

anthroposophischen Praxisfelder von der Freien Waldorfschule bis zum Gemeinnützigem Gemeinschaftskrankenhaus. Mit einem Glauben läßt sich indes nicht wahrhaft diskutieren. Doch von Menschen, mit denen man nicht diskutieren kann, vermag man manchmal etwas zu lernen. Könnte es nicht sein, daß das anachronistische Schauspiel der anthroposophischen Heilkunde indirekt anzeigt, wo im ärztlichen Handeln heute Versäumnisse liegen?

#### Literatur

Bott, Victor: Anthroposophische Medizin. Heidelberg 1982; Bühler, Walther/Wolff, Otto: Anthroposophische Medizin und ihre Heilmittel. 3. Aufl. Bad Liebenzell 1986; Cassirer, Ernst: Philosophie der symbolischen Formen. Zweiter Teil: Das mythische Denken. 7. Aufl. Darmstadt 1977; Daems, Willem F.: Heilmittel nach dem Maß des Menschen. Weleda Almanach 16 (1984), S. 26 ff.; Hartmann, Otto Julius: Menschenkunde. Die Physiognomie der Lebenserscheinungen als Grundlage einer erweiterten Medizin. Frankfurt a. M. 1941; Husemann, Friedrich: Das Bild des Menschen als Grundlage der Heilkunst. Entwurf einer geisteswissenschaftlich orientierten Medizin. I. Bd. Stuttgart 1951; Jaspers, Karl: Allgemeine Psychopathologie. Neunte, unveränderte Aufl. Berlin/Heidelberg/New York 1973; Jaspers, Karl: Wahrheit und Bewährung. Philosophieren für die Praxis. München/Zürich 1983; Leroi, Alexandre: Der Krebs als Krankheit unserer Zeit. Weleda-Nachrichten 36 (1954) S. 2 ff.; Leroi, Rita/Bühler, Walther/Werner, Hans: Krebs – die Krankheit unserer Zeit. Ursachen – Vorbeugung – Behandlung. 7. Aufl. Bad Liebenzell 1986; Lorenz, Friedrich: Den Mensch als Menschen sehen – Die Erweiterung des Heilwesens, in: Kurt E. Becker/Hans-Peter Schreiner (Hrsg.): Rudolf Steiner – Praktizierte Anthroposophie, Frankfurt a. M. 1983, S. 87 ff.; Steiner, Rudolf: Über Erziehungsfragen (1906), ebd., S. 57 ff.; Steiner, Rudolf: Die Geheimwissenschaft im Umriss (1910). Ausgewählte Werke Band 5. Frankfurt a. M. 1985; Steiner, Rudolf: Anthroposophische Leitsätze (1924/1925) Gesamtausgabe Bd. 26. Dornach 1976; Treichler, Rudolf: Die Entwicklung der Seele im Lebenslauf. Stufen, Störungen und Erkrankungen des Seelenlebens. Stuttgart 1981; Ullrich, Heiner: Waldorfpädagogik und okkulte Weltanschauung. Weinheim/München 1986; Wolff, Otto: Die Mistel in der Krebsbehandlung. Weleda-Nachrichten 149 (1983), S. 10 ff.

#### Anschrift des Verfassers:

Dr. Heiner Ullrich  
Pädagogisches Institut  
Johannes-Gutenberg-Universität  
Postfach 39 80  
6500 Mainz

# Praxiskliniken

## Ein Modell der gebietsärztlichen Verzahnung

Seit ihrer Etablierung und modelltheoretischen Konzeptionierung Anfang der siebziger Jahre (Ernst Fromm; Karl Jeute u. a., 1973) haben sich praxisklinische Einrichtungen als ein besonders kostensparendes Modell der ambulant-stationären Versorgung und der konzentrierten gebietsärztlichen Versorgung bewährt. Die erste Praxisklinik in Deutschland ist 1970 in Osnabrück nach US-amerikanischem Vorbild durch den Radiologen Dr. med. Hartmut Krukemeyer erbaut worden, eine Modelleinrichtung, die im Jahr 1978 in der eröffneten Praxisklinik in der Hamburger Südstadt Mümmelmansberg einen „Nachahmer“ fand.

