

Giovanni Maio
Werte für die Medizin

Giovanni
Maio

Werte für die Medizin

Warum
die Heilberufe ihre
eigene Identität
verteidigen müssen

Kösel

Sollte diese Publikation Links auf Webseiten Dritter enthalten, so übernehmen wir für deren Inhalte keine Haftung, da wir uns diese nicht zu eigen machen, sondern lediglich auf deren Stand zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung verweisen.



Verlagsgruppe Random House FSC® N001967

Copyright © 2018 Kösel-Verlag, München,
in der Verlagsgruppe Random House GmbH,
Neumarkter Str. 28, 81673 München
Umschlag: Weiss Werkstatt, München
Redaktion: Dr. Angelika Reichert
Satz: Uhl + Massopust, Aalen
Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck
Printed in Germany
ISBN 978-3-466-34688-2
www.koesel.de

 Dieses Buch ist auch als E-Book erhältlich.

Inhalt

Teil 1 Umwertung der Werte – Die gegenwärtige Lage der Heilberufe	7
1. Von der Bestimmung der Werte durch Bürokratie und Ökonomie	9
2. Der ärztliche Beruf heute – Entakademisierung und Verlust der Freiheit	25
3. Der ärztliche Beruf heute – Belohnter Aktionismus und abgewertete Sorgfalt	35
4. Anreize statt Werte – Das Beispiel der »Bezahlung nach Leistung«	47
5. Die Pflege heute – Bedrohung ihrer Identität im Zeitalter umfassender Ökonomisierung	58
6. Technik und Werte	65
Teil 2 Wiederzuentdeckende Werte der Heilberufe	87
7. Sorgfalt und Geduld – Zur Bedeutung des Respekts vor der Zeit	89
8. Offenheit und Feinsinn – Zur Bedeutung des Zuhörens	105
9. Takt und Begegnungsbereitschaft – Zur Ethik des Gesprächs	121

10. Reflektiertheit und Erfahrungheit – Zur Bedeutung integrativen Denkens	139
11. Behutsamkeit und Demut – Zur Bedeutung der Zurückhaltung	155
12. Unbeirrbarkeit und Treue zum sozialen Auftrag – Der Heilberuf als Versprechen	176
13. Für eine Ethik der Sorge in der Medizin	193

TEIL 1

Umwertung der Werte –
Die gegenwärtige Lage
der Heilberufe

1. Von der Bestimmung der Werte durch Bürokratie und Ökonomie

Wir leben in einer Zeit, in der die Wirklichkeit medizinischen Handelns unter die Direktive einer sozial-politischen Tendenz geraten ist, die ihrerseits die Identität der Medizin bedroht. Die moderne Medizin wird heute weitgehend unreflektiert nach dem Modell der industriellen Produktion gesteuert und immer mehr nach ökonomischen Gesichtspunkten bewertet. Dadurch gerät die Medizin in einen Strudel, der ihre eigenen Werte geradezu auf den Kopf stellt, denn in einem ökonomisierten und industrialisierten System wird das Anliegen von Pflegenden und Ärzten, die sich bewusst für einen Helferberuf entschieden haben, immer mehr zur Nebensache. In einem existenzbedrohenden Verdrängungswettbewerb sind es die Erlöse, die am Ende über das Schicksal einer Einrichtung entscheiden. So sehen sich auch die Heilberufe ständig mit der entscheidenden Frage konfrontiert, ob sie mit ihrer Arbeit zur Konsolidierung der Finanzen beitragen oder nicht. Wohlgermerkt erzieht das gegenwärtige System – entgegen anderslautenden politischen Proklamationen – nicht dazu, zu fragen, wie man am besten Verschwendung vermeiden kann, sondern es erzieht vielmehr dazu, zu fragen, wie man eine Erlösoptimierung, also eine Umsatzsteigerung, erreichen kann. Folge dieser unheilvollen Entwicklung ist eine sukzessive Entwertung der sozialen Zielsetzung der Pflegenden und der Ärzte. Die prosoziale Einstellung, die die Grundlage etwa des Berufswunsches Arzt gewesen sein mag, erscheint in einem monetarisierten Kontext,

in dem es primär um Erlösrelevanz geht, geradezu als dysfunktional, weil sie als etwas gesehen wird, was den ganzen Betrieb nur aufhält. Wenn im Zuge solcher Kapitalisierung der ärztlichen Tätigkeit die Behandlung primär unter dem Gesichtspunkt einer betrieblichen Investition beurteilt wird, dann verliert die ärztliche Betreuung ihren ursprünglichen und eigentlichen Sinn. Vor dem Hintergrund eines grundlegenden Unverständnisses für die soziale Zielsetzung der Medizin findet momentan eine problematische Überformung medizinischer Rationalität durch betriebswirtschaftliche Logik statt.

