



**Neue Ergebnisse in der neurologischen  
Forschung erfordern eine völlig andere  
Philosophie als bisher**

*Vortrag von Prof. Thomas Metzinger, Mainz, am  
23. September 2004 in Bern beim Jubiläum  
«25 Jahre Zentrale Ethikkommission der SAMW»*

Aus der heutigen bekannten Experimentalphysik ist ziemlich einheitlich anerkannt, dass «Physik nur gelingt, weil sie näherungsweise gelingt», so formuliert von C. F. von Weizsäcker. Damit ist evident eingeschlossen: Unsere Versuche erfassen nie die ganze Wirklichkeit. Denkmodelle basieren notwendigerweise auf Ausblendung, ja notwendiger Abstraktion. Wenn ein System «funktioniert» bei einer umschriebenen Fragestellung, sind wir schon «happy». Kein Physikprofi wird je behaupten, er hätte *die* Realität behändigt.

A fortiori gilt dies für biologische Untersuchungen. Es muss uns experimentellen Biologen bewusst sein, «wenn wir einen (Tier-)Versuch «machen», ist es nicht mehr physiologisch». Verständlicher erklärt: Bei jedem Versuch, selbst bei jeder Nur-Beobachtung, greifst du in den autonomen Ablauf eines Geschehens ein. Man hat eine «Idee», der man nachgeht; man will sie verifizieren. Man abstrahiert, man beeinflusst, setzt Vorgaben, gibt etwas hinzu oder nimmt etwas weg usw. Man tut. Was man nicht sucht, findet man ja nicht. Also man sucht. Wir können keine Forschung betreiben ohne unsere eigenen Vorgaben. Welche Forschung betreiben wir nun? Wohl sicher diejenige, die unsere «Theorien» falsifizieren oder verifizieren. Wenn nun der Philosoph, der ja von der Nur-Probabilität unserer Ergebnisse in der Biologie keine erschreckend-existentiellen eigenen Erfahrungen mitbesitzt, seine Interpretationen unserer abstrahierten Versuche ideologisch systematisiert, muss ich ganz energisch zuerst eine erkenntnistheoretische Diskussion fordern.

Es genügt nicht, ohne aufweisende, klar formulierte, philosophische Begründungen die Grunddiskussionen, die von Popper und Eccles geleistet wurden, zu verniedlichen.

In der Biologie, und eminent in der Neurologie, haben wir es mit einer besonders ausgeprägten Kybernetik zu tun (wie auch immer bei der lebenden Zelle). Gerade in den «verschalteten» Regelsystemen sind wir mit der Erklärung der eigentlichen Realität oft nicht einmal mit einer favorisierten Vermutung drinnen. So begreife ich völlig nicht, wie die SAMW solch einen Hauptvortrag organisieren konnte.

Medizinisch-philosophisch das glänzende Gegenteil, in einer uns angemessenen wissenschaftlichen Bescheidenheit, war dann der Vortrag von Prof. Ernst-Wilhelm Radü über: Neuroimaging – can consciousness be visualized? Er zeigte eben die ungelösten Probleme.

*Dr. med. Jos. Bättig-Mettler, Muttenz*



**Achtung, fertig – Embryo  
(Stammzellenforschung)**

An sich ist die Menschenwürde in der Verfassung «messerscharf» definiert und garantiert. Nämlich vom Anfang bis zum Ende des Menschenlebens! Aber weit gefehlt. Nun kommen sie wieder, die sogenannten «Ethiker» vom Dienst. Wie jedesmal bei ähnlich gelagerten Abstimmungen wird mit erhobenstem Mahnfinger auf die Heilung bisher unheilbarer Krankheiten und auf die unmittelbare Gefährdung von Arbeitsplätzen verwiesen.

Eine solche «Ethik» hat nur noch eine Alibifunktion zu erfüllen, nämlich möglichst viel Sand in die Augen der Gesellschaft zu streuen. Eine korrekt angewandte Ethik hat jedoch die Grenze unmissverständlich aufzuzeigen, bis hierher und nicht weiter. Dies ganz unabhängig davon, ob etwas machbar ist oder nicht!

Aber offensichtlich heiligt in unserer Gesellschaft je länger, je mehr der Zweck die Mittel! Besteht wohl noch die Hoffnung auf ein weises Abstimmungsresultat? Damit man nicht darnach zu sagen gezwungen ist: Fertig, lustig – Embryo!

*Dr. med. K. Müller, Thalwil*



**Sterbehilfe**

Ihre Ausführungen, Kollege Bösch, zum «Dilemma der Sterbehilfe» [1] geben wertvolle Denkanstösse, indem sie ein grundlegendes Problem auch jeder Arztperson aufdecken:

Das «unmenschliche Dogma von der Lebenserhaltung um jeden Preis» stellt wohl für viele nicht zuletzt eine Art Selbstschutzmechanismus dar – was gerade im Zitat von Hufeland (... der Arzt dürfe nichts anderes als Leben erhalten, Wertfragen gingen ihn nichts an ...) deutlich wird.

Streng dieses Prinzip zu befolgen, verschafft eben die Möglichkeit, der existentiellen *Sinnfrage* auszuweichen, in bezug auf das Leben allgemein

und auch auf das eigene Dasein(!); ein Trick also, um sich nicht auch im ärztlichen Alltag dauernd neu mit ihr auseinandersetzen zu müssen!

Dieselbe Problematik spiegelt sich ja auch in der Frage, was denn alles ein «Recht auf Leben» habe: auch das Ungeborene, eine Mikrobe, ein Tumor? ... oder jene Flusspferde und Moskitos Albert Schweitzers, welche ihn den letztlich unlösbaren Ethikkonflikt erkennen liessen, wo allein die stets neu zu erstrebende «Ehrfurcht vor dem Leben» mit ihren situativ ganz unterschiedlichen Konsequenzen eine Lösung bietet. Also ein differenzierteres Engagement als irgendeine unreflektierte Lebensvergötzung, z.B. bei glaubensmässigem Vegetarismus oder absolutem Schicksalsgehorsam anderer Kulturen.

Doch nur wenn die ganze Wirklichkeit von Mensch und Welt in einem «Grundvertrauen» angenommen wird (aus Bindungserfahrung oder bedingtem Reflex aus der Kindheit), nur wenn das Menschsein von einer letzten Sinn- und Werthaftigkeit bestimmt sind, lassen sich Normen echt menschlichen Verhaltens und Handelns von den wesentlichen menschlichen Erfordernissen ablesen: so Hans Küng in den Überlegungen zu einem heutigen «globalen Weltethos», für eine «zu lebende Menschlichkeit» (Herder 2003). – Wenn dies folglich manchen angehenden Medizinerinnen kaum in Religionsunterricht oder Philosophie- und Ethikkursen nachvermittelt werden kann, so beachten sie gegebenenfalls lieber eine simplizistisch-uniforme Berufsparole, als dass sie sich dem Anspruch ausgefeilter Richtlinien mit wechselhaften Definitionen stellen.

Man kann sie bemitleiden – und ihre Patienten dazu; jedoch die gewählte Haltung muss man wohl gelten lassen. Jeder Mensch, als ein auf Ich-Du-Beziehung hin angelegtes geselliges Lebewesen, versucht auf seine Weise, den Selbsterhaltungstrieb mit der Rücksicht auf den andern und die Mitwelt zu balancieren.

*H. R. Schwarz, Porto Ronco*

1 Bösch K. Sterbehilfe. Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(31):1590.



### **Verteilungsgerechtigkeit und Budgetverantwortung in Ärztenetzen [1]**

Ganz dem Dürrenmattschen Prinzip folgend, wonach eine Geschichte erst zu Ende gedacht ist, wenn sie ihre schlimmstmögliche Wendung ge-

nommen hat, erscheint das Budgetverantwortungsnetz als der vorläufige drohende Tiefpunkt in diesem Bereich des Gesundheitswesens. Der Patient wird damit einem Arzt gegenüber sitzen, dessen Geldbörse mit jeder erbrachten Leistung schmaler und mit jeder nicht erbrachten solchen fetter wird. Jeder Patient, der das will, ist entweder nicht informiert oder er versteht die Information nicht. Der Arzt seinerseits wird damit vom Partner, Coach und Anwalt des Patienten zu dessen Gegenspieler. Man stelle sich vor, was das für das Patientenverhältnis bedeutet. Natürlich wird immer wieder die medizinische Ethik herangezogen, die dann, zusammen mit dem Konkurrenzdruck der einzelnen Budgetverantwortungsnetze, dazu führen soll, dass keine Unterarztung stattfindet. Diese Argumente sind fadenscheinig. Wir alle kennen Methoden, auf sehr subtile Art die Leistungserbringung in irgendeine Richtung zu steuern. Insofern sind die ärztlich-ethischen Ansprüche relativ hoch, unabhängig davon, ob wir ein Einzelleistungssystem oder Budgetverantwortungsnetze haben. Systemprofiteure, wie es sie immer gibt, wirken sich aber im Einzelleistungssystem «lediglich» kostensteigernd aus, während sie im Budgetverantwortungssystem zum Schaden des Patienten wirken. Es ist also nicht einzusehen, was wir mit Budgetverantwortungsnetzen überhaupt gewinnen sollten, ausser vielleicht ein paar schönmanipulierte Zahlen. Ich persönlich lasse mir nicht unterstellen, nicht schon heute mit dem Patienten zusammen aus allem medizinisch Möglichen das für den individuellen Fall medizinisch und ökonomisch Sinnvolle und das Machbare herauszuarbeiten (meine Helsana-Fall- und Medikamentenkosten [67/76%] zeigen auch, dass dies einigermassen zu klappen scheint). Wenn ein Systemwechsel aber unabdingbar sein sollte: Ich kann mit der sozialen Einheitskasse und einer staatlichen Anstellung im Monatslohn sehr wohl leben. Das wäre mir immer noch lieber, als den ganzen Tag mehr oder weniger versteckt gegen die Patienten arbeiten zu müssen. Könnte der kleine Lapsus im Artikel, «end of live care» (statt end of life care), allenfalls meinen, dass Sie tatsächlich die Aufgabe patientenzentrierten ärztlichen Schaffens und das Hin zum Patienten als reinem Kostenfaktor im Budgetverantwortungssystem anstreben?

*Dr. med. H. Nüesch, Seuzach*

1 Huber F. Verteilungsgerechtigkeit und Budgetverantwortung in Ärztenetzen. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(35):1836-40.



**«Gesundheitskosten – keine Besserung»,  
Arena vom 24. September 2004 auf SF1**

Es ging in dieser Diskussion mit einer Spitzenbesetzung aus der Gesundheitspolitik über die Finanzierung der Gesundheitskosten. Jede Partei hat ein anderes Modell. Zum Schluss die erfreuliche Nachricht, dass die Krankenkassenprämien nächstes Jahr um weniger als 4% ansteigen werden. Jedoch Warnung! Dies ist keine Trendwende, die Prämien werden 2006 wiederum ansteigen, die Schätzungen der gesundheitspolitischen «opinion leaders» gehen von 5 bis 10%! Kein Wort von Kostenneutralität, dass diese Phase jetzt und nächstes Jahr läuft, wobei monatlich darüber gewacht und mit dem Taxpunktwert korrigiert wird, damit die Kurve in den vorgegebenen Grenzen bleibt. Glaubt nun plötzlich niemand mehr an eine Wirkung der Kostenneutralität, weder die Santésuisse noch das Bundesamt für Gesundheit, obschon dies gerade mit dem Zweck der Kostendämpfung von Bundesrat und Krankenkassen gefordert und vom damaligen FMH-Präsidium als politische Notwendigkeit deklariert wurde? Ist die Kostenneutralität schliesslich wiederum eine Massnahme ohne jede Wirkung, um die Gesundheitskosten «in den Griff zu bekommen», wie auch bei der KVG-Abstimmung, beim TARMED und beim Ärztestopp laut versprochen wurde und wirkungslos blieb? Wird ebenso die Aufhebung des Vertragszwanges, die von jeder Partei farbe als unausweichlich propagiert wird, völlig nutzlos sein, jedoch wie alle bisherigen «Massnahmen» viel Administration, Ärger und Nachteile für die praktizierenden Ärzte bringen?

*Dr. med. M. Schilt, Luzern*



**Zulassungsstopp für Ärzte**

Das neue Bundesgerichtsurteil in Sachen Association des Médecins Assistants et Chefs des Kantons Waadt (ASMAV) gegen den Zulassungsstopp für Ärzte und das Vorhaben des Parlaments, diesen Zulassungsstopp für Ärzte zu verlängern, sind für mich nicht mehr nachzuvollziehen. Es wird dieser Zulassungsstopp leider immer nur aus der Sicht der Ärzte und der steigenden Gesundheitskosten betrachtet. Wann endlich bezieht jemand einmal die Patienteninteressen und den Wettbewerb unter den Ärzten in seine Überlegungen mit ein? Aus der Sicht des Patien-

ten bedeutet dies: Im Sinne einer passiven Dienstleistungsfreiheit\* ist natürlichen Personen mit schweizerischer oder EU-Mitgliedstaatsangehörigkeit gestattet, sich als Empfänger von Dienstleistungen in das Hoheitsgebiet einer Vertragspartei zu begeben und sich dort aufzuhalten. Gemäss Urteil des Europäischen Gerichtshofes in Luxemburg in Sachen Luisi und Carbone können sich auf die passive Dienstleistungsfreiheit insbesondere Personen berufen, die sich zwecks medizinischer Untersuchungen bzw. Behandlungen in einen anderen Mitgliedstaat begeben. Gemäss Freizügigkeitsabkommen Schweiz–EU muss dieses Urteil des Europäischen Gerichtshofes auch in der Schweiz berücksichtigt werden (Art. 16 Abs. 2 Freizügigkeitsabkommen Schweiz–EU).

Wie bei dem hier aufgezeigten Fall der passiven Dienstleistung des Europäischen Rechts gibt es in der Schweiz neben der «aktiven Wirtschaftsfreiheit» des schweizerischen Rechts eine «passive Wirtschaftsfreiheit» nach Artikel 27 der schweizerischen Bundesverfassung. Unter die «passive Wirtschaftsfreiheit», die die Wirtschaftsfreiheit des Artikels 27 der schweizerischen Bundesverfassung aus dem Blickwinkel des Patienten betrachtet (sogenannter Patientenschutz und Patienteninteresse) fällt es, wenn durch den Zulassungsstopp für Ärzte gerade den bestausgebildeten Jungärzten verunmöglicht wird, sich in einer Praxis niederzulassen. Demnach verstösst der Zulassungsstopp für Ärzte gegen die passive Wirtschaftsfreiheit aus der Sicht des Patienten.

Es darf nicht übersehen werden, dass die Bedeutung der «passiven Wirtschaftsfreiheit» zunimmt, je seltener und komplizierter die Krankheit, je fortgeschrittener die medizinische Wissenschaft und Forschung und je spezialisierter der behandelnde Arzt ist.

Bereits vor Jahren habe ich in meiner Dissertation «Das Freizügigkeitsabkommen Schweiz–EU: Auswirkungen auf die Berufe der Humanmedizin» auf die Bedeutung der passiven Dienstleistungsfreiheit und der passiven Wirtschaftsfreiheit hingewiesen.

*Dr. iur. Udo Adrian Essers, Küsnacht*

\* Art. 5 Abs. 3 Freizügigkeitsabkommen Schweiz–EU, Art. 23 Anhang I zum Freizügigkeitsabkommen Schweiz–EU, s. auch EuGH-Urteil Rs. 286/82 und 26/83, Luisi und Carbone, Slg. 1984 S. 377.