





# Neun Tage im Übermorgen

**Von den “Auswege”-Camps  
zum Krankenhaus der Zukunft**

**Wer ein Therapiecamp der Stiftung Auswege  
besucht, begibt sich auf eine Zeitreise:  
Er betritt das Krankenhaus der Zukunft –  
eines, das nicht bloß effektiver hilft,  
sondern auch humaner und für alle  
Beteiligten befriedigender als jenes,  
das Patienten von der herkömmlichen  
westlichen Medizin zugemutet wird.**



**Erschöpfte Pflegekraft,  
gestresste Ärztin:  
Chronische Überforderung  
als Berufsrisiko im modernen  
Krankenhaus.**



**E**s sind Nebensächlichkeiten, die den Blick darauf verstellen. Eine Klinik ist definitionsgemäß eine Einrichtung, in der durch ärztliche, therapeutische und pflegerische Hilfeleistung gesundheitliche Schäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden. In diesem Sinne betreiben wir mit unseren Camps längst eine Klinik, und zwar eine *mobile*: In bestimmten Kalenderwochen öffnen wir sie für eine kurze Weile, betreuen Patienten vollstationär, geben am Ende den Schlüssel ab, zahlen unseren Gastgebern für Miete und Verpflegung, frei von jeglichen weiteren Verpflichtungen – und öffnen sie Wochen, Monate später andernorts erneut, immer dann, wenn sich genügend qualifizierte Helfer aus unserem Therapeuten-Netzwerk Zeit für ehrenamtlichen Einsatz nehmen können. Angenommen, diese Camps fänden irgendwann an einem festen Standort statt, sie bekämen ein ständiges Zuhause, das ganzjährig geöffnet bliebe: Was würde ihnen dann noch zu einer vollwertigen Klinik fehlen?

- In den „Auswege“-Camps findet bisher keine Diagnostik statt; das angebotene Therapiespektrum ist begrenzt; keinerlei Apparate sind vorhanden; es gibt kein Labor; Pflege, Rehabilitation, Nachsorge und Prävention fehlen. Doch all dies ließe sich eingliedern oder in enger Zusammenarbeit mit Praxen, Kliniken und Diensten in der näheren Umgebung sicherstellen.

- Bisher reisen Therapeuten für jeweils acht bis neun Tage an, anschließend kehren sie zu ihren Wohnorten zurück. Ein ständiger Klinikbetrieb müsste ihnen Unterkunft und Praxisräume bieten oder Anreize schaffen, sich in unmittelbarer Nähe niederzulassen.

- Eine Klinik verursacht Kosten, die unseren Camps erspart bleiben: für den Erwerb einer geeigneten Immobilie; für Umbau, Renovierung und Einrichtung zum vorgesehenen Zweck; für den laufenden Betrieb (Strom, Wasser, Heizung; Versicherungen, Steuern und Abgaben; Instandhaltung, Reparaturen); für Therapeuten, Pflegekräfte und sonstiges Personal - wie Sekretariat, Hausmeister, Gärtner, Reinigungskräfte, Küchenhelfer, Handwerker, Kinderbetreuer etc. -, von denen die meisten nicht länger ehrenamtlich mitwirken könnten, sondern auf ein ständiges Einkommen angewiesen wären.

Würden die damit verbundenen organisatorischen und Finanzierungsprobleme gelöst, so **könnten die „Auswege“-Camps ohne weiteres in eine Klinik übergehen, die herkömmlichen Krankenhäusern vieles voraus hat:**

**1** Es wäre eine *ganzheitliche* Klinik, die nicht nur manifeste Beschwerden und deren organische Ursachen beseitigen, sondern „Gesundheit“ in einem umfassenden Sinn wiederherstellen will, den die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schon 1946 in ihrer Verfassung weise definierte als einen „Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohl-

befindens“. Nicht bloß ums Kurieren ginge es hier, sondern ums *Heilen*; nicht nur um Symptomfreiheit, sondern um Heilsein.

**2** Ein Gebäude, das Beklemmungen auslöst, behindert Heilungsprozesse. Die „Auswege“-Klinik wäre ein Ort zum Wohlfühlen: draußen eine idyllische Natur fernab von städtischem Lärm und Smog, von trister Nachbarschaft, von Asphalt- und Betonwüsten; drinnen frohe Farben, organische Formen, warme Materialien, natürliches Licht, angenehme Gerüche, reichlich Bilder an den Wänden, überall Pflanzen. Denn ein ästhetisches Ambiente ist heilsam. Anstelle der gefürchteten Krankenhauskost, die der Politologe und Gesundheitsökonom Gerhard Kocher als „Form der aktiven Sterbehilfe“ verspottet<sup>1</sup>, würde schmackhaftes, möglichst vollwertiges, frisch zubereitetes Essen geboten.

