

# Vom schönen Arbeiten jenseits der Krankenversicherung

Freitag nachmittag, 15 Uhr. Im Seminarraum eines Wiesbadener Hotels haben sich zehn Ärzte versammelt, die in Zukunft lieber „Leibarzt statt Kassenarzt“ sein wollen – vielleicht. Unter diesem Slogan veranstaltet der Medical Marketing Management Club (M<sup>3</sup>C) über zwei Tage ein „Zukunftssicherungsseminar“ für niedergelassene Ärzte. M<sup>3</sup>C beschreibt sich als „bundesweiten Zusammenschluß aktiver, strategisch denkender Ärzte außerhalb der Berufspolitik“. Zur Zeit gehören ihm 300 Mitglieder an.

Viel Zeit bleibt nicht, die Kollegen zu mustern. Referent Hans-Joachim Schade legt sofort los. „Warum sind Sie hier, Herr Dr. Heber\*?“, will der Rechtsanwalt von einem Arzt wissen. Er sei hier „wegen der Entwicklungen im Kassenarztrecht“, sagt der Praktische Arzt. „Mich wurmt, einen Großteil der Tätigkeit, die man als Arzt machen müßte, abgegeben zu haben.“ Dr. Fröhlich\*, Dermatologe, praktiziert auch noch Naturheilverfahren und hat sich vom Ausdruck „Leibarzt“ angesprochen gefühlt. Dr. Meier\*, Internist, sucht „Ansätze, um für die Patienten wieder mehr Zeit zu haben“.

Rechtsanwalt Schade nickt zustimmend. Wie hat er es doch in seinem Konzept formuliert: „Das ärztliche Berufsbild ist in eine Sackgasse geraten, weil es wesentliche Aufgabestellungen der Zukunft nicht der ärztlichen Praxis und dem ärztlichen Gebührenrecht zugänglich macht.“ Dabei liege die Zukunft für Ärzte neben einer medizinischen Grundversorgung auch darin, für Menschen im Bereich der „eigenverantwortlichen Prävention und Optimierung der jeweiligen Lebensführung“ Anbieter zu sein – wofür diese aus der eigenen Börse bezahlen sollen.

Konkret winkt der Erfolg nach Schades Auffassung mit Hilfe eines „Instituts für Heilkunde und Ge-

sundheitserhaltung“, wie er den Prototyp nennt. Hier würden neben der Kassenarztpraxis zusätzliche Leistungen für Selbstzahler angeboten. Irgendwann könne ein Arzt dann vielleicht seine Kassenzulassung ganz zurückgeben. All dies gehöre im Einzelfall durchgespielt. Ganz einfach geht das alles nicht, und das weiß auch Rechtsanwalt Hans-Joachim Schade. Er kennt sehr wohl die Klippen, die Ärzte bei solchen Vorhaben umschiffen müssen: die Bestimmungen des Heilmittelwerbegesetzes, unpassende Unternehmensformen mit vielen Nachteilen wie die GmbH, berufsrechtliche Bestimmungen, eine drohende Gewerbesteuerpflicht.

## Streßmanagement für Lehrer

Den Seminarteilnehmern schärft er ein, daß man einen Kollegen oder einen Assistenten brauche, um überhaupt Zusätzliches anbieten zu können. Auch solle man Angebote nur prinzipiell Gesunden machen und nicht Kranken: „Zum Teil werden hier doch nur Notlagen ausgenutzt.“ Allzusehr geht der kluge Mann jedoch nicht ins juristische Detail. Wer den Sprung wirklich wagen will, dem reichen Seminare nicht. Er braucht die Hilfe eines versierten Anwalts. Warum also alle Kniffe hier verraten, wenn man doch später noch Geld verdienen kann?

