat gehalten.

Die Risikosteuerung der Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG erfolgt durch eine gezielte Risikoselektion, Produktgestaltung und risikogerechte Kalkulation sowie ertragsorientierte Zeichnungsrichtlinien. Durch Zeichnungsrichtlinien können bereits bei Abschluss Deckungszusagen für uner-

wünschte Risiken und Risikokonzentrationen vermieden werden. Darüber hinaus werden bestehende Versicherungsverträge unter bestimmten Umständen aufgrund des Schadenverlaufs der Vergangenheit gar nicht oder nur unter Erhöhung der Selbstbeteiligung oder der Beiträge verlängert. Im Rahmen der Steuerung von Versicherungsrisiken werden außerdem die Mechanismen der Rückversicherungspolitik sowie des aktiven Schadenmanagements eingesetzt. Die Rückversicherung orientiert sich an den unterschiedlichen Bruttokapazitäten der Sparten. In 2007 hat die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG einen Quoten-Rückversicherungsvertrag über ihr Haftpflichtversicherungsgeschäft bei der AXA Versicherung AG abgeschlossen.

Einen besonderen Stellenwert innerhalb des Prämien-/Schadenrisikos nimmt das Großschadenrisiko ein. Hierbei handelt es sich um das unerwartete Eintreten von Großschäden, insbesondere auch durch Ereignisse wie zum Beispiel Naturkatastrophen, die zu einer großen Anzahl von Schäden führen. Neben Naturkatastrophen können auch durch Menschen verursachte Schadenereignisse, wie zum Beispiel Terroranschläge, hohe Großschäden hervorrufen. Zusätzlich könnte der Trend zu höheren Schadenersatzansprüchen in der Haftpflichtversicherung, zum Beispiel bei neu aufkommenden Risiken, Veränderungen der Rechtslage bzw. im Verhalten der Marktteilnehmer oder Umweltschäden, den durchschnittlichen Schadenaufwand erhöhen.

Selbstverständlich liegt ein besonderes Augenmerk auf der Entwicklung der Schadenquoten in der Arzt-Haftpflichtversicherung. Die hier vorliegenden neuen Erkenntnisse ergeben, dass ein trendartiger Schadenanstieg in Folge der Veränderung der Rechtslage bzw. im Verhalten der Marktteilnehmer nicht ausgeschlossen werden kann.

Die Schadenquoten nach Rückversicherung haben sich in den vergangenen zehn Jahren wie folgt entwickelt:

Schadenquote Geschäftsjahr in % der verdienten Beiträge									
1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
95,1	82,4	72,6	81,0	133,4	131,6	116,4	102,9	130,3	167,9

Die Häufung von mittleren Großschäden in 2008 verursacht den Anstieg der Quote.

Reserverisiko

Zur Abdeckung zukünftiger Schadenzahlungen sind von der Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG Schadenreserven zu bilden. Die Höhe der Schadenzahlungen ist jedoch mit Unsicherheit behaftet. Das so genannte Reserverisiko entsteht durch die unbekannte Schadenhöhe gemeldeter und noch nicht abgewickelter Schäden sowie bereits eingetretener, aber von den Versicherungsnehmern noch nicht gemeldeter Schäden (Spätschäden). Die Bewertung der künftigen Schadenzahlungen erfolgt anhand einer

aktuariellen Schätztechnik, bei der der in der Vergangenheit beobachtete Schadenverlauf herangezogen wird.

In der Sparte Arzt-Haftpflichtversicherung haben wir die Schadenreserven weiter gestärkt, da vorliegende neue Erkenntnisse ergeben, dass ein trendartiger Schadenanstieg infolge der Veränderung der Rechtslage bzw. im Verhalten der Marktteilnehmer nicht ausgeschlossen werden kann. Gegebenenfalls kann eine weitere zusätzliche Dotierung der Schadenreserven in den Folgejahren erforderlich werden.

Die Abwicklungsergebnisse nach Rückversicherung haben sich in den vergangenen zehn Jahren wie folgt entwickelt:

Abwicklungsergebnis in % der Rückstellung am 1. Januar									
1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
-2,8	-4,9	-7,1	-2,1	-7,9	1,9	1,5	0,6	-11,7	-4,4

Die Situation ist hier durch Nachlaufschäden im Segment Arzt-Haftpflicht gekennzeichnet.

Risiken aus dem Ausfall von Forderungen aus dem Versicherungsgeschäft

Die Forderungen gegenüber Versicherungsnehmern betrugen zum Bilanzstichtag 18 Tsd. Euro.

Risiken aus Kapitalanlagen

Die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG verwaltet rund 65 Mio. Euro (2007: 62 Mio. Euro) Kapitalanlagen. Diese werden unter strikter Beachtung der gesetzlichen, aufsichtsrechtlichen und innerbetrieblichen Richtlinien in einem strukturierten Prozess angelegt. Unter Gesamtrisikobetrachtung soll eine gleichzeitige Sicherstellung der Anlageziele Sicherheit, Rentabilität, Liquidität und Streuung der Kapitalanlagen erreicht werden.

Mit der Kapitalanlage sind unvermeidbar signifikante Risiken verbunden, die trotz der im Anlageprozess eingebauten Kontrollen und anderer risikomindernder Maßnahmen bewusst eingegangen werden. Zum Erhalt bzw. Ausbau der notwendigen Risikotragfähigkeit werden die Risiken der Kapitalanlagen aktiv gesteuert und an das jeweilige Kapitalmarktumfeld angepasst.

