

## Hinterfragt

## Machen Süsstoffe wirklich dick?

Wer auf seine Linie achtet und künstliche Süsstoffe verwendet statt Zucker, dem wird oft vorgehalten, das bringe ja gar nichts. Im Gegenteil: Süsstoffe würden indirekt sogar dick machen (ein Gerücht, das sich vermutlich daraus nährt, dass künstliche Süsstoffe Substanzen enthalten, die auch in der Schweinemast eingesetzt werden). Studien konnten diese Dickmacherbehaftung allerdings nicht belegen. Das ist nicht weiter verwunderlich: Süsstoffe haben keine Kalorien und beeinflussen den Insulinspiegel nicht. Deshalb erachtet auch Ernährungsberaterin Steffi Schlüchter von der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung künstlich gesüsst Lightprodukte als durchaus hilfreich. Allerdings warnt sie davor, von Lightprodukten einfach mehr zu essen oder zu trinken. «Diese Gefahr besteht, aber längst nicht alle Übergewichtigen lassen sich dazu hinreissen.» *sae*

In dieser Rubrik stellen wir in loser Folge populäre Meinungen und Mythen rund um die Gesundheit infrage.

## Check-up

## FORSCHUNG I

## Sport macht Muskeln und Nerven fit

Ausdauersport verändert nicht nur den Zustand und die Fitness von Muskeln, sondern verbessert gleichzeitig auch die Nervenverbindung zu den Muskelfasern. Diese Rückkoppelung hat eine Forschungsgruppe am Biozentrum der Universität Basel entdeckt. Den gleichen Effekt konnte das Team durch eine Erhöhung der Proteinkonzentration von PGC1a im Muskel erzielen. Dieses Protein spielt eine zentrale Rolle bei der Anpassung der Muskeln an die Trainingsreize. Die neuen Erkenntnisse der Basler Forscher, veröffentlicht im Fachjournal «Nature Communications», sind im Hinblick auf bisher unheilbare Muskel- und Nervenkrankungen wie Muskelschwund oder Amyotrophe Lateralsklerose von Interesse. *pd*

## FORSCHUNG II

## Dunkle Schokolade ist gut fürs Herz

Wer von einer stressigen Aufgabe schwarze Schokolade verspeist, dem kursieren danach weniger Stresshormone im Blut: Das haben Forschende aus Bern und Zürich herausgefunden. Womöglich könnte dies die vor Herzinfarkt schützende Wirkung der dunklen Schokolade erklären. Verantwortlich für diese Schutzwirkung sollen Pflanzenfarbstoffe namens Flavanoide sein, wie das an der Studie mitbeteiligte Berner Inselspital mitteilte. Woher diese Wirkung kommt, sei erst teilweise erforscht, obwohl diese Substanzen seit längerem wegen ihrer möglichen positiven Gesundheitseffekte untersucht werden. In der Studie assen je rund dreissig Männer entweder eine halbe Tafel dunkle Schokolade mit 72 Prozent Kakaoanteil oder eine halbe Tafel Placeboschokolade. Diese war eine weisse Schokolade, die bloss dunkel eingefärbt worden war und folglich keine Flavanoide enthielt. *sda*

## Die beste Medizin kann Nichtstun sein

**GESUNDHEIT** Ein Berner Hausarzt plädiert dafür, dass es im Krankheitsfall auch die Option des Nichtstuns geben soll. Das verlangt nach einigen Erklärungen. Hier sind sie.

## Herr Gerber, was meinen Sie genau mit diesem Nichtstun?

Beat Gerber\*: Als rein klassisch ausgebildeter und praktizierender Arzt bin ich täglich mit den Herausforderungen einer Landpraxis konfrontiert. Da «tut man ständig etwas», man handelt. Das ist der Normalfall, und an dem wird sich nichts ändern. Es gibt aber Situationen, da ist Nichthandeln besser als Handeln: Genau das meine ich mit situativem Nichtstun, das ist mein Thema. Einerseits kann – rein theoretisch – das Handeln ja auch schaden, und andererseits zeigt sich rein intuitiv, dass Nichthandeln auch ein Wunsch des Patienten sein kann. Das ist übrigens gar nicht so selten. Es geht mir also um eine philosophische Auseinandersetzung mit der Option des Nichthandelns oder des Nichtstuns in der Medizin.

## Weshalb soll diese Option offenbleiben?

Es gibt mindestens zwei Gründe: Erstens gibt es den normativen Aspekt; es besteht eine Verpflichtung zum Nichtstun, wenn situativ das Nichtstun für den Patienten die bessere Lösung ist. Zweitens gibt es den Aspekt des Patientenrechts, nach wel-

chem wir Ärzte zum Unterlassen von unnötigem medizinischem Dazutun ebenfalls verpflichtet sind. Dies, um damit dem Patienten unersetzbare Freiräume zu schaffen, beispielsweise Zeit für die Krankheitsverarbeitung oder für die Sterbevorbereitung.

