



Geschäftsbericht 2011
Deutsche Ärzteversicherung AG

Unsere Kennzahlen

	2011	2010	2009
Beitragseinnahmen in Mio. Euro			
Posten I.1.a) der Gewinn- und Verlustrechnung	522	505	481
Versicherungsbestand*			
– in Mio. Euro laufende Beiträge	520	505	483
– Anzahl der Verträge in Tausend	200	198	196
Neuzugang*			
– in Mio. Euro laufende Beiträge	60	63	52
– in Mio. Euro Einmalbeiträge	12	14	8
Abgang* durch Storno			
– in Mio. Euro laufende Beiträge	21	17	17
– in % des mittleren Jahresbestandes (Stückzahl)	1,8	1,5	1,6
Leistungen zugunsten unserer Kunden in Mio. Euro	519	549	293
davon			
– ausgezahlte Leistungen in Mio. Euro	541	555	503
– Zuwachs der Leistungsverpflichtungen in Mio. Euro	-22	-6	-210
Verwaltungskosten in % der Bruttobeiträge	3,3	3,4	3,9
Kapitalanlagen in Mio. Euro	2.957	3.130	3.181
Nettoverzinsung des laufenden Geschäftsjahres	4,0	4,0	4,0
Nettoverzinsung der vergangenen drei Jahre	4,0	4,0	4,0
Bruttoüberschuss in Mio. Euro	73	46	66
Ergebnis vor Gewinnabführung in Mio. Euro	13,2	3,5	3,4
Gezeichnetes Kapital in Mio. Euro	7	7	7
Eigenkapital in Mio. Euro	52	52	52

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

* Die Angaben zu Beiträgen beziehen sich auf selbst abgeschlossene Haupt- und Zusatzversicherungen, die Angaben zur Anzahl nur auf selbst abgeschlossene Hauptversicherungen.

Deutsche Ärzteversicherung – der Spezialist für die

Seit nunmehr fast 130 Jahren ist die Deutsche Ärzteversicherung mit arzt-spezifischen Absicherungs- und Vorsorgeprodukten ausschließlich für die akademischen Heilberufe tätig. Sie versteht sich als Begleiter in Sachen Sicherheit und Finanzen durch alle Lebensphasen des Arztes und über alle Stationen des Arztberufes – vom Studium über den Berufsstart in der Klinik und den Aufbau der eigenen Praxis bis hin zum Ruhestand. Das ist das Kerngeschäft der 1881 gegründeten Versicherungsgesellschaft, die sich als der Standesversicherer für die akademischen Heilberufe etablierte.

Nicht zuletzt aufgrund der fundierten Kenntnisse über die Bedürfnisse der Zielgruppe konnte sich die Deutsche Ärzteversicherung als Partner der ärztlichen und zahnärztlichen Standesorganisationen wie Marburger Bund, Hartmannbund, Freier Verband Deutscher Zahnärzte, Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung sowie Ärzte- und Zahnärztekammern und der studentischen Nachwuchsorganisationen der akademischen Heilberufe etablieren. Die Qualität der Produkte und Dienstleistungen wird durch einen ständigen Erfahrungsaustausch mit den Vertretern der Berufsstände sichergestellt. Produkte und Dienstleistungen richten sich dadurch passgenau am Bedarf der Heilberufler aus. Für die Beratung stehen besonders qualifizierte und speziell selektierte Vertriebspartner wie die Deutsche Ärzte Finanz, die Deutsche Apotheker- und Ärztebank sowie ausgewählte Makler zur Verfügung.

Durch die Zusammenarbeit im Heilberufenetzwerk entwickelt die Deutsche Ärzteversicherung immer wieder innovative Beratungsansätze und Versicherungslösungen. Dazu gehört beispielsweise die „GesundheitsRente“, die in Kooperation mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank und der Pro bAV Pensionskasse konzipiert wurde. Auch die „KlinikRente“ und „DocDor“ sind Resultate einer erfolgreichen Zusammenarbeit mit dem Marburger Bund. Gemeinsam mit dem Hartmannbund und dem Internetportal Medi-Learn hat die Deutsche Ärzteversicherung den Medi-Learn Club eingerichtet. Mit monatlich über 400.000 Besuchern ist er die führende Online-Plattform für Medizinstudenten und junge Ärzte.

Begleitung des Arztes auf seinem Berufsweg

Die enge Vernetzung mit den Standesorganisationen und Kammern ist verbindlich geregelt. Im Aufsichtsrat der Deutschen Ärzteversicherung sitzen zwei Vertreter der akademischen Heilberufe und darüber hinaus – das ist in der deutschen Versicherungslandschaft einzigartig – werden die Interessen der Kunden durch einen Beirat gewahrt. Dieser setzt sich aus hochrangigen Vertretern der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft sowie des Berufsstandes der Apotheker zusammen. Aufgabe des Beirates ist es, den Vorstand des Unternehmens in allen Fragen zu beraten, die die Interessen der Versicherten berühren.

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

Inhaltsverzeichnis

Aufsichtsrat	4	Ergebnisabführung	48
Vorstand	5	Anlagen zum Lagebericht	49
Beirat	6	Betriebene Versicherungsarten	50
Marktsituation	8	Statistische Angaben	52
Hufeland-Preis	20	Jahresabschluss	57
Lagebericht	22	Bilanz zum 31. Dezember 2011	58
Geschäfts- und Rahmenbedingungen	22	Gewinn- und Verlustrechnung	62
Überblick über den Geschäftsverlauf	24	Anhang	65
Geschäftsergebnis	25	Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers	147
Beitragseinnahmen	25	Bericht des Aufsichtsrates	148
Kapitalanlageergebnis	25	Adressen	150
Kostenverlauf	25		
Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit	25		
Leistungen für unsere Kunden	25		
Deckungsrückstellung für			
Rentenversicherungen	26		
Zinszusatzreserve	26		
Überschussbeteiligung der			
Versicherungsnehmer	26		
Steuern	27		
Überschuss	27		
Eigenkapitalausstattung	27		
Bestandsentwicklung	28		
Versicherungsbestand	28		
Neuzugang	28		
Abgang	29		
Kapitalanlagebestand	29		
Zeitwerte der Kapitalanlagen	31		
Risiken der zukünftigen Entwicklung	32		
Sonstige Angaben	44		
Nachtragsbericht	45		
Ausblick und Chancen	46		

Aufsichtsrat

Gernot Schlösser

Vorsitzender

Vorsitzender des Vorstandes i. R. der

Deutsche Ärzteversicherung AG

Bergisch Gladbach

Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe

1. stellv. Vorsitzender (bis 7. November 2011)

Präsident der Bundesärztekammer

und des Deutschen Ärztetages (bis 1. Juni 2011)

Präsident der Ärztekammer Nordrhein

Düren

Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

1. stellv. Vorsitzender (seit 17. November 2011)

Präsident der Bundesärztekammer (seit 2. Juni 2011)

Präsident der Ärztekammer Hamburg

Hamburg

Dr. Carl Hermann Schleifer

2. stellv. Vorsitzender

Rechtsanwalt und Steuerberater

Thumby-Sieseby

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer Berlin

Bergisch Gladbach

Ulrich Sommer (seit 22. Februar 2011)

Bereichsvorstand der

Deutschen Apotheker- und Ärztebank

Düsseldorf

Vorstand

Jörg Arnold

Vorsitzender

Vertrieb, Operations, Unternehmensentwicklung,
Personal und Verwaltung

Timmy Klebb

Standesorganisation, Produktmanagement,
Zielgruppenkonzepte, Marketing, Grundsatzfragen

Dr. Rainer Schöllhammer (bis 30. Juni 2011)

Risikomanagement, Planung, Rechnungswesen,
Controlling, Steuern, Inkasso, Rückversicherung

Alain Zweibrucker (seit 20. Juli 2011)

Risikomanagement, Planung, Rechnungswesen,
Controlling, Steuern, Inkasso, Rückversicherung

Dr. Heinz-Jürgen Schwering

Kapitalanlagen, Asset Liability Management

Mitglieder des Beirates

Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Vorsitzender (seit 9. November 2011)
Präsident der Bundesärztekammer (seit 2. Juni 2011)
Präsident der Ärztekammer Hamburg
Hamburg

Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe

Vorsitzender (bis 7. November 2011)
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages (bis 1. Juni 2011)
Präsident der Ärztekammer Nordrhein
Düren

Dr. med. dent. Karl-Heinz Sundmacher

stellv. Vorsitzender
Bundesvorsitzender des Freien Verbandes
Deutscher Zahnärzte
Heidelberg

Dr. med. Andreas Crusius

Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Rostock

Dr. med. dent. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer Berlin
Bergisch Gladbach

Dr. med. Henning Friebel

Magdeburg

Dr. med. vet. Hans-Joachim Götz

Präsident des bpt
Bundesverbandes Praktizierender Tierärzte
Frankfurt am Main

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Präsident der Landesärztekammer Hessen
Frankfurt am Main

Rudolf Henke

1. Vorsitzender des Marburger Bundes
Präsident der Ärztekammer Nordrhein
Aachen

Dr. med. Günther Jonitz

Präsident der Ärztekammer Berlin
Groß-Glienecke

Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Kossow

Ehrevorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes
(Bundesverband)
Achim-Uesen

Friedemann Schmidt

Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer
Vizepräsident der ABDA
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
Leipzig

Dr. med. Martina Wenker

Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen
Vizepräsidentin der Bundesärztekammer
Hildesheim

Prof. Dr. med. Kuno Winn

Hannover

Dr. med. Theodor Windhorst

Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe
Bielefeld

Ehrenmitglied des Beirates

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

Ehrevorsitzender
Ehrenpräsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages
Bremen

Die Deutsche Ärzteversicherung trauert um

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe

Stellvertretender Vorsitzender des Aufsichtsrates und
Vorsitzender des Beirates
der Deutschen Ärzteversicherung

der am 7. November 2011 verstorben ist.

Professor Hoppe war seit 2002 stellvertretender Vorsitzender im Aufsichtsrat
und seit 1981 Mitglied des Beirates unserer Gesellschaft,
dessen Vorsitz er 2001 übernahm.

Die Deutsche Ärzteversicherung hat Jörg-Dietrich Hoppe viel zu verdanken. Er hat es verstanden, einen
fruchtbaren Dialog zwischen der Ärzteschaft und unserem Unternehmen herzustellen und unseren
Blick auf die Anliegen und Bedürfnisse der von ihm vertretenen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland zu
schärfen.

Dankbar erinnern wir uns an seine von großer Kompetenz und hohen Fach- und Sachkenntnissen ge-
prägte Rolle in den Gremien. Seiner ausgewogenen Urteilskraft und seinen klaren Worten konnten wir
immer vertrauen.

Wir trauern um eine für unser Unternehmen über viele Jahre engagierte Persönlichkeit und einen
wertvollen Menschen. Sein Andenken werden wir in Ehren bewahren.

Für den Aufsichtsrat der
Deutschen Ärzteversicherung
Gernot Schlösser

Für den Vorstand der
Deutschen Ärzteversicherung
Jörg Arnold

Marktsituation

Gesundheitspolitik

Von Rösler zu Bahr

Eine Personalie beherrschte im Frühjahr 2011 zumindest kurzfristig die gesundheitspolitische Diskussion: Nach den innerparteilichen Diskussionen um die Führung der FDP und die Wahl von Dr. Philipp Rösler zum neuen FDP-Bundesvorsitzenden gab es auch einen Wechsel im Amt des Bundesministers für Gesundheit, das Rösler bis dahin inne hatte: Nach dem Wechsel Röslers in das Amt des Bundeswirtschaftsministers erhielt Daniel Bahr am 12. Mai 2011 aus der Hand des Bundespräsidenten die Ernennungsurkunde zum neuen Bundesminister für Gesundheit. Damit wurde ein politischer Gesundheits-Profi von der FDP in dieses Amt geschickt – der 34-Jährige war von 2005 bis 2009 gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion. Mitglied des Bundestagsausschusses für Gesundheit wurde er bereits 2001. Mit dem Regierungswechsel 2009 wurde er als Parlamentarischer Staatssekretär ins Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gerufen – und gestaltete dort seitdem an verantwortlicher Stelle die Gesundheitspolitik in der direkten Zusammenarbeit und Partnerschaft mit Rösler. Kontinuität war also gewährleistet.

