

Dabei spielt die ärztliche Situation in den ländlichen Gebieten und in den Stadtrandzonen eine besondere Rolle. Die zuständigen ärztlichen Gremien haben wiederholt darauf hingewiesen, der „ärztlichen Landflucht“ mit systemkonformen Mitteln wie beispielsweise Umsatzgarantien, der Gründung von Apparategemeinschaften und der großzügigen finanziellen Förderung zur Errichtung von Ärztehäusern Einhalt zu gebieten. Der Arzt auf dem Lande wiederum kann in seinem beruflichen Auftrag jedoch nur dann Befriedigung finden, wenn ihm die exakten und notwendigen modernen diagnostischen Möglichkeiten etwa in einem ähnlichen Umfang geboten werden wie den Kollegen, die in Krankenhäusern oder gut ausgestatteten Facharztpraxen oder Gruppenpraxen eine „umfassende Diagnostik betreiben können.

Der Trend zur ärztlichen Kooperation

Kein ehrgeiziger Krankenhausarzt wird seine Tätigkeit auf dem Lande „herabsetzen“ wollen, wenn er nur über Diagnostik und Therapie der dreißiger Jahre verfügen kann, zumal er diese ja überhaupt nicht gelernt hat! Oder er muß Riesensummen investieren, deren Amortisation ein höchst zweifelhaftes Unterfangen ist. Ohne Dirigismus ergab sich die Notwendigkeit zur Schaffung von Zielvorstellungen, die auf eine enge Kooperation hinführten. So entstanden sogenannte ärztliche Apparategemeinschaften vorwiegend zur Ermittlung von Befunden, auf die sich jeder ärztliche Partner verlassen kann, sei er nun am Krankenhaus oder in freier Praxis tätig. Sicher ist, daß sogenannte Diagnosezentren oder medizinisch-technische Zentren (MTZ) wie sie beispielsweise von den Gewerkschaften und bestimmten Kreisen innerhalb der SPD propagiert werden, hiermit nicht gemeint sein können, denn nur *der behandelnde Arzt* kann die Diagnose und Therapie für seinen Patienten in der Hand haben, nicht aber ein *anony-*

mes Zentrum, das den Kranken kaum einmal zu Gesicht bekommt. Bedauerlicherweise haben Berufspolitiker Befürchtungen hochgespielt, damit könnte den Krankenhäusern der Weg zur ambulanten Versorgung geebnet werden. Der Ärzteschaft wurde in der Vergangenheit der Mut zur Kooperation und Zusammenarbeit in Gemeinschaftspraxen dadurch genommen, daß man durchsickern ließ, bestehende Verträge mit den Krankenkassen würden eine Bezahlung derartiger gemeinschaftlich erbrachter Leistungen nicht zulassen. Wenn auch der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Professor Dr. med. Josef Stockhausen, ausdrücklich klärte: „Selbstverständlich werden die im Rahmen des Kassenarztrechtes und der kassenärztlichen Zulassung in Gruppenpraxen erbrachten Leistungen honoriert“, so schwelt das heimlich geschürte Feuer immer noch weiter, wenn auch zusätzlich aus berufenem Munde zu vernehmen war: „Schließen Sie sich doch zusammen, dann gibt es keine Stelle, die den Zusammenschluß genehmigen, und keine, die ihn verbieten kann.“

Modell einer Gemeinschaftspraxis

Einen Weg der ärztlichen Kooperation in einer Gemeinschaftspraxis bzw. einer Apparategemeinschaft habe ich mit meinen ärztlichen Kollegen Dr. med. Norbert Seidel und Professor Dr. med. Jan-Gerrit Rausch-Stroomann in Bad Salzungen bzw. Lemgo besprochen. Unsere Gemeinschaftspraxis befindet sich in einem Ärztehaus, welches unter einem Dach Arztpraxen verschiedener Richtungen beherbergt, wobei die Ärzte ihre Räume einzeln käuflich erworben haben und beim Bau des Hauses individuell planen konnten. Die Kranken gehen hier zu „ihrem“ Arzt. Im Notfall finden sie jedoch immer einen der Ärzte nach einem geregelten Plan dienstbereit. Diese Gemeinschaftspraxis ist durchgehend von 8 bis 19 Uhr geöffnet, also auch in den Mittagsstunden. Das ärztliche Hilfs-

personal hat Schichtdienst. Die Ärzte sind im Wechsel von 8 bis 13 Uhr oder von 13 bis 19 Uhr tätig. In der „freien“ Zeit steht der Arzt für Hausbesuche zur Verfügung. Daneben kommt das Literaturstudium nicht zu kurz. Der Kranke hat ein Recht auf Behandlung durch ausgeruhte Ärzte, die auch Zeit für ihn haben.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, was die Zeitschrift „Das Krankenhaus“ kürzlich zu berichten wußte. Sie teilte mit, „daß viele Krankenhäuser, besonders die kleineren und mittleren Anstalten, personell und apparativ vor dem Ruin stehen“. Sie sind weder zahlenmäßig noch qualitativ in der Lage, den ärztlich ansteigenden berechtigten Ansprüchen beispielsweise auf dem Laborsektor Genüge zu tun. Auch die Ärzte haben in ihrer Praxis auf dem Apparatemedizinsektor immer größere Probleme, denn die Labormethoden in Handarbeit werden von Automaten mit einer nahezu perfekten Qualitätskontrolle übertroffen. Daher bietet sich unseres Erachtens eine enge Kooperation zwischen Krankenhaus und freier niedergelassener Ärzteschaft hinsichtlich der Ausnutzung der apparativen Einrichtungen an. In der von uns praktizierten ärztlichen Apparategemeinschaft Lemgo-Lippe findet ein ständiger Gedankenaustausch zwischen Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten statt. Übrigens sind die Ärzte Träger der Apparategemeinschaft, sie sind Mieter oder Besitzer der Räume und Geräte, die bei Neuentwicklungen immer den modernsten Gesichtspunkten angepaßt werden können, und beschäftigen gemeinsam das Personal. Die Nonprofit-Gesellschaft in Form einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts erzielt keine Gewinne, die erbrachten Leistungen entsprechen der Leistung im Labor des Einzelarztes oder des Krankenhauses. Leistungen werden schnell und rationell erbracht. Die Kranken haben dadurch den Vorzug, nicht in ein Krankenhaus zu müssen, sondern beim Hausarzt behandelt zu werden. ▷