Die Kapitalanlagestrategie der Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG wurde in diesem Jahr stark von der Kapitalmarktkrise beeinflusst.

Die unrealisierten Gewinne und Verluste der Kapitalanlagen betragen per saldo unverändert –1 Mio. Euro. Im Rentenbereich wurde der Marktwertrückgang aufgrund der Ausweitung der Risiko- und Liquiditätsaufschläge im Bereich risikobehafteter Unternehmensanleihen und Kreditprodukte durch einen Marktwertanstieg aufgrund gesunkener Zinsen mehr als kompensiert. Die Marktwerte des Aktienportfolios sind als Folge der Finanzkrise deutlich zurückgegangen.

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

Marktrisiken: Die Marktpreisrisiken der Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG beruhen fast ausschließlich auf potenziellen Aktienkurs- und Zins- und Spreadänderungen.

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

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

Aktienmarktveränderung	Veränderung des Marktwertes der Kapitalanlagen
Anstieg um 35 %	+0,073 Mio. Euro
Anstieg um 20 %	+0,015 Mio. Euro
Anstieg um 10 %	+0,001 Mio. Euro
Sinken um 10 %	+0,005 Mio. Euro
Sinken um 20 %	+0,013 Mio. Euro
Sinken um 35 %	+0,024 Mio. Euro

Renditeveränderung des Rentenmarktes	Veränderung des Marktwertes der Kapitalanlagen
Anstieg um 200 Basispunkte	– 5,091 Mio. Euro
Anstieg um 100 Basispunkte	– 2,545 Mio. Euro
Sinken um 100 Basispunkte	+ 2,545 Mio. Euro
Sinken um 200 Basispunkte	+ 5,091 Mio. Euro

Währungsveränderung	Veränderung des Marktwertes der Kapitalanlagen
Anstieg um 10 %	+ 0,039 Mio. Euro
Anstieg um 5 %	+ 0,019 Mio. Euro
Sinken um 5 %	– 0,017 Mio. Euro
Sinken um 10 %	– 0,032 Mio. Euro

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

Wir verfolgen die krisenhafte Entwicklung der Kapitalmärkte sehr genau. Sollten sich die zuvor gezeigten negativen Szenarien im laufenden Geschäftsjahr ganz oder teilweise einstellen oder am Bilanzstichtag vorliegen, werden wir entsprechende Maßnahmen ergreifen. Diese beinhalten unter anderem mögliche Abschreibungen auf die nachhaltigen Werte einzelner Kapitalanlagen, den selektiven Verkauf einzelner Titel und den optionalen Einsatz von Wertsicherungsmaßnahmen, um die Portfolios kurzfristig gegen weitere Wertverluste abzusichern.

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

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

Das Durchschnittsrating der handelbaren festverzinslichen Wertpapiere beträgt bei der Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG A+.

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

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

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

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

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

Die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG hält ein größeres Volumen von Fremdkapitalinstrumenten, die von nationalen und europäischen Banken sowie sonstigen privatwirtschaftlichen Unternehmen emittiert wurden. Dieses Exposure wird hauptsächlich direkt gehalten und enthält zu einem geringen Teil auch Instrumente von niedriger Seniorität wie Genussscheine.

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

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

Liquiditätsrisiken: Aufgrund der vorab vereinnahmten sowie verzinslich und liquide angelegten Beiträge ist das Liquiditätsrisiko für Versicherungsunternehmen grundsätzlich gut steuerbar. Wir tragen dem Risiko unzureichender Liquidität durch eine mehrjährige Planung der Zahlungsströme Rechnung. Zusätzlich erfolgt für einen rollierenden Zwölfmonatszeitraum eine Prognose auf Monatsbasis. Für die Überwachung des Liquiditätsrisikos wird darüber hinaus ein Liquiditätsstresstest durchgeführt.

Generell hat sich in diesem Jahr die Liquiditätssituation am Kapitalmarkt verschlechtert, da in verschiedenen Marktsegmenten nur sehr wenige Transaktionen stattfinden. Auch die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG ist hiervon betroffen.

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

Risikosteuerung der Kapitalanlagen

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

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

Zum Zwecke der effizienten Portfolioverwaltung und -steuerung wird der Einsatz derivativer Finanzinstrumente regelmäßig geprüft. Mit diesen Instrumenten werden verschiedene Motive der Portfoliosteuerung umgesetzt: Absicherung, Erwerbsvorbereitung und Ertragssteigerung. Das Hauptmotiv beim Einsatz von

derivativen Instrumenten der Kapitalanlagen ist die Absicherung, wodurch das im Portfolio liegende wirtschaftliche Risiko reduziert wird (Hedging). Die Motive Erwerbsvorbereitung und Ertragssteigerung werden aktuell nur begrenzt verfolgt.

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

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

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

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

Operationale und sonstige Risiken

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

Die wesentlichen Prozessrisiken und die Sicherheit der internen Kontrollsysteme werden regelmäßig von unserer Konzernrevision gemeinsam mit den verantwortlichen Linienmanagern identifiziert und bewertet. Die sich hieraus ergebenden Kennzahlen sind eine wesentliche Grundlage für die mehrjährige risikoorientierte Prüfungsplanung der Konzernrevision.

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

Operationale Risiken, die aus dem Integrationsprozess von AXA und DBV-Winterthur entstehen könnten, wurden erfasst und evaluiert.

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

Reputationsrisiken ergeben sich aufgrund einer möglichen Beschädigung des Rufes des Unternehmens. Insbesondere mit Hilfe eines aktiven Reputationsmanagements und von Medienresonanzanalysen wird dieses Risiko gemindert.

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

Kapitalmanagement und Solvabilität

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

Für die Solvabilität der Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG wurden alle aufsichtsrechtlichen Anforderungen erfüllt. Der vorläufige Bedeckungssatz für 2008 beträgt 209,0 % (2007: 104,6 %).

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

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

Zusammenfassende Darstellung der Risikolage

Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine Risiken bekannt, die den Fortbestand der Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG gefährden könnten. Die Solvabilität 2008 zeigt gemäß der vorläufigen Berechnung wiederum eine deutliche Überdeckung. Bei einer anhaltenden Verschlechterung der Finanzmärkte können nennenswerte Abschreibungen auf unser Kapitalanlagenportfolio nicht ausgeschlossen werden.

Sonstige Angaben

Beziehungen zu verbundenen Unternehmen

Im Sinne des § 17 des Aktiengesetzes (AktG) sind wir ein abhängiges Unternehmen der 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 2008 berichtet. Der Bericht endet mit folgender Erklärung:

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

Verwaltungsgemeinschaft

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

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

Kooperation

Kooperationsverträge bestehen mit ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen.

Zugehörigkeit zu Verbänden

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

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

Nachtragsbericht

Nach dem Schluss des Geschäftsjahres 2008 sind bei der Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine keine Vorgänge eingetreten, die wesentliche Auswirkungen auf die Ertrags-, Finanz- und Vermögenslage der Gesellschaft haben.

Ausblick und Chancen

Nach der Zuordnung des Geschäftsfeldes „Akademische Heilberufe“ der DBV-Winterthur zur Deutschen Ärzteversicherung eröffnen sich neue Perspektiven und zusätzliche Geschäftschancen. Die DBV-Winterthur hat sich durch hohen Sachverstand bei den Heilberuflern und deren Organisationen über lange Jahre einen herausragenden Ruf als Haftpflichtversicherer erarbeitet. Dieses hervorragende Image konnten wir bereits durch verschiedene kommunikative Maßnahmen für die nun „neue“ Deutsche Ärzteversicherung nutzen und transformieren. Dies wird auch weiterhin unsere vorrangigste Aufgabe sein. Wir sehen uns auf gutem Weg, unserer Zielgruppe zu verdeutlichen, dass die Integration des Haftpflichtspezialisten in unser Unternehmen einen Mehrwert für alle Beteiligten hat. Auf der Basis der bereits geleisteten bzw. eingeleiteten Maßnahmen und deren Fortführung im Jahr 2009 erwarten wir wieder ein zufriedenstellendes Beitragswachstum.

Die Berufshaftpflichtversicherung für die akademischen Heilberufe ist insbesondere durch Großschadenereignisse ein sehr volatiles Geschäftsfeld. Seit über 20 Jahren wachsen bei diesen die Schadenersatzbeträge deutlich stärker als der Lebenshaltungsindex. Die ohnehin überproportional steigenden Rentenleistungen, Krankheits-, Pflege- und weitere Kosten sind heute durch die regelmäßigen Regresse der Sozialleistungsträger vermehrt und auch für einen deutlich größeren Zeitraum zu zahlen, da der medizinische Fortschritt die Lebenserwartung auch schwerst geschädigter Patienten signifikant verlängert. Vor diesem Hintergrund wird es auch im laufenden Jahr unumgänglich sein, Maßnahmen zur Verbesserung der Rentabilität unseres Geschäftes durchzuführen.

Köln, den 7. April 2009

Der Vorstand

Gewinnverwendungsvorschlag

Der Jahresüberschuss des Geschäftsjahres 2008 beträgt insgesamt 3.822.260,93 Euro.

Unter Berücksichtigung des Gewinnvortrags aus dem Vorjahr in Höhe von 27.895,96 Euro und einer Zuführung in die Gewinnrücklagen in Höhe von 1.911.130,47 Euro ergibt sich ein Bilanzgewinn in Höhe von 1.939.026,42 Euro.

Wir schlagen vor, aus dem Bilanzgewinn eine Dividende in Höhe von 59.400,00 Euro auszuschütten und 1.879.626,42 Euro in das folgende Geschäftsjahr vorzutragen.

Bericht des Aufsichtsrates

Der Aufsichtsrat hat die Geschäftsführung des Vorstandes entsprechend den ihm nach Gesetz und Satzung zugewiesenen Aufgaben überwacht und sich während des gesamten Jahres 2008 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 Vorstandes, die der Zustimmung des Aufsichtsrates bedurften, sind in den Sitzungen vor der Beschlussfassung vom Vorstand eingehend erläutert worden.

Darüber hinaus hat der Vorsitzende des Aufsichtsrates mit dem Vorstand in zahlreichen Einzelgesprächen geschäftspolitische Fragen sowie die Lage und Entwicklung der Gesellschaft behandelt. Über hierdurch zur Kenntnis des Vorsitzenden gelangte wichtige Angelegenheiten wurde der Aufsichtsrat jeweils unterrichtet.

Der vom Vorstand aufgestellte Jahresabschluss und der Lagebericht für das Geschäftsjahr 2008 sind von der vom Aufsichtsrat zum Abschlussprüfer bestellten PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Düsseldorf, geprüft worden. Der Abschlussprüfer hat den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk erteilt. Der Jahresabschluss und der Lagebericht lagen dem

Aufsichtsrat nach der Aufstellung vor. Ebenso wurde der Bericht des Abschlussprüfers allen Mitgliedern des Aufsichtsrates fristgerecht vorgelegt. Der Abschlussprüfer hat den Prüfungsbericht und das Prüfungsergebnis dem Aufsichtsrat in der bilanzfeststellenden Sitzung zusätzlich mündlich erläutert und Fragen des Aufsichtsrates beantwortet. Der Aufsichtsrat nahm den Bericht und die Erläuterungen zustimmend zur Kenntnis.