**3** Sie wäre ein Ort des *Verstehens*. Damit sich Patienten dafür öffnen, was ihnen geboten wird, und bereitwillig mitwirken, müssen sie sich als Teil eines sinnvollen Ganzen begreifen können. Warum, so fragt der frühere Berliner Ärztekammerpräsident (1987-1999) und „Auswege“-Beirat Ellis Huber, „beginnt der ohnehin lange Krankenhaustag mit Wecken und Waschen im Morgengrauen, kommt das Frühstück erst Stunden später, dafür das Abendbrot weit vor der Sandmännchenzeit? Warum hat der Professor bei der Visite so wenig Zeit, und warum erklärt der junge Assistenzarzt die bevorstehende Operation im Medizinerkauderwelsch?“<sup>2</sup> Der Gesundheitsökonom Gerhard Kocher ätzt: „Frühstück um 6, Mittagessen um 11, Abendessen um 5 – wer zweifelt da noch, dass unsere Krankenhäuser der Zeit voraus sind?“<sup>3</sup>

In „Auswege“-Camps sind Abläufe und Regeln transparent, sie werden erläutert und begründet, vorab und während des Aufenthalts; immer bleiben sie auf dem Prüfstand, dem kritischen Feedback von Patienten und Mitarbeitern ausgesetzt, laufend werden sie überdacht und gegebenenfalls modifiziert. Therapien werden nicht bloß durchgeführt, sondern erklärt – einfach und anschaulich, ohne Fachchinesisch; nicht nur auf seitenlangen Infoblättern, die weniger der Auf-

**„In unserer hochtechnisierten  
Krankenhauswelt müssen wir erkennen:  
Die technische Perfektion einer  
Herzoperation löst nicht die Probleme,  
die zu Herzen gehen.“**

Dr. Ellis Huber in *Liebe statt Valium –  
Konzepte für eine neue Gesundheitsreform* (1993),  
akt. u. erw. TB-Ausgabe 1995, S. 99.



## Funktional, kalt, effizienzoptimiert: Gestaltung und Einrichtung moderner Krankenhäuser verraten viel über das Menschenbild ihrer Betreiber.



klärung des Patienten dienen als der juristischen Absicherung der Klinik, in einer Detailfülle, für deren sorgfältiges, kritisches Nachvollziehen und Überprüfen oft der gesamte Klinikaufenthalt nicht ausreichen würde.

**4** Die „Auswege“-Klinik wäre ein *Menschenhaus*, kein „Krankenhaus“: kein „Gebäude, wo Kranken im allgemeinen zwei Arten von Behandlung zuteil werden – medizinische vom Arzt und menschliche vom Personal“, wie der Satiriker Ambrose Bierce witzelte. Bei uns fühlen sich Hilfesuchende nicht auf eine Patientenrolle reduziert, in der es ausschließlich um ihre Symptome und organischen Defekte geht; sie sehen sich als Individuen angenommen, mit ihrer einmaligen Geschichte, ihren besonderen Lebensumständen, ihren Bedürfnissen, Sorgen und Ängsten. Ihnen würde Respekt zuteil. „Die Würde des Menschen ist unantastbar“, garantiert Artikel 1 des Grundgesetzes, unseres Wissens ohne den Zusatz „es sei denn, er muss ins Krankenhaus“. Unsere Therapeuten kümmern sich nicht um „die Schrumpfnierne von Zimmer 13“, sondern um eine ganze Person.

**5** Sie wäre ein Ort des *Vertrautseins*. Die Behandler bleiben keine Fremden. In vorweg zugesandten Profiltexten, in einführenden Veranstaltungen stellen sich alle Therapeuten vor, schildern ihren Lebensweg, erläutern ihre Qualifikationen und ihre Vorgehensweise, anschließend lassen sie sich darüber ausfragen. Bezugspersonen wechseln nicht unentwegt, wie im Schichtdienst üblicher Krankenhäuser, sondern bleiben Hilfesuchenden vom ersten bis zum letzten Tag erhalten. Man bekommt sie nicht nur bei offiziellen Terminen zu Gesicht; von

morgens bis abends bleiben sie Teil des Geschehens.

**6** Vertrauen braucht *Zeit*. Verhindert und zerstört wird es bei Hilfesuchenden, die schon nach durchschnittlich 15 Sekunden von ihrem Arzt unterbrochen werden, wenn sie ihre Probleme und Leidensgeschichte schildern wollen.<sup>4</sup> Deshalb sind „Auswege“-Camps Orte einer „sprechenden“ und „hörenden“ Medizin, bei der keiner ungeduldig auf die Uhr schaut.

**7** Wie in Urlaubsparadiesen, so in „Auswege“-Camps: Wenn zuviele den Zauber eines Ortes suchen, verflüchtigt er sich. Statt in riesigen Gebäuden, auf verschiedene Stockwerke und Stationen verteilt, zu Hunderten nebeneinanderher zu wohnen, werden in „Auswege“-Camps maximal zwei Dutzend Patienten und ihre Angehörigen zu moderierten *Heilgruppen* zusammengeführt, in denen sie ständig Ansprechpartner finden, die zuhören, unterhalten, trösten, ablenken, ermutigen können. Im Rahmen eines Krankenhausbetriebs derartige Kollektive zu bilden, stellt eine organisatorische Herausforderung dar, die durchaus zu bewältigen ist.

**8** Sie böte verbindende *Rituale*, die den Übergang aus/die Rückkehr in den Alltag erleichtern, Sicherheit geben und das Miteinander fördern: von Begrüßungs- und Verabschiedungszeremoniellen über gemeinsames Singen, Vorlesen, Tanzen und Spielen im täglichen „Morgenkreis“, der sich ans Frühstück anschließt, und gemeinsames Meditieren am Ende der Mittagspause bis zur abendlichen Gesprächsrunde im Anschluss an eine Filmvorführung, einen Workshop, einen Vortrag.

**9** Die „Auswege“-Klinik ließe Hilfesuchenden größtmögliche *Freiheit*. Eine stationäre Unterbringung erleben Patienten gewöhnlich als drastische Einschränkung ihrer Selbstbestimmung. Über ihre Köpfe hinweg wird festgelegt, wer was wann wo mit ihnen macht; ihnen wird vorgeschrieben, was sie zu tun und zu unterlassen haben. In unseren Camps hingegen können Therapien und Therapeuten selbst gewählt werden, auf der Grundlage eingehender Vorinformationen und erläuternder Gespräche, im Vertrauen auf den mündigen Bürger im Patienten. Termine werden nicht vom Behandler diktiert, sondern mit ihm vereinbart. Ihre freie Zeit zwischen den Terminen können Teilnehmer nach eigenem Gutdünken gestalten, sei es im Haus oder außerhalb.

**10** Sie wäre ein *systemischer* Ort, an dem Hilfesuchende nicht von ihrem vertrauten sozialen Netz abgeschnitten und isoliert betreut werden, sondern gemeinsam mit Menschen, die ihnen am nächsten stehen. Nicht nur zu festgelegten Besuchszeiten, sondern ständig sind begleitende Lebensgefährten, Kinder, Eltern willkommen, sie wohnen mit im Haus, sie werden in die Behandlung und das gesamte übrige Campgeschehen einbezogen. Ihre Angaben haben Gewicht, ihre Mitwirkung ist unverzichtbar. Auch sie werden beraten und behandelt.

**11** Sie wäre ein Ort *liebvoller Zuwendung*, an dem Helfer nicht bloß professionell unterkühlt Maßnahmen verrichten, sondern Aufmerksamkeit, Anteilnahme und Fürsorge schenken. „Das zukunftsorientierte Krankenhaus muss ein besonderes Maß an Gemeinschaftlichkeit, an Menschlichkeit und Nächstenliebe möglich machen“, betont Ellis Huber.<sup>5</sup> Pflege, das Versorgen und Betreuen Kranker und Behinderter, wäre kein minderwertiges, zweitrangiges Anhängsel der „eigentlichen“ Therapie, sondern deren integraler, unabdingbarer Bestandteil. Die menschliche Nähe, die dabei gegeben und gespürt wird, „ver-

mittelt Geborgenheit und damit etwas, aus dem man wieder Kraft schöpfen kann“, wie einer der namhaftesten Fürsprecher einer „liebvollen Medizin“ betont, Dietrich Grönemeyer, Professor für Radiologie und Mikrotherapie an der Universität Witten/Herdecke.<sup>6</sup>

**12** Sie wäre ein Ort der *dreifachen Gemeinschaft*: Hilfesuchende werden angeregt, aufeinander zuzugehen, sich füreinander zu öffnen, sich mit ihnen auszutauschen, Zeit miteinander zu verbringen, einander zuzuhören, Anteil am Schicksal des Anderen zu nehmen, mit-zuhelfen. Die Therapeuten stehen nicht besserwissend und autoritär über ihnen, sondern als freundliche, wohlwollende Wegbegleiter an ihrer Seite. Untereinander bilden die Helfer ein hierarchiefreies, von gegenseitiger Wertschätzung getragenes Team. Gegenseitiges Duzen empfindet niemand als peinlich.

**13** Sie wäre ein *sinnstiftender* Ort. Hier beginnen Hilfesuchende, in ihrer Erkrankung nicht mehr die Ungerechtigkeit eines blinden Schicksals walten zu sehen, mit dem sie verbittert hadern müssen – sondern als Chance zu innerem Wachstum zu begreifen, als Türöffner zu einem bewussteren Leben mit neuen Perspektiven.

**14** Die „Auswege“-Klinik wäre ein Ort *erfüllten Helfens*. Über Standesgrenzen hinweg fühlen sich alle Teammitglieder gleichermaßen geachtet, keiner ist wichtiger, jeder findet Gehör mit Einschätzungen, Anregungen und Kritik; unterschiedliche Erfahrungen und Kompetenzen greifen gleichwertig ineinander. Entschieden wird gemeinsam. Autorität beruht auf Kompetenz, Erfahrung und besseren Argumenten, nicht auf Positionen und akademischen Meriten. Hier gibt es keine Ober- und Unterärzte, keine Chefs und Untergebene, keine Profis über Laien. Entsprechend entspannt, harmonisch, vertrauensvoll, kooperativ ist die Arbeitsatmosphäre. Niemand muss sich überfordert fühlen: Wer Auszeiten benötigt, sieht in seinen Terminlisten Pausen vor, zieht sich für mehrere Stunden oder einen ganzen Tag zurück. Helfer können sich voll und ganz ihrer eigentlichen Aufgabe widmen: dem Dienst an Patienten; von aufwändigen Dokumentationspflichten werden sie weitgehend entlastet, von Organisationsabläufen, Verwaltungs- und Abrechnungsroutinen vollständig. „Auswege“-Camps sind frei von alledem, woran Umfragen zufolge zwei Drittel aller Klinikärzte und die Hälfte aller Pflegekräfte leiden: zuviel Bürokratie, zuwenig Entscheidungsbefugnisse, Zeitmangel, Leistungsdruck, Überforderung, schlechtes Arbeitsklima, mangelnde Anerkennung.<sup>7</sup>



**15** Es wäre ein *heiterer* Ort. Humor hilft heilen – nicht durch Fließbandproduktion von Witzen, sondern als eine Form menschlichen Verstehens und Umgehens miteinander, die dem Ernst der Lage trotzt, ohne ihn kleinzureden. Helfern wie Hilfesuchenden tut Humor im Sinne der sprichwörtlichen Begabung gut, *trotzdem* lachen zu können: der Unzulänglichkeit der Welt, der Mitmenschen und ihrer selbst, den alltäglichen Schwierigkeiten und Missgeschicken mit heiterer Gelassenheit zu begegnen.<sup>8</sup>

**16** Um einen Ort der Barmherzigkeit zu schaffen, ist kein Zeitalter zu modern. Weiterhin, wie bei all unseren Camps seit 2007, bliebe die „Auswege“-Klinik eine *karitative* Einrichtung: Wie bisher würden arme Hilfesuchende ungettlich beraten und behandelt, notfalls sogar kostenlos untergebracht und gepflegt. Leisten könnten wir uns das, wenn uns ausreichend Spenden zufließen – und weiterhin allen Mitwirkenden die Erfüllung im Helfen wichtiger ist als Einkommensmaximierung.

**Brauchen wir wirklich neuartige Krankenhäuser dieser Art?** Immerhin äußern sich 83 Prozent aller stationär Behandelten im nachhinein zufrieden mit der erlebten ärztlichen Versorgung, 82 Prozent mit der pflegerischen Betreuung, 79 Prozent mit Organisation und Service; 82 Prozent würden ihr Krankenhaus weiterempfehlen: Das ergab die Zwischenauswertung einer seit November 2011 laufenden Mammutstudie, bei der bundesweit bislang mehr als 1,5 Millionen Krankenversicherte im Anschluss an einen Klinikaufenthalt befragt worden sind.<sup>9</sup> Aber wie aussagekräftig ist solches Lob? Zufrieden ist, wessen Erwartungen erfüllt oder übertroffen werden. Weil ein Großteil der Patienten vor Krankenhausaufenthalt eher mit dem Schlimmsten rechnet, sind sie leicht zufriedenzustel-

len, wenn nicht gar angenehm zu überraschen. Die meisten erwarten von vornherein nicht mehr, als sie aus ihren bisherigen Kontakten mit dem konventionellen Medizinbetrieb zu erwarten gelernt haben: dass dort Defekte ihrer Körpermaschine festgestellt und repariert werden. Wievielen ist klar, was Heilwerden bedeutet; dass es *darauf* ankommt; was auf *dieses* Ziel hin nötig wäre?

**V**om „Krankenhaus der Zukunft“ wird indes nicht nur innerhalb der Stiftung Auswege geträumt, sondern seit längerem allorts in unserem Gesundheitswesen: allerdings nicht aus wiederentdecktem Humanismus und einer breiten Trendwende zur Ganzheitsmedizin, sondern wegen materieller Sachzwänge. Angesichts explodierender Kosten für Therapien, Techniken, Betrieb und Personal fühlen sich Kliniken im Überlebenskampf genötigt, von einem fiskalischen, aus Steuermitteln finanzierten System zum kaufmännischen überzugehen. Im Hinblick darauf gilt es Strukturen, Prozesse und Ergebnisse zu „optimieren“. Dazu verhelfen soll professionelles „Qualitätsmanagement“, das in unserem Gesundheitswesen neuerdings zum Zauberwort geworden ist. Damit Praxen und Kliniken eine bessere Medizin bieten, hat der Gesetzgeber Institute beauftragt, Ausschüsse eingerichtet, Richtlinien erlassen, Regelwerke verbindlich gemacht, das Sozialgesetzbuch angepasst, einen Zertifizierungszwang angedacht. Im Vordergrund stehen dabei Faktoren wie organisatorische Abläufe, technische Ausstattung, Aus- und Fortbildungsstand des Personals, Dokumentation, Infektions- und Hygienemanagement, Sicherheit, Brandschutz, Arbeitsschutz, Abrechnungsverhalten, Arzneimittelverbrauch, Anzahl durchgeführter Maßnahmen, Beschaf-



**Warmherzig,  
liebvoll,  
mitmenschlich:  
die „Auswege“-  
Klinik wäre ein Ort  
ganzheitlichen Heil-  
werdens und Heilens.**

fung von Equipment, Rationalisierungspotentiale, Rentabilität. Das „Krankenhaus der Zukunft“, wie es betriebswirtschaftlichen und technologischen „Optimierern“ vorschwebt, ist papierlos, erstellt, archiviert und versendet Befunde elektronisch, schafft Online-Diktiergeräte und mobile OP-Tische an, computerisiert Patientenaufnahme und Anamnese, Gebührenerfassung und die Verarbeitung von Versicherungsansprüchen, „plant“ im voraus sogar „die Anzahl notwendiger Arzt/Patienten-Kontakte“<sup>10</sup>, führt Labor- und Radiologieinformationssysteme ein, setzt auf „Mobile Computing“ und „Hospital Engineering“. Anschließend müssen nur noch der Patient sowie das Klinikpersonal „optimiert“ werden, damit sie derart zu rechtgemangte Qualität tatsächlich als hilfreich und heilsam empfinden, sich freudig einfügen und „Optimiertes“ als optimal zu würdigen wissen. In einem derart reformierten Gesundheitswesen ist der Behandler umso besser, je effizienter er immer bessere Maschinen und Software einzusetzen versteht – und der Hilfesuchende umso willkommener, je anspruchloser er anstelle echter Fürsorge eine oberflächliche Kundenorientiertheit goutiert, die ihn zum Konsumenten, seine Gesundheit zur Handelsware macht.

Kein „alternativer“ Außenseiter, sondern der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, lässt keine Gelegenheit aus, diese Fehlentwicklungen anzuprangern: „Die Ökonomisierung schreitet ungebrochen voran. Daraus wird ein gefährlicher Trend“, warnte er bei der Eröffnung des 116. Deutschen Ärztetags im Mai 2013 in Hannover. „Im Krankenhaus bekommt die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einen höheren Stellenwert als die medizinische Leistungsfähigkeit, die Qualität der Patientenversorgung und die Humanität in der Daseinsvorsorge für die uns anvertrauten Patienten.“<sup>11</sup>

Eine unzweifelhaft optimale Goldgrube stellt diese Art von Gesundheitsreform indes für Unternehmensberater, IT-Dienstleister, Softwareentwickler und Zertifizierer dar, weshalb die von der Bundesregierung im Koalitionsvertrag vom November 2013 ausgerufene „Qualitätsoffensive“<sup>12</sup> in erster Linie von Akteuren vorangetrieben und dominiert wird, deren geschäftliche Interessen sie maximal befriedigt – von finanziellen Nutznießern der „Optimierungsrevolution“.<sup>13</sup> Unter ihrer *opinion leadership* haben sich Prioritäten grotesk verschoben. Von den Betroffenen ausgehend, hätte „Ergebnisqualität“ unbedingt Vorrang: Welche Art von Klinik macht Patienten am ehesten wieder gesund – und schafft jenen, die dabei helfen, möglichst befriedigende, erfüllende Arbeitsbedin-

## „Das Gesundheitswesen ist mehr als ein Wirtschaftszweig!“

Aus einer EntschlieÙung des 105. Deutschen Ärztetags im Mai 2002 in Rostock:

„Patienten werden degradiert zu Objekten wirtschaftlicher Ausbeutung. Parallel hierzu werden noch mehr als bisher nur abrechenbare technische Leistungen den Wert der ärztlichen Tätigkeit bestimmen. (...) Da die politisch gestaltenden Kräfte in diesem Land, insbesondere die im Bundestag vertretenen Parteien, sich in ihren gesundheitspolitischen Programmen inzwischen grundsätzlich kaum noch unterscheiden und insbesondere in wesentlichen Punkten alle auf eine ökonomische Effizienzsteigerung aller Institutionen im Gesundheitswesen als Allheilmittel festgelegt haben, ist die öffentliche Debatte über die zukünftige Entwicklung unseres Gesundheitswesens in eine gefährliche Schiefelage geraten.“<sup>15</sup>

gungen? Einer humanen Krankenhausreform hätte eine Kulturreform vorausgehen, die Veränderungen von den beteiligten Menschen her denkt und plant: Was ist zu tun, damit es ihnen besser geht? Vor allem *darauÙhin* müssten Strukturen und Prozesse optimiert werden. Die Propagandisten der „Optimierung“ hingegen treibt die Frage um: Wie bringen wir Heilungsuchende und Heilende dazu, Strukturen und Prozesse optimal zu finden, die es aus betriebswirtschaftlicher und technologischer Sicht

sind – sowie politische Entscheider und Klinikbetreiber dazu, hierfür teuer zu bezahlen?

Dabei wäre, worauf es bei medizinischer Qualität eigentlich und zuallererst ankommt, mühelos feststellbar: durch Besuche in unseren Therapiecampus. „Qualitätsmanager“ sind dort nicht anzutreffen, reichlich Qualität hingegen durchaus.

(HW)

### Anmerkungen

1 Gerhard Kocher: *Vorsicht, Medizin! 1555 Aphorismen und Denkanstöße*, Bern, 3. Aufl. 2006.

2 Ellis Huber: *Liebe statt Valium – Konzepte für eine neue Gesundheitsreform*, München 1993, akt. u. erw. Taschenbuchausgabe 1995, S. 91 f.

3 in *Vorsicht, Medizin!*, a.a.O.

4 Nach *Journal of the American Medical Association* 298/2007, S. 993.

5 In einem Interview mit *Weleda Nachrichten* 216/1999, S. 6 ff.: „Das Krankenhaus der Zukunft – Vom Überlebensraum zum Lebensraum“, dort S. 11.

6 In seinem Beitrag „Eine liebevolle Medizin ist keine Utopie“, in Arnulf Thiede/Heinz-Jochen Gassel (Hrsg.): *Krankenhaus der Zukunft*, Heidelberg 2006, S. 81-87, dort S. 82.

7 Katharina Janus/Volker E. Amelung u.a.: „German physicians ‚on strike‘ - Shedding light on the roots of physician dissatisfaction“, *Health Policy* 82 (3) 2007, S. 357-365; Werner Schweidtmann: „Berufszufriedenheit und Identität bei Ärzten und Pflegepersonal im Krankenhaus“, *Prävention* 21 (4) 1998, S. 120-123; F. W. Schwartz/P. Angerer (Hrsg.): *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen*, Köln 2010; Bettina Dilcher/Lutz Hammerschlag (Hrsg.): *Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit*, 2. Aufl. Wiesbaden 2013.

8 So definiert der *Duden: Das Herkunftswörterbuch*, Mannheim 1989, S. 294.

9 Achim Kleinfeld/Marcel Weigand u.a.: „Patientenperspektiven als Element der Kran-

## „Ökonomisches Effizienzdenken gefährdet Humanität“

Aus einem Aufruf Berliner Ärzte 2002:

Der jüngste Wandel im Gesundheitswesen „wird sich innerhalb kurzer Zeit auch nachhaltig auf das ärztliche Selbstverständnis auswirken. Menschliche Zuwendung, Eingehen auf die individuellen Wünsche und Ängste der Patienten werden dabei unweigerlich auf der Strecke bleiben. Wo bleiben die für Arzt und Patient notwendigen humanen Rahmenbedingungen, wenn in den Krankenhäusern, wie überall in der Gesellschaft, zunehmend nur das Zweckhafte, Nützliche und Wirtschaftliche wertgeschätzt und die einzige ernsthafte Kommunikation nur in der Sprache der Technik, Wissenschaft und Ökonomie erfolgt? Wir sind bestürzt über diese Entwicklung. (...) Was fehlt, ist ein Mehr an menschlicher Zuwendung und individueller Betreuung der sich uns anvertrauenden Patienten. (...) Mit diesem Aufruf versuchen wir in letzter Minute vor einer betriebswirtschaftlich zwar effizienten, für die Betroffenen jedoch unmenschlichen Entwicklung unseres Gesundheitswesens zu warnen.“<sup>14</sup>

kenhaus-Qualitätssicherung“, *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell* 2014, S. 76-89.

10 Nach *European Health Forum Gastein* (EHFG), der führenden gesundheitspolitischen Konferenz für Experten und Entscheidungsträger in der Europäischen Union: „Das Krankenhaus der Zukunft: Betten zählen war gestern“, [www.ehfg.org/de/455.html](http://www.ehfg.org/de/455.html)

11 Pressemitteilung der Bundesärztekammer: „116. Deutscher Ärztetag in Hannover eröffnet“, [www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.9807.11206.11279](http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.9807.11206.11279)

12 Online nachzulesen bei [www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/koalitionsvertrag-inhaltsverzeichnis.html](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/koalitionsvertrag-inhaltsverzeichnis.html)

13 Siehe hierzu beispielsweise das *Krankenhaus-IT Journal* 2/2007, S. 76 ff.: „Führungskräfte skizzieren das Krankenhaus der Zukunft“; [www.behorden-spiegel.de](http://www.behorden-spiegel.de): „Krankenhaus der Zukunft“; [www.hospital-engineering.org](http://www.hospital-engineering.org): „Hospital Engineering – Innovationspfade für das Krankenhaus der Zukunft“; *Hospital Engineering Magazin* 4/2014: „Koloss Krankenhaus – Strategien zur Steuerungsfähigkeit eines schwerfälligen Giganten“; *Elektronik Praxis* Nov. 2012: „Blue Hospital – Wie das Krankenhaus der Zukunft aussehen könnte“, [www.elektronikpraxis.vogel.de/medizintechnik/articles/362807](http://www.elektronikpraxis.vogel.de/medizintechnik/articles/362807).

14 Veröffentlicht in *Berliner Ärzte* 9/2002, online nachzulesen bei [www.aerztekammer-berlin.de/50ueberUns/20\\_Wer\\_wir\\_sind/20\\_DV/50\\_DV\\_Berichte/493\\_DV2002\\_07\\_03.html](http://www.aerztekammer-berlin.de/50ueberUns/20_Wer_wir_sind/20_DV/50_DV_Berichte/493_DV2002_07_03.html)

15 Online nachzulesen bei [www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.2450.2451.2455](http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.2450.2451.2455)