Auch die Ernennung von Ulrike Flach zur neuen Parlamentarischen Staatssekretärin im BMG und damit zur Nachfolgerin von Daniel Bahr in diesem Amt war keine wirkliche Überraschung: Ulrike Flach ist seit 1998 Bundestagsabgeordnete der FDP und war bis zum Wechsel ins Amt der Parlamentarischen Staatssekretärin gesundheitspolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion. Zum neuen beamteten Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium wurde Thomas Ilka berufen, nachdem sein Vorgänger im Amt Dr. Stefan Kapferer in gleicher Funktion ins Bundeswirtschaftsministerium wechselte. Ilka leitete zuvor den Bereich „Europa, Umwelt, Energie“ im Deutschen Industrie- und Handelskammertag (DIHK) und war Leiter der Vertretung des DIHK bei der Europäischen Union in Brüssel.

GKV-Versorgungsstrukturgesetz: Endlich Strukturreformen statt Kostendämpfung!

Im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Aktivitäten des Jahres 2011 stand vor allem das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), das die CDU/CSU/FDP-Koalition als dritten Teil ihrer Reformgesetze für das Gesundheitswesen über die parlamentarischen Hürden gebracht hat. Nachdem die Diskussion über die geplanten Reformen nahezu das gesamte Jahr 2011 in Anspruch genommen hatten, stimmte der Bundestag dem GKV-VStG am 1. Dezember 2011 zu. Am 16. Dezember befasste sich der Bundesrat abschließend mit dem Reformgesetz, sodass es in wesentlichen Teilen am Jahresanfang 2012 in Kraft treten konnte. Allgemein ist dabei anerkannt worden, dass die Bundesregierung nach den zwei zu Beginn der Legislaturperiode verabschiedeten Kostendämpfungsgesetzen – dem GKV-Finanzierungsgesetz sowie dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) – sich mit ihrem neuen Vorhaben der Sicherung der zukünftigen ärztlichen Versorgung vor allem in ländlichen Bereichen und damit vor allem der Lösung struktureller Probleme gewidmet hat.

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr betonte im Zusammenhang mit der Verabschiedung des GKV-VStG durch den Bundestag, das Gesetz steuere demographiebedingten Versorgungsengpässen rechtzeitig entgegen und verbessere gezielt die medizinische Versorgung. Flexibilisierung und Deregulierung eröffneten allen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten größere Handlungsspielräume vor Ort. Die Länder erhielten mehr Mitwirkungs- und Gestaltungsoptionen. Gleichzeitig werde die vertragsärztliche Vergütung flexibilisiert und regionalisiert.

Die Reaktionen aus der Ärzteschaft waren weit überwiegend positiv. So kommentierte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery: „Es ist gut, wenn eine Bundesregierung ihrer ureigensten Aufgabe nachkommt und Politik gestaltet, statt immer nur an den Sparschrauben unseres Gesundheitswesens zu drehen. Bei aller Kritik an einzelnen Bestimmungen erkennen wir deshalb an, dass die Koalition mit dem

GKV-Versorgungsstrukturgesetz zumindest den Versuch unternommen hat, dieser Verantwortung gerecht zu werden und erstmals ernsthafte Schritte gegen den Ärztemangel und für eine bessere Versorgung der Patienten in unserem Land eingeleitet hat.“ Das Gesetzespaket sei in Teilen geeignet, mehr Ärztinnen und Ärzte zu einer Tätigkeit in strukturschwachen Gebieten zu motivieren und die verschiedenen Versorgungsbereiche besser miteinander zu verzahnen. Positiv hob Montgomery die im Gesetz vorgesehenen monetären und nicht-monetären Anreize für eine Niederlassung in strukturschwachen Regionen hervor. Verbesserungsbedarf sah er hingegen unter anderem bei der weiteren Ausgestaltung der ärztlichen Bedarfsplanung. Die jetzigen Bedarfsplanungsregelungen stammten aus der Zeit der Ärzteschwemme und seien für die gegenwärtigen Rahmenbedingungen gänzlich ungeeignet. Mit dem GKV-VStG werde zwar mit größeren Gestaltungsspielräumen vorsichtig nachjustiert. Ausreichend sei dies jedoch nicht. „Wir brauchen eine klar patientenzentrierte Flexibilisierung der Planungsbereiche und eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung. Dazu müssen die nur optional vorgesehenen Steuerungsgremien auf Landesebene obligatorisch eingeführt und die Landesärztekammern als vollwertige Mitglieder beteiligt werden“, forderte Montgomery.

Der Vorsitzende des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz, äußerte sich klar positiv zu den Neuregelungen: „Die Zahnärzte begrüßen nach den vielen vorhergegangenen Kostendämpfungsgesetzen den nun eingeleiteten Paradigmenwechsel. Mit diesem Gesetz kann das Vergütungssystem flexibilisiert und regionalisiert und so die tatsächlichen Versorgungsstrukturen adäquat abgebildet werden. Das ist ein erster Schritt zur Abkehr von der starren Budgetierung.“ Auch die Ergänzungen des GKV-VStG zur verbesserten zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung begrüßte Fedderwitz. „Dies ist ein Schritt in die richtige Richtung, der aber noch nicht ausreicht. Wir fordern die Bundesregierung auf, diesen Weg weiter zu gehen, um allen Menschen den Zugang zur modernen Zahnmedizin zu ermöglichen.“

Zentrale Regelungen des GKV-VStG

Die wichtigsten Regelungen zu den Themen „Ärztliche Versorgung“ und „Versorgungsstrukturen“ in Stichworten:

- Anreize im Vergütungssystem, indem Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Gebieten von Maßnahmen der Mengengrenzung ausgenommen werden
- Möglichkeit, Preiszuschläge für besonders förderwürdige Leistungen sowie Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind (zum Beispiel mit höherer Versorgungsqualität), zu vereinbaren
- Sektorenübergreifende Organisation des ärztlichen Notdienstes
- Bereitstellung einer bundeseinheitlichen Bereitschaftsdienstnummer (Notdienstnummer) „116 117“ für den ärztlichen Bereitschaftsdienst (ist von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einzurichten)
- Förderung mobiler Versorgungskonzepte
- Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf: Die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, wird von sechs auf zwölf Monate verlängert. Die Möglichkeit für die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten wird für die Erziehung von Kindern für bis zu 36 Monate sowie für die Pflege von Angehörigen für bis zu sechs Monate eröffnet
- Vernetzungen und Kooperationen auf Ärzteseite, die bestimmten Qualitätskriterien entsprechen, können künftig durch gezielte finanzielle Fördermöglichkeiten unterstützt werden
- Stärkung des Grundsatzes „Beratung vor Regress“ bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Arzneimittel- und Heilmittelbereich und Schaffung von Transparenz im Rahmen der Richtgrößen und bei der Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich

- Ablösung der Richtgrößenprüfung im Arzneimittelbereich in einer Modellregion befristet auf drei Jahre (die Selbstverwaltung kann hierzu einen Medikationskatalog auf Wirkstoffbasis vereinbaren, um insbesondere die Verbesserung der Therapietreue der Patienten, der Arzneimittelsicherheit und der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu erproben)
- Der Zulassungsausschuss kann bereits im Vorfeld eines in überversorgten Planungsbereichen vorgesehenen Nachbesetzungsverfahrens darüber entscheiden, ob ein Nachbesetzungsverfahren überhaupt erfolgen soll. Entscheidet er sich dagegen, erhält der ausscheidende Vertragsarzt von der KV eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Praxis.
- Die zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen oder Menschen mit Behinderungen, die eine Zahnarztpraxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können, wird durch die Einführung einer zusätzlichen Vergütung für die erforderliche aufsuchende Betreuung durch Zahnärztinnen und Zahnärzte verbessert
- Modifizierung der Zulassungsregelungen für medizinische Versorgungszentren (MVZ): Gründer von MVZ dürfen in Zukunft nur noch zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen oder gemeinnützige Träger, die aufgrund einer Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sein. Als Rechtsformen sind die Gesellschaft bürgerlichen Rechts, die GmbH und jetzt neu auch die Genossenschaft zugelassen. Für bereits existierende MVZ gibt es einen umfassenden Bestandsschutz. Allerdings müssen die Voraussetzungen für die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums während des Betriebs weiterhin vorliegen. Anderenfalls ist die Zulassung zu entziehen. Dies gilt jedoch erst nach einer Frist von sechs Monaten, bis zu deren Ablauf die Voraussetzungen wieder hergestellt werden können.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Der mit dem GKV-VSG neu eingeführte Versorgungsbereich zwischen der ambulanten und stationären Versorgung hat zum Ziel, ein reibungsloseres Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Versorgung zu gewährleisten. Dazu wird schrittweise ein Sektoren verbindender Versorgungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eingeführt, in dem Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte sowie niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen oder seltenen Erkrankungen erbringen können. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst dabei die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern.

Es gilt der Grundsatz, dass jeder Leistungserbringer, der die Voraussetzungen der Leistungserbringung erfüllt, diese Leistungen ambulant erbringen kann. Zur Teilnahmeberechtigung an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung bestimmt die Neuregelung, dass an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser berechtigt sind, Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen und dies gegenüber der zuständigen Landesbehörde unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen.

Mindestmengen in der Medizin: Bringt Richterrecht grundsätzlichen Umschwung?

Mit einem Urteil des Landessozialgerichtes (LSG) Berlin-Brandenburg in Sachen Mindestmengen aus dem August 2011 wurden nicht nur die Mindestmengen für Kniegelenk-Totalendoprothesen sowohl im entschiedenen Einzelfall als auch grundsätzlich für unwirksam erklärt – mit diesem Urteil, das Anfang 2012 noch durch ein vergleichbares Urteil im Hinblick auf die Mindestmengen

für früh geborene Kinder bestätigt wurde, steht das Konzept der Mindestmengen zur Qualitätssteuerung im deutschen Gesundheitswesen insgesamt in Frage. Sollte das Bundessozialgericht (BSG) diese Urteile aus Potsdam in Sachen Mindestmengen bestätigen, würde dies das Ende der Mindestmengen bedeuten, wie sie bisher vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt wurden.

Der Hintergrund: Am 17. August 2011 erklärte der 7. Senat des Landessozialgerichtes in Potsdam im Anschluss an eine mündliche Verhandlung die Mindestmenge von 50 Eingriffen für Kniegelenk-Totalendoprothesen („künstliches Kniegelenk“) sowohl in dem entschiedenen Einzelfall, aber auch generell für unwirksam (Aktenzeichen: L 7 KA 77/08 KL). Wegen der grundsätzlichen Bedeutung ließ der 7. Senat die Revision zum Bundessozialgericht zu. Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg in Potsdam ist nach § 29 Absatz 4 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) bundesweit ausschließlich und erstinstanzlich zuständig unter anderem für Klagen gegen Entscheidungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte für Kniegelenk-Totalendoprothesen mit Wirkung vom 1. Januar 2006 eine Mindestmenge von 50 pro Krankenhaus und pro Jahr eingeführt. Hiergegen hatte eine Brandenburger Klinik im September 2008 mit der Begründung Klage erhoben, sie sei in der Lage, die Leistung durch qualifizierte Spezialisten zu erbringen, und dürfe durch die Mindestmengenregelung nicht daran gehindert werden, diesen Eingriff anzubieten.

„Das Urteil ist gleichermaßen ein klares Signal an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wie an den Gesetzgeber, sich endlich von den bestehenden Mindestmengenregelungen zu verabschieden“, kommentierte denn auch der Vorsitzende der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer, Dr. Günther Jonitz, das Urteil. Das Gericht habe mit diesem Grundsatzurteil eindrücklich die Position der Bundesärztekammer bestätigt, nach der die wissenschaftlich nicht hinreichend belegbaren Mindestmengen für Operationen in Krankenhäusern nicht als Instrument zur Qualitätssicherung geeignet seien.

Die beiden LSG-Entscheidungen bedeuten einen schweren Rückschlag für die Verfechter der Mindestmengen-Regelung; innerhalb des G-BA sind dies vor allem die Krankenkassen und ein Teil der Patientenvertreter. Bei einer Bestätigung des Urteils des LSG Berlin-Brandenburg durch das BSG müsste der G-BA wohl alle bisher beschlossenen Mindestmengen-Regelungen erneut überprüfen und voraussichtlich zurücknehmen – die von Beginn an medizinisch wie rechtlich umstrittene Nutzung von Mindestmengen zur Steuerung der Versorgung wäre in der bisherigen Form gescheitert.