Der Aufsichtsrat hat den Jahresabschluss und den Lagebericht sowie den Vorschlag des Vorstandes 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 Vorstandes am Schluss des Berichts über die Beziehungen zu verbundenen Unternehmen hat der Aufsichtsrat nach dem abschließenden Ergebnis seiner Prüfung keine Einwendungen zu erheben.

Im Aufsichtsrat der Gesellschaft hat es im Berichtsjahr keine Veränderungen gegeben. Im Vorstand der Gesellschaft gab es folgende Änderungen. Aufgrund Beschlusses des Aufsichtsrats vom 19. November 2007 sowie der Unbedenklichkeitserklärung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht vom 23. Januar 2008 ist Herr Josef Lölsberg seit dem 23. Januar 2008 weiteres Mitglied des Vorstands der Gesellschaft.

Der Aufsichtsrat musste zudem mit größter Bestürzung erfahren, dass Herr Hans Geiger am 6. Dezember 2008 tödlich verunglückt ist. Herr Geiger war seit 1976 für die Deutsche Ärzteversicherung tätig. Er gehörte dem Vorstand der Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft seit 1987 an. Die Deutsche Ärzteversicherung, so wie sie heute ist, wäre ohne Hans Geiger nicht denkbar. Er hatte von Anfang an eine unternehmerische Vision ihrer Zukunft und Positionierung und diese konsequent über Jahrzehnte hinweg erfolgreich verfolgt. Sein unternehmerisches Credo war stets die Vernetzung der Ärzte- und Zahnärzteschaft mit den berufsständischen Organisationen und Wirtschaftsunternehmen im Sinne eines Heilberufesverbundes. Er war Moderator und Inspirator, Ideengeber und Experte in diesem Verbund. Für sein unermüdliches Engagement im Gesundheitswesen wurde Hans Geiger mit den höchsten Auszeichnungen der Standesorganisationen geehrt. Seiner exzellenten Sach- und Fachkenntnis, Zielstrebigkeit, Ausdauer und

Teamfähigkeit ist der Auf- und Ausbau der Deutschen Ärzteversicherung zu einem der marktführenden Versicherer und Finanzdienstleister im Heilberufemarkt in Deutschland zu verdanken. Mit Hans Geiger verliert die Deutsche Ärzteversicherung nicht nur eine herausragende Führungspersönlichkeit, die den Erfolg der Deutschen Ärzteversicherung und ihre Unternehmenskultur geprägt hat, sondern vor allem einen Menschen, der zu jeder Zeit seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu führen, zu fordern und immer zu begeistern wusste. Der Aufsichtsrat ist gleichermaßen betroffen wie traurig. Unser tiefes Mitgefühl gilt seiner Familie.

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

Köln, den 30. April 2009

Für den Aufsichtsrat

Dr. Markus Hofmann

Vorsitzender

Jahresabschluss

Bilanz zum 31. Dezember 2008

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

Anhang

Bilanz zum 31. Dezember 2008

Aktiva	Euro	Euro	Euro	2008 Euro	2007 Euro
A. Kapitalanlagen					
I. Sonstige Kapitalanlagen					
1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere		6.373.913			6.373.949
2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere		7.843.268			7.841.190
3. Sonstige Ausleihungen					
a) Namensschuldverschreibungen	6.556.459				9.056.459
b) Schuldscheinforderungen und Darlehen	37.022.584				37.022.584
c) übrige Ausleihungen	<u>1.073.713</u>				<u>1.073.713</u>
		44.652.756			47.152.756
4. Einlagen bei Kreditinstituten		<u>5.600.000</u>	<u>64.469.937</u>	64.469.937	<u>650.000</u>
					62.017.895
B. Forderungen					
I. Forderungen aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft an:					
– Versicherungsnehmer			18.390		14.100
II. Abrechnungsforderungen aus dem Rückversicherungsgeschäft davon an verbundene Unternehmen: 942.245 Euro (2007: 372.866 Euro)			1.397.292		619.991
III. Sonstige Forderungen davon an verbundene Unternehmen: 36.328 Euro (2007: 0 Euro)			<u>1.361.709</u>		<u>1.097.418</u>
				2.777.391	1.731.509
C. Sonstige Vermögensgegenstände					
I. Laufende Guthaben bei Kreditinstituten, Schecks und Kassenbestand			550.316		159.556
II. Andere Vermögensgegenstände			<u>294.243</u>	844.559	<u>321.742</u>
					481.298
D. Rechnungsabgrenzungsposten					
I. Abgegrenzte Zinsen und Mieten				1.514.319	1.646.947
				69.606.206	65.877.649