Das Grundproblem der modernen industrialisierten Medizin besteht darin, dass die Ärzte und Pflegenden ihre eigentliche Leistung jeden Tag unter Wert verkaufen und deswegen glauben, sich dem System beugen und in seiner Ausrichtung agieren zu müssen. Man darf sich aber den Blick auf den Kern der pflegerischen und ärztlichen Leistung, die weithin unbemerkt vollzogen wird, durch unangemessene Vorgaben nicht versperren lassen.

Im folgenden Kapitel geht es in einem ersten Schritt um die grundsätzliche Charakterisierung der erwähnten Tendenz, die die Medizin in der angemessenen Wahrnehmung ihrer Aufgabe bedroht. Ein zweiter Schritt konkretisiert diese Tendenz unter vier Gesichtspunkten. Demgegenüber wird in einem dritten Schritt herausgearbeitet, was den eigentlichen Kern der Medizin und ihrer Arbeitsweise ausmacht.

Herrschaft betrieblicher Rationalität

Die Normen des ökonomisierten Systems stammen aus der industriellen Massenproduktion. Bedingt durch eine dementsprechende vereinfachende Vorstellung von ärztlicher Betreuung wird in den Köpfen der Verantwortlichen die Leistung der Ärzte reduziert auf das Anbieten standardisierter Behandlungsschablonen. Dabei wird vorausgesetzt, dass alle Herausforderungen im Umgang mit Patien-

ten einfach schematisiert und nach einem strikten Regelwerk bewältigt werden können. Ideal einer solchen technokratischen Herangehensweise ist es, zunächst eine typisierende Problemdeutung vorzunehmen, um dann die auf ein Musterproblem heruntergebrochene Wirklichkeit durch stereotypes Handeln in Form von Algorithmen zu lösen. Eine solche Konzeption steht in Zusammenhang mit einer politischen Ideologie, die das Handeln der Heilberufe über bürokratische Normierung restlos steuerbar machen möchte. Dass sich überhaupt eine solche Steuerungsfantasie herausbilden konnte, hängt mit einer heimlichen Neudefinition der Ärzte zu Ingenieuren für den Menschen zusammen. Das ist einer der vielen eklatanten Denkfehler, die die gegenwärtige Wirklichkeit der Medizin bestimmen. Gerade weil man irrtümlich davon ausgeht, dass die Behandlung von Patienten einer Technik am Objekt gleichkommt, übernimmt man nicht nur eine Qualitätssicherung, die ursprünglich für den ingenieurwissenschaftlichen Kontext konzipiert war, sondern – viel gravierender – man unterwirft die gesamte Medizin einer Checklisten-Rationalität, die zu verhängnisvoller Überformalisierung, Überregulierung und Bürokratisierung führt. Im Zuge der Bürokratisierung erfolgt eine numerische Wirklichkeitskonstruktion, die sukzessiv zu einem radikalen Umbau der Legitimationsstrukturen führt, dergestalt, dass nicht mehr soziale Werte, sondern sich nackte Zahlen als Legitimationsquelle medizinisch-pflegerischen Handelns in den Vordergrund schieben. Nicht die Orientierung an einem sozialen Ziel gilt als Rechtfertigung des Handelns, sondern die Maximierung der Zahl, und was nicht gezählt werden kann, gilt als wertlos.