Inzwischen haben drei Gutachten, die im Auftrag des Bundesarbeitsministeriums von unabhängigen Instituten durchgeführt worden sind (für die Praxiskliniken Osnabrück, Mümmelmansberg und Bad Ems), das funktional-organisatorische und ökonomische wie medizinische Konzept durchleuchtet. Synoptische Darstellungen lassen die Vor- und

Nachteile gegenüber dem Anstaltskrankenhaus und dem Belegarztsystem erkennen.

► Das praxisklinische System ist, was die Verweildauer und die Fallkosten betrifft, gegenüber dem Anstaltskrankenhaus und den Belegkliniken überlegen. Es ist ein gangbarer Weg zur interdisziplinären Kooperation und Verzahnung, zur durchgängigen Patientenversorgung im ambulanten und im stationären Sektor.

In Praxiskliniken sind in der Regel mehrere selbständige Facharztpraxen freiberuflich tätiger Gebietsärzte unter einem Dach untergebracht. Sie sind dort sowohl ambulant als auch in einer praxisanhängigen Klinik-Belegabteilung stationär tätig. Der Klinikteil wird nach den Bestimmungen der öffentlichen Finanzierungsförderung und nach Maßgabe des Landeskrankenhausplanes finanziell gefördert. Die vertraglichen Abmachungen über die Vorhaltung der Spezialitäten schließt der Praxisklinikträger mit den Krankenkassen beziehungsweise

**Tabelle 1: Vergleich der Praxisklinik mit traditionellem Versorgungs- und Belegarztsystem**

Versorgungsbereich   -system	Praxisklinik	Traditionelles System	Belegarztsystem
ambulanter Bereich	niedergelassene Kassenärzte der verschiedenen Fachrichtungen behandeln <i>am gleichen Ort</i>	niedergelassene Kassenärzte der verschiedenen Fachrichtungen behandeln an <i>verschiedenen Orten</i>	wie im traditionellen System
ambulant-stationäre Verzahnung	ambulante und stationäre Behandlung der Patienten innerhalb einer Fachrichtung durch den <i>gleichen Arzt am gleichen Ort</i>	ambulante und stationäre Behandlung der Patienten innerhalb einer Fachrichtung durch <i>verschiedene Ärzte an verschiedenen Orten</i>	ambulante und stationäre Behandlung der Patienten innerhalb einer Fachrichtung durch den <i>gleichen Arzt an verschiedenen Orten</i>
stationärer Bereich	<i>niedergelassene Kassenärzte</i> der verschiedenen Fachrichtungen behandeln in einer <i>Belegklinik</i>	<i>angestellte Ärzte</i> der verschiedenen Fachrichtungen behandeln in einem <i>Krankenhaus</i>	wie bei der Praxisklinik

Quelle für Tabellen 1 und 2: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Analyse der Wirkungen von Praxiskliniken am Beispiel der Praxisklinik Bad Ems; Bonn, April 1984

se deren Verbänden und in Übereinstimmung mit der Landesaufsichtsbehörde.

Die fachgebietliche ambulante ärztliche Versorgung ist in die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden, so daß sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich der Praxisklinik die Planungsrichtwerte, die Auflagen der Aufsichtsbehörden sowie die vertraglichen Abmachungen mit den Krankenkassen beachtet werden müssen.

Als besonderes Kennzeichen von Praxiskliniken und markanter Unterschied zum *traditionellen* Krankenhaussystem sind zwei Merkmale hervorzuheben:

▷ Die räumliche Zentralisierung der Fachrichtungen und die horizontale Konzentration der Leistungserstellung sind im ambulanten Bereich der Praxisklinik höher als im ambulanten Bereich des traditionellen Systems.

▷ Die räumliche Verzahnung und horizontale Konzentration zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist bei der Praxisklinik höher als im traditionellen System.

Daraus resultieren laut Gutachten des Bundesarbeitsministeriums folgende organisatorische und finanzielle Vorteile der Praxisklinik gegenüber dem traditionellen System:

▷ Die personelle Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich ist bei der Praxisklinik stärker als beim Anstaltskrankenhaus. Hinzu kommt: Die freiberuflich tätigen Kassen-Gebietsärzte sind in der Gestaltung der ambulant-stationären Leistungs- und Versorgungsstruktur in der Praxisklinik relativ frei, jedenfalls freier als im traditionellen hierarchisch strukturierten Krankenhaussystem mit überwiegend festangestellten und festbesetzten Klinikärzten (mit in der Regel begrenzter privatärztlicher Nebentätigkeit).