Arztzahl-Entwicklung: höhere Zu- und Abwanderung

Die Gesamtzahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzte zum Stichtag 31. Dezember 2010 (folgende Zahlen entsprechen letztem Stand) ist auf 439.090 gestiegen. Sie lag damit um 2,1 % höher als Ende 2009. Die Zahl der berufstätigen Ärzte lag Ende 2010 bei 333.599 und damit um 2,3 % höher als Ende 2009 (325.945). Der Prozess der „Feminisierung“ der medizinischen Profession nahm dabei auch 2010 weiter zu: Im Jahr 2010 machten Ärztinnen 58,7 % (2009: 58,1 %) an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern aus. Berücksichtigt man nur deutsche Ärztinnen und Ärzte, waren es sogar 61,7 %. Insgesamt waren Ende 2010 143.553 Ärztinnen in Deutschland berufstätig. Ihr Anteil an allen berufstätigen Ärzten erreichte damit 2010 insgesamt 43 %.

Stark angestiegen ist im Jahr 2010 die Zahl der angestellten Ärzte in der ambulanten Versorgung: Im Jahr 2010 betrug der Zuwachs hier 2.428 oder 16,9 %. Damit hat sich die Gesamtzahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich auf 16.776 erhöht. Seit 1993 (5.397) hat sich deren Zahl mittlerweile mehr als verdreifacht.

Gleichzeitig scheint der Wunsch deutscher oder in Deutschland tätiger Ärzte, ins Ausland abzuwandern, weiterhin recht hoch zu sein: Im Jahr 2010 haben 3.241 Ärztinnen und Ärzte Deutschland verlassen. Gut zwei Drittel (68,7 %) dieser Auswanderer waren

deutsche Ärzte. Die beliebtesten Auswanderungsländer waren 2010 die Schweiz (736), Österreich (314), die USA (182) sowie Großbritannien (113).

Gleichzeitig war auch 2010 die Zuwanderung ausländischer Ärzte nach Deutschland weiterhin sehr hoch. Die meisten ärztlichen Zuwanderer kamen dabei aus Österreich, Griechenland und den osteuropäischen Ländern. Konkret ist die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2010 um 1.847 oder 7,9 % auf 25.316 gestiegen. Die Zunahme der berufstätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte lag im Jahr 2010 bei 9,1 % (2009: 9,6 %). Die stärksten Zuwächse verzeichnen mit 1.479 die Ärztinnen und Ärzte aus den europäischen Staaten. Der größte Zustrom kam dabei 2010 aus Rumänien (+ 383), Ungarn (+ 159), Österreich (+ 155), Griechenland (+ 153) und Bulgarien (+ 118). Österreich ist mit 2.173 Ärzten jedoch nach wie vor Spitzenreiter bei den ausländischen Ärzten in Deutschland, gefolgt von Griechenland (2.016), Polen (1.551), Rumänien (1.495) und Russland (1.459).

Die Zuwanderung betrifft zwar das gesamte Bundesgebiet, ist aber prozentual in den neuen Bundesländern ausgeprägter und in den vergangenen Jahren stark angestiegen: Während im Jahr 2000 erst 5,9 % aller ausländischen Ärzte in Deutschland in den neuen Bundesländern tätig waren, lag ihr Anteil im Jahr 2010 bereits bei 16,2 %.

Die Situation der Heilberufe

114. Deutscher Ärztetag: Dr. Frank Ulrich Montgomery neuer Bundesärztekammerpräsident

Der 114. Deutsche Ärztetag, der vom 31. Mai bis zum 3. Juni 2011 in Kiel stattfand, stand vor allem im Zeichen der Neuwahl des Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK). Zusätzlich stattete der neue Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr dem Ärztetag seinen Antrittsbesuch ab. Außerdem bearbeiteten die Delegierten viele aktuelle Themen.

Als Favorit für die Wahl des neuen Präsidenten der Bundesärztekammer galt der BÄK-Vizepräsident, Hamburger Ärztekammerpräsident und langjährige ehemalige Vorsitzende des Marburger Bundes Dr. Frank Ulrich Montgomery. Allerdings hatte er bei insgesamt fünf Kandidaten starke Konkurrenz. Doch nach dem zweiten Wahlgang war klar: Der neue Präsident der Bundesärztekammer heißt Dr. Frank Ulrich Montgomery. Er löste in diesem Amt Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe ab, der nach zwölf Jahren Präsidentschaft nicht mehr zur Wiederwahl antrat. Mit 128 Stimmen erhielt Montgomery die absolute Mehrheit der abgegebenen Stimmen – das Quorum betrug 124 Stimmen. Seine stärksten Gegenkandidaten Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, erhielt 94 Stimmen, und Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, 24 Stimmen. Die beiden weiteren Kandidaten – Martin Graudszus von der Freien Ärzteschaft und der hessische Ärztekammerpräsident Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach – waren mit 22 beziehungsweise neun Stimmen bereits im ersten Wahlgang ausgeschieden.

Neue Gesichter im Präsidium – Hoppe Ehrenpräsident

Zur neuen Vize-Präsidentin der Bundesärztekammer wählte der Ärztetag anschließend Dr. Martina Wenker. Die Fachärztin für Innere Medizin ist seit 2006 Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen und seit 1992 Oberärztin im Kreiskrankenhaus Dieckholzen.

Ebenfalls zum Vize-Präsidenten der Bundesärztekammer wurde Dr. Max Kaplan gewählt. Der 58-jährige Facharzt für Allgemeinmedizin aus Bayern ist seit 2010 Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzender der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin. Dr. Kaplan ist seit 2007 Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer. Er ist seit 1985 als Landarzt in Pfaffenhausen und als Notarzt tätig.

In den Vorstand der Bundesärztekammer wiedergewählt wurde Rudolf Henke, der Bundesvorsitzende des Marburger Bundes. Der 56-jährige Oberarzt der Klinik für Hämatologie und Onkologie am St.-Antonius-Hospital Eschweiler ist bereits seit 1995 Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und seit 2009 Mitglied der CDU/CSU-Fraktion des Deutschen Bundestages.

Auf das zweite der beiden weiteren Vorstandsämter, die direkt vom Deutschen Ärztetag zu besetzen sind, wurde Dr. Ellen Lundershausen gewählt. Die Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde aus Erfurt ist seit 2007 Vize-Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen. Sie war von 2004 bis 2007 stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen.

Der bisherige Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, wurde von den Delegierten des 114. Deutschen Ärztetages per Akklamation zum Ehrenpräsidenten der BÄK und des Deutschen Ärztetages ernannt.

GOÄ-Reform im Fokus

Montgomery versprach den Ärztetag-Delegierten, sich mit aller Kraft für die gesamte Ärzteschaft und ihre Interessen einzusetzen. Als Erstes wollte er sich in der Gesundheitspolitik mit der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) befassen. „Der Ärztetag hat dem Präsidenten sehr klar aufgetragen, die 28 Jahre alte Gebührenordnung für Ärzte zu renovieren“, sagte er nach seiner Wahl. Es sei ein Unding, dass Ärzte Gebührenpositionen für Behandlungen abrechnen müssen, die es noch gar nicht gab, als diese Gebührenordnung erstellt wurde. Wörtlich fügte er hinzu: „Wir haben einen Entwurf für eine betriebswirtschaftlich sauber durchkalkulierte Gebührenordnung vorgelegt. Darüber wollen wir

diskutieren. Unser Ziel ist es, dass die Verordnung noch in dieser Wahlperiode verabschiedet wird.“

In einem weiteren Beschluss forderte das Ärzteparlament, auf die Einführung einer Öffnungsklausel in der GOÄ zu verzichten. Die Klausel würde es ermöglichen, dass ärztliche Leistungen außerhalb der staatlich geregelten Gebührenordnungen auf Grundlage von Separatverträgen zwischen Privatversicherern und Ärzten abgerechnet werden können. Dies würde zu einem existenzgefährdenden und qualitätssenkenden Preiswettbewerb führen. „Ferner birgt die Öffnungsklausel die Gefahr einer tendenziellen Verschlechterung der ärztlichen Versorgungssituation, da die Patienten nur ausgewählte Vertragsärzte aufsuchen dürfen, was gerade in ländlichen Gebieten zu weiten Wegen führen dürfte“, heißt es in dem Beschluss des Ärztetages.

Klarstellung in der Berufsordnung: kein Töten auf Verlangen

Besondere Beachtung in der Öffentlichkeit fand der Beschluss des Ärztetages zum Thema Sterbehilfe. Die in Kiel neu beschlossene Formulierung in der (Muster-) Berufsordnung (MBO) lautet nun: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Ziel dieser Neuformulierung war es, Ärztinnen und Ärzten mehr Orientierung im Umgang mit sterbenden Menschen zu geben. In der bislang geltenden Berufsordnung war ein ausdrückliches Verbot der ärztlichen Suizidbegleitung nicht enthalten.

Diese Änderung war Teil einer umfassenden Aktualisierung der MBO, die der Ärztetag in Kiel verabschiedete. Geändert wurde unter anderem die Regelung zur ärztlichen Aufklärung von Patienten. Ärzte sind danach dazu verpflichtet, ihre Patienten vor einer Behandlung aufzuklären. Nach der neu gefassten MBO sollen Ärzte ihren Patienten, so weit dies möglich ist, nach dieser Aufklärung ausreichend Bedenkzeit einräumen.

Eine weitere Änderung bezieht sich auf sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Ärzte

müssen künftig ihre Patienten vor einer Behandlung schriftlich über die Höhe der Kosten informieren, die erkennbar nicht von der Krankenversicherung oder einem anderen Kostenträger erstattet werden. Außerdem schiebt die neue Berufsordnung sogenannten Anwendungsbeobachtungen, die zur Verdeckung unzulässiger Zuwendungen durchgeführt werden, einen Riegel vor. Künftig muss die Vergütung den Leistungen entsprechen, die Ärzte für „Hersteller oder Erbringer von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten erbringen. Verträge über solche Zusammenschlüsse sind schriftlich abzuschließen und sollen der zuständigen Ärztekammer vorgelegt werden“, heißt es in der (Muster-) Berufsordnung.

Zulassung zum Medizinstudium flexibilisieren

Ein weiterer Ärztetagsbeschluss forderte eine flexiblere Gestaltung der Zulassung zum Medizinstudium. Die Bundesärztekammer solle zudem die medizinischen Fakultäten in die Pflicht nehmen, ihre jetzt schon vorhandenen Möglichkeiten bei der Vergabe der Studienplätze sinnvoller zu nutzen als bisher. Bis zu 60 Prozent der Studienplätze in der Medizin könnten direkt über die Universitäten vergeben werden. Von dieser Möglichkeit machten die Fakultäten bisher jedoch nur unzureichend Gebrauch.

Die Delegierten begründeten ihren Beschluss damit, dass ein formalisiertes Verfahren, wie es von der Stiftung für Hochschulzulassung durchgeführt werde, den individuellen Fähigkeiten eines Bewerbers nicht gerecht werden könne. Die Fokussierung auf Schulnoten sei zu einseitig und sollte nicht das einzige Merkmal für die Eignung zum Arztberuf darstellen. Neben kognitiven Fähigkeiten seien in besonderer Weise auch soziale und empathische Kompetenzen notwendig.

Bedarfsplanung aufheben – keine Kapitalgesellschaften in der ambulanten Versorgung

Außerdem forderte der Ärztetag, den sich abzeichnenden Ärztemangel in vollem Umfang anzuerkennen und als logische Konsequenz die Bedarfsplanung nach

Verhältniszahlen in der ambulanten Versorgung aufzuheben – Forderungen, denen die Bundesregierung mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz in vieler Hinsicht Rechnung getragen hat (siehe unter „Gesundheitspolitik“). Zur Begründung hieß es, die Bedarfsplanung, einst als Reaktion auf eine „Ärztenschwemme“ eingeführt, erweise sich außerstande, eine am Bedarf orientierte Niederlassung von Ärzten zu gewährleisten. Insbesondere werde deutlich, dass Vorschriften und Verbote ungeeignet seien, Ärzte in weniger attraktive Gegenden „umzulenken“. Der Deutsche Ärztetag plädierte daher für Anreize und Hilfen anstelle fortwährender Vorschriften und Verbote. Der Ärztetag begrüßte außerdem die im Referentenentwurf zum Versorgungsgesetz enthaltenen Änderungen zum Thema MVZ, forderte den Gesetzgeber aber auf, bei der anstehenden Gesetzesnovellierung außerdem dafür Sorge zu tragen, dass Kapitalgesellschaften sich in Zukunft an Medizinischen Versorgungszentren nicht mehr beteiligen dürften, auch nicht durch Übernahme von Anteilen an bereits bestehenden MVZ, und dass bei bestehenden Beteiligungen von Kapitalgesellschaften an MVZ sichergestellt werde, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zustünde. Es sollte, wo immer das möglich ist, angestrebt werden, in den nächsten zehn Jahren die bestehenden Beteiligungen der Kapitalgesellschaften an MVZ in ärztlichen Besitz zurückzuführen.

Abschied von Professor Hoppe

Nur ein halbes Jahr, nachdem er das Amt des Präsidenten der Bundesärztekammer, das er zwölf Jahre bekleidete, an seinen Nachfolger übergeben hatte, verstarb Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe nach schwerer, kurzer Krankheit am 7. November 2011 im Alter von 71 Jahren. Über viele Jahre begleitete Hoppe auch die Arbeit der Deutschen Ärzteversicherung als Aufsichtsrat und Mitglied des Beirates.

Der Pathologe setzte sich vor allem für die Belange des ärztlichen Berufes ein: ob als Organisator des ersten „Bleistiftstreiks“ von Krankenhausärzten in den Jahren 1970/71, als Vorkämpfer für eine verbesserte und vor allem praxisnähere Ausbildung von Ärztinnen und

Ärzte Ende der 1980er Jahre oder aber mit seinem Einsatz für eine ehrliche und vor allem offene, auf der Grundlage eines breiten gesellschaftlichen Diskurses fußende Priorisierung von medizinischen Leistungen angesichts begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen. Der Arztberuf und das Arzt-Patienten-Verhältnis – so sein Credo – dürften nicht ökonomischen Interessen untergeordnet oder gar geopfert werden.

Sein Amtsnachfolger Dr. Frank Ulrich Montgomery sagte anlässlich des Todes von Prof. Dr. Hoppe: „Mit Jörg-Dietrich Hoppe verliert die deutsche Ärzteschaft viel zu früh nicht nur einen ihrer großen Präsidenten und einen leidenschaftlichen Kämpfer für den freiheitlichen Arztberuf, sondern auch einen ganz außergewöhnlichen Menschen. In einem politischen Umfeld, in dem täglich um Geld, Macht und Interessen gerungen wird, ist er Arzt geblieben und hat sich seine Menschlichkeit bewahrt.“

Novellierung der GOZ

Nach langen Verhandlungs- und Anhörungsrunden sowie Diskussionen hat das Bundeskabinett am 16. November 2011 die Neufassung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) mit den sich aus dem Beschluss des Bundesrates vom 4. November 2011 ergebenden Ergänzungen verabschiedet. Das Bundesministerium für Gesundheit betonte, mit der Novelle würden unter anderem häufig erbrachte zahnärztliche Leistungen wie zum Beispiel Kunststofffüllungen und die professionelle Zahnreinigung in das Gebührenverzeichnis aufgenommen, um eine klare Abrechnungsgrundlage zu schaffen. Außerdem enthalte die Novelle eine Neuregelung für die Abrechnung zahntechnischer Leistungen mit der Verpflichtung des Zahnarztes, dem zahlungspflichtigen Patienten ab einem voraussichtlichen Betrag von 1.000 Euro einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlich anfallenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Wunsch zu erstellen. Auf Vorschlag des Bundesrates werde ab dem 1. Juli 2012 eine einheitliche Gestaltung der Rechnung vorgegeben. Dies diene der Vereinfachung der Bearbeitung von Erstattungsanträgen. Nach BMG-Berechnungen führt die novellierte GOZ zu einem

Honorarzuwachs um 6 % oder rund 345 Mio. Euro. Die novellierte GOZ ist zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

Die Bundeszahnärztekammer kritisierte nach der GOZ-Verabschiedung durch das Bundeskabinett, die Novelle komme den wesentlichen Forderungen des Berufsstandes nicht nach. Vor allem sei der Leistungskatalog nur zaghafte modernisiert worden. „Die völlig überholte Gebührenordnung hatte nach 24 Jahren einen mehr als unvollständigen Leistungskatalog“, kommentierte der Präsident der Bundeszahnärztekammer Dr. Peter Engel, „hochwertigere Füllungen und Zahnersatz sowie aufwändigere Technologien spiegeln sich nicht in der Gebührenordnung wider. Nun werden einige zahnärztliche Leistungen neu aufgenommen. Auf eine Öffnungsklausel wurde verzichtet, damit bleibt die freie Arztwahl erhalten.“ Engel kritisierte, die Novellierung der GOZ orientiere sich dennoch viel zu wenig am wissenschaftlichen Stand der Zahnheilkunde und ignoriere außerdem die Kostenentwicklungen der letzten Jahre. So sei der Punktwert trotz der immensen Kostensteigerungen seit 1987 nicht erhöht worden – der GOZ-Punktwert sei nicht einmal an den Punktwert der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angepasst worden. Diese Kritik wurde auch von der wenige Tage vorher tagenden Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) in verschiedenen Anträgen nachdrücklich unterstützt.

Memorandum: Zukunft der Zahnmedizin ist weiblich

Der Anteil der Zahnärztinnen in der Zahnmedizin wächst stetig: Nach Prognosen des Instituts der deutschen Zahnärzte (IDZ) wird 2017 die Hälfte aller Zahnärzte in Deutschland weiblich sein. Als Reaktion auf diese Entwicklung hat die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ein Memorandum zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Rahmen der zahnärztlichen Berufsausübung verabschiedet. Das Papier umreißt die neuen, geschlechterübergreifenden Erwartungen an die Vereinbarkeit von Familie und Karriere. Es zeigt außerdem die Herausforderungen, die diese Veränderungen mit sich bringen, und will zu weiteren Aktivitäten auf Bundes- und Landesebene anregen.

„Die Zukunft der Zahnmedizin ist weiblich, seit Jahren gibt es eine Tendenz zur Feminisierung des zahnärztlichen Berufsstandes“, skizzierte der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dietmar Oesterreich. „Deshalb richten sich viele Überlegungen auf Zahnärztinnen aus. Niederlassungsberatung, Wiedereingliederung, flexible Teilzeitmodelle, familienfreundliche Notdienstpläne oder Fortbildungsangebote sind deshalb Themen, die im Hinblick auf den wachsenden Anteil der Zahnärztinnen aufgegriffen und neu durchdacht werden müssen.“ Gleichzeitig sollten diese neuen Ansätze aber auch für berufstätige Väter in der Zahnarztpraxis gelten. Auch den Zahnärzten, die aus individuellen Gründen – wie beispielsweise Angehörigenpflege – ihre Berufstätigkeit der Lebensgestaltung anpassen müssen, sollten weitere Lösungsangebote und Unterstützungsaktionen offeriert werden. Hintergrund ist die Tatsache, dass durch den allgemeinen Generationenwandel auch innerhalb der Zahnärzteschaft geschlechterübergreifend neue Erwartungen an die Vereinbarkeit von Familie und Berufsausübung gestellt werden: Die sogenannte „Work-Life-Balance“ sucht nach zeitgemäßen Lösungsmustern, um eine zufrieden stellende Lebensqualität in der Berufsausübung zu erreichen.

Konkret befasst sich das Memorandum mit Themen wie der Wiedereingliederung von Zahnärztinnen in den Beruf, der Stellenvermittlung, dem Beschäftigungsverbot für schwangere Zahnärztinnen, den für Zahnärztinnen besonders geeigneten freiberuflichen Praxisformen, den Kinderbetreuungszeiten in den berufsständischen Versorgungswerken oder dem Spezialthema „Frauen in berufspolitischen Gremien“.

Europa: Apotheker wollen Rolle als Heilberufler stärken

Apotheker aus ganz Europa wollen ihre wichtige Rolle als Heilberufler und Verbraucherschützer weiterentwickeln und stärken. Der Zusammenschluss der Apotheker in der Europäischen Union (ZAEU) wird dazu ein „White Paper“ erstellen, das die zentralen Elemente einer zukunftsorientierten Ausgestaltung der Rolle des Berufsstandes innerhalb des vielfältigen Apotheken-

wesens in der EU definiert und beschreibt. Das war eines der Ergebnisse der ZAEU-Generalversammlung im November 2011 in Brüssel unter der Präsidentschaft von Heinz-Günter Wolf, dem Präsidenten der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände.

„Der Apotheker muss von der Bevölkerung und der Politik in erster Linie als Heilberufler und nicht als Kaufmann wahrgenommen werden“, sagte ZAEU-Präsident Wolf bei der Generalversammlung. „Der Mehrwert der apothekerlichen Leistungen und die Funktion der Apotheker als Berater der Patienten bei allen Fragen der Arzneimittelanwendung müssen noch deutlicher herausgestellt werden.“ Wolf sprach sich dafür aus, den Berufsstand zukunftssicher zu positionieren, um dem wachsenden politischen und wirtschaftlichen Druck standhalten zu können.

Apotheker: Bewerberzahl für Studienplätze nimmt zu

Eine Trendumkehr bei den Bewerberzahlen zum Studienfach Pharmazie hat es im Jahr 2011 gegeben: Zum Wintersemester 2011/2012 haben sich rund 4.500 Abiturienten um einen Studienplatz beworben. Das sind fast 600 mehr als zum Wintersemester 2010/2011. „Der Bedarf an gut ausgebildeten Apothekern wird weiter steigen“, so Erika Fink, Präsidentin der Bundesapothekerkammer. „Die alternde Gesellschaft und eine immer anspruchsvoller werdende Gesundheitsversorgung sind zwei wichtige Gründe, warum das Pharmazie-Studium für hervorragende Berufsaussichten sorgt.“

Die 22 Universitäten haben die Zahl der Studienplätze zum Wintersemester 2011/2012 um 250 auf fast 1.900 erhöht. Somit bewerben sich durchschnittlich 2,4 Abiturienten pro Studienplatz bei der Stiftung für Hochschulzulassung. Auswahlkriterien sind Abiturnote und Wartezeit sowie hochschulindividuelle Faktoren. Insgesamt gab es im Wintersemester 2010/2011 im Studiengang Pharmazie 12.700 Studierende. Seit 2010 macht die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände mit ihrer Nachwuchsoffensive „Studier' Pharmazie!“ auf das Fachgebiet aufmerksam.

Krankenhausärzte/Marburger-Bund-Befragung: immer noch schlechte Arbeitsbedingungen

32 % der vom Marburger Bund (MB) befragten Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte bewerteten ihre Arbeitsbedingungen als schlecht und weitere 10 % der Befragten als sehr schlecht. Immerhin 44 % gaben an, sie würden erwägen, den Beruf als Klinikärztin oder Klinikarzt aufzugeben. Zu diesem Ergebnis kam eine Mitgliederbefragung des Marburger Bundes, an der im Frühjahr 2011 mehr als 12.000 Klinikärzte teilgenommen haben. Allerdings hält danach mit insgesamt 59 % die Mehrheit der Klinikärztinnen und Klinikärzte ihre Arbeitsbedingungen für durchschnittlich (30 %), gut (25 %) oder sehr gut (4 %). Bei der vorherigen Befragung des Marburger Bundes im Jahr 2007 hatte der Anteil derjenigen, die ihre Arbeitsbedingungen als schlecht bis sehr schlecht einschätzten, noch bei 53 % gelegen.

Die Ergebnisse der Mitgliederbefragung der Ärztegewerkschaft Marburger Bund zur beruflichen Situation der angestellten Ärztinnen und Ärzte wurde im Frühjahr 2011 in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt. Mit mehr als 12.000 Teilnehmern handelt es sich um die größte Ärztebefragung dieser Art in Deutschland. Durchgeführt wurde die Befragung vom Institut für Qualitätsmessung und Evaluation in Landau.

Von denen, die 2011 angaben, eine Aufgabe des Berufes zu erwägen, nannten 35 % eine mögliche Tätigkeit in einem anderen Bereich als Alternative, weitere 19 % dachten über einen Wechsel ins Ausland nach und weitere 9 % wollten kurzfristig im Ausland tätig werden. Immerhin 45 % nannten die Niederlassung und weitere 24 % eine Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) als konkrete Alternative. Damit wollten insgesamt 69 % der wechselwilligen Klinikärzte konkret in der ambulanten Versorgung tätig werden.

Als Begründung für Unzufriedenheit mit dem Job als Krankenhausarzt wurde vor allem die Belastung mit Nacht-/Wochenend-/Ruf-/Bereitschaftsdiensten, die Arbeitszeit, Überstunden, zu wenig Urlaub sowie fehlen-

de Planbarkeit angegeben (18 % der Befragten). Gleich häufig wurden einerseits Leistungsverdichtung, Ökonomisierung, Personalmangel und Arbeitsüberlastung und andererseits Bürokratie und das DRG-System angegeben. Eine nicht adäquate Vergütung nannten dagegen nur 14 % der Befragten für Unzufriedenheit mit dem Beruf – zusammen mit dem Thema Arbeitszeiterfassung.

Aus der Sicht des Marburger Bundes resultiert die Unzufriedenheit auch aus der Personalnot der Kliniken. Die Probleme bei der Besetzung von vakanten Arztstellen seien weitaus dramatischer als bisher angenommen. Im Durchschnitt waren nach der Befragung 1,5 Arztstellen pro Abteilung unbesetzt. Hochgerechnet auf alle rund 8.500 Krankenhausabteilungen in Deutschland konnten demnach mehr als 12.000 Arztstellen in den Kliniken nicht besetzt werden. In 71 % der Abteilungen waren nach Angaben der Befragten eine oder mehrere Arztstellen vakant. 2007 nannten erst 68 % der Befragten mindestens eine unbesetzte Stelle. Zusätzlich problematisch war, dass 25 % der Klinikärzte in der neuen Befragung angaben, dass die Stellen bereits seit mehr als zwölf Monaten unbesetzt waren (2007: 21 %).

Im Mittel arbeiteten nach den Umfrage-Ergebnissen vollzeitbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte rund 55 Stunden pro Woche. Wochenarbeitszeiten von 60 Wochenstunden und mehr hätten im Vergleich zu 2007 zwar um 5 % abgenommen, insgesamt arbeiteten aber immer noch 76 % der in Vollzeit beschäftigten Ärzte 50 Stunden und mehr pro Woche. Die hohe zeitliche Belastung stehe offenkundig in einem engen Zusammenhang mit der Personalnot der Kliniken. Die meisten Ärzte würden gerne mehr Arbeitszeit gegen Freizeit eintauschen. Der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit wiesen sie einen besonders hohen Stellenwert zu. Allerdings wurde diese wichtige Bedingung nur von 43 % der Befragten als erfüllt angesehen.

Ein weiteres Ergebnis betraf den täglichen Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten: Mehr als die Hälfte der Ärzte benötigte täglich mehr als zwei Stunden für Verwaltungstätigkeiten. „Wir fordern Politik, Krankenkassen und Krankenhäuser dringend auf, gemeinsam Schritte zu einer wirksamen Entlastung ein-

zuleiten. Das sind sie den Ärzten schuldig und auch den Patienten, die mit Recht erwarten, dass die Ärzte mehr Zeit für Gespräche haben sollten", sagte der MB-Vorsitzende Rudolf Henke.

Für 67 % der Teilnehmer an der Umfrage galten mittlerweile arzt spezifische Tarifverträge. In der MB-Mitgliederbefragung 2007 betrug dieser Prozentsatz erst 59 %. Deutliche Unterschiede ergaben sich durch die arzt spezifischen Tarifverträge bei der Bezahlung von Bereitschaftsdiensten: Hier gaben Klinikärzte mit Tarifbindung zu 72 % an, die Vergütung der Bereitschaftsdienste habe sich durch den Tarifvertrag gebessert. Klinikärzte ohne Tarifbindung dagegen sahen nur zu 28 % eine Verbesserung.

Die Ergebnisse der Mitgliederbefragung zeigten, so Henke, dass die Tarifverträge des Marburger Bundes maßgeblich zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zur Berufszufriedenheit der angestellten Ärzte beitragen. „Ohne die Wirkung unserer arzt spezifischen Tarifverträge wäre der Abwanderungsdruck noch erheblich größer. Unsere Tarifverträge sind ein Beitrag zur Versorgungssicherung in den Krankenhäusern. Wir schaffen mit unserer Tarifpolitik ein positives Umfeld, während die Politik noch diskutieren muss, wie sie dem Ärztemangel wirksam begegnen will", so Henke.

Die Deutsche Ärzteversicherung im Versicherungs- und Finanzdienstleistungsmarkt Heilberufe

Das Ziel der Deutschen Ärzteversicherung ist, in den Kerngeschäftsfeldern berufliche Sicherheit, Altersvorsorge, Geldanlage und Finanzierung für alle Angehörigen der akademischen Heilberufe die „erste Wahl“ zu sein. Und das über alle Lebensphasen und über alle Stationen des Berufes. Dabei werden keine Produkte „von der Stange“ geboten, sondern Möglichkeiten, die Versicherungs- und Finanzangebote individuell auf den Kunden zuzuschneiden und immer wieder flexibel neuen Bedürfnissen anzupassen.

Im Berichtsjahr wurden eine Reihe von Produkten entwickelt beziehungsweise ergänzt, die im Folgenden skizziert sind:

Im Januar wurde eine **Risikolebensversicherung** auf den Markt gebracht, die eine gesunde Lebensweise honoriert. Langjährige Nichtraucher profitieren von besonders günstigen Beiträgen. Neben den bislang gültigen Kriterien Alter beziehungsweise Geschlecht der versicherten Person bestimmt bei der neuen Risikoabsicherung maßgeblich eine gesunde Lebensweise die Höhe der zu zahlenden Beiträge. Hierzu zählen der sogenannte Body-Mass-Index (BMI) sowie insbesondere das Rauchverhalten. Ärzte und Zahnärzte, die seit mindestens einem Jahr, aber weniger als 10 Jahren nicht rauchen, profitieren bereits von diesen günstigen Tarifen. Durch Erhöhungsoptionen lässt sich diese Risikoversicherung auch geänderten Lebensumständen anpassen. Kombinierbar ist die Risikoabsicherung auch mit einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Diese durch ihre Flexibilität herausragende Absicherung wurde von namhaften Ratingagenturen als „hervorragend“ und „ausgezeichnet“ prämiert.

Nachdem die Bundesregierung grünes Licht für die Rente mit 67 gegeben hatte, löste die Deutsche Ärzteversicherung mit der „**Ergänzungs-Berufsunfähigkeitsversicherung (EBUZ)**“ ein für den Arzt und Zahnarzt evidenten Problem. Da fast alle Heilberufler ihre Berufsunfähigkeitsabsicherung höchstens bis zum 65., oft nur bis zum 60. Lebensjahr abgeschlossen haben, besteht eine eklatante Versorgungslücke gerade in einem sehr kritischen Alter. Nun ist es aus versicherungsmathematischen Gründen nicht möglich, die bestehende Versicherung um zwei Jahre zu verlängern. Angesichts der neuen Situation hat die Deutsche Ärzteversicherung mit der EBUZ diese Lücke geschlossen. Sie ist eine von der bestehenden BU-Absicherung völlig unabhängige Versicherung und kann zu einer bereits bestehenden Lebens- oder Rentenversicherung beziehungsweise Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen werden. Es wäre eine erhebliche finanzielle Einbuße, die ein Arzt hinzunehmen hätte, wenn er zwischen dem Endalter seiner bereits existierenden BU-Versicherung und der neuen Regelaltersgrenze berufsunfähig würde.

Wichtige Verbesserungen wurden im Berichtsjahr auch im Bereich der Praxisfinanzierung und damit in dem von der Deutschen Ärzteversicherung angebotenen „**Praxiskonzept**“ durchgeführt. Das Praxiskonzept erlaubt dem Arzt, flexibel und kostenoptimiert die Praxis zu finanzieren und dabei in Bezug auf Altersversorgung und Finanzierung alle steuerlichen Möglichkeiten zu nutzen. Die Verbesserungen sind ein Beispiel dafür, wie differenziert und individuell dieses Topangebot gestaltet werden kann. So kann in der Kalkulation neben der Ablaufleistung oder dem Rückkaufswert nun auch eine Beitragsvorgabe angegeben werden. Ebenso kann es für die individuelle Konstellation notwendig sein, neben einer Rentenversicherung auch eine separate Risikolebensversicherung einzuschließen. Oder aber bei Abschluss einer Fondspolice kann eine Zielsumme vereinbart werden, bei deren Erreichen der Kunde informiert und über verschiedene weiterführende Alternativen unterrichtet wird.

Mit „**OptiGarant**“ wurde eine neue Tarifgeneration entwickelt. Diese Fonds-Rente ist die ideale Altersvorsorge für Anleger, die Wert auf ausgezeichnete Renditechancen legen, zugleich aber nicht auf Sicherheit verzichten möchten. Der Vorteil gegenüber konventionellen Fondspolice besteht in dem dynamischen Absicherungssystem, wodurch die Garantiehöhe auf Wunsch des Kunden während der Laufzeit individuell gesteigert werden kann. Der Arzt investiert über die Fondspolice OptiGarant in Fonds renommierter Kapitalanlagegesellschaften, die aus einer attraktiven Fondspalette ausgewählt werden, wobei die Beiträge in der gewünschten Höhe als Garantiesumme abgesichert werden.

Dieses vereinbarte Garantieguthaben – zum Beispiel 100 Prozent – ist zu Rentenbeginn sicher, unabhängig davon, wie sich die Kapitalmärkte entwickeln. Der Arzt entscheidet dann während der Laufzeit, ob die erzielten Anlagegewinne zusätzlich abgesichert werden sollen – ganz nach persönlicher Lebenssituation und Einschätzung. Als Entscheidungshilfe überprüft die Deutsche Ärzteversicherung ab dem Versicherungsbeginn alle zwölf Monate einmal den Vertrag und informiert den Arzt, ob das garantierte Guthaben um mindestens 10 Prozent erhöht werden kann. Er hat dann die Wahl, das Fondsvermögen in das Sicherungsvermögen zu transferieren oder aber das Guthaben in der Fondsanlage zu belassen, sodass weitere Renditechancen wahrgenommen werden können.

Hufeland-Preis 2011 für Studie „Optimierung des Impfschutzes bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst“

Am 14. März 2012 wurde in feierlichem Rahmen an Frau Dr. Hedwig Roggendorf, Impfärztin am Universitätsklinikum Essen und stellv. Leiterin Kinder- und Jugendgesundheits beim Gesundheitsamt Essen, der Hufeland-Preis 2011 verliehen. Die Preisträgerin erläuterte im Rahmen eines Pressegesprächs ihre Forschungsarbeit.

Obwohl die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) empfohlenen Impfungen gut verträglich, effektiv und kostengünstig sind, werden sie bei Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen nicht genügend in Anspruch genommen. Dies führt dazu, dass es in Deutschland immer wieder zu Ausbrüchen, zum Beispiel von Masern, kommt. Die WHO hatte die Masernelimination bis zum Jahr 2010 angestrebt. Das Ziel der WHO kann in Deutschland nur erreicht werden, wenn weniger als 85 Masernfälle pro Jahr auftreten. Im Jahr 2011 wurden laut Robert Koch-Institut (RKI) jedoch knapp 1.600 Masernerkrankungen gemeldet.

Offensichtlich bestehen Impflücken für diese und andere Infektionskrankheiten. Das Projekt hatte das Ziel, durch gezielte Maßnahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes Essen, höhere Impfraten zu erreichen. Um bei möglichst allen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Essen für einen altersentsprechenden Impfschutz zu sorgen, hat der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) unter Federführung von Frau Dr. med. Hedwig Roggendorf bereits im Jahr 2001 damit begonnen, den Impfstatus dieser Gruppen zu erheben und entsprechende Interventionen durchzuführen.

Durch Kontrolle von Impfbüchern in Kindergärten und die Erhebung des Impfstatus bei der Einschulungsuntersuchung konnte der Impfstatus der Kinder genau ermittelt werden. Flächendeckende, jährliche, individuelle Impfberatungen (ca. 15.000 Kinder) in Kindergärten, bei der Schuleingangsuntersuchung und in den 7. Klassen sowie spezielle Projekte wie Impfunterricht durch Medizinstudenten und Impfkationen in Berufskollegs zeigten sich als geeignet, Durchimpfraten in verschiedenen Altersgruppen signifikant zu verbessern. Die Impflücken werden in enger Kooperation mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten geschlossen.

Aufgrund der jährlichen Impfberatung in Kindergärten sind im Jahr 2010 bereits 91 % der Einschüler zweimal gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR) geimpft. Eine Impfratensteigerung von 16 % zum Beispiel für die Hepatitis B und die 2. MMR-Impfung, konnte bei Jugendlichen als Ergebnis der Impfberatung festgestellt werden. Der speziell durchgeführte Impfunterricht hat sich zudem als sehr geeignet erwiesen, Impfraten gerade in der schwierigen Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu verbessern. Schüler von Berufskollegs, mit oft großen Impflücken, verfügten nach einer Impfkation zu 90 % über einen kompletten Schutz unter anderem gegen MMR.

Insgesamt konnten durch das Maßnahmenpaket Durchimpfungsraten unter anderem für Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B erzielt werden, die deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen. Die stetige Steigerung der Impfraten bei Kindern und Jugendlichen in dieser Großstadt zeigt, dass eine wiederholte Erinnerung der Eltern an fällige Impfungen ein wichtiger Baustein in der Prävention von Infektionskrankheiten ist. Die Studien zeigen eindrücklich, dass das Problem der Durchimpfungsraten in Deutschland nur zum geringeren Teil auf wirkliche Impfgegner zurückzuführen ist, sondern dass „Vergessen“ und mangelnde Information ein Hauptgrund für schlechte Impfraten sind. Mit einfachen und weitgehend kostenneutralen Maßnahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in Essen konnte zur Verbesserung der Impfraten beigetragen werden. Die Einbeziehung von Medizinstudenten in

diese Programme ist ein Baustein, um das Bewusstsein zur Effektivität von Impfungen bei jungen Ärzten zu fördern. Die Untersuchung zeigt auch, dass die in Deutschland existierenden Instrumente, vor allem Schuleingangsuntersuchungen, geeignet sind, den Impfschutz zu überprüfen, da hier alle Kinder erfasst werden, auch diejenigen, die nicht regelmäßig zum Kinderarzt gehen und die Vorsorge-Untersuchungen/Impfungen durchführen lassen. Insgesamt ist diese Aktivität beispielhaft, um in Deutschland nicht Schlusslicht in Sachen Durchimpfung zu sein. Dieses Projekt könnte weitreichende Bedeutung für die Impfprävention in Deutschland haben. Eine Steigerung der Impfraten bei Kindern und Jugendlichen ist möglich durch

- jährliche, individuelle Impfberatung bei Kindergartenereintritt, bei der Schuleingangsuntersuchung und in den 7. Klassen
- Impfunterricht an weiterführenden Schulen zur Verbesserung des Wissens von Studenten und Schülern über impfpräventable Erkrankungen und Impfungen
- gute Kooperation des KJGD mit Kitas, Schulen und den niedergelassenen Kinderärzten
- kontinuierliches Monitoring der Impfraten bei Kindern und Jugendlichen sowie Vor-Ort-Impfungen durch den KJGD zur Schließung von Impflücken

Die ergriffenen Maßnahmen sind effektiv, einfach durchzuführen, nicht sehr kostenintensiv und könnten bundesweit in den Gesundheitsämtern implementiert werden.

Lagebericht

Geschäfts- und Rahmenbedingungen

Deutsche Wirtschaft: erneutes Wachstum trotz Schuldenkrise

Die deutsche Wirtschaft ist im Jahr 2011 trotz der europäischen Schuldenkrise erneut kräftig gewachsen. Nach ersten Berechnungen des Statistischen Bundesamtes war das preisbereinigte Bruttoinlandsprodukt um 3,0 % höher als im Vorjahr. Damit setzte sich die Erholung der deutschen Wirtschaft auch im zweiten Jahr nach der Wirtschafts- und Finanzmarktkrise fort. Im Jahr 2009 hatte die deutsche Wirtschaft die stärkste Rezession der Nachkriegszeit mit einem historischen Rückgang des Bruttoinlandsproduktes um 5,1 % erlebt, sich aber schon im Jahr darauf mit einem Anstieg um 3,7 % schneller als erwartet erholt.

Dabei war es vor allem die Kaufreue der Verbraucher, die das Wirtschaftswachstum im vergangenen Jahr stützte. Die privaten Konsumausgaben legten nach den vorläufigen Zahlen des Statistischen Bundesamtes preisbereinigt um 1,5 % zu – so stark wie zuletzt vor fünf Jahren. Doch auch in Ausrüstungen – darunter fallen hauptsächlich Maschinen und Geräte sowie Fahrzeuge – und Bauten wurde mehr investiert als ein Jahr zuvor.

Innerhalb des Wirtschaftsjahres verlief die Entwicklung allerdings nicht kontinuierlich. Der wirtschaftliche Aufschwung fand hauptsächlich in der ersten Jahreshälfte statt. Zum Jahresende erfasste der weltweite Konjunkturabschwung auch die deutsche Wirtschaft mit der Folge, dass das Bruttoinlandsprodukt im letzten Quartal 2011 um etwa 0,25 % zurückging.

Die Entwicklung an den Finanzmärkten wurde insbesondere von der Zuspitzung der Staatsschulden- und Eurokrise beeinflusst. Die zunächst auf Griechenland begrenzte Schuldenkrise weitete sich auf weitere Staaten wie Irland, Italien, Portugal und Spanien aus. Die daraus resultierende Unsicherheit griff erst auf die Finanzmärkte und zum Jahresende schließlich auf die Realwirtschaft über.

Auf den Arbeitsmarkt hatte der in der zweiten Jahreshälfte einsetzende Konjunkturrückgang noch keine Auswirkungen. Im Jahresdurchschnitt 2011 waren nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit 2,98 Mio. Personen arbeitslos gemeldet, 263.000 weniger als ein Jahr zuvor. Das ist der tiefste Stand seit 20 Jahren. Die Arbeitslosenquote belief sich auf 7,1 % und nahm im Vergleich zum Vorjahr um 0,6 Prozentpunkte ab. Hauptgründe für den Rückgang waren die bessere Wirtschaftslage und die höhere Nachfrage nach Arbeitskräften. So ist laut Statistischem Bundesamt die Zahl der Erwerbstätigen um 0,5 Mio. auf 41,6 Mio. gestiegen.

Das gesamte Volkseinkommen erhöhte sich im Jahr 2011 um 3,5 % auf 1.964 Mrd. Euro. Davon entfielen 1.320 Mrd. Euro auf Arbeitnehmerentgelte. Diese stiegen gegenüber 2010 um 4,5 % und damit so stark wie seit 1992 nicht mehr. Demgegenüber nahmen die Unternehmens- und Vermögenseinkommen nur geringfügig um 1,5 % auf 644 Mrd. Euro zu. Sie hatten im Vorjahr mit +10,5 % noch einen zweistelligen Zuwachs verzeichnet.

Die Sparquote der privaten Haushalte war 2011 nach ersten vorläufigen Berechnungen des Statistischen Bundesamtes mit 10,9 % niedriger als in den vergangenen vier Jahren. 2010 hatte sie noch 11,3 % betragen. Das Geldvermögen der privaten Haushalte belief sich am Ende des 3. Quartals auf 4,66 Billionen Euro. Davon entfielen 1,40 Billionen Euro oder 30,0 % auf Ansprüche gegenüber Versicherungen.

Die Preise sind im vergangenen Jahr deutlich gestiegen. Im Jahresdurchschnitt hat sich der Verbraucherpreisindex in Deutschland nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes um 2,3 % und damit deutlich stärker als im Vorjahr (+1,1 %) erhöht. Maßgeblich für die Teuerung waren vor allem starke Preiserhöhungen bei Haushaltsenergie und Kraftstoffen.

Deutsche Versicherungswirtschaft: erstmals Beitragsrückgang

Nach Jahren des kontinuierlichen Wachstums musste die deutsche Versicherungswirtschaft im Jahr 2011 erstmals einen Beitragsrückgang hinnehmen. Die Einnahmen der im Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) organisierten Versicherer verringerten sich im vergangenen Jahr nach vorläufigen Berechnungen um 1,2 % auf 176,7 Mrd. Euro (2010: 178,9 Mrd. Euro).

Angesichts der anhaltenden Finanzmarkt-, Staats- und Eurokrise sowie der spürbaren Abschwächung der Konjunktur ist dies eine insgesamt zufrieden stellende Geschäftsentwicklung: Denn im nunmehr vierten „Krisenjahr“ in Folge gelang es den deutschen Versicherern, die Auswirkungen der Finanzmarkt- und Schuldenkrise für ihre Kunden weitgehend abzufedern. Historisch betrachtet erzielte die Branche 2011 ihr zweithöchstes Beitragsvolumen.

Das kräftigste Wachstum seit 2003 erzielte die Schaden- und Unfallversicherung mit einem Beitragsplus von voraussichtlich 2,5 %. Einen noch deutlicheren Zuwachs erreichte die private Krankenversicherung mit voraussichtlich +4,9 %. Aufgrund eines starken Rückgangs bei den Einmalbeiträgen reduzierten sich die Beitragseinnahmen in der Lebensversicherung (einschließlich Pensionskassen und -fonds) voraussichtlich um 5,7 %.

Niedrigzinspolitik und Solvency II

Durch ihre gut diversifizierte, langfristige Kapitalanlage konnte die Versicherungswirtschaft voraussichtlich auch 2011 eine Nettoverzinsung von über 4 % auf ihre Kapitalanlagen erwirtschaften. Dabei kommt der Branche zugute, dass die meisten deutschen Versicherer nur in einem sehr überschaubaren Rahmen in Anleihen der sogenannten GIIPS-Staaten (Griechenland, Irland, Italien, Portugal, Spanien) engagiert sind. Stärker macht sich demgegenüber die anhaltende Niedrigzinspolitik bemerkbar, da sie die Neuanlage deutlich erschwert.

Im vergangenen Jahr setzten die deutschen Versicherer ihre Vorbereitungen auf die künftigen Aufsichtsregeln der Europäischen Union (EU) für die Versicherungswirtschaft, Solvency II, fort. Diese Vorbereitungen müssen die Unternehmen in einer Phase vornehmen, in der die Anforderungen für die ab 2013 geltenden Regeln weiterhin nicht feststehen.

Lebensversicherungsmarkt von rückläufigen Einmalbeiträgen geprägt

Der deutsche Lebensversicherungsmarkt war im Geschäftsjahr 2011 wie die gesamte deutsche Versicherungswirtschaft durch ein schwieriges Marktumfeld geprägt. Während die gebuchten Bruttobeiträge insgesamt durch einen starken Rückgang des Einmalbeitragsgeschäftes deutlich sanken, konnte der Neuzugang nach laufendem Beitrag einen wesentlichen und nach Anzahl der Verträge einen leichten Anstieg verzeichnen. Der Bestand blieb gemessen am laufenden Beitrag auf Vorjahresniveau, obwohl die Zahl der Verträge erneut rückläufig war.

Nach Zahlen des GDV verringerten sich die gebuchten Bruttobeiträge in der Lebensversicherung (ohne Pensionskassen) gegenüber dem Vorjahr um 4,6 % auf 83,2 Mrd. Euro. Während die laufenden Beiträge um 0,9 % auf 61,1 Mrd. zulegten, nahmen die Einmalbeiträge um 17,0 % auf 22,1 Mrd. Euro ab. Die Anzahl an Hauptversicherungen reduzierte sich hochgerechnet um 0,9 %. Gemessen am laufenden Beitrag veränderte sich der Bestand leicht positiv um 0,8 %.

Das eingelöste Neugeschäft an laufenden Beiträgen – insbesondere mit den Schwerpunkten Renten- und Pensionsversicherungen, Fondsgebundene Rentenversicherungen sowie betriebliche Altersversorgung – nahm um 8,2 % auf 6,1 Mrd. Euro zu. Dagegen wurde im Neugeschäft gegen Einmalbeitrag ein Rückgang von 17,4 % auf 21,8 Mrd. Euro verzeichnet. Die Stornoquote bezogen auf die Stückzahl verringerte sich von 3,6 % auf 3,5 %.

Überblick über den Geschäftsverlauf

Im Geschäftsjahr 2011 bestätigte Standard & Poor's die finanzielle Stärke der **Deutsche Ärzteversicherung AG** als 100-prozentiger Tochter der AXA Konzern AG durch das Rating A+. Die Ratingagentur begründet ihre Bewertung unter anderem mit der starken Wettbewerbsposition im Sektor Heilberufe, der guten operativen Entwicklung sowie der hohen strategischen Bedeutung innerhalb des AXA Konzerns. Aufgrund des wirtschaftlich anspruchsvollen Marktumfeldes wurde dieses Rating allerdings mit einem negativen Ausblick verbunden.