Außerdem sind die angehenden Leibarzte harte Brocken, denn ihnen gehen unternehmerische Sichtweisen weitgehend ab. Die Bedenken gegen Streßmanagement für Lehrer, Ernährungsberatung für Sportler, Akupunktur für ältere Herrschaften sitzen tief: Ob denn das alles nicht unethisch sei? Schade verdreht die Augen: „Ärzte sind so schrecklich ethisch erzogen.“ Er benutze gern den Begriff der „sinnhaften Lei-

stung“. Anbieten solle ein Arzt nur das, was er auch vertreten könne. Und Hand aufs Herz: „Reicht denn immer alles aus?“ Ein Arzt gibt ihm recht: „Es ist doch schon so, daß die Schulmedizin vieles nicht abdeckt.“

Wieder wird ein Kollege aufgerufen: „Herr Dr. Tischler\*, machen Sie schon etwas nebenher?“ Allgemeinmediziner Dr. Tischler macht: Hier und da eine Ozontherapie, vermehrt Akupunktur. Rechtsanwalt Schade findet das ethisch ausreichend: „Wenn ein Ziel der Akupunktur beispielsweise Schmerzfreiheit wäre: Ist das nicht ethisch? Ist es nicht ethisch, Leute von Schmerzmitteln wegzubringen?“

„Was nehmen Sie denn so dafür?“ hakt er nach. „Etwa 30 DM für eine Akupunktur“, sagt Dr. Tischler. Der Jurist ist fassungslos: Pauschalen! Das sei nicht erlaubt und unfaßbar: Ob denn ein Patient wie der andere sei? Aber er scheue sich, von einem mehr zu verlangen als vom anderen, erwidert Dr. Tischler. Auf das Argument hat Schade nur gewartet: „Bei Privatpatienten nehmen Sie auch einen erhöhten Satz. Aber wenn es entgeltlich wird, werden Sie auf einmal ethisch“, spottet er.

Trotzdem: Die Ärzte winden sich. Beim Kaffee in der Pause debattieren sie, ob dieses oder jenes Angebot medizinisch sinnvoll sei. Und außerdem: Wen solle man denn als potentiellen Selbstzahler ansprechen? Schade gibt Tips und sieht im übrigen keinen Mangel an Kunden: „Geld ist in dieser Gesellschaft von älter werdenden Menschen nicht das Thema.“ Man solle sich nur den Absatz von Light-Produkten ansehen, von Kosmetik- und Apothekenartikeln, den Run auf Heilpraktiker. Die Ärzte zierten sich, während andere die Angebotslücken besetzten.

Zum Schluß gibt er noch einen Tip mit auf den Weg: „Die Ärzte sollten lernen, so zu kalkulieren wie andere Freiberufler.“ Dieser Anwalt kann es: Das Seminar kostet inklusive Verpflegung 1 650 DM; für M<sup>3</sup>C-Mitglieder 1 200 DM. Wer Interesse hat: Mitte Juli hat man wieder die Wahl zwischen Leibarzt und Kassenarzt.

Sabine Dauth

\*) Name geändert, Anm. d. Red.

## Ärztstatistik der Bundesärztekammer

# Neuer Rekordstand bei den berufstätigen Ärzten

Einen neuen Rekord vermeldet die (noch unveröffentlichte) Ärztstatistik der Bundesärztekammer für 1993: Am 31. Dezember vergangenen Jahres waren bei den Landesärztekammern 317 737 Ärztinnen und Ärzte gemeldet. Davon waren 259 881 Ärztinnen und Ärzte ärztlich tätig; 57 756 waren nicht ärztlich tätig. Gegenüber dem Jahresende 1992 waren dies Ende 1993 in Deutschland 8 100 Ärztinnen und Ärzte mehr. Von 1991 bis Ende 1992 stieg

die Zahl der Ärzte insgesamt noch um 7 600. Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte nahm im vergangenen Jahr in West- und Ostdeutschland um 3,2 Prozent zu; dies ist geringfügig weniger als der langfristige Trend, der in den westlichen Bundesländern bei 3,5 Prozent gelegen hat. Der Nettozuwachs in den neuen Bundesländern lag mit 1,2 Prozent deutlich unter dem Zugang der alten Bundesländer (+ 3,6 Prozent).