Infolge des Freiberuflerstatus des Praxisklinikerarztes (er tritt gegenüber dem Praxisklinikeigentümer und ärztlichen Direktor in der Regel als *Mieter* in vertragliche Beziehungen) ist die wirtschaftliche Motivation, die Kosten der stationären ärztlichen Behandlung zu senken,

**Tabelle 2: Stationäre Betriebskosten der Praxisklinik Bad Ems und verschiedener Krankenhausgruppen (Basis 1981)\*)**

Krankenhaus-Krankenhausgruppe	PKE		Ø BdO-Gruppe 16 Bund		Ø BdO-Gruppe 10 Bund		Ø BdO-Gruppe 07 Bund	
	DM pro Berechnungstag	in Prozent	DM pro Berechnungstag	in Prozent	DM pro Berechnungstag	in Prozent	DM pro Berechnungstag	in Prozent
I. Personalkosten ohne ärztlichen Dienst	100,99	63,9	80,56	67,2	106,29	62,8	111,61	61,5
II. Sachkosten	57,13	36,1	35,84	29,9	57,73	34,2	64,50	35,5
III. Pauschale für Instandhaltung und Instandsetzung	-	-	2,97	2,5	4,19	2,5	4,10	2,3
IV. Zinsen für Betriebsmittelkredite	-	-	0,43	0,4	0,92	0,5	1,34	0,7
V. Gesamtkosten (ohne ärztlichen Dienst)	158,12	100	119,81	100	169,14	100	181,55	100

\*) Selbstkostenblatt der Praxisklinik Bad Ems (PKE) und BdO-Gruppenauswertung

bei der Praxisklinik tendenziell höher und effektiver als im traditionellen System. Andererseits können sich infolge der freiberuflichen Tätigkeit von Praxisklinikärzten Tendenzen ergeben, den Umsatz im Rahmen der stationären Behandlung auszuweiten und damit die gesamtwirtschaftlichen Kosten und die Kosten für das Versorgungssystem insgesamt zu erhöhen.

Ursprünglich ist von Skeptikern des praxisklinischen Systems auf die Möglichkeiten einer verstärkten Selbsteinweisung durch Praxisklinikärzte hingewiesen worden. Dies ist beispielsweise in der Paracelsusklinik Bad Ems nur in einigen Fachgebieten und lediglich in der Startphase bestätigt worden. Inzwischen hat sich das Versorgungssystem stabilisiert; die ursprünglich mit der Gründungsphase zusammenhängenden „Störeffekte“ sind inzwischen ausgeschaltet worden.

Die heute üblichen drastischen Einschränkungen bei der Ermächtigung beziehungsweise Beteiligung von leitenden Krankenhausärzten im Rahmen der kassenärztlichen ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen treffen den Praxis-Klinikerarzt nicht.

Für den Kostenträger ergibt sich eine intensivere Nutzung der Krankenhauskapazitäten – bei einer in den Modellkliniken erwiesenen besseren Auslastung der Geräte und des Apparateparks. Wegen des tendenziellen Wegfalls von Doppelun-

tersuchungen und -analysen im ambulanten/stationären Grenzbereich entstehen den Krankenkassen auch dadurch Einsparungen, daß die Verweildauer reduziert wird – bei entsprechend geringeren Fallkosten. Zudem sind die kassenärztlich tätigen Praxis-Klinikärzte in das kassenärztliche System kennzeichnende Wirtschaftlichkeitsgebot nach Maßgabe der Reichsversicherungsordnung (RVO) eingebunden.

► Für den Patienten ergibt sich gegenüber dem traditionellen System der Vorteil einer durchgängigen Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich des ein und desselben frei gewählten Gebietsarztes. Durch die doppelte und mehrfache Besetzung mit kompetenten Gebietsärzten, die hohe Facharztdichte und einem professionell geführten Verwaltungsbetrieb (Management und „Systemkopf“) kann die Qualität der Versorgung gegenüber alternativen Versorgungssystemen intensiviert, konsiliarisch ergänzt und qualitativ verbessert werden. Auch die vor- und nachstationäre Versorgung durch (*fertige*) Gebietsärzte ist ein weiteres „Markenzeichen“ von Praxiskliniken, wie die Gutachter in ihren empirischen Analysen betonen.

Andererseits gibt es gegenüber dem Anstaltskrankenhaus insofern Nachteile, als dort ein geregelter nachgeordneter ärztlicher Dienst über den Träger bewerkstelligt wird.

Dr. Harald Clade