**«Es gibt Beschwerden, die auch ohne ärztliche Intervention verschwinden.»**

**In der Medizin wird dank technischen Möglichkeiten und neuen Medikamenten immer mehr machbar. Liegen Sie da nicht quer in der Landschaft?**

Ich denke nicht. Das Nichtstun soll für den Patienten ja eben ein Mehrwert sein. An der Stärke und am Erfolg unserer modernen Medizin ändert sich dabei gar nichts. Als überzeugter Schulmediziner sorge ich dafür, dass meine Patienten am Nutzen der heutigen Medizin teilnehmen – aber sie sollen gleichzeitig wissen, dass es nebst dem medizinischen noch einen menschlichen Aspekt in der ärztlichen Betreuung gibt. Und der bedeutet hier Schutz vor nicht notwendigen oder gar kontraproduktiven technischen Interventionen.

**Stecken hinter der Option Nichtstun auch wirtschaftliche Überlegungen?**

Überhaupt nicht. Situatives Nichtstun muss zum ärztlichen Handeln gehören – weil es dann im Sinne und im Interesse des Patienten ist. Im Gesundheitswesen sind ökonomische Überlegungen wichtig und notwendig, aber sie sind bei meiner Interpretation des Nichtstuns sicher nicht das Thema.

**Sie haben es mit dem Wort Sterbevorbereitung angetönt: Wenn man Nichtstun hört, denkt man als Laie sofort an «nichts mehr tun können».**

Diese Sichtweise ist zu eng. Beim situativen Nichtstun geht es zwar auch um unheilbare Krankheiten, aber nicht nur. Auch bei leichten und mittelschweren Krankheiten gibt es Situationen, in denen das Nichtstun für den Patienten die bessere Option sein kann. Wenn wir Ärzte zum Beispiel Untersuchungen verordnen, die unangenehm, schmerzhaft oder sogar riskant sind und diese Untersuchungen keine unmittelbaren therapeutischen Konsequenzen für den Patienten haben, dann sind sie zu unterlassen. Oder wenn ein bestimmtes Beschwerdebild und die dagegen eingesetzte Therapie in keinem Verhältnis sind, dann ist auch diese Therapie zu unterlassen.

**Kann also Nichtstun schon am Anfang einer Krankheit stehen?**

Für viele, wenn nicht gar für die meisten Krankheiten gilt, dass sie rechtzeitig und verhältnismässig abgeklärt werden und, falls notwendig, dass eine entsprechende Behandlung nach den heute gängigen Therapierichtlinien eingeleitet wird. Nun gibt



**Hightechmedizin?** Das Plädoyer für das situative Nichtstun richtet sich nicht gegen die Errungenschaften der modernen Medizin – vielmehr sollen die Patienten die Wahl haben, welchen Weg sie gehen wollen.

Keystone

es aber Beschwerden, die erstens nicht der Anfang einer schwereren Krankheit sind und zweitens auch ohne ärztliche Intervention und medikamentöse Therapie mit der Zeit von selber verschwinden. Zudem kann trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen noch eine gute Lebensqualität vorhanden sein, die auch durch eine aufwendige Therapie oder eine Operation nicht verbessert wird. In solchen Fällen ist Nichtstun sicher angebracht.

**«Das Nichtstun ist ein gewisses Wagnis. Das Tun aber auch.»**

**Sie sagen: Nichtstun dann, wenn es für den Patienten die bessere Variante ist als das Tun. Wer kann sagen, ob das Nichtstun die bessere Variante ist?**

Zugegeben, es ist gelegentlich nicht einfach abzuschätzen, wann interveniert werden muss und wann nicht – mit dieser Schwierigkeit müssen wir leben. Aber Nichtstun muss ja nicht ein in Stein gemeisselter Entscheid sein, er kann jederzeit revidiert werden. Mir geht es darum, die Option des situativen Unterlassens als

eine dem situativen Tun ebenbürtige Entscheidungsmöglichkeit anzuerkennen.

**Nichtstun bleibt aber ein Wagnis.**

Nichtstun ist immer ein gewisses Wagnis, nicht nur in der Medizin. Aber auch das Tun ist ein Wagnis, gilt doch in der Medizin das Diktum des «primum nil nocere», wir dürfen als Ärzte also zuerst einmal nicht schaden. Und genau darum geht es beim Unterlassen von medizinischen Handlungen.