Im Jahr 1993 blieb die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in den neuen Bundesländern mit 43 133 wenig verändert. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Praktikum (AiP) ist auf 18 900 (rund sechs Prozent) gestiegen. Daraus resultiert ein Netto-Zugang bei den approbierten Ärztinnen und Ärzten von 7 200. Dies ist mit 1 800 Ärztinnen und Ärzten eine fast doppelt so hohe Steigerung wie von 1991 auf 1992. Aus der Ärztstatistik der Bundesärztekammer für 1993 ergibt sich folgende Struktur und Verteilung auf die einzelnen Berufsfelder:

Von den 317 700 Ärztinnen und Ärzten waren 57 800 ohne ärztliche Tätigkeit. Von den 260 000 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten waren im ambulanten Sektor und in ärztlich geleiteten Einrichtungen rund 107 400 Ärztinnen und Ärzte tätig; in Krankenhäusern arbeiteten 124 600 Ärzte, bei Behörden und/oder Körperschaften weitere 10 600 Ärztinnen und Ärzte und in anderen Bereichen (etwa Industrie, Verbänden, Verwaltungen u. a.) 17 400. Eine Vertragsarztpraxis betrieben 104 400 Ärztinnen und Ärzte, eine reine Privatarztpraxis rund 3 000 Ärzte in West- und Ostdeutschland. Von den 124 600 Klinikärzten waren 12 700 in leitender Position, 111 900 in nicht leitender Position (Abbildung; Tabelle 1 und 2).

Sehr unterschiedlich hat die Zahl der Berufstätigen in den einzelnen Arztgruppen zugenommen. Überdurchschnittliche Zugänge ver-

zeichneten – wie bereits im vergangenen Jahr – der Bereich Psychiatrie (15 Prozent), die Neurologie (11,7

Prozent) und die Anästhesiologie (6,2 Prozent). Dann folgen Gebiete wie Radiologie (5,9 Prozent), Allge-

Tabelle 1: Entwicklung der Arztlzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsarten seit 1960 (Bundesländer West)

Stichtag	Kammerangehörige insgesamt (Sp. 2 + 7) Anzahl	Darunter: Nach ärztlichen Tätigkeitsarten					Ohne ärztliche Tätigkeit b) Anzahl
		berufstätige Ärzte insgesamt Anzahl	Niedergelassen Anzahl	Von Spalte 2:			
				Gesamt Anzahl	Im Krankenhaus Anzahl	Behörden Körpersch. so. Tätigk. Anzahl	
0	1	2	3	4	5	6	7
1. 1. 1960	80 792	74 486	45 320	21 544	4 111	7 622	6 306
1. 1. 1965	88 552	79 931	48 011	23 938	4 505	7 982	8 621
1. 1. 1970	103 981	92 773	48 830	35 066	5 860	8 877	11 208
1. 1. 1975	130 183	114 624	52 913	51 981	7 125	9 730	15 559
31. 12. 1980	164 124	139 452	59 777	67 964	8 383	11 711	24 672
31. 12. 1981	171 569	144 224	60 652	71 724	8 690	11 848	27 345
±% zum Vorjahr	+ 4,5	+ 3,4	+ 1,5	+ 5,5	+ 3,7	+ 1,2	+ 10,8
31. 12. 1982	178 119	148 720	62 418	73 420	8 740	12 882	29 399
±% zum Vorjahr	+ 3,8	+ 3,1	+ 2,9	+ 2,4	+ 0,6	+ 8,7	+ 7,5
31. 12. 1983	184 228	152 158	64 032	73 581	8 741	14 545	32 070
±% zum Vorjahr	+ 3,4	+ 2,3	+ 2,6	+ 0,2	+ 0,0	+ 12,9	+ 9,1
31. 12. 1984	191 771	156 593	65 780	75 730	8 782	15 083	35 178
±% zum Vorjahr	+ 4,1	+ 2,9	+ 2,7	+ 2,9	+ 0,5	+ 3,7	+ 9,7
31. 12. 1985	199 146	160 902	67 363	77 758	8 879	15 781	38 244
±% zum Vorjahr	+ 3,8	+ 2,8	+ 2,4	+ 2,7	+ 1,1	+ 4,6	+ 8,7
31. 12. 1986	206 934	165 015	68 698	79 216	8 791	17 101	41 919
±% zum Vorjahr	+ 3,9	+ 2,6	+ 2,0	+ 1,9	- 1,0	+ 8,4	+ 9,6
31. 12. 1987	216 438	171 487	70 277	82 580	9 288	18 630	44 951
±% zum Vorjahr	+ 4,6	+ 3,9	+ 2,3	+ 4,2	+ 5,7	+ 8,9	+ 7,2
31. 12. 1988	223 664	177 001	71 751	85 150	9 456	20 100	46 663
±% zum Vorjahr	+ 3,3	+ 3,2	+ 2,1	+ 3,1	+ 1,8	+ 7,9	+ 3,8
31. 12. 1989	234 832	188 225	74 040	92 480	9 526	21 705	46 607
±% Vorj. (ohne AiP)	+ 5,0(+ 0,2)	+ 6,3(+ 1,2)	+ 3,2(+ 2,3)	+ 8,6(- 0,5)	+ 0,7	+ 8,0(+ 4,1)	- 0,1(- 3,2)
31. 12. 1990	242 578	195 254	75 251	96 203	9 622	23 800	47 324
±% zum Vorjahr	+ 3,3	+ 3,7	a) + 1,6	+ 4,0	+ 1,0	+ 9,7	+ 1,5
31. 12. 1991	251 471	202 020	77 547	99 884	9 709	24 589	49 451
±% zum Vorjahr	+ 3,7	+ 3,5	+ 3,1	+ 3,8	+ 0,9	+ 3,3	+ 4,5
31. 12. 1992	260 493	209 255	80 520	103 158	9 743	25 577	51 238
±% zum Vorjahr	+ 3,6	+ 3,6	+ 3,8	+ 3,3	+ 0,4	+ 4,0	+ 3,6
31. 12. 1993	268 639	216 848	88 844	103 808	9 757	24 196	51 791
±% zum Vorjahr	+ 3,1	+ 3,6	+ 10,3	+ 0,6	+ 0,1	- 5,4	+ 1,1

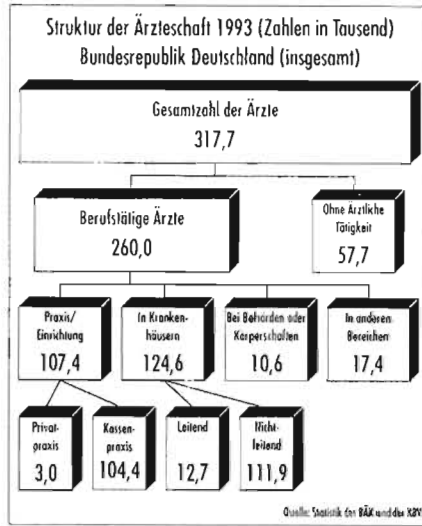
Quelle: Statistik der BÄK, a) Mit AiP (577) + 2,4%, b) Soweit bei Ärztekammern registriert

meinmedizin (5 Prozent), Orthopädie (5 Prozent) und Arbeitsmedizin mit ebenfalls fünf Prozent. Bei der Beurteilung der Zuwachsrate im Gebiet Allgemeinmedizin muß allerdings berücksichtigt werden, daß der numerische Zuwachs insbesondere im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer aus durchgeführten Umschreibungen resultiert.

Leicht erhöht hat sich der relative Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärzte; Ende vergangenen Jahres lag er bei rund 37 Prozent. In den Kammerbereichen der neuen Bundesländer betrug der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärzte unverändert 52 Prozent. In den alten Bundesländern wuchs der Anteil der Ärztinnen leicht – von 30,3 auf 33,9 Prozent. Der Anteil der Ärztinnen bei den AiP beträgt 46 Prozent (West: 44 Prozent; Ost: 55 Prozent).

### Veränderte Altersstruktur

Etwas günstiger entwickelt hat sich die Altersstruktur: Der Anteil der über 65jährigen Ärzte ging 1993 gegenüber 1992 von 3,6 auf 3,3 Prozent zurück (dies entspricht rund 600 Ärztinnen und Ärzten).



Die Altersgruppe der 60- bis 65jährigen Ärzte blieb prozentual konstant, dagegen hat sich der Anteil der 50- bis 59jährigen deutlich erhöht, und zwar von 20,2 Prozent auf 21,7 Prozent. Die dominierende Gruppe – die 40- bis 49jährigen – repräsentierte 28,3 Prozent aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte, etwas weniger als per Jahresresultimo 1992. Der Anteil der bis zu 34jährigen ist 1993 auf 26,6 Prozent zurückgegangen (1992: 27,2 Prozent). Mit hin stellt die Gruppe der 40- bis 60jährigen noch deutlicher als im

Jahr 1992 etwas mehr als die Hälfte der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte. Dieser Anteil setzt sich aus 53 Prozent in den neuen und aus 50 Prozent in den alten Bundesländern zusammen.

Weiter „verbessert“ hat sich die sogenannte Arztdichte, die Relation der Einwohner je Arzt/Ärztin. Zum 31. Dezember 1993 entfielen in den alten Bundesländern 301 Einwohner auf einen Arzt. Dies entspricht umgekehrt einer Relation von 332 Ärztinnen/Ärzten je 100 000 Einwohner (1992: 325).

In den neuen Bundesländern lag die Arztdichte mit 364 Einwohnern je Arzt niedriger als in den alten Ländern (1992: 370). Daraus ergibt sich umgekehrt eine Relation von 275 Ärztinnen und Ärzten je 100 000 Einwohner.

### Hoher Ärztinnen-Anteil

Wie bisher schon dominiert der in den Krankenhäusern beschäftigte Anteil der Ärztinnen und Ärzte. Mit einem Zuwachs von 0,4 Prozent hat sich allerdings deren Zahl gegenüber dem Vorjahr kaum erhöht. Dies resultiert aus unterschiedlichen Bewegungen in West- und Ostdeutsch-

Tabelle 2: Ärzte/Ärztinnen nach Landesärztekammern und Tätigkeitsarten, Stand: 31. 12. 1993