Passiva	Euro	Euro	2008 Euro	2007 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.	1.600.000			3.000.000
– Einstellung aus dem Jahresüberschuss	1.911.130			0
– Entnahme	<u>0</u>			<u>-1.400.000</u>
		3.529.711		1.618.581
IV. Bilanzgewinn		<u>1.939.027</u>		<u>27.896</u>
			7.751.791	3.929.530
B. Versicherungstechnische Rückstellungen				
I. Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle				
1. Bruttobetrag	91.037.638			73.279.190
2. davon ab: Anteil für das in Rückdeckung gegebene Versicherungsgeschäft	<u>32.215.218</u>			<u>13.376.483</u>
		58.822.420		<u>59.902.707</u>
II. Schwankungsrückstellung und ähnliche Rückstellungen		<u>418.832</u>		<u>198.248</u>
			59.241.252	60.100.955
C. Andere Rückstellungen				
I. Steuerrückstellungen		342.515		194.600
II. Sonstige Rückstellungen		<u>584.640</u>		<u>211.390</u>
			927.155	405.990
D. Andere Verbindlichkeiten				
I. Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft gegenüber: – Versicherungsnehmern		45.278		24.750
II. Sonstige Verbindlichkeiten		<u>1.640.730</u>		<u>1.416.424</u>
davon aus Steuern: 1.856 Euro (2007: 0 Euro)				
davon gegenüber verbundenen Unternehmen: 1.627.625 Euro (2007: 1.382.937 Euro)				
			1.686.008	1.441.174
			69.606.206	65.877.649

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 31. März 2009

Der Verantwortliche Aktuar: Jochen Kneiphof

Köln, den 7. April 2009

Der Vorstand

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

Gesamtes Versicherungsgeschäft	Euro	Euro	2008 Euro	2007 Euro
I. Versicherungstechnische Rechnung				
1. Verdiente Beiträge f.e.R.				
a) Gebuchte Bruttobeiträge		12.043.166		11.545.192
b) Abgegebene Rückversicherungsbeiträge		<u>10.838.850</u>	1.204.316	<u>10.390.118</u>
				1.155.074
2. Technischer Zinsertrag f.e.R.			41.534	42.049
3. Sonstige versicherungstechnische Erträge f.e.R.			175	750
4. Aufwendungen für Versicherungsfälle f.e.R.				
a) Zahlungen für Versicherungsfälle				
aa) Bruttobetrag	7.941.815			6.700.115
bb) Anteil der Rückversicherer	<u>2.195.599</u>	5.746.216		<u>1.333.804</u>
				5.366.311
b) Veränderung der Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle				
aa) Bruttobetrag	17.758.448			13.541.230
bb) Anteil der Rückversicherer	<u>18.838.735</u>	-1.080.287	4.665.929	<u>10.736.166</u>
				2.805.064
5. Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb f.e.R.				
a) Bruttoaufwendungen für den Versicherungsbetrieb		2.731.798		1.935.662
b) davon ab:				
erhaltene Provisionen und Gewinnbeteiligungen aus dem in Rückdeckung gegebenen Versicherungsgeschäft		<u>2.605.714</u>	126.084	<u>1.861.984</u>
				73.678
6. Sonstige versicherungstechnische Aufwendungen f.e.R.			<u>4.144</u>	<u>4.104</u>
7. Zwischensumme			-3.550.132	-7.051.284
8. Veränderung der Schwankungsrückstellung und ähnlicher Rückstellungen*			-220.584	2.574.331
9. Versicherungstechnisches Ergebnis f.e.R.			-3.770.716	-4.476.953

f.e.R. = für eigene Rechnung

* – = Erhöhung der Rückstellung

	Euro	Euro	2008 Euro	2007 Euro
Versicherungstechnisches Ergebnis f.e.R.			-3.770.716	-4.476.953
II. Nichtversicherungstechnische Rechnung				
1. Erträge aus Kapitalanlagen				
a) Erträge aus anderen Kapitalanlagen				
– Erträge aus anderen Kapitalanlagen	2.883.391			3.437.275
b) Gewinne aus dem Abgang von Kapitalanlagen	<u>5.062.033</u>			<u>790</u>
		7.945.424		3.438.065
2. Aufwendungen für Kapitalanlagen				
a) Aufwendungen für die Verwaltung				
von Kapitalanlagen, Zinsaufwendungen				
und sonstige Aufwendungen für die				
Kapitalanlagen	53.037			42.681
b) Verluste aus dem Abgang von Kapitalanlagen	<u>78.087</u>			<u>234.162</u>
		131.124		276.843
		<u>7.814.300</u>		<u>3.161.222</u>
3. Technischer Zinsertrag		<u>-41.534</u>		<u>-42.049</u>
			7.772.766	3.119.173
4. Sonstige Erträge		98.707		36.011
5. Sonstige Aufwendungen		<u>147.525</u>		<u>106.298</u>
			<u>-48.818</u>	<u>-70.287</u>
6. Ergebnis der normalen Geschäftstätigkeit			3.953.232	-1.428.067
7. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag			<u>130.971</u>	<u>18.232</u>
8. Jahresüberschuss/-fehlbetrag (-)			3.822.261	-1.446.299
9. Gewinnvortrag aus dem Vorjahr			27.896	74.195
10. Einstellungen in Gewinnrücklagen				
– in andere Gewinnrücklagen			1.911.130	0
11. Entnahmen aus Gewinnrücklagen				
– aus anderen Gewinnrücklagen			0	1.400.000
12. Bilanzgewinn			1.939.027	27.896

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, bilanzierten wir entsprechend den für das Anlagevermögen geltenden Vorschriften gemäß § 341 b HGB. Diese Vorschriften besagen, dass bei einer voraussichtlich dauernden Wertminderung eine Abschreibung verpflichtend ist. Zur Beurteilung, ob eine dauernde Wertminderung vorliegt, kommt folgende Methode zur Anwendung:

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

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

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

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

Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere, die dem **Anlagevermögen** zugeordnet wurden, bilanzierten wir entsprechend dem gemilderten Niederstwertprinzip mit den Anschaffungskosten bzw. dem niedrigeren beizulegenden Wert. Die dauerhafte Wertminderung eines Wertpapiers haben

wir angenommen, wenn der Zeitwert des Wertpapiers einen Werteverfall aufgrund einer wesentlichen Verschlechterung des Ratings/der Bonität eines Emittenten aufzeigt. Sofern die Gründe für eine gegebenenfalls vorgenommene Abschreibung aufgrund von Ratingverschlechterungen 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 bilanzierten wir mit dem Nennbetrag gemäß § 341 c Abs. 1 HGB und, falls erforderlich, vermindert um notwendige Abschreibungen.