**Kann Nichtstun nicht ganz fatale bis tödliche Folgen haben?**

Natürlich kann es das. Eine Art Glücksspiel darf das Nichtstun deshalb nie sein; so wie auch das Tun kein Glücksspiel sein darf. Aber ich verstehe, was Sie meinen. Mit dem Nichthandeln verbindet man die Möglichkeit des folgenschweren Unterlassens, und ein solches darf unter keinen Umständen passieren. Nichtstun kann tatsächlich ein gewisses Wagnis sein, aber das gilt auch für das Tun.

**Ein Patient, dem ein Arzt die Option Nichtstun unterbreitet, könnte vermuten, dass er sterbenskrank oder ein «Psycho» ist. Glauben Sie, dass der überhaupt fähig ist, Ihre Gedanken aufzunehmen?**

Der Aspekt und die Option des situativen Nichtstuns sind meiner Meinung nach nicht schwierig zu verstehen. Schwieriger

ist dagegen, dem Patienten klarzumachen, dass für ihn in einem bestimmten Fall beispielsweise eine weitere Chemotherapie einerseits belastend ist und andererseits wohl kaum zu einer Verlängerung seines Lebens führt. Gerade dieser Erfahrungsschatz ist es, der uns Ärzten gebietet, dem Patienten die Möglichkeit des Nichtstuns anzubieten.

**Gibt es seitens des Patienten nicht die weit verbreitete Grundhaltung, dass im Falle einer Krankheit etwas gemacht werden muss? Schliesslich bezahlt er doch viel Krankenkassenprämie.**

Sicher gibt es diese Grundhaltung. Und der Patient hat auch das Anrecht auf eine korrekte Untersuchung und Behandlung. Dafür hat er regelmässig seine Krankenkassenprämien bezahlt. Nun stellt sich aber die Frage, ob der Patient wirklich etwas will, das er gar nicht braucht oder mit dem es ihm sogar schlechter geht. Wenn es uns Ärzten gelingt, den Patienten auf die gelegentlich doch sehr attraktive Variante des vorläufigen Abwartens und Beobachtens aufmerksam zu machen und ihn dafür zu gewinnen, dann legt er meist keinen Wert mehr auf verzichtbare Untersuchungen und Behandlungen.

**Und wenn er trotzdem darauf beharrt?**

Dann bin ich der Meinung, dass man etwas tut, das wirklich Sinn macht, gegebenenfalls auch eine fachärztliche Abklärung. Der Patient ist dann beruhigt, und es geht ihm häufig auch besser. Situatives Nichtstun soll auch situativ eingesetzt werden.

**Das grösste Problem mit dem Nichtstun hat vermutlich der Arzt selber. Darf er aus ethischer Sicht überhaupt nicht handeln?**

Die Aufgabe des Arztes ist es, Kranke zu untersuchen, Diagnosen zu stellen und adäquate Therapien einzuleiten. Das ist der Normalfall, und im Normalfall gilt das Tun, das Handeln. Aber: Zum Nichtstun

**«Situatives Nichtstun soll auch situativ eingesetzt werden.»**

verpflichtet sind wir immer dann, wenn das Nichtstun für den Patienten die bessere Option ist, und immer dann, wenn dies dem Wunsch des Patienten entspricht. Der Arzt darf nicht nur, er muss aus ethischen Gründen dem Nichthandeln den Vortritt lassen, wenn dies im Sinne des Patienten ist.

**Nichts tun heisst für den Arzt oft auch: Weniger verdienen. Glauben Sie, dass er das in Kauf nimmt?**

Wenn wir bemüht sind, die Medizin im Sinne des Patienten zu gestalten und dabei Nichtstun als berechtigte Option anzuerkennen, dann müssen wir davon ausgehen, dass wir Ärzte uns in jeder Situation primär für das Patientenwohl und erst sekundär für das eigene Wohl entscheiden.

**Nichtstun dürfte auch heissen: Viel Zeit aufwenden für Gespräche. Aber im Wartezimmer sind noch zwanzig Patienten. Wie löst man dieses Dilemma?**

Dieses Dilemma ist wohl kaum zu lösen. Das Gespräch mit dem Patienten ist ein wesentlicher Teil der Sprechstunde – unabhängig von der Option des situativen Nichtstuns. Aber es ist sicher so, dass die Option des Tuns dem Normalfall entspricht und deshalb primär das Thema sein muss. Und erst jetzt wird auch die Variante des Nichtstuns angesprochen. Und erst jetzt kann sich der Patient ein vollständiges Bild von allen den zur Auswahl stehenden Optionen machen.

Interview: Hans Graber

\*Beat Gerbers Arbeit über die Option des situativen Nichtstuns in der Medizin machte er im Rahmen einer Certificate of Advanced Studies-(CAS)Qualifikationsarbeit für das Nachdiplomstudium in Philosophie und Medizin der Universität Luzern.

Kontakt: beat.gerber@hispeed.ch



Beat Gerber (62), Facharzt für Allgemeine Medizin in Wattenwil BE