Die Gesellschaft verzeichnete im Geschäftsjahr 2011 in ihrem Kerngeschäft, den einzelvertraglichen Beziehungen zu den Angehörigen der akademischen Heilberufe, einen Anstieg im gesamten **Beitragsaufkommen** um 3,4 % auf 522,3 Mio. Euro. Dabei erhöhten sich die laufenden Beiträge um 3,9 % auf 510,0 Mio. Euro, während die Einmalbeiträge um 14,0 % auf 12,3 Mio. Euro zurückgingen. Mit einem Anteil von 33,9 % an den gesamten Beiträgen waren der wesentliche Treiber des Neugeschäftswachstums wie im Vorjahr die fondsgebundenen Rentenversicherungen. Das Beitragsvolumen nahm hier um 20,0 Mio. Euro oder 12,7 % zu.

Der **Neuzugang** an laufendem Jahresbeitrag betrug im Berichtsjahr 59,9 Mio. Euro, wobei das Neugeschäftsvolumen im Vergleich zum Vorjahr um 5,1 % zurückging. Das Neugeschäft gegen Einmalbeitrag blieb mit einem Volumen von 12,0 Mio. Euro um 16,1 % hinter dem Geschäftsjahr 2010 zurück.

Der **Bestand** an statistisch laufenden Beiträgen nahm um 3,1 % auf 520,5 Mio. Euro zu. Am Jahresende 2011 betreute unsere Gesellschaft 199.960 Verträge (+1,2 %) mit einer Versicherungssumme von 13,0 Mrd. Euro (+7,4 %). Die **Stornoquote**, gemessen an der Stückzahl, erhöhte sich um 0,3 Prozentpunkte auf 1,8 %, liegt damit aber weiterhin deutlich unter dem zuletzt veröffentlichten durchschnittlichen Marktwert.

Bei einer leicht höheren laufenden Verzinsung von 4,2 % (2010: 4,1 %) betrug das **Kapitalanlageergebnis** 121,5 Mio. Euro (2010: 126,3 Mio. Euro). Der absolute Rückgang zum Vorjahr ist auf einen insgesamt geringeren Kapitalanlagebestand zurückzuführen. Die Nettoverzinsung der Kapitalanlagen lag im Berichtsjahr unverändert bei 4,0 % (2010: 4,0 %).

Die gesamten **ausgezählten Leistungen** für unsere Kunden – Zahlungen für Abläufe, Rückkäufe, Todes- und Heiratsfälle sowie für Renten einschließlich der zugehörigen Überschussanteile – lagen mit 54 1,3 Mio. Euro (2010: 555,0 Mio. Euro) um 2,5 % niedriger als im Vorjahr. Die Rückstellungen für Leistungsverpflichtungen beliefen sich wie im Vorjahr auf 3,5 Mrd. Euro.

Die **Verwaltungskostenquote** verbesserte sich mit 3,3 % um 0,1 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr. Die Abschlusskostenquote, gemessen an der gesamten Beitragssumme des Neugeschäftes, ist mit 5,3 % im Vergleich zu 2010 um 0,4 Prozentpunkte gesunken.

Der Rohüberschuss nach Ertragsteuer betrug 107,8 Mio. Euro.

Vom erzielten Bruttoüberschuss der Gesellschaft sind 59,9 Mio. Euro – das sind 8 1,9 % – der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt worden, um sie für die Überschussbeteiligung unserer Kunden zu verwenden.

Der Überschuss in Höhe von 13,2 Mio. Euro wurde aufgrund des bestehenden Gewinnabführungsvertrages an die AXA Konzern AG abgeführt.

Geschäftsergebnis

Beitragseinnahmen

Die gebuchten Beiträge der Gesellschaft erhöhten sich im Geschäftsjahr 2011 um 3,3 % auf 522,3 Mio. Euro. Vom gesamten Beitragsvolumen entfiel mit 5 10,0 Mio. Euro (+3,9 %) der weitaus größte Teil auf die laufenden Beiträge. Die Einmalbeiträge nahmen um 14,0 % auf 12,3 Mio. Euro ab. Die positive Gesamtentwicklung basiert vor allem auf Beitragszuwächsen aus der eigenen Exklusivvertriebsorganisation Deutsche Ärzte Finanz (+2,9 %) sowie aus der Vertriebskooperation mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank beziehungsweise der apoFinanz (+3,1 %) und der Vertriebsorganisation Maklervertrieb (+3,6 %).

Kapitalanlageergebnis

Das gesamte Kapitalanlageergebnis – alle Erträge abzüglich aller Aufwendungen – erreichte im Geschäftsjahr 121,5 Mio. Euro (2010: 126,3 Mio. Euro). Der Rückgang ist Folge eines geringeren Kapitalanlagebestandes. Dabei verringerte sich das laufende Ergebnis abzüglich der Aufwendungen für Kapitalanlagen um 2,3 Mio. Euro auf 127,4 Mio. Euro.

Aus dem Abgang von Kapitalanlagen wurden Gewinne in Höhe von 8,1 Mio. Euro (2010: 7,8 Mio. Euro) realisiert. Diese Gewinne sind hauptsächlich aus dem Verkauf von festverzinslichen Wertpapieren erzielt worden. Den Abgangsgewinnen standen Abgangsverluste in Höhe von 6,7 Mio. Euro (2010: 4,5 Mio. Euro) gegenüber.

Im Berichtsjahr sind außerplanmäßige Abschreibungen auf Kapitalanlagen in Höhe von insgesamt 7,4 Mio. Euro (2010: 14,4 Mio. Euro) vorgenommen worden. Es wurden insbesondere Anteile an Rentenfonds aufgrund von in Fonds realisierten Verlusten in Höhe von 4,9 Mio. Euro außerplanmäßig abgeschrieben. Die Zuschreibungen auf Kapitalanlagen beliefen sich im Berichtsjahr auf 0,1 Mio. Euro (2010: 7,6 Mio. Euro).

Die Nettoverzinsung der Kapitalanlagen – berechnet nach der Formel des Gesamtverbandes der Deutschen

Versicherungswirtschaft – betrug im Berichtsjahr unverändert 4,0 % (2010: 4,0 %).

Kostenverlauf

Im Berichtsjahr belaufen sich die gesamten Abschluss- und Verwaltungsaufwendungen der Gesellschaft auf 93,8 Mio. Euro. Dabei sind in den Kostenrelationen leichte Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Die Abschlusskosten verringerten sich im Wesentlichen volumengetrieben um 11,4 % auf 76,4 Mio. Euro. Bei einem gleichzeitigen Rückgang der Beitragssumme des Neugeschäftes wurde eine Verringerung der Abschlusskostenquote auf 5,3 % (2010: 5,7 %) erreicht.

Die Verwaltungskosten betragen im Berichtsjahr 17,4 Mio. Euro und sind um 1,1 % gestiegen. Bei einem Zuwachs der gebuchten Beiträge um 3,4 % verbesserte sich die Verwaltungskostenquote um 0,1 Prozentpunkte auf 3,3 %.

Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit

Der AXA Konzern als Muttergesellschaft der Deutschen Ärzteversicherung hat im Geschäftsjahr 2011 die Strategie, zum Unternehmen erster Wahl für Kunden, Partner und Mitarbeiter zu werden, konsequent weiterverfolgt. Die Strategie des Konzerns, sich nach Kundengruppen aufzustellen und den Kunden bei jedem Kontakt zu beweisen, dass AXA ihr Vertrauen wert ist, hat Erfolge gezeigt. Um die Wettbewerbsfähigkeit des gesamten Konzerns und somit auch der Deutschen Ärzteversicherung nachhaltig zu stärken, wurde im Berichtsjahr ein Programm „Focus to Perform“ vom Konzern gestartet, mit dem die strategischen Ziele schneller, effektiver und fokussierter erreicht werden sollen. Durch umfangreiche Investitionen in Prozessverbesserungen, Automatisierung und optimierte Strukturen will die AXA Deutschland den Kundenservice weiter verbessern und gleichzeitig durch Produktivitätssteigerungen bis zum Jahr 2015 die jährlichen Kosten im Konzern um rund 220 Mio. Euro senken. Zur Erreichung dieses anspruchsvollen Zieles sind insgesamt Maßnahmen zur Einsparung von 328 Mio. Euro notwendig, um gegenläufige Effekte, wie die jährlichen Tarifsteigerungen und inflationsbedingte Kostensteigerungen, zusätzlich auszugleichen.

Leistungen für unsere Kunden

Die Leistungen an unsere Kunden für Abläufe, Rückkäufe, Todesfälle sowie für Renten einschließlich der zugehörigen Überschussanteile und Anteile aus der Direktgutschrift verringerten sich um 2,5 % auf 541,3 Mio. Euro (2010: 555,0 Mio. Euro). Der Anteil der vertragsgemäßen Abläufe belief sich auf 79 %, der Anteil der Rückkäufe betrug 12 % und der Renten- und Berufsunfähigkeitsleistungen 7 %. Die verbleibenden 2 % entfielen auf Leistungen für Todesfälle.

Den Rückstellungen für Leistungsverpflichtungen gegenüber Versicherungsnehmern (Deckungsrückstellung, Überschussguthaben und Rückstellung für Beitragsrückerstattung) wurden 22,5 Mio. Euro (2010: 5,9 Mio. Euro) entnommen. Während die Deckungsrückstellung der fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen, der Anlagestock, leicht anstieg, verminderte sich die konventionelle Deckungsrückstellung insbesondere durch gestiegene Risikoleistungen und Rückkäufe, so dass im Saldo die Rückstellungen für Leistungsverpflichtungen einen weiteren Rückgang zu verzeichnen hatten.

Insgesamt betragen die Leistungen für unsere Kunden 518,8 Mio. Euro (-5,6 %). Die Rückstellungen für Leistungsverpflichtungen beliefen sich am Ende des Berichtsjahres auf insgesamt 3,5 Mrd. Euro.

Zusätzliche Deckungsrückstellung für Rentenversicherungen

Bei der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) werden die Untersuchungen zur Sterblichkeit in der Rentenversicherung durch Berücksichtigung neuer Daten laufend aktualisiert, da eine Fortsetzung des Trends zu weiter steigenden künftigen Lebenserwartungen nicht ausgeschlossen werden kann. Auch die eigenen Versicherungsbestände werden entsprechend ausgewertet. Zur Berücksichtigung der gestiegenen Lebenserwartung ist für den Bestand an Rentenversicherungen, die nicht nach der aktuellen Sterbetafel DAV 2004 R kalkuliert wurden, die Deckungsrückstellung im Jahr 2011 um 0,7 Mio. Euro verstärkt worden. Zur Ermittlung dieser zusätzlichen Deckungsrückstellung erfolgte einzelver-

traglich eine Vergleichsrechnung mit dem Wert, der sich aus einer aktuariell angemessenen Interpolation der Deckungsrückstellungen entsprechend der Sterbetafel für Rentenversicherungen DAV 2004 R-Bestand und DAV 2004 R-B20 ergab. Positive Differenzen zwischen Vergleichsreserve und ursprünglicher Reserve wurden unter Verwendung der unternehmensindividuellen Kapitalwahlrechtsquoten und Stornoquote aufgefüllt.

Zinszusatzreserve

Das anhaltend niedrige Zinsniveau am Kapitalmarkt beeinträchtigt auch die Anlagemöglichkeiten der Lebensversicherer. Die Deckungsrückstellungs-Verordnung sieht daher abhängig vom Kapitalmarktzins der vergangenen Jahre die Bildung einer Zinszusatzreserve für Versicherungen mit einem Rechnungszins oberhalb eines Referenzzinses vor. In Anlehnung an die Verordnung stellte die Deutsche Ärzteversicherung für 2011 erstmals eine Zinszusatzreserve in die Deckungsrückstellung ein.

Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

Der Rohüberschuss nach Ertragsteuern für das Geschäftsjahr 2011 erhöhte sich um 42,8 % auf 107,8 Mio. Euro.

Der Bruttoüberschuss wurde zu 81,9 % (2010: 92,3 %) der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt, um sie für die Überschussbeteiligung unserer Kunden zu verwenden. Der Rückstellung für Beitragsrückerstattung wurde zugunsten unserer Kunden 45,0 Mio. Euro (2010: 50,5 Mio. Euro) entnommen. Sie erhöhte sich insgesamt um 7,6 % auf 210,5 Mio. Euro.

Bei der Deutschen Ärzteversicherung wird die laufende Verzinsung (Garantieverzinsung plus Zinsüberschussanteil) für das Jahr 2012 je nach Vertragstyp zwischen 3,5 % bis 4,05 % betragen; zusätzlich wird je nach Vertragstyp ein Kostenüberschussanteil von durchschnittlich 0,3 % gewährt. Hieraus ergibt sich einschließlich des Schlussgewinnanteils sowie der Sockelbeteiligung an den Bewertungsreserven eine Gesamtverzinsung von durchschnittlich 4,7 %. Die

laufende Verzinsung von 3,5 % ergibt sich rein rechnerisch bei den Tarifgenerationen seit 2003, bei denen gegenüber den vorherigen Tarifgenerationen die garantierten Leistungen deutlich erhöht wurden. Für Einmalbeitragsversicherungen erfolgt die Verzinsung in Anlehnung an die Entwicklung am Kapitalmarkt.

Für den Bestand an Rententarifen bis einschließlich Tarifgeneration TG 2004 wurden in den vergangenen Jahren zur Sicherung der vertraglichen Renten zu Lasten der im Geschäftsjahr erwirtschafteten Erträge zusätzliche Deckungsrückstellungen aufgebaut, um der gestiegenen Lebenserwartung Rechnung zu tragen. Die individuelle Refinanzierung dieser Beträge wird auch 2012 fortgesetzt.

Die Überschussanteilsätze für die einzelnen Tarife sind im Anhang auf den Seiten 95 bis 140 dargestellt.

Steuern

Aus den Steuern von Einkommen und Ertrag ergibt sich insgesamt ein Ertrag in Höhe von 9,9 Mio. Euro (2010: Steueraufwand von 1,8 Mio. Euro). Der Steuerertrag

resultiert im Wesentlichen aus der Auflösung von Steuerrückstellungen für Vorjahre in Höhe von 11,8 Mio. Euro. Die sonstigen Steuern weisen einen Aufwand von 0,2 Mio. Euro (2010: Steueraufwand von 0,1 Mio. Euro) aus.

Der gesamte Steuerertrag betrug im Berichtsjahr somit 9,8 Mio. Euro (2010: Steueraufwand von 1,9 Mio. Euro).

Seit dem 1. Januar 2009 besteht eine körperschaft- und gewerbsteuerliche Organschaft mit der AXA Konzern AG als Organträgerin.

Überschuss

Nach der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung und nach Steuern verbleibt ein Überschuss von 13,2 Mio. Euro. Aufgrund des bestehenden Gewinnabführungsvertrages zwischen der Deutschen Ärzteversicherung und der AXA Konzern AG ist der gesamte Jahresüberschuss an die AXA Konzern AG abgeführt worden.

Eigenkapitalausstattung

Unsere Eigenkapitalausstattung stellt sich wie folgt dar:

	2011 Tsd. Euro	2010 Tsd. Euro
Gezeichnetes Kapital	7.362,6	7.362,6
Kapitalrücklage	43.707,7	43.707,7
Andere Gewinnrücklagen	818,4	818,4
Bilanzgewinn	0	0
Eigenkapital	51.888,7	51.888,7

Bestandsentwicklung

Versicherungsbestand

Die Deutsche Ärzteversicherung betreute am Ende des Geschäftsjahres 2011 insgesamt 199.960 Verträge (+1,2 %) mit einer Versicherungssumme von 13,0 Mrd. Euro (+7,4 %) und einem laufenden Jahresbeitrag von 520,5 Mio. Euro (+3,1 %). Mit einem Anteil von 42,7 % und einem laufenden Jahresbeitrag von 222,4 Mio. Euro (+6,9 %) haben die fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen den Hauptanteil am gesamten

Bestand. An zweiter Position liegen die Einzelkapitalversicherungen mit 192,4 Mio. Euro und einem Anteil von 37,0 %. Der Bestand an Rentenversicherungen ist um 31,4 % auf 76,4 Mio. Euro gestiegen. Die Kollektivversicherungen sind um 10,4 % auf 10,3 Mio. Euro gestiegen.

Bestand nach Versicherungsart	laufender Beitrag (Mio. Euro)	Anteil 2011 (%)	Anteil 2010 (%)
Einzelkapitalversicherungen	192,4	37,0	41,9
Risikoversicherungen	19,0	3,7	3,5
Rentenversicherungen	76,4	14,6	11,5
Fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherungen	222,4	42,7	41,2
Kollektivversicherungen	10,3	2,0	1,9
Gesamt	520,5	100,0	100,0

Neuzugang

Im Berichtsjahr wurden bei der Gesellschaft 13.669 Verträge (+16,8 %) mit einer Versicherungssumme von 1.779,0 Mio. Euro (+31,3 %) neu abgeschlossen. Der Neuzugang an laufendem Jahresbeitrag ging um 5,1 % auf 59,9 Mio. Euro zurück (2010: +20,9 %). Es wurden 12,0 Mio. Euro Neugeschäft an Einmalbeiträgen abgeschlossen. Die aus dem Neuzugang resultierende Gesamtbeitragssumme – definiert als laufender Jahresbeitrag multipliziert mit der Beitragszahlungsdauer zuzüglich der Einmalbeiträge – betrug 1,5 Mrd. Euro.

Den Schwerpunkt des gesamten Neugeschäftes bildeten die fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen, deren Anteil am gesamten Neuzugang bei 47,9 % mit einem laufenden Beitrag von 28,7 Mio. Euro (–25,5 % im Vergleich zum Vorjahr) lag. Danach folgten die Einzelrentenversicherungen mit einem Anteil von

35,8 %, das entspricht 21,4 Mio. Euro (+31,3 %) an laufendem Jahresbeitrag. Die Einzelkapitalversicherungen waren mit einem Anteil von 8,3 % am gesamten Neuzugang und einem laufenden Jahresbeitrag von 5,0 Mio. Euro (–3,8 %) beteiligt. Mit 2,2 Mio. Euro (+29,4 %) an laufendem Jahresbeitrag und einem Anteil von 3,7 % waren die Kollektiv- und mit einem Anteil von 4,3 % und einem laufenden Jahresbeitrag von 2,6 Mio. Euro (+85,7 %) waren die Risikoversicherungen am neu abgeschlossenen Beitrag beteiligt.

Neuzugang nach Versicherungsart	laufender Beitrag (Mio. Euro)	Anteil 2011 (%)	Anteil 2010 (%)
Einzelkapitalversicherungen	5,0	8,3	8,3
Risikoversicherungen	2,6	4,3	2,2
Rentenversicherungen	21,4	35,8	25,8
Fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherungen	28,7	47,9	61,0
Kollektivversicherungen	2,2	3,7	2,7
Gesamt	59,9	100,0	100,0

Abgang

Im Berichtsjahr wurde ein Abgang von 11.276 (+7,8 %) Verträgen mit einer um 5,6 % höheren Versicherungssumme von 878,5 Mio. Euro und einem Jahresbeitrag von 44,1 Mio. Euro (+6,0 %) verzeichnet. Auf die vertragsmäßigen Abläufe entfielen hiervon 22,6 Mio. Euro (-5,0 %) an laufendem Jahresbeitrag. Die Abgänge durch Tod oder Heirat sind um 16,7 % auf 0,7 Mio. Euro gestiegen.

Der vorzeitige Abgang (Rückkäufe, Umwandlungen in beitragsfreie Versicherungen sowie sonstige vorzeitige Abgänge) lag mit 20,8 Mio. Euro an laufendem Jahresbeitrag um 20,9 % höher als im Vorjahr. Die Stornoquote bezogen auf die Stückzahl betrug im Berichtsjahr 1,8 % (2010: 1,5 %).

Kapitalanlagebestand

Nachdem sich in der ersten Jahreshälfte 2011 der positive Trend des vergangenen Geschäftsjahres auf den internationalen Kapitalmärkten zunächst fortsetzte, war die zweite Jahreshälfte von Unsicherheiten geprägt. Die Sorge vor einem Abkühlen der Weltwirtschaft und die kritisch beobachtete Schuldenkrise in der Eurozone hatten Kurseinbrüche an den Börsen und einen weiteren Rückgang des Zinsniveaus bonitätsstarker Anleihen zur Folge. Dies führte zu entsprechenden Wertsteigerungen im Bereich der festverzinslichen Wertpapiere, die jedoch zum Teil durch erhöhte Risikoaufschläge vereinzelter Rentenpapiere kompensiert wurden.

Die Aktienmärkte entwickelten sich im vergangenen Geschäftsjahr rückläufig. Der Deutsche Aktienindex (DAX) notierte Ende Dezember 2011 bei knapp 5.900 Punkten und verzeichnete somit im Vergleich zum Jahresanfang einen Rückgang von 15 %. Im selben Zeitraum sank der europäische Aktienmarkt gemessen am EuroStoxx 50 um 17 % auf 2.317 Punkte. Im Gegensatz dazu zeigte der für den amerikanischen Aktienmarkt repräsentative S&P 500 Index, trotz signifikanter unterjähriger Schwankungen, im Vergleich zu seinem Vorjahreswert nahezu keine Veränderung.

Die Leitzinsen im US-Raum blieben im vergangenen Geschäftsjahr wie im Vorjahr unverändert bei 0 bis 0,25 %. Im Euroraum stieg der Leitzins der Europäischen Zentralbank in der Mitte des Jahres bis auf 1,5 % an

und fiel bis zum Ende des Jahres wieder auf sein Vorjahresniveau von 1 %. Der Zinssatz für 10-jährige Bundesanleihen sank bis Ende Dezember auf 1,8 % und erreichte damit einen historischen Tiefststand.

Die Deutsche Ärzteversicherung hat die Entwicklung an den Kapitalmärkten genutzt und durch ein ausgewogenes Kapitalanlagenportfolio die an ihre Kunden gegebenen Leistungsversprechen erfüllt. Als Unternehmen eines internationalen Versicherungskonzerns profitierte die Gesellschaft zudem von der Möglichkeit, die zur Verfügung stehenden Mittel in Kapitalanlagen mit attraktiven Konditionen zu investieren.

Im Geschäftsjahr 2011 wurden verstärkt Investitionen in Hypothekendarlehen, Staatsanleihen und Anstalten der Euro-Kernländer sowie Unternehmensanleihen in

Euro und US-Dollar vorgenommen. Darüber hinaus wurden Anlagen getätigt, die die Verwerfungen am Kapitalmarkt nutzen, um annähernd risikofrei zusätzliche Erträge zu erzielen.

Im Rahmen einer Durationsverlängerung in der Deutschen Ärzteversicherung sind Vorkäufe auf Staatsanleihen der Euro-Kernländer und Anstalten getätigt worden. Zudem wurden für die Gesellschaft Call Optionen auf Aktienindizes erworben.

Die Deutsche Ärzteversicherung weist stille Reserven auf Aktien und Beteiligungen in Höhe von 13,2 Mio. Euro (2010: 2,4 Mio. Euro) aus.

Struktur der Kapitalanlagen	Buchwerte		Buchwerte		Zeitwerte	
	2011		2010		2011	2010
	Mio. Euro	%	Mio. Euro	%	Mio. Euro	Mio. Euro
Grundbesitz	42,6	1,4	56,7	1,8	44,0	57,0
Verbundene Unternehmen und Beteiligungen inklusive Ausleihungen	180,5	6,1	204,5	6,5	190,4	215,0
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	1.084,2	36,7	1.093,8	34,9	1.073,5	1.082,5
Inhaberschuldverschreibungen	241,4	8,2	312,5	10,0	199,9	279,0
Hypotheken	96,2	3,3	112,9	3,6	100,2	115,4
Namenschuldverschreibungen und Schuldbuchforderungen	767,9	26,0	817,0	26,1	918,1	886,7
Schuldscheinforderungen und Darlehen	440,8	14,9	454,7	14,5	484,0	471,9
Darlehen und Vorauszahlungen auf Versicherungsscheine	7,3	0,2	8,0	0,3	8,9	9,4
Übrige Ausleihungen	3,3	0,1	15,4	0,5	3,3	14,7
Einlagen bei Kreditinstituten	51,0	1,7	12,3	0,4	51,0	12,3
Andere Kapitalanlagen	41,9	1,4	42,0	1,4	41,2	29,3
Summe	2.957,1	100,0	3.129,8	100,0	3.114,5	3.173,2