Kooperation mit dem Krankenhaus

Das Procedere sieht so aus: Der Arzt nimmt beispielsweise seinen kranken Patienten in seiner Praxis eine geringe Menge Blut mit Spezialspritzen ab und schickt dieses in die Zentrale. Die Befunde erhält er schnell zurück. So wird eine profilierte ärztliche Behandlung ermöglicht. Dem ärztlichen Berufsstand drohen damit keine Gefahren, denn es wird nicht mehr und nicht weniger getan als bisher in der Praxis. Lediglich ersetzt man, wo immer dies möglich ist, die Handarbeit durch einen zuverlässigen Laborautomaten, und das alles in gemeinsamer Planung und Abstimmung der Ärzteschaft mit „ihren“ Krankenhäusern.

Unser Modell ließe sich nach einer Zukunftsprojektion in etwa so ausbauen: Errichtung einer ärztlichen Leitstelle mit Rund-um-die-Uhr-Besetzung, möglichst unter Benutzung einer gemeinsamen Telefonzentrale in der Leitstelle. Von hier aus erreichen Hausarzt und Kranke alle notwendigen ärztlichen Dienste nach einem genau erarbeiteten Plan. Hier sind im Plan die Träger ausdrücklich so ausgewiesen, daß die Ärzteschaft weder einen Dirigismus noch ein Privileg des Krankenhauses zu erwarten haben wird. Als ergänzende und flankierende Maßnahme wäre zu überlegen, wie man die in unserem Land tätigen ausländischen Kollegen in das System der kasienärztlichen Versorgung einbeziehen kann, beispielsweise in einer speziellen Ausländerpraxis, in der unter deutscher Leitung und unter Berücksichtigung der Muttersprache und Gewohnheiten der Patienten ausländische Ärzte mit deutschen Kollegen zusammenarbeiten und ihre Landsleute betreuen.

Literatur beim Verfasser

4902 Bad Salzuflen 1
Am Schliepensteiner Tor

Weltrekorde in Staroperationen

Ein Besuch in südindischen Augenlagern

Professor Dr. med. W. Leydhecker

Aus der Universitäts-Augenklinik Würzburg
(Direktor Prof. Dr. W. Leydhecker)

In Deutschland hatte ich nur recht verschwommene Vorstellungen davon, was ein Eye Camp, ein „Augenlager“ ist. Ich wußte, daß es in Indien Hilfslazarette gibt, die je nach Bedarf eingerichtet werden, um der Unzahl von Kataraktpatienten zu helfen. Ein indischer Kollege besuchte 1972 die Würzburger Augenklinik und zeigte einen Film aus einem dieser Lager. Wegen meiner früheren Erfahrungen mit Glaukom-Reihenuntersuchungen schlug er mir vor, Augenlager zu besuchen, eigene Operationsmethoden zu zeigen und möglichst auch einen Rat zur Organisation zu geben. Ich entschloß mich rasch und fuhr in den Weihnachtsferien 1972 nach Indien, genauer: nach Madurai südlich von Madras, Südindien.

Die Hautfarbe der Menschen ist hier dunkler als in Nordindien, meist kaffeebraun. Die Bevölkerung spricht Tamil. Mit Englisch kann man sich aber überall verständigen, obgleich für uns das Verstehen des mit Tamil-Akzent gesprochenen Englisch nicht leicht ist.

Wir fahren im Pkw eines Kollegen, der für mehrere Lager zuständig ist, von Madurai aus nach Süden. Es ist Weihnachten, aber davon spüren wir wenig. Der Winter ist hier so heiß wie zu Hause der Juni.

Unsere unzumutbaren, mit Kunstfasern versehenen Sommerhosen kleben uns bald am Körper.

Die Fahrt auf der schlechten Straße strengt an. Die Breite der Asphaltdecke reicht gerade für einen Pkw. Begegnen sich zwei Fahrzeuge, müssen sie beide auf die unbefestigten Bankette ausweichen, in deren Sand sich wie seit Jahrhunderten der Verkehr meist barfuß abspielt. Aber auch auf der Straße selbst drängt sich alles, was zwei oder vier Beine, zwei oder vier Räder hat: Wasserbüffel, Esel, Kühe, Schafe, Ziegen, Radfahrer, Fußgänger, Omnibusse, Lastkraftwagen und Ochsenkarren. Die Straße ist wellig und vielfach gewunden. Man fährt unter dauerndem Hupen mit 60 Stundenkilometer, wenn sie ausnahmsweise frei ist, in seltenen Glücksmomenten mit 80 Stundenkilometer, sonst mit 40 bis 20 oder im Tempo der Wasserbüffel. Tagesleistungen von über 200 Kilometer sind für uns auch dann ermüdend, wenn ein Fahrer zur Verfügung steht, der die psychologischen Reaktionen der Vierbeiner oder der Busfahrer besser voraussieht als wir.

Unterwegs lernen wir von unserem Begleiter weitere Einzelheiten über die Notwendigkeit der Augenlager: