
Innovationen – Für einen kritischen Umgang mit einem ökonomischen Terminus in der Medizin

Klaus Bergdolt

Die „Innovation“ ist längst zum Zauberwort der Wissenschaften, ja unserer westlichen Kultur geworden, dem unzählige Politiker, Forscher und nicht zuletzt die für das Gesundheitssystem Verantwortlichen verfallen sind. Angesichts der im Moment schon fast verdrängten Wirtschaftskrise und der rasant zunehmenden Staatsverschuldung, die auch für die Krankenversorgung Folgen haben wird, erscheint das Konzept des *Neuen* als vielversprechender Rettungsanker. Merkwürdigerweise wird – es grenzt an politische Unkorrektheit, dies zu erwähnen! – vergessen, dass auch die auslösenden Faktoren der *global crisis*, etwa die Übertragung anvertrauter Gelder in fragwürdige, an Wettsysteme erinnernde Anlagemodelle durch inkompetente Bankvorstände, durchaus, wenn auch im negativen Sinn, *innovativen* Charakter hatten. Das exzessive Investment-Banking der letzten Jahre war für deutsche Großbanken – auch wenn es fast zynisch klingt, daran zu erinnern, ist es aber leider die Wahrheit – etwas „Neues“. Auch der Autohersteller Porsche kam ja, um ein weiteres Negativbeispiel anzuführen, auf die Idee, statt durch den Verkauf exklusiver Autos durch Investmentspiele Gewinne zu machen. In der Firmengeschichte war das – es soll sich am Ende um achtzig Prozent des Umsatzes gehandelt haben! – eine vielbestaunte Innovation. Der Beifall war groß, auch in der Presse, die das heute kritisiert. Dabei han-

delte es sich, wie wir inzwischen wissen, um ein Beispiel ehrgeizgetriebener Verantwortungslosigkeit. Wahr ist aber auch: Noch vor zwei Jahren wäre jemand, der den Kurs von Porsche infrage gestellt hätte, als hinterwäldlerisch belächelt worden. Schließlich war in Stuttgart das Neue, Fortschrittliche, Mutige gefragt. Diese Mentalität bietet viele Chancen, aber auch, wie man sieht, Gefahren.

Der Begriff *Innovation* ist nämlich – dieser Eindruck drängt sich leider auf – zu einer kritiktötenden Worthülse geworden, mit der alle möglichen Reformversuche, sinnvolle wie lächerliche (und seien sie noch so undurchsichtig!), geheiligt werden. Ursprünglich stammt er aus der Wirtschaft. Nach Joseph Schumpeter, dem großen Wirtschaftstheoretiker, der, von den Nazis vertrieben, schließlich in Harvard lehrte, bedeutete „*Innovation* die *Durchsetzung* einer technischen oder organisatorischen Neuerung im *Produktionsprozess*“, nicht aber schon die zugrunde liegende *Erfindung*. Der Innovator erscheint dabei als schöpferischer Unternehmer, der auch „kurzfristige Monopolstellungen“ ausnützt, die – wie es auch bei herausragenden *wissenschaftlichen* Pioniertaten der Fall sein kann – „geldwerte Vorteile“ versprechen. Diese Möglichkeit der Monopolpreisgestaltung für Produktinnovationen – im ersten Moment ist ja noch keine Konkurrenz in Sicht! – ergibt sich etwa durch die Auswertung einer technischen Erfindung oder die Entwicklung eines neuen Medikaments. Schumpeter schrieb dies bereits 1911 – er war gerade als Professor aus Tschernowitz in der Bukowina nach Graz berufen worden – in der *Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung*.

Die meisten Ärzte, Wissenschaftsfunktionäre und Politiker denken hier schlichter. Laut Jürgen Hauschildt, Professor für Betriebswirtschaft in Kiel und – unter anderem – Leiter der Kommission *Technologie und Investitionsmanagement* des Fachverbandes für Betriebswirtschaft, geht es bei Innovationen zunächst einmal grundsätzlich

um etwas „Neues“, das heißt neue Produkte, Märkte, Prozesse, Vertriebswege, Werbestrategien usw., die mithilfe von *Promotoren* durchgesetzt werden. Dieses Neue muss aber – und das ist entscheidend – im richtigen Licht *wahrgenommen* werden, damit es finanzielle Früchte trägt. Nur so wird es *marktfähig*. Dabei lassen sich „closed innovations“, die innerhalb einer Organisation Konsequenzen haben, von „open innovations“ unterscheiden, die in einer „zunehmend diversifizierten Welt weit verteilten Wissens“ Veränderungen hervorrufen.

Spätestens hier ist mir klar geworden, dass Ärzte – im Krankenhaus wie im Labor und in der Praxis – unter *Innovation* schlicht und etwas naiv nützliche *Neuerungen* verstehen, ohne primär nach dem Preis zu fragen, während Ökonomen die Innovation definitionsgemäß mit der Vorstellung des *Gewinns* bzw. von *wirtschaftlichen* Konsequenzen im weitesten Sinn verbinden. Wenn mancher kaufmännische Direktor eines Krankenhauses das Personal darauf einschwört, „innovativ“ tätig zu sein, meint er deshalb in der Regel etwas anderes als die Ärzte. Sie denken an Durchbrüche in der Wissenschaft, er an „Produkte“, „Prozesse“ oder „Synergien“, die dem Klinikum Gewinne bescheren sollen. Dabei kann es sich – das liegt in der Natur der Sache – selbstverständlich auch um ein Kündigungsprogramm handeln, um Einschnitte in der Bettenzahl oder um die Schließung bestimmter Abteilungen.

Seitdem das Wort *Wachstum*, lange Zeit ein vergleichbares Zauberwort, etwas in Misskredit geraten ist, boomt der Begriff der Innovation in ungeahnter Weise. Die meisten wissen heute nicht mehr, worum es Schumpeter ging. Große und kleine Kliniken, Gesundheitskonzerne, Pharmafirmen, die führenden Wissenschaftsorganisationen – alle hoffen schlicht auf das Neue und setzen dabei wie selbstverständlich voraus, dass dieses Neue auch das *Gute* ist, d. h. dass es Lösungen für Probleme impliziert, die uns

unter den Nägeln brennen. Der „Fünfte Innovationskongress der deutschen Hochschulmedizin“, der im Juli 2009 in Berlin stattfand, hatte – um ein beliebiges Beispiel aus der Wissenschaft anzuführen – ein sehr typisches Programm. Es wurden zu Recht schmerzhaft Einbrüche in der Finanzierung der medizinischen Forschung beklagt. Doch wurde die Lösung umgehend präsentiert. Man müsse einfach – bewusst und bevorzugt, sozusagen mit den letzten zur Verfügung stehenden Mitteln – die Universitätsklinik und einige bekannte außeruniversitäre Forschungseinrichtungen unterstützen und – Innovationen abwarten, die in den dortigen Labors und Thinktanks entwickelt würden. Dass die Hochschulen in der Lage sind, entsprechende Lösungen zu liefern, dass sie „bei der Einführung von Innovationen ins Gesundheitswesen – sei es durch Forschung, Anwendung der Ergebnisse am Patienten oder bei der Aus- und Weiterbildung von Ärzten“ wirkliche Hoffnungsträger sind, die eben deshalb Unterstützung verdienen, stand außer Frage. Viele der vorgestellten Projekte zeigten in der Tat ungewöhnliche Forschungsstrategien und lassen interessante Ergebnisse erwarten. Ob sie allerdings die Krise des Systems, etwa durch durchschlagende Neuerungen im Gesundheitssystem oder gar die Produktion preiswerter Wundermittel, wirklich entschärfen könnten, ist bei nüchterner Betrachtung zu bezweifeln. Man beschwor – alles erscheint so einfach! – eine „Strukturreform, die die knappen Mittel des öffentlichen Haushalts sinnvoll verteilt“. Leider gibt es aber – dies wurde auf fast programmatische Weise übersehen! – wissenschaftlich-statistische Untersuchungen, etwa des Dortmunder Ökonomen Walter Krämer, die solch optimistische Optionen ziemlich illusorisch erscheinen lassen. Es verwundert kaum, dass nicht dargelegt wurde (und das ist für Krisenzeiten typisch!), wie die Innovationen, die unser Gesundheitssystem retten sollen, *konkret* aussehen könnten. Fazit des Kongresses, dessen gute

Absicht keinesfalls in Zweifel zu ziehen ist, war eine Empfehlung, die zu erwartenden Innovationen durch Extrafonds zu finanzieren. Es zeigte sich ein weitverbreitetes, fast pseudoreligiöses, durch keinerlei Zweifel getrübt Vertrauen in die Neuerung, das längst Paradigma-Charakter hat. Man unterstellt ein Naturgesetz, nach welchem *in* bzw. *nach* Krisenzeiten die richtigen neuen Ideen und Entwicklungen schon kommen werden, wenn man entsprechende (vor allem finanzielle) Freiräume schafft. Die „Innovation“ wurde in unserer Gesellschaft somit zum Totschlagargument. Wer es hinterfragt (auch wenn er nur gewisse Zweifel anbringt und keinesfalls fortschrittsfeindlich argumentiert), gilt als beschränkt. Schafft man die Bedingungen, wird gebetsmühlenartig verkündet, kommt das heiß erwartete Neue nicht nur, sondern es ist zudem stets gut und nützlich.

Diese Haltung, das Plädoyer der Öffentlichkeit für Neues und Innovatives, soll im Folgenden keinesfalls infrage gestellt, aber doch näher beleuchtet werden. Es mag überraschen, dass das Junktum von Fortschritt, Qualitätsverbesserung und Innovation, die allgegenwärtige Überzeugung, dass das Neue – im Grunde automatisch – auch das Gute darstellt, relativ jung ist, nämlich ein Denkprodukt des 19. Jahrhunderts. Seit etwa 1860 – seit den Tagen von Rudolf Virchow in Deutschland und Claude Bernard in Frankreich (sie stehen für viele weitere hervorragende Forscher dieser Ära!) – verstehen sich die Naturwissenschaftler und damit auch – nach eigenem Selbstverständnis – die Medizin, als *Innovationswissenschaften*. Die großen Forscher der Frühen Neuzeit, Galilei und Kepler etwa, sahen sich dagegen als Fortentwickler bzw. Vollender früher konzipierter Gedankengänge, als „Zwerge auf den Schultern von Riesen“, wie noch Max Planck – hier eine Riesen Ausnahme und eben auch kein Mediziner – bescheiden sagte. Man führte, wie man offen zugab, die Forschungen

anderer weiter. Deren Ergebnisse, das „Alte“, galten als Vorbedingungen des Neuen. Naturforschung war stets auch „Naturgeschichte“. Erst im 19. Jahrhundert wurde in Universitätskreisen die Verachtung der Vergangenheit üblich. In der Wissenschaftspolitik wurde sie sogar zur Schlagwaffe. Wer anders dachte, wer Kritik übte, galt für Virchow und die neue Elite der Medizin als „mittelalterlich“. Bis heute blieb dies ein schlimmes Schimpfwort (dass die Negativsicht des Mittelalters – nicht nur in Deutschland blieb sie weitverbreitet – historisch auf äußerst schwachen Füßen steht, wurde natürlich verdrängt). Bewiesen worden ist das automatische Junktim von Neuerung und Problemlösung jedenfalls nie, eher erfüllt. Man hat Schumpeters rationale Bedingung, dass sich die Sache auch *auszahlen* muss, früh vergessen und tendierte, nicht minder problematisch, dazu, *jede* Planung, *jedes* sinnvolle und unsinnige Projekt als *die* Lösung für die Zukunft zu verkaufen. Unzählige Anträge an die Wissenschaftsfonds leben heute von dieser simplen Gleichung, die in einer Welt der Versprechungen, der Exzellenzcluster und „Elite-universitäten“ (zunächst waren das ja, sieht man von Proportionsvorschriften ab, Hochschulen und Gruppen, welche die überzeugendsten wissenschaftlichen Versprechungen anboten!) natürlich äußerst verführerisch erscheint. Das Wort „Innovation“ spielt hierbei eine zentrale Rolle.

Tatsächlich konnte und kann es – im 19. Jahrhundert wie heute – ohne Innovationen in der Forschung keinen Fortschritt geben. Deshalb ist auch jede *Pauschalkritik* zunächst ethisch problematisch. In der Medizin müssen sich die wissenschaftlichen Ergebnisse allerdings nicht nur „rechnen“. Sie müssen mit dem überprüfbareren Ziel produziert werden, dass sie zugunsten der Kranken, die auf sie hoffen – deshalb bezahlt die Gesellschaft die Forscher! –, zu Buche schlagen. Das ist das entscheidende Kriterium. Ärzte müssten freilich das Selbstbewusstsein haben, eine

Innovation im Bereich der *Medizin* und der *Gesundheitssysteme* danach zu definieren, ob sie dem leidenden Menschen zugutekommt – so wie das Schumpeter mit dem Argument des finanziellen Erfolgs für die *Ökonomie* tat. Es kann – und das stimmt nun leider auch! – schlechte Innovationen geben, die in dieser Hinsicht nicht nur keinen Fortschritt bringen, sondern ihn hemmen. Es sind „Innovationen“, die sich betriebswirtschaftlich im Sinne Schumpeters rechnen mögen, aber ethisch verwerflich sind. Innovationen in der Laborforschung, die allein den Ehrgeiz des Forschers (oder gar das wirtschaftliche Interesse des Herstellers) befriedigen oder dazu beitragen, die roten Zahlen einer Universitätsklinik zu reduzieren, aber nicht dazu, auf Dauer die Leiden der Patienten mindern oder ihr Leben in Würde verlängern, können im Grunde aus ärztlicher Sicht nicht akzeptiert werden. Deshalb ist es ebenso unethisch, *jedwede* Innovation zu bejubeln, wozu in unserer Gesellschaft eine gewisse Tendenz besteht. Auch die Werbung trägt hierzu wesentlich bei. Kein Wunder, dass auf fast jedem Kongress Innovation und Fortschritt beschworen werden. Als Arzt sollte man aber klar und laut sagen, was man darunter versteht.

Innovationsgläubigkeit darf – und dazu neigt der moderne Mensch – jedenfalls kein Religionsersatz werden, auch wenn es sich um ein allgemein akzeptiertes, populäres Paradigma handelt. In der Wirtschaft, in der Politik, in den Vorstandsetagen, wo das Selbstbewusstsein in den letzten Monaten eingebrochen ist, sich inzwischen aber rasch erholt hat, ist das besonders häufig der Fall. Schon Claude Bernard hat – in seiner 1865 publizierte Schrift *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* – den Tempel der medizinischen Forschung als Innovationsheiligtum beschrieben, das aus zwei Teilen besteht: der Vorhalle – für Bernard war das der Patient! – und dem Allerheiligsten, das der wohl bedeutendste Physiologe dieser

Ära mit dem Labor gleichsetzte. Nach Auguste Comte, einem der einflussreichsten europäischen Philosophen der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, sind die Mediziner „Diener im Tempel der Natur“, die es zu erforschen gilt. Nicht nur fiktiv existierten diese Innovationstempel, sondern auch in Wirklichkeit. Die Hohenzollernbrücke in Köln wurde als Kathedrale der Technik dem Dom gegenübergestellt. Auch die Industriearchitektur des 19. Jahrhunderts griff gerne auf sakrale Vorbilder zurück. Ein Gang durch Jena oder Leverkusen klärt hierüber rasch auf. Die Innovationszentren schufen sich früh wirkungsmächtige Symbole!

Die wissenschaftliche Medizin stellt, lassen wir bestimmte Wissenschaftstheorien einmal beiseite, in den Augen der meisten Menschen eine *Fortschrittsgeschichte* dar. Für viele ihrer Sparten stimmt das auch. Dass die Bevölkerung Westeuropas heute ein so hohes Alter erreicht wie nie zuvor, ist die Folge innovativer Einsichten führender Hygieniker des späten 19. bzw. frühen 20. Jahrhunderts, aber auch des hohen Lebensstandards der letzten Jahrzehnte. Jeder vernünftige Mensch wird dies begrüßen. Auch die Aidsforschung kann – denken wir an den Kenntnisstand vor zehn Jahren – als Beispiel eines grandiosen Fortschritts präsentiert werden, der infolge innovativer Ideen möglich wurde. Wer aber behauptet – und da gibt es schlagende Untersuchungen von Klaus Schmidt in München (einem Ökonomen) und Sebastian Klinke in Berlin (einem Sozialwissenschaftler), dass sich im selben Zeitraum – eben infolge der Ökonomisierung unserer Krankenhäuser, einer der eingreifendsten Innovationen der letzten Jahre, die unsere Gesellschaft sah – gerade an den Universitätsklinika die Stimmung im Pflegepersonal und im ärztlichen Mittelbau, besonders unter den Assistenten, nicht dramatisch verschlechtert hätte, der muss schon sehr weit außerhalb der Praxis stehen. Diese bedenkliche Entwicklung, unter der

nicht zuletzt der Patient leidet und die zu einem dramatischen, in der Öffentlichkeit kaum bekannten ärztlichen Nachwuchsproblem führte, ist eben *kein* Zeichen des Fortschritts, doch unzweifelhaft Folge der vielbejubelten Innovationsideologie. Hier brachte „kreativ-innovatives“ Denken, d. h. die meist von hochbezahlten, aber fachfremden Consultants gepuschte Idee der Rettung der Krankenhäuser durch ökonomische Einschnitte, fast nichts als Rückschritte.

Medizin als Beispiel eines Fortschritts? Stimmt das wirklich? Natürlich, doch gibt es im Moment zu viele Kollateralschäden. Es handelt sich – die Medizingeschichte zeigt dies – um einen sehr kurvigen Weg nach oben, mit vielen Irrgängen und Ausfällen. Aber das einzugestehen, fällt schwer. Auch Geldgeber wie die DFG und die großen Stiftungen lieben nicht das „vielleicht“ oder den „Konjunktiv“, sondern möglichst die Voraussage des Ergebnisses – und dazu Anträge, in denen das Wort „Innovation“ fällt. Ein Durchstart zum Lehrstuhl, zu Leitungsposten in der Forschung, zur Vorstandsetage oder zum Parlamentsmandat ist deshalb bei jemandem, der kritisch über die Innovationsmanie nachdenkt, stark gefährdet. Eigentlich ist es erstaunlich, dass gerade in Deutschland, wo Gutmenschen in jedem gesellschaftspolitischen Lüftchen eine Verletzung der Political Correctness sehen, eines der schillerndsten Dogmen unserer Zeit, das weit ins 19. Jahrhundert zurückgreift, kaum kritisiert wird, das Dogma nämlich, dass man nur auf Innovation setzen muss, um die Zukunft zu retten. Ganz abgesehen davon, dass im Namen eines tumben Fortschritts-glaubens im 20. Jahrhundert – die meisten haben dies bereits vergessen – zu viel Schlimmes angerichtet wurde.

Der rhetorische Drang zum Neuen sollte deshalb kritisch kontrolliert werden. Er darf nicht zur Nebelkerze werden. Es müsste geprüft werden, ob das, was im Moment als *Innovation im Gesundheitsbereich* verkauft wird, am Ende wirk-

lich denen zugutekommt, für die das Gesundheitssystem geschaffen ist, den leidenden Menschen und Kranken, in zweiter Linie aber auch den Forschern, die weitere Innovationen umsetzen sollen. Wenn auch die Industrie davon profitiert, ist das – Schumpeter lässt grüßen – keinesfalls schlecht. Der *Primärnutzen* müsste freilich – und das ist kein Reduktionismus, kein ethisches Sich-Verrennen, das ich mir hier leiste – dem Kranken zugutekommen. Ich bin als Professor an einer nordrhein-westfälischen Universität letztlich dem „Ministerium für *Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie*“ unterstellt (nach vielen Umbenennungen in den letzten Jahren hat man auch hier das Zauberwort aufgefangen). Es ist völlig klar – und da hat das Ministerium recht –, dass man auf Innovationen, Kreativität, Vorausschau und Planungen nicht verzichten kann. Ich möchte hier nur etwas differenzieren und einen kritischen Umgang mit dem Zauberwort einfordern. In Zeiten finanzieller Restriktionen sollte man nicht jedem, der von Innovationen spricht, auf den Leim gehen. Das kostet die Gemeinschaft zu viel Geld. Wissenschaft und Politik sollten sich dabei, gerade wenn die Ressourcen knapp sind, nicht gegeneinander ausspielen lassen.

Der französische Philosoph René Girard sieht – ich selbst würde niemals so weit gehen! – in der Innovation sogar den „Gott“ des neuen westlichen Menschen. In einem brillanten Essai beschreibt er die Geschichte der „Ideologie des Neuen“. Sein Kronzeuge ist nicht etwa die theologische Orthodoxie, sondern überraschenderweise Thomas Hobbes, in dessen Abhandlung *De cive* (1651) zu lesen ist: „Es gibt Leute, die, weil sie sich für klüger halten als die anderen, nach Neuem streben, und jeder Neuerer ist um seine Neuerung bemüht.“ Im Zeitalter der digitalen Vernetzung wäre hinzuzufügen, dass einige Innovationsideologen ihre wissenschaftlichen Ziele, nicht zuletzt im Hinblick auf lockende Drittmitteltöpfe, derart optimistisch

und rosarot an die Wand malen, dass sich die Balken biegen. Psychologisch sind sie im Vorteil. Man erliegt, besonders wenn man, wie etwa Politiker, auf echte Lösungen dringend angewiesen ist, gerne Versprechungen.

Auch Calvin und Oliver Cromwell, die bekanntlich durch revolutionäre Gedanken bekannt wurden, warnten überraschenderweise vor allem Neuen und akzeptierten allein die *Revolution* zum Wahren, im Falle Calvins etwa zum ursprünglichen Christentum. Das galt auch für die übrigen Reformatoren. Selbst Montaigne, der große „freie“ Philosoph des 16. Jahrhunderts, schrieb: „Nichts bedrängt einen Staat so wie die Neuerung. Veränderung führt zu nichts als Ungerechtigkeit und Tyrannei.“ Der Begriff *nouvelleté*, der von Montaigne erstmals gebraucht wurde, war despektierlich gemeint und hatte für den Philosophen mit Angeberei und wenig solidem Wissen zu tun. Dahinter stand die Furcht vor dem Chaos, vor Aufruhr und Subjektivismus. Auch Shakespeare sprach im Drama um Heinrich IV. von der Konsequenz des *hurly-burly*, von Tumult, Aufruhr, Wirrwar und Sturm. Ebenso sah sich Galilei, anders als es heute dargestellt wird, nicht etwa als Neuerer, sondern als Kämpfer für die Wahrheit, die von anderen verschleiert bzw. noch nicht erkannt worden war. Das war ein völlig anderer Ansatz. So kommt es, dass selbst ein Aufklärer wie Diderot (1713–1784) noch behaupten konnte: „Jede Neuerung in einer Regierung ist zu fürchten.“ Sein Zeitgenosse, der englische Philosoph Edmund Burke (1729–1797), interpretierte die Französische Revolution – für einen ausgewiesenen Konservativen war dies allerdings weit weniger überraschend! – als bloße Revolte von Neuerungssüchtigen!

Allerdings betraf das die Politik. Mit dem 18. Jahrhundert und der Aufklärung nahmen die Naturwissenschaften im intellektuellen Ranking zunehmend einen prominenten Platz ein. Der politische Akzent wurde auf nützliche

Erfindungen und den Kampf gegen alles Reaktionäre gelegt. Kein vernünftiger Mensch, schien es, konnte dagegen Bedenken haben. Bereits 1770 hatte der Abbé Raynal in seiner *Historie philosophique* den Leser gemahnt: „Du wirst um dich herum murmeln hören: Das ist unmöglich, und wenn es möglich wäre, so wären es Neuerungen. Neuerungen! Mag sein! Doch waren es so viele Entdeckungen in den Naturwissenschaften nicht ebenfalls?“ Da man die naturwissenschaftliche Forschung schätzte, benutzte man sie, um – durch Hinweise auf methodische Ähnlichkeiten oder gar Analogien – *politische* Neuerungen, ja sogar neue Menschenbilder zu legitimieren. Der Mikrokosmos des menschlichen Körpers, den die Ärzte und Anatomen nun rasend schnell entmythologisierten, entsprach, wie Auguste Comte verkündete, dem Makrokosmos der Gesellschaft. Beide schienen, was ihre Pflege anging, der Innovation zu bedürfen. Der Geruch der Ketzerei, der sich zuvor mit dem „Neuen“ verband, wird seither, wie Girard schreibt, „durch die benebelnde Wirkung des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts ersetzt“. Alle Neuerer beriefen sich in fast allen Gebieten – auch z.B. in der Theologie – auf die Naturwissenschaften, deren Methoden und Paradigmen auch anderen Disziplinen aufoktroyiert wurden. Ihre Protagonisten waren, vor allem wenn sie sich „philosophisch“ ausdrücken konnten und spürten, was die Obrigkeit wünschte, die neuen Stars der Gesellschaft. Die Politik lag ihnen zu Füßen. Es konnte nicht ausbleiben, dass sie Arroganz und Sendungsbewusstsein entwickelten. Die neuen Teufel waren in ihren Augen die „Bedenkenträger“.

Wachstum und Innovation galten jetzt als zwei Seiten einer Medaille. Die Geschichte der medizinischen Forschung wurde als Aufreihung von neuen Entdeckungen und Entwicklungen empfunden. Auch die hartnäckigsten Konservativen wurden angesichts des neuen Paradigmas,

das so vernunftgeleitet schien, zu Verfechtern des Innovativen. Solange die Ordnung stabil war, das heißt vor der Revolution, erschien ihnen Innovatives verdammenswert. Als die Anciens Régimes radikal umgestürzt waren, fehlte plötzlich der Fundus, auf den man verweisen konnte.

Während des 19. und frühen 20. Jahrhunderts wurde der Appetit auf das Neue immer stärker, so „daß allmählich jegliche Tradition – und das heißt Nachahmung – überhaupt verschwand“ (Girard). Der „Purismus des Neuen“ ging, zumindest in Frankreich, von der Malerei aus und erfasste die Avantgarde von Musik, Literatur und Architektur. Auf diese Weise entstand die moderne Kunst. Der Bruch mit der Vergangenheit galt „als einzige und allein wertvolle Leistung eines schöpferischen Genies“. Als der italienische Maler Giorgio De Chirico, der Begründer der *pittura metafisica*, nach dem Ersten Weltkrieg plötzlich alte Meister kopierte, wurde er – er hätte es voraussehen müssen! – für verrückt erklärt. Ähnliches galt für die Wissenschaften. Wer Erfolg haben wollte, versuchte sich mit allen Mitteln des Verdachts zu entledigen, er liebe die Vergangenheit. Vor allem in der Geschichts- und Sozialwissenschaft suchte man, um sich zu profilieren, „epistemologische Brüche“. Mit Comte und später Gaston Bachelard teilte man die Weltgeschichte zwar in eine Abfolge von Episoden ein, welche die (angeblich sehr langsame) Emanzipation des menschlichen Geistes auch in früheren Jahrhunderten unter Beweis stellten. Doch zeichnete sich die „neue wissenschaftliche Periode“ durch die Emanzipation von aller Anschaulichkeit und vorgegebenen Realität aus. Für Bachelard wurde dieses Zeitalter, in welchem endlich das abstrakte Denken dominierte, durch die Entdeckung der Relativitätstheorie durch Einstein (1905) symbolisiert.

Fast jeder Wissenschaftstheoretiker schuf sich fortan einen eigenen Weg. Man liebte neue Modelle, wobei man es – falls man sich dessen überhaupt bewusst wurde – tunlichst

vermied, mitzuteilen, dass auch andere Gelehrte zuvor ähnliche Gedanken entwickelt hatten. Im Wust der Anmerkungen oder im laufenden Text ließen sich entsprechende Hinweise zudem leicht versenken. Besonders die Erfindung eines neuen *turn* (*neuronal turn*, *iconic turn*) demonstriert demnach die Fähigkeit, innovativ zu denken. Damit zeigt man subtil, dass alle Vorgänger auch ein bisschen beschränkt waren. „Innovation“ gilt auch hier als kritiktötendes Schlagwort.

Manches wurde angesichts dieses Mainstreams – auch unbewusst – als „neu“ verkauft, was im Grunde schon bekannt oder nur vorübergehend in Vergessenheit geraten war. Geradezu verpönt wurde – wenn sie überhaupt bekannt war! – die Mahnung Hermann Heimpels: „Quellenkenntnis schützt vor Neuentdeckung.“ Zudem stand die diskursorientierte Uminterpretation bekannter Fakten an. In Einzelfällen scheint dies allerdings schon zu Goethes Zeiten in Mode gekommen zu sein, der zu Beginn des 19. Jahrhunderts spöttisch notierte: „Die originalsten Autoren der neuesten Zeit sind es nicht deswegen, weil sie etwas Neues hervorbringen, sondern allein, weil sie fähig sind, dergleichen Dinge zu sagen, als wenn sie vorher niemals wären gesagt gewesen“ (Maximen und Reflexionen III, 207).

Ich wollte mit diesen Überlegungen keinesfalls Innovationen bekämpfen. Im Gegenteil! Das wäre absurd, ja lächerlich. Aber eine kritiklose Innovationsreligion, das muss klar sein, die mit unverantwortlichen säkularen Heilsversprechungen gepaart ist, kostet auf Dauer zu viel Geld, als dass sie ethisch zu vertreten wäre. Zumindest in der Medizin. Vor allem die Ärzte – der Patient ist hier in einer zu schwachen Position! – müssen den Mut haben, die ökonomische Deutungshoheit der Innovation im Krankenhaus wie im gesamten Gesundheitssystem zu brechen. Am besten wäre es natürlich, Schumpeters Innovationsbegriff würde sich im konkreten Fall mit dem ärztlichen

treffen. Der Nutzen für den Patienten müsste sich dabei mit dem ökonomischen decken. Ob das infolge irgendeiner genialen Innovation möglich wäre, weiß niemand im Voraus, kein Antragsteller auf Drittmittel, keine Wissenschaftsministerin, kein Max-Planck- oder DFG-Präsident und auch keiner der vielen Berufsoptimisten. Ich persönlich habe eher den Eindruck, dass es – nicht zuletzt aus mathematischen Überlegungen heraus, nach denen, wie der erwähnte Statistiker Walter Krämer darlegte, die optimale Versorgung jedes Kranken bei jedweder Diagnose unabhängig von Alter und sozialem Stand nicht mehr möglich sein wird – zu einem radikalen Bruch kommen wird, der eine völlig neue Lebensphilosophie und einen neuen Umgang mit Krankheit und Leiden (Coping) erforderlich macht. Ansprüche zurückzuschrauben gilt in den westeuropäischen Staaten im Moment politisch noch als unmöglich. Regierungen, die entsprechende Programme vorlegten, würden nicht mehr gewählt werden. Auch für auf Wachstumstheorien getrimmte Ökonomen ist das im Moment eine undenkbare Option, für Mediziner, die wissen, dass die Befindlichkeit des Menschen, des Mikrokosmos, ein ewiges Auf und Ab darstellt und *keine* lineare Entwicklung aufweist, schon eher. Das wäre nun wirklich eine echte Innovationsaufgabe: etwa eine Philosophie bzw. Anthropologie zu entwickeln, die den kranken Menschen seinen Status radikal überdenken, ja die Krankheit als Weg zur Selbsterkenntnis erscheinen lässt. Karl Jaspers, Viktor von Weizsäcker, Heinrich Schipperges, Thure von Uexküll und viele andere haben hier Modelle entwickelt, Modelle, die oft weit in die Geistesgeschichte zurückgriffen, dennoch aber wirkliche, nützliche Innovationen darstellten, obgleich dieses Wort bei den genannten Autoren bezeichnenderweise keine Rolle spielte!

Literatur

- Beuster, Ron*: Begehren und Vorbild. Einführung in die Anthropologie von René Girard. Berlin 2006.
- Gebtsattel, Victor Emil von*: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin/Göttingen/Heidelberg 1954.
- Ginestier, Paul*: Pour connaître la pensée de Bachelard. Paris 1968.
- Girard, René*: Nachricht von Neuerung, die drauf und drunter geht. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 13.11.2004.
- Hauschildt, Jürgen / Gemünden, Hans Georg (Hrsg.)*: Promotoren. Champions der Innovation. Wiesbaden ²1999.
- Krämer, Walter*: Die Gesundheitslüge. Financial Times Deutschland vom 7.11.2003.
- Krämer, Walter*: So lügt man mit Statistik. München ¹⁰2008.
- Lecourt, Dominique*: L'épistémologie historique de Gaston Bachelard. Paris ¹¹2002.
- Richter-Kuhlmann, Eva*: Die Einbrüche werden kommen. Die Auswirkungen der Wirtschaftskrise standen im Fokus des diesjährigen Innovationskongresses. In: Deutsches Ärzteblatt 106 (2009), B1377f.
- Schipperges, Heinrich*: Utopien der Medizin. Geschichte und Kritik der ärztlichen Ideologie des 19. Jahrhunderts. Salzburg 1968.
- Schumpeter, Joseph*: Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung, Berlin 1911 (Neuausgabe Berlin 2006).
- Uexküll, Thure von / Wesiack, Wolfgang*: Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München/Wien 1998.