Landesärztekammer	Gesamt		Darunter:	Berufstätig		Davon:			
	Anzahl absolut	Anteil am Bundesgeb. in %	ohne ärztliche Tätigk. absolut	Anzahl absolut	Verändg. z. Vorj. in %	nieder- gelassen <sup>1)</sup>	im Kran- kenhaus	in Behörden Körpersch. u. a. absolut	in sonstigen Bereichen absolut
						absolut	absolut	absolut	absolut
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Baden-Württemberg	41 884	13,2	8 974	32 910	3,3	14 133	15 482	910	2 385
Bayern	50 137	15,8	9 627	40 510	4,4	17 654	17 918	1 406	3 532
Berlin <sup>2)</sup>	21 075	6,6	4 989	16 086	1,1	6 058	7 977	1 378	673
Brandenburg	6 804	2,1	709	6 095	2,9	2 872	2 711	215	297
Bremen	3 384	1,1	570	2 814	2,4	1 182	1 477	95	60
Hamburg	9 726	3,1	1 611	8 115	3,6	3 034	3 954	487	640
Hessen	24 554	7,7	3 951	20 603	3,5	8 359	9 608	734	1 902
Mecklenburg-Vorpommern	6 108	1,9	810	5 298	1,5	2 215	2 450	90	543
Niedersachsen	26 553	8,3	4 822	21 731	4,0	9 083	10 474	1 049	1 125
Nordrhein	39 370	12,4	7 790	31 580	3,0	12 426	15 358	640	3 156
Rheinland-Pfalz	13 955	4,4	2 253	11 702	4,0	4 989	5 294	613	806
Saarland	4 399	1,4	788	3 611	3,0	1 313	1 964	102	232
Sachsen	13 772	4,3	1 594	12 178	- 0,6	5 251	5 656	921	350
Sachsen-Anhalt	7 855	2,5	789	7 066	3,6	2 922	3 962	160	22
Schleswig-Holstein	11 048	3,5	2 216	8 832	3,8	3 776	4 092	509	455
Thüringen	7 504	2,4	771	6 733	4,1	2 946	3 211	499	77
Westfalen-Lippe	29 609	9,3	5 492	24 117	3,5	9 163	13 003	771	1 180
<b>Bundesgebiet insgesamt</b>	<b>317 737</b>	<b>100,0</b>	<b>57 756</b>	<b>259 981</b>	<b>100,0</b>	<b>107 376</b>	<b>124 591</b>	<b>10 579</b>	<b>17 435</b>

<sup>1)</sup> in den neuen Bundesländern einschließlich Ärzte in Einrichtungen gem. § 311 SGB V. <sup>2)</sup> Die Differenz zur Kammerdarstellung ist technisch bedingt.

# Allergie? Heuschnupfen?

## Pro Terfenadin-Verordnung bis zu 28,30 DM\* sparen!

\*Basis: Packung 100 Tabletten à 60 mg Terfenadin, Stand 16.2.94



100 Tab. DM 44<sup>90</sup> · 50 Tab. DM 24<sup>90</sup> · 20 Tab. DM 9<sup>95</sup>

**Zur symptomatischen Therapie aller Arten der Allergie wie z. B. Heuschnupfen, Pruritus, allergische Ekzeme und andere allergische Hauterkrankungen.**

**Vividrin-Tabletten mit Terfenadin Zusammensetzung:** Wirksame Bestandteile: 1 Tablette enthält 60 mg Terfenadin. Andere Bestandteile: Maisstärke, Lactose 1 H<sub>2</sub>O, Gelatine, Natriumhydrogencarbonat, Magnesiumstearat. **Anwendungsgebiete:** Zur symptomatischen Behandlung aller Arten der Allergie, wie allergischer Schnupfen (Heuschnupfen), Juckreiz (Pruritus), allergische Ekzeme und andere allergische Hauterkrankungen (z. B. Nesselsucht), Neurodermitis. **Gegenanzeigen:** Nicht anwenden bei bekannter Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff, bei Patienten mit schweren Leberfunktionsstörungen (Leberzirrhose, Gelbsucht), bei bekannter QT-Zeitverlängerung im EKG (z. B. bei bestimmter Herzkrankung oder unter Behandlung mit anderen Medikamenten), bei nicht ausgeglichener Hypokaliämie, bei Kindern unter 6 Jahren sowie in der Schwangerschaft und Stillzeit. Nicht gleichzeitig mit Ketoconazol, Itraconazol oder anderen Azolabkömmlingen oder mit Makrolidantibiotika wie Erythromycin, Josamycin und Troleandomycin einnehmen (siehe auch Wechselwirkungen). **Nebenwirkungen:** Seltene Kopfschmerzen oder leichte Störungen im Magen-Darm-Trakt (z. B. Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall), sehr selten allergische Hautreaktionen (Juckreiz, Rötung, Nesselsucht, auch in Zusammenhang mit Sonnenlicht Überempfindlichkeit). **Hinweis:** Obwohl sich in kontrollierten klinischen Untersuchungen kein Hinweis darauf fand, daß Terfenadin müde macht, ist jedoch zu beachten, daß im Ablauf des Krankheitsgeschehens in Einzelfällen Beschwerden wie Abgeschlagenheit, Mattigkeit, Erschöpfung, Schwäche- oder Schwindelgefühl, Schlafstörungen sowie Alpträume auftreten können, die auch zum Krankheitsbild gehören können und nicht durch eine direkte Wirkung des Medikaments bedingt sein müssen. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Bei gleichzeitiger Einnahme mit Ketoconazol, Itraconazol oder einigen Makrolidantibiotika (wie Erythromycin, Josamycin und Troleandomycin) kann es, wie auch bei Einnahme trotz schwerer Leberfunktionsstörungen, zu einer Verzögerung der Ausscheidung kommen, die in Einzelfällen zu zum Teil schwerwiegenden Herzrhythmusstörungen führen kann (siehe auch Gegenanzeigen). **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Die Dosierung richtet sich nach Alter, Körpergewicht und Krankheitsbild des Patienten. Die empfohlene Tagesdosis von Terfenadin liegt bei 1,5 bis 2,2 mg/kg Körpergewicht. Dosierungsempfehlungen: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren: Morgens und abends jeweils 1 Tablette oder nur morgens 2 Tabletten. Kinder von 9 bis 12 Jahren Morgens 1/2 bis 1 Tablette und abends 1/2 Tablette. Kinder von 6 bis 9 Jahren Morgens und abends jeweils 1/2 Tablette. Die Tabletten sollten unzerkaut mit reichlich Flüssigkeit nach den Mahlzeiten eingenommen werden. (Stand: Januar 1994)