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

Einlagen bei Kreditinstituten wurden mit den Nennbeträgen angesetzt.

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

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

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

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

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

Passiva

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

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

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

Die Ermittlung der Renten-Deckungsrückstellung erfolgte aus dem selbst abgeschlossenen Geschäft versicherungsmathematisch gemäß Geschäftsplan.

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

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

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

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

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

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

Gewinn- und Verlustrechnung

Erträge und Aufwendungen wurden auf das Geschäftsjahr abgegrenzt.

Zeitwerte der Kapitalanlagen

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

Die Zeitwerte für **Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere** wurden auf der Basis der Börsenkurse bzw. Rücknahmepreise per 31. Dezember 2008 ermittelt (Stichtagsbewertung).

Für die **Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere** wurden die Börsenkurse per 31. Dezember 2008 angesetzt.

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

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

Einbeziehung in den Konzernabschluss

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

Angaben zur Bilanz

Aktiva

Entwicklung des Aktivpostens A.I. im Geschäftsjahr 2008

	Bilanzwerte Vorjahr Euro
A.I. Sonstige Kapitalanlagen	
1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	6.373.949
2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	7.841.190
3. Sonstige Ausleihungen	
a) Namensschuldverschreibungen	9.056.459
b) Schuldscheinforderungen und Darlehen	37.022.584
c) übrige Ausleihungen	1.073.713
4. Einlagen bei Kreditinstituten	650.000
5. Summe A.I.	62.017.895
Insgesamt	62.017.895

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

	2008	
	Bilanzwerte	
	zu Anschaffungs- kosten bilanziert	
A.I. Sonstige Kapitalanlagen		
1. Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	6.374	5.189
2. Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	7.843	7.530
3. Sonstige Ausleihungen	44.653	0
4. Einlagen bei Kreditinstituten	5.600	0
5. Summe A.I.	64.470	12.719
Insgesamt	64.470	12.719
Unterschied zum Bilanzwert		

Zugänge	Umbuchungen	Abgänge	Zuschrei- bungen	Abschrei- bungen	Bilanzwerte Berichtsjahr
Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro
185.189	0	185.225	0	0	6.373.913
3.430.200	0	3.428.122	0	0	7.843.268
0	0	2.500.000	0	0	6.556.459
0	0	0	0	0	37.022.584
0	0	0	0	0	1.073.713
4.950.000	0	0	0	0	5.600.000
8.565.389	0	6.113.347	0	0	64.469.937
8.565.389	0	6.113.347	0	0	64.469.937

		2007			
Zeitwerte		Bilanzwerte		Zeitwerte	
zum Nennwert bilanziert	Summe	zu Anschaffungs- kosten bilanziert		zum Nennwert bilanziert	Summe
0	5.189	6.374	6.803	0	6.803
0	7.530	7.841	7.419	0	7.419
44.720	44.720	47.153	0	46.168	46.168
5.600	5.600	650	0	650	650
50.320	63.039	62.018	14.222	46.818	61.040
50.320	63.039	62.018	14.222	46.818	61.040
	-1.431				-978

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

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

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

1. Im Geschäftsjahr 2008 waren Kapitalanlagen mit einem Buchwert von 14.217.181 Euro dem Anlagevermögen zugeordnet (2007: 14.215.139 Euro). Dies entspricht einem Anteil von 22,1 % (2007: 22,9 %) an den gesamten Kapitalanlagen.
2. Grundlage für die Bestimmung
Die Bestimmung, dauernd dem Geschäftsbetrieb zu dienen, wird aus folgenden Indikatoren abgeleitet:
 - 2.1. Die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG ist in der Lage, die dem Anlagevermögen zugeordneten Kapitalanlagen so zu verwenden, dass sie dauernd dem Geschäftsbetrieb dienen können.
 - 2.2. Aufgrund der laufenden Liquiditätsplanung besitzt die Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-AG die Fähigkeit zur Daueranlage der betreffenden Kapitalanlagen.
 - 2.3. Die dem Anlagevermögen zugeordneten Kapitalanlagen werden in der Buchhaltung jeweils auf gesonderten Konten von den anderen Wertpapieren getrennt erfasst. Eine depotmäßige Trennung von Anlage- und Umlaufvermögen ist gewährleistet.

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

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

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

Zuschreibungen werden in entsprechender Anwendung der vom IDW definierten Aufgreifkriterien vorgenommen, wenn nicht mehr von einer dauerhaften Wertminderung auszugehen ist. Es ergab sich keine Notwendigkeit für eine Zuschreibung.

Bei Investmentanteilen, die überwiegend Rententpapiere beinhalten und stille Lasten ausweisen, ergab sich ebenso keine Notwendigkeit für eine außerordentliche Abschreibung.

Für Inhaberschuldverschreibungen und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere haben wir eine dauerhafte Wertminderung angenommen, wenn der Zeitwert des Wertpapiers einen Werteverfall aufgrund einer wesentlichen Verschlechterung des Ratings/der Bonität eines Emittenten aufzeigt. 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	6.373.913	5.189.315
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	7.843.268	7.529.900
Summe Wertpapiere	14.217.181	12.719.215
Unterschiedsbetrag zum Bilanzwert		-1.497.966

B.III. Sonstige Forderungen

	2008 Euro	2007 Euro
darin enthalten:		
Sonstige Forderungen an verbundene Unternehmen	36.328	0
Forderungen aus überzahlten Steuern	1.321.580	1.095.840

C.II. Andere Vermögensgegenstände

Die Position andere Vermögensgegenstände enthält bezahlte, jedoch noch nicht verrechnete Schäden in Höhe von 294.243 Euro (2007: 321.742 Euro).

Passiva

A. Eigenkapital

Das gezeichnete Kapital teilt sich auf in: Euro

Stückaktien

135.000 auf den Inhaber lautende Stückaktien	1.485.000
	1.485.000

Im Bilanzergebnis 2008 ist ein Gewinnvortrag aus dem Vorjahr in Höhe von 27.896 Euro enthalten.

B. Versicherungstechnische Bruttorückstellungen insgesamt

	2008 Euro	2007 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	3.231.915	4.603.746
Haftpflichtversicherung	86.759.059	66.735.078
Feuer- und Sachversicherung	1.465.496	2.138.614
– davon Feuerversicherung	251.458	211.754
– davon sonstige Sachversicherung	1.214.038	1.926.860
Gesamt	91.456.470	73.477.438

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

	2008 Euro	2007 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	2.813.083	4.405.498
Haftpflichtversicherung	86.759.059	66.735.078
Feuer- und Sachversicherung	1.465.496	2.138.614
– davon Feuerversicherung	251.458	211.754
– davon sonstige Sachversicherung	1.214.038	1.926.860
Gesamt	91.037.638	73.279.190

B.II. Schwankungsrückstellung und ähnliche Rückstellungen

	2008	2007
	Euro	Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	418.832	198.248
Gesamt	418.832	198.248

C.II. Sonstige Rückstellungen

	2008	2007
	Euro	Euro
Prüfungs- und Abschlusskosten	53.270	55.230
sonstige	531.370	156.160
Gesamt	584.640	211.390

Die übrigen sonstigen Rückstellungen betreffen im Wesentlichen Verpflichtungen aus Vertriebsvereinbarungen.

D.II. Sonstige Verbindlichkeiten

	2008	2007
	Euro	Euro
sonstige Verbindlichkeiten gegenüber verbundenen Unternehmen	1.627.625	1.382.937
noch abzuführende Steuern	1.856	0
sonstige	11.249	33.487
Gesamt	1.640.730	1.416.424

Angaben zur Gewinn- und Verlustrechnung

I.1.a) Gebuchte Bruttobeiträge

	2008 Euro	2007 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	1.253.865	1.252.866
Haftpflichtversicherung	9.393.413	8.908.081
Feuer- und Sachversicherung	1.395.888	1.384.245
– davon Feuerversicherung	300.069	297.347
– davon sonstige Sachversicherung	1.095.819	1.086.898
Gesamt	12.043.166	11.545.192

I.1. Verdiente Bruttobeiträge

	2008 Euro	2007 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	1.253.865	1.252.866
Haftpflichtversicherung	9.393.413	8.908.081
Feuer- und Sachversicherung	1.395.888	1.384.245
– davon Feuerversicherung	300.069	297.347
– davon sonstige Sachversicherung	1.095.819	1.086.898
Gesamt	12.043.166	11.545.192

I.1. Verdiente Nettobeiträge

	2008 Euro	2007 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	125.386	125.621
Haftpflichtversicherung	939.341	891.028
Feuer- und Sachversicherung	139.589	138.425
– davon Feuerversicherung	30.007	29.735
– davon sonstige Sachversicherung	109.582	108.690
Gesamt	1.204.316	1.155.074

I.2. Technischer Zinsertrag für eigene Rechnung

Im selbst abgeschlossenen Geschäft wurde der technische Zinsertrag auf die Renten-Deckungsrückstellung für bis zum 31. Dezember 2006 gemeldete Renten mit

2,75 %, für ab dem 1. Januar 2007 gemeldete Renten mit 2,25 % aus dem arithmetischen Mittel des Anfangs- und Endbestandes der Rückstellung ermittelt.

I.4. Bruttoaufwendungen für Versicherungsfälle

	2008 Euro	2007 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	-565.344	601.751
Haftpflichtversicherung	26.049.401	18.336.335
Feuer- und Sachversicherung	216.206	1.303.259
– davon Feuerversicherung	132.295	133.024
– davon sonstige Sachversicherung	83.911	1.170.235
Gesamt	25.700.263	20.241.345

Das Abwicklungsergebnis wurde durch eine besondere Schadenentwicklung negativ beeinflusst.

I.5.a) Bruttoaufwendungen für den Versicherungsbetrieb

	2008 Euro	2007 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	152.929	115.222
Haftpflichtversicherung	2.376.085	1.671.236
Feuer- und Sachversicherung	202.784	149.204
– davon Feuerversicherung	42.444	31.307
– davon sonstige Sachversicherung	160.340	117.897
Gesamt	2.731.798	1.935.662

Von den Bruttoaufwendungen für den Versicherungsbetrieb des Geschäftsjahres entfallen 1.688.065 Euro (2007: 1.211.030 Euro) auf Abschlusskosten und

1.043.733 Euro (2007: 724.632 Euro) auf Verwaltungskosten.

Rückversicherungssaldo

	2008 Euro	2007 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	-518.226	-218.626
Haftpflichtversicherung	13.547.980	3.716.700
Feuer- und Sachversicherung	-228.556	43.762
– davon Feuerversicherung	-34.808	-160.982
– davon sonstige Sachversicherung	-193.748	204.744
Gesamt	12.801.198	3.541.836

– = 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

	2008 Euro	2007 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	1.169.029	338.532
Haftpflichtversicherung	-5.463.384	-7.361.349
Feuer- und Sachversicherung	744.223	-28.467
– davon Feuerversicherung	88.127	-30.325
– davon sonstige Sachversicherung	656.096	1.858
Gesamt	-3.550.132	-7.051.284

I.9. Versicherungstechnisches Ergebnis für eigene Rechnung

	2008 Euro	2007 Euro
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	948.445	140.283
Haftpflichtversicherung	-5.463.384	-4.677.548
Feuer- und Sachversicherung	744.223	60.312
– davon Feuerversicherung	88.127	-25.631
– davon sonstige Sachversicherung	656.096	85.943
Gesamt	-3.770.716	-4.476.953

Anzahl der mindestens einjährigen Versicherungsverträge

	2008 Stück	2007 Stück
selbst abgeschlossenes Versicherungsgeschäft:		
Unfallversicherung	7.775	7.983
Haftpflichtversicherung	44.442	43.625
Feuer- und Sachversicherung	31.238	29.915
– davon Feuerversicherung	6.171	5.921
– davon sonstige Sachversicherung	25.067	23.994
Gesamt	83.455	81.523

II.7. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag

Die Steuern vom Einkommen und Ertrag in Höhe von 130.971 Euro sind im Geschäftsjahr ausschließlich dem Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit zuzuordnen.

Provisionen und sonstige Bezüge der Versicherungsvertreter, Personalaufwendungen

Für Provisionen jeglicher Art der Versicherungsvertreter im Sinne des § 92 HGB für das selbst abgeschlossene Versicherungsgeschäft haben wir im Berichtsjahr 1.624.383 Euro (2007: 992.656 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 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 5.950 Euro.

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

wird im Wege der Dienstleistungsverrechnungen auf unsere Gesellschaft weiterbelastet.

Es wurden keine Haftungsverhältnisse eingegangen.

Angaben gemäß § 285 Nr. 10 HGB

Mitglieder des Aufsichtsrates

Dr. Markus Hofmann

Vorsitzender

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

Dr. Udo Bertermann

Rechtsanwalt

stellv. Vorsitzender

Velbert

Gerhard K. Girner

Mitglied des Vorstandes der
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Düsseldorf

Mitglieder des Vorstandes

Gernot Schlösser

Vorsitzender

Strategie und Grundsatzfragen,
Koordination zum Konzern,
Marketing,
Betrieb und Schaden
Rechnungswesen

Jörg Arnold

Vertrieb, Produktsteuerung

Hans Geiger

(bis 6. Dezember 2008)

Josef Lölsberg

(seit 23. Januar 2008)

Risikomanagement,
Kalkulation und
Underwriting-Regeln,
Rückversicherung

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

Am gezeichneten Kapital unserer Gesellschaft sind beteiligt:

- die Deutsche Ärzteversicherung AG, Köln, mit 70,37 % 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 Ärzteversicherung Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft wird in den Konzernabschluss der AXA, Paris, sowie in den Konzernabschluss der AXA Konzern AG, Köln, zum 31. Dezember 2008 einbe-

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

Der Konzernabschluss der AXA, Paris, wird bei der französischen Finanzaufsichtsbehörde in Paris (Autorités des Marchés Financiers) unter RCS (Registre du Commerce et des Sociétés) 572 093 920 hinterlegt.

Der Konzernabschluss der AXA Konzern AG wird im elektronischen Bundesanzeiger und im Unternehmensregister des Bundesministeriums für Justiz veröffentlicht.

Köln, den 7. April 2009

Der Vorstand

Schlösser

Arnold

Lölsberg

Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers

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

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

umfasst die Beurteilung der angewandten Bilanzierungsgrundsätze und der wesentlichen Einschätzungen des Vorstands sowie die Würdigung der Gesamtdarstellung des Jahresabschlusses und des Lageberichts. Wir sind der Auffassung, dass unsere Prüfung eine hinreichend sichere Grundlage für unsere Beurteilung bildet.

Unsere Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt.

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

Düsseldorf, den 10. April 2009

PricewaterhouseCoopers
Aktiengesellschaft
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Michael Peters
Wirtschaftsprüfer

ppa. Christofer Hattemer
Wirtschaftsprüfer

Anlage zum Lagebericht

Übersicht über das Geschäftsgebiet
und die betriebenen Versicherungszweige

Geschäftsgebiet

Bundesrepublik Deutschland

Betriebene Versicherungszweige

Allgemeine Unfallversicherung:

Unfallversicherung ohne Beitragsrückgewähr
Unfall-Rentenversicherung

Haftpflichtversicherung:

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

Feuerversicherung:

sonstige Feuerversicherung

Einbruchdiebstahlversicherung

Leitungswasserversicherung

Glasversicherung

Sturmversicherung

Betriebsunterbrechungsversicherung

Adresse

Deutsche Ärzteversicherung

Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft

Börsenplatz 1, 50667 Köln

Telefon (02 21) 148-2 27 00

Telefax (02 21) 148-2 14 42

Internet: www.aerzteversicherung.de

E-Mail: service@aerzteversicherung.de