

Placebo: Mehr als nur Einbildung

R. Jütte

Zusammenfassung

Kaum ein medizinischer Terminus wird so häufig, auch im übertragenen Sinne, verwendet wie „Placebo“. Fast jeder glaubt zu wissen, was man darunter versteht, ohne aber meist wirklich erklären zu können, was genau damit gemeint ist und – vor allem – wie Placebo funktioniert. Zudem denken die meisten Ärztinnen und Ärzte bei diesem Begriff gleich an Klinische Studien, nicht aber an ihre eigene therapeutische Tätigkeit (Stichwort „Droge Arzt“). Vieles wird (auch in Klinischen Studien) dem Placebo-Effekt zugeschrieben, was im strengen wissenschaftlichen Wortgebrauch gar nicht darunter fällt (zum Beispiel statistische Effekte, natürlicher Krankheitsverlauf). Lange Zeit hatte es den Anschein, dass die experimentelle Placebo-Forschung, die in den letzten zwanzig Jahren zum Teil bahnbrechende Erkenntnisse über Wirkungsmechanismen und andere Faktoren, die den Placebo-Effekt konstituieren, an den Tag gebracht hat, kaum zur Kenntnis genommen würde. Und schon gar nicht wurden aus diesen Forschungsergebnissen Konsequenzen für die eigene therapeutische Praxis gezogen. Hier sollen die wichtigsten Ergebnisse des Arbeitskreises Placebo, der kürzlich im Auftrag des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer eine umfangreiche Stellungnahme vorgelegt hat, skizziert werden.

Geschichtlicher Rückblick

Der Terminus „Placebo“ lässt sich im medizinischen Sprachgebrauch erst seit etwas über 200 Jahren nachweisen. Dabei war das, was wir heute unter Placeboeffekt verstehen, nicht nur Ärzten, sondern auch Laien durchaus, wenngleich nicht als Begriff, so doch als Phänomen bereits seit der Renaissance bekannt. Erst im zweiten Drittel des 18. Jahrhunderts wurde diese Erscheinung, oder wenigstens ein Teilaspekt davon, mit dem Wort „Placebo“ umschrieben.

Das Wort „Placebo“ (wörtlich: ich werde gefallen) stammt aus der lateinischen Bibelübersetzung (Psalm 116), entspricht aber nicht dem hebräischen Urtext. Über das Totenbrauchtum des späten Mittelalters kam der Ausdruck schließlich mit der (negativen) Bedeutung „jemandem einen Gefallen tun“ in den medizinischen Sprachgebrauch. (Abb. 1)

Die ersten kontrollierten klinischen Versuche mit „inerten“ Substanzen wurden im frühen 19. Jahrhundert von Ärzten entwickelt, die entweder einen Wirkungsnachweis für die Homöopathie erbringen wollten oder die Absicht hatten, diese neue Heilweise als „Humbug“ zu entlarven. Erst mit Paul Martini (1932) entdeckte die medizinische Methodik das Placebo als Kontrolle in Arzneimittelstudien. 1955 wurde in einem Aufsatz von Henry Knowles Beecher der Placeboeffekt erstmals quantifiziert und auf relativ breiter Basis wissenschaftlich dokumentiert.