Dr. Mann Pharma, 13581 Berlin

land. Während in den neuen Ländern ein Rückgang von fast einem Prozent zu verzeichnen war, lag der Zugang in den alten Ländern bei 0,6 Prozent. Wenn insgesamt kaum eine Bewegung zu verzeichnen war, so ist der Brutto-Zugang vollends durch Abgänge saldiert worden.

Wie bereits in den Vorjahren ist der Anteil der Ärztinnen unter den Klinikärzten nur geringfügig gestiegen. Er lag in den alten Bundesländern bei 32,2 Prozent, in den neuen Ländern bei 45 Prozent und im Bundesgebiet insgesamt bei 34,7 Prozent (1992: 34,2 Prozent).

Traditionell ist bei den Klinikärztinnen und -ärzten die Altersstruktur im Vergleich zu den niedergelassenen Ärzten günstiger. Die stärkste Gruppe ist die der unter 34jährigen mit 45,6 Prozent. Dort war ein Zugang von rund 700 Ärztinnen und Ärzten zu verzeichnen. Die Gruppe der 35- bis 40jährigen stellt einen Anteil von 19 Prozent dar, wohingegen die Gruppe der 50- bis 60jährigen etwa ein Drittel aller im Krankenhaus beschäftigten Ärzte repräsentiert.

Die Veränderungen im Bereich der niedergelassenen Ärzte sind vor allem durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 1. Januar 1993 und die damit geänderte Zulassungsverordnung geprägt. So ist die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte 1993 um 9,5 Prozent gewachsen. Dies entspricht 9 309 Ärztinnen und Ärzten (8 324 in den alten und 985 in den neuen Bundesländern). Der Bruttuzugang von mehr als 11 000 Ärztinnen und Ärzten im Jahr 1993 ist der höchste überhaupt in der Bundesrepublik Deutschland. Von dem Bruttuzugang entfallen rund 9 800 auf die westlichen Länder, der Rest auf die neuen Bundesländer.

Die Gruppe der 40- bis 49jährigen und der 50- bis 59jährigen stellen wie bisher schon rund 70 Prozent an der Gesamtzahl der niedergelassenen Ärzte im Bundesgebiet.

Besonders hat die Zahl der Chirurgen zugenommen, und zwar um 15,1 Prozent, gefolgt von den Ärztinnen und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung (+ 14,2 Prozent), den Orthopäden (+ 11,9 Prozent), den

Hautärzten (+ 10,2 Prozent), den Nervenärzten (+ 9,6 Prozent), den Frauenärzten (+ 9,5 Prozent) und den Augenärzten (+ 8,1 Prozent). Auch die Allgemeinärzte verzeichneten mit + 7,1 Prozent einen relativ hohen Zugang, jedoch maßgeblich durch Umschreibungen bedingt. Der Anteil der Ärztinnen unter den niedergelassenen Vertragsärzten hat sich nur geringfügig erhöht, nämlich von 29,7 auf 31 Prozent.

Im Bereich „Ärzte in Behörden, Körperschaften und sonstigen Bereichen“ war erstmals seit mehr als 10 Jahren ein Rückgang von fast 6 Pro-

zent zu verzeichnen (-1 700 Ärztinnen und Ärzte). Bei Behörden ging die Zahl der berufstätigen Ärzte um 2 Prozent zurück, in den „sonstigen Bereichen“ um fast 8 Prozent.

Die Zahl der in der Bundesrepublik Deutschland tätigen ausländischen Ärzte liegt jetzt bei 10 986 (-4,9 Prozent, das entspricht rund 560 Ärztinnen und Ärzten weniger gegenüber 1992). Davon entfallen 5 521 auf den Krankenhaussektor, 2 835 auf den Bereich niedergelassene Arztpraxen und 2 630 auf sonstige/nichtärztliche Bereiche.

Dr. Harald Clade

## Zentraleuropäische Konferenz des Ärztinnenverbandes

# Osteuropäische Kolleginnen werden wieder integriert

Große Fortschritte konnten bei der Integration der osteuropäischen Kolleginnen in den Internationalen Ärztinnenverband erzielt werden. Das war das wichtigste Ergebnis der ersten Zentraleuropäischen Konferenz der Medical Women's International Association (MWIA), die im September in Lübeck stattfand – in Verbindung mit dem XXIII. Wissenschaftlichen Kongreß des Deutschen Ärztinnenbundes zum Thema „Mamma-Carcinom“.

### Mitglieder aus 69 Nationen

Als erster Internationaler Ärzteverband wurde die Medical Women's International Association 1919 in New York von Ärztinnen gegründet, die im Ersten Weltkrieg im ehrenamtlichen Einsatz gewesen waren. Die Zielsetzung ist seither:

① Die Förderung der freundschaftlichen Verständigung und der beruflichen Zusammenarbeit.

② Die Diskussion von Themen zur umfassenden Gesundheit der Menschheit und der globalen Gesundheitspolitik auf internationalen Konferenzen.

Die unterschiedlichen kulturellen und medizinischen Erfahrungen gewährleisten einen regen Erfahrungsaustausch. Mitglieder der MWIA bringen die Erfahrungen und Erkenntnisse, die durch die internationale Zusammenarbeit gewonnen werden, in die Arbeit mit Organisationen wie dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein. Aufgrund des Status einer Nicht-Regierungs-Organisation, die Kategorie-II-Status beim Wirtschafts- und Sozialausschuß der UNO besitzt, ist es der MWIA möglich, auch auf dieser Ebene tätig zu sein. Der MWIA gehören inzwischen 43 nationale Verbände und Ärztinnen als Einzelmitglieder aus 26 weiteren Nationen an.

Bereits 1924 schloß sich der gerade gegründete Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) der MWIA an und ist seither aktives Mitglied, mit Unterbrechung während des Nationalsozialismus: Die Ärztinnen hatten sich geweigert, ihre jüdischen Kolleginnen auszuschließen, deshalb wurde der DÄB 1936 in Deutschland offiziell aufgelöst.

Ärztinnenverbände osteuropäischer Länder waren aufgrund der po-