Die Verbürokratisierung der modernen Medizin führt somit zu einer Abwertung anderer Verhaltensrationalitäten, anderer Entscheidungskriterien und somit genau der Gesichtspunkte, die für Personen in Heilberufen bei ihrer Berufswahl und Sozialisation motivationsleitend und identitätsstiftend waren. Es wird der Anschein erzeugt, als sei ein System jenseits der betriebswirtschaftlichen

Logik ein von Grund auf dysfunktionales System. Diese Fiktion beruht auf der unausgesprochenen Überzeugung, dass nur die betriebswirtschaftliche Logik Funktionierendes hervorbringen könne. Dass medizinisches Denken nach eigenen Prinzipien verfährt, wird vollkommen ausgeblendet, ja direkt negiert. Die Hegemonialmacht betriebswirtschaftlichen Denkens führt sukzessive zu einer Delegitimierung aller nicht-instrumentellen Rationalitätsformen. Auf diese Weise droht der soziale Gehalt der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit aus dem Bewusstsein der Heilberufe verdrängt zu werden.

Im durchbürokratisierten System steht die detaillierte Regulierung an der Stelle der kreativen Lösung, das deduktive Ableiten an der Stelle des induktiven Erschließens. Im Hintergrund steht das Konzept standardisierter Routineübungen. Dass es zu solch einer ausgeprägten Bürokratisierungsspirale kommen konnte, liegt an einem weiteren folgenschweren Gedankenfehler: Aus der Erkenntnis, dass die Dokumentation des Messbaren etwas Sinnvolles ist, wird kurzerhand geschlossen, dass alles Sinnvolle auch dokumentierbar sein müsse.

Die vorangehende Skizze dürfte gezeigt haben: In der modernen Medizin ist eine betriebswirtschaftliche Formallogik etabliert worden, die nicht nur Abläufe, sondern auch Werte vorgibt. Durch den betriebswirtschaftlichen Zuschnitt findet eine Umwertung der Werte in der Medizin statt; hochgeschätzt werden formalisierungsaffine Werte wie Regelmäßigkeit und Reibungslosigkeit, unterschätzt und aus dem Wahrnehmungsmuster verbannt werden alle interaktionsbezogenen und beziehungsstabilisierenden Werte. Gefördert wird somit nicht Kreativität und individuelle Anpassung, sondern das Repetitive, nicht das Singuläre, sondern das Standardisierte, nicht das Besondere, sondern das Gewöhnliche. Finale Folge ist die Beförderung eines Trends zur Entdifferenzierung medizinisch-pflegerischen Denkens.

Wie die politisch zu verantwortende Umwertung der gesamten Medizin konkret aussieht, sei im folgenden Abschnitt anhand von vier problematischen Vorannahmen umrissen.

Produktionslogische Umwertungen in der Medizin

1. Negativierung der Zeit

Unter der Perspektive einer industriellen Produktionslogik wird die personalintensive Kontaktzeit zum Patienten als ein zu minimierender Aufwand betrachtet; der Ruf nach Effizienzsteigerung ist im Grunde nichts anderes als eine Legitimation der Verknappung von Zeit. Das mag unter produktionstechnischem Gesichtspunkt auch rational erscheinen, denn es ist selbstverständlich, dass man in der Industrie versucht, ein Ergebnis mit einem Minimum an Aufwand zu erzielen. In der Industrie liegt der einzige Wert, der generiert wird, im Produkt selbst, das verkauft werden kann. Den Weg zum Produkt zu beschleunigen oder abzukürzen ist unter dieser Prämisse auch tatsächlich rational, weil man damit den Ressourcenverbrauch minimieren kann. Überträgt man nun diese Denkweise auf die Behandlung von kranken Menschen, so gerät derjenige, der sich Zeit nimmt und somit Ressourcen verbraucht, automatisch in Verdacht, nämlich in den Verdacht der Verschwendung, in den Verdacht der Ineffizienz. Innerhalb einer produktionstechnischen Logik findet also nicht nur eine Verknappung, sondern geradezu eine Negativierung der aufgewendeten Zeit statt; den Ärzten und Pflegenden wird systematisch ein schlechtes Gewissen eingeimpft, wenn sie sich Zeit nehmen, Zeit für ein beruhigendes Gespräch, Zeit für eine zweite Erklärung, Zeit für ein Zeichen der Hoffnung, Zeit für ein persönliches Signal des Mitfühlens. Und genau an diesem Punkt ist un schwer zu erkennen, wie unangemessen der Versuch der Angleichung der Heilberufe an die Gesetzmäßigkeiten der produzierenden Industrie ist. Denn in der Medizin ist die Zeit, also die Kontaktzeit, die Sprechzeit, die Zeit zum Aufbau einer Vertrauensbeziehung, gerade nicht ein zu minimierender Verbrauch wie in der Industrie, sondern sie ist genau das Gegenteil, nämlich die zentrale Investition in eine erfolgreiche Betreuung und Therapie. Nur über die Kontakt-

zeit kann der Patient am Therapieprozess beteiligt werden, mitgenommen werden auf einem oft mühsamen Weg, auf dem er Orientierung, Ermunterung und motivierende Gespräche braucht. Gerade in der Medizin hat die Zeit tatsächlich einen Mehrwert. Spart man an der Kontaktzeit, verringert man die Chancen der Therapie. Die zeitverknappende Ökonomisierung und Industrialisierung der Medizin ist daher keine Steigerung von Effizienz, sondern ein Abbau der Ermöglichungsbedingungen von Medizin. Die gegenwärtigen Anreize sind daher nicht effizienzfördernd, sondern im Gegenteil geradezu kontraproduktiv für die Verwirklichung von Medizin.

Etwas Grundlegendes wird hier deutlich: In den Neunzigerjahren des 20. Jahrhunderts meinte man, man müsse alle Krankenhäuser in Wirtschaftsunternehmen umfunktionieren, weil – so das Credo damals wie heute – sich nur so eine weitere Kostenerhöhung im Gesundheitswesen endlich stoppen lasse. Abgesehen davon, dass es eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen nur in den Medien, aber nicht in der Realität gab (die Kosten sind nie explodiert, sondern sie sind nur langsam, aber stetig gestiegen, wie in anderen Lebensbereichen auch), hatte diese Umfunktionierung der Krankenhäuser von sozialen Einrichtungen hin zu profanen Wirtschaftsunternehmen nicht zur Folge, dass man damit die Kosten eindämmte. Vielmehr ließ die politisch zu verantwortende Umstellung die Kosten nun erst recht in die Höhe schnellen, weil die Anreize so sind, dass nur das gemacht wird, was auch viel Geld bringt bzw. was auch viel Geld kostet. In der Konsequenz verlagerte sich der Schwerpunkt der medizinischen Arbeit auf das, was Umsatz schafft, nämlich Eingriffe, Eingriffe und nochmals Eingriffe. Eine betriebswirtschaftlich konzipierte Medizin ist – allein was die Kosten betrifft – nicht nur unsinnig und unangemessen, sondern auch unwirtschaftlich. Aber sie ist unsinnig auch in Bezug auf die durch die Verbetriebswirtschaftlichung aufgezwungenen Einsparungen. Abgebaut wurde die Kontaktzeit, die Sprechzeit, die Zuwendungszeit. So meinte man, die Abläufe endlich effizienter gemacht zu haben, und feierte dies als

Meilenstein des Fortschritts. Aber diese Effizienz-Rhetorik verstellt den Blick auf die Wirklichkeit. Tatsächlich wurde nämlich mit dem Einzug der Logik eines Wirtschaftsunternehmens eingespart, aber zum Leidwesen aller am falschen Ende. Das, was unter dem Schlagwort der Effizienzsteigerung eingespart wurde, ist die Zeit für den Patienten, und das ist eine unvernünftige Einsparung. Dass dennoch alles teurer geworden ist, obwohl die Patienten nur noch durchgeschleust werden, macht die Tragik und vor allem die Irrationalität der Durchökonomisierung der Medizin aus. Außerdem ist zu bedenken: Der politisch gewollte Einspardruck führte dazu, dass in den Jahren 1995 bis 2005 allein im Pflegebereich 50.000 Stellen einfach weggestrichen wurden.

Damit zeigt sich in aller Deutlichkeit, dass die rein finanzorientierte Bewertung eines sozialen Bereichs keine vernünftige Lösung sein kann. Die Zeit, sie ist das erste Opfer eines solchen blinden Ökonomisierungsschubs. Das ist verhängnisvoll für die Heilberufe, vor allem aber für die Patienten.

2. Linearisierung von Komplexität

Nach einem produktionstechnischen Paradigma ist die Therapie zu verstehen als Aufeinanderfolge von Wenn-dann-Entscheidungen. Produktionslogisch ergibt sich die Therapie nicht als Resultat eines Reflexionsprozesses, sondern sie ist eindeutig aus objektiven Befunden ableitbar. Nicht Kreativität kommt hier zum Zuge, sondern Stringenz und Stromlinienförmigkeit. Die Wirklichkeit wird in lineare Modelle überführt und Komplexität durch binäre Entscheidungsmodi aufgelöst. Damit wird die Vorstellung einer Therapieentscheidung als Algorithmus etabliert. Den Heilberufen wird suggeriert, dass sie umso effizienter und qualitätsvoller arbeiten, je mehr sie sich an die vorgegebenen Algorithmen und an die dafür vorgesehenen, normierten Abläufe halten und je mehr sie ihre Therapie nach festen Schemata vorausplanen. Das streng planmäßige Vorgehen wird zum alles beherrschenden Ideal. Das entspricht der Pro-

duktionslogik, nach der Schematisierung und absolute Regelbefolgung das qualitätssichernde Kriterium darstellt. Produktionslogisch gesehen muss es sich so verhalten, weil es hier um das Hervorbringen eines Produktes geht, das bereits am Anfang der Herstellung festgelegt, also vorgegeben ist. Nach dem industriellen Paradigma wird strikt daran bemessen, inwiefern die Umsetzung einer Norm erfolgt, die in Form eines Algorithmus schon zuvor feststeht. Letztes Ziel einer an dieses Paradigma angepassten Therapie ist die Sicherung des reibungslosen Prozessablaufs.

Diese Reibungslosigkeit ist jedoch teuer erkaufte. Wenn nämlich der Plan zum Ideal wird, dann folgt daraus, dass der einzelne Patient diesem Plan unweigerlich untergeordnet und somit normiert wird. Das durchökonomisierte System begünstigt die Tendenz, die Abläufe nicht am Patienten auszurichten, sondern den Patienten den vorgegebenen Ablaufschemata anzupassen.

Prozesse kann man optimieren, das ist unbestritten, und das sollte man auch tun. Die Optimierung der Prozesse bildet jedoch nicht den Kern der Behandlung von kranken Menschen. Prozessoptimierung ist vielmehr nur der Hintergrund, vor dem die eigentliche Therapie erst ermöglicht werden kann. Wenn man dagegen die Rationalität der Prozessoptimierung auf die Therapie überträgt, sitzt man einem Kategorienfehler auf, der eben deshalb, weil das produktionstechnische Paradigma implizit bleibt, allzu leicht übersehen wird.

Umso wichtiger ist es, sich klarzumachen, dass das Ideal der industriellen Produktion die eingefahrene Routine ist, der geordnete Ablauf des Immer-Gleichen. Überträgt man dieses Ideal auf die Medizin, bestreitet man indirekt den Sinn der Begegnung mit dem individuellen Patienten. Wird aber die Berücksichtigung von Individualität zur Verschwendung und zur Ineffizienz umstilisiert und die Routinisierung zum Ideal erhoben, muss das als Ansatz zur sukzessiven Demotivierung der in Heilberufen tätigen Personen gelten – schließlich sind diese in aller Regel für einen solchen Umgang mit Menschen nicht angetreten. Was also unter dem Vorwand der Effi-

zizienzsteigerung und gar der Qualitätssicherung auf den Weg gebracht wird, trägt letztlich bei zum sukzessiven Abbau der echten Qualität, denn echte Qualität in der Medizin ist die Qualität der tentativen und behutsamen Anpassung der Therapieschritte an den individuellen Patienten und dessen jeweilige Situation. Das aber ist genau das Gegenteil einer industriellen Produktion.

Entscheidend in der Medizin ist das Handeln in der Unmittelbarkeit und das Ernstnehmen der unmittelbaren Erfahrung. Es geht um ein schrittweises, dialogisches und exploratives Handeln, das situationsorientiert und nicht schematisch erfolgt. Wollte man demgegenüber beim Ideal der Planmäßigkeit verharren, hätte man sich notwendig über die Lebendigkeit des Menschen hinweggesetzt. Will man aber dem Menschen in seiner Lebendigkeit und Unverwechselbarkeit tatsächlich gerecht werden, so muss man eine Rationalität verinnerlicht haben, die sich nicht dem Schema, sondern der Singularität verschreibt. Es geht – bei aller notwendigen Kenntnis von überindividuellen Regelmäßigkeiten – immer auch um das Herausfinden des der Situation Gemäßen, um das Erspüren des konkret Erforderlichen, um die immer neue Abstimmung. Nicht starre Regelbefolgung ist also gefragt, sondern Sensibilität, Feinsinn, Fingerspitzengefühl.

3. Desintegration von Ganzheit

Auf dem Boden eines produktionstechnischen Rationalitätsmusters werden die Abläufe in den Kliniken zerstückelt, und häufig wird ein Management implementiert, das den reibungslosen Ablauf zu garantieren hat. Im Interesse der »Produktivitätssteigerung« wird für viele Phasen des Behandlungsablaufs zu Beginn jeweils eine Formulierung des Handlungsziels gefordert; das Erreichen dieser vorab festgelegten Ziele wird durch vielfältige Mechanismen kontrolliert. Die gesamte Medizin wird somit taylorisiert, ihr Blick wird vom Ganzen abgelenkt und stattdessen auf die Erreichung kleinteiliger Handlungsziele gerichtet. Die Industrialisierung der Medizin geht

somit unweigerlich einher mit der Ablösung eines ganzheitlichen Behandlungsziels durch eine bewusst geforderte Kultur der Desintegration. Die moderne Medizin darf nicht mehr ganzheitlich denken, sondern sie wird zum desintegrativen Denken regelrecht angehalten. Je mehr sie sich mit Scheuklappen auf die Erfüllung der kleinteiligen Ziele stürzt, desto mehr wird sie belohnt und als effizient und wettbewerbsfähig gepriesen. Nirgendwo macht sich die Umwertung der Werte in der Medizin so bemerkbar wie in dieser politisch geforderten Abkehr vom integrativen Denken. Wenn nämlich das große Ziel, dem Patienten gerecht zu werden, in eine Vielzahl von Teilzielen zerlegt wird und bei der Auswahl dieser Teilziele allein der Gesichtspunkt der konkreten Bestimmbarkeit, der Objektivierbarkeit und der Operationalisierbarkeit entscheidend ist, dann wird die ganzheitliche Behandlung des Patienten reduziert auf ein reines Planungsproblem, auf ein Managementproblem, das zu seiner Behebung lediglich der pragmatischen Ausbuchstabierung von schematisch zu vollziehenden Handlungsvollzügen im Sinne einer reflexionsfreien Fließbandproduktion bedarf.

In diese Durchstrukturierung mischt sich ein unreflektierter Machbarkeitsglaube (alles ist machbar, wenn man nur die richtigen Prozesse plant). Hinzu kommt – und das ist noch gravierender – eine simplifizierte Vorstellung von dem, worum es in der Medizin eigentlich geht. Die konzeptionelle Voraussetzung der fließbandartigen Organisation ist eine unangemessene Rationalitätsvorstellung, die Rationalität mit Unterkomplexität verwechselt und auf diese Weise die tatsächlich komplexen Entscheidungssituationen in der Medizin am Ende umfunktioniert in triviale Planungsprobleme. Dass man bei dieser Trivialisierung der Herausforderungen, die der Umgang mit Patienten mit sich bringt, ein Planungsprogramm vorgibt, das dem eigentlichen Anliegen des Patienten und auch dem Anliegen der Heilberufe zuwiderläuft, wird vollkommen ignoriert. Irgendwann gewöhnt man sich so sehr an diesen technizistischen Umgang mit hilfsbedürftigen Menschen, dass man gar nicht mehr

merkt, wie sich das gesamte Denken in der Medizin Zug um Zug vom ganzheitlichen Anspruch entfernt hat.

4. Delegitimierung des Nicht-Messbaren

Die größte Gefahr der Ausrichtung der Medizin an industriellen, produktionstechnischen Leitbildern liegt in der ausschließlichen Orientierung an Bewertungskategorien wie Exaktheit, Berechenbarkeit, Quantifizierbarkeit. So wichtig diese Bewertungsmodi für die gesamte Medizin auch sein mögen, wenn sie zu allein leitenden Kategorien erhoben werden, dann greift eine positivistische Grundeinstellung, die sich in ihrer Verabsolutierung am Ende gegen das wendet, was Medizin ausmacht. Denn mit der Grundorientierung am positivistischen Ideal erfolgt unweigerlich eine Abwertung aller Wahrnehmungs- und Wissensformen, die sich dem Postulat der Exaktheit und Quantifizierbarkeit widersetzen oder es relativieren. Ausgeblendet werden also die Zwischentöne, die Schattierungen, die Uneindeutigkeit, die Ambivalenz. Es war kein Geringerer als Theodor W. Adorno, der den Fehler positivistischen Denkens darin sah, dass der Positivist »aus Liebe zu Klarheit und Exaktheit das verfehlt, was er erkennen will« (Adorno 2003, S. 548). Im Zuge der Übernahme produktionslogischer Kategorien erfolgt nicht nur eine Abwertung, sondern vor allem eine *Delegitimierung* des Nicht-Quantifizierbaren. Mit Delegitimierung meine ich, dass das Nicht-Quantifizierbare in den Bereich des bloß Spekultativen und Unwissenschaftlichen verbannt wird. So besteht die Gefahr, dass die Medizin sich unter dem Produktionsparadigma einem einseitigen Wissenschaftsideal verschreibt und dabei zunehmend verkennt, dass die alleinige Orientierung am Quantifizierbaren schon eine reduktionistische Vorentscheidung darüber enthält, wie Wirklichkeit ist.

Damit möchte ich etwas Grundlegendes verdeutlichen. Durch die unreflektierte Übernahme produktionstechnischer Rationalitätsmuster findet eine Überformalisierung und damit eine bedrohliche Verarmung der Kultur der Medizin statt. Der Zwang zur Dokumenta-

tion und die politisch anvisierte Vergütung nach dokumentierbaren Parametern führt unweigerlich zu einer Überproduktion von Daten und zugleich zu einer Selektion der Wirklichkeitserfahrung. Die Nachweispflicht verändert nicht nur Verhalten und Abläufe, sie verändert vor allen Dingen die Wahrnehmung, sie verändert die Grunddisposition der Heilberufe. Selbstverständlich kann auf Kontrolle nicht verzichtet werden, aber je stärker eine politisch gesteuerte und überbordende Kontrolle über die Medizin verhängt wird, desto mehr wird die Aufmerksamkeit der Heilberufe umgelenkt auf das Dokumentierbare und Kontrollierbare. Die Orientierung an partikularen Parametern zieht alle Aufmerksamkeit auf sich und lässt keinen Raum für das Nicht-Messbare. Diejenigen, die sich diesem Postulat widersetzen, geraten unweigerlich in die Defensive und sehen sich nicht nur dem Vorwurf der Ineffizienz, sondern noch gravierender dem Vorwurf der Beliebigkeit und der Unwissenschaftlichkeit ausgesetzt.

Die Heilberufe haben es aber unweigerlich damit zu tun, dass sie das Formalisierbare mit dem Lebensweltlichen zusammenführen müssen, und wenn das Lebensweltliche delegitimiert wird, weil es nicht in die Parameter der Eindeutigkeit passt, dann entzieht sich die Medizin selbst das Standbein, das sie als Medizin trägt. Allein nach Zahlen wird man nicht helfen können, weil man allein nach Zahlen schlichtweg den kranken Menschen nicht verstehen kann. Die Medizin braucht eben beides: Evidenz und Beziehung. Sie braucht Zahlen, sie braucht Statistik, sie braucht externe Evidenz, aber mit dieser Evidenz allein wird sie ratlos bleiben, denn Aufgabe der Medizin ist ja nicht, Algorithmen umzusetzen, sondern ihre Aufgabe besteht darin, eine Antwort auf die Not des Patienten zu finden, und diese Antwort findet sich nicht auf dem Reißbrett, sondern sie muss kreativ erschlossen werden in der Begegnung mit dem Patienten. Medizin ist eine Disziplin, die ihre Leistung in der direkten Interaktion vollzieht, und ihre Qualität ist die Qualität der gelingenden Interaktion im Hier und Jetzt; ihre Qualität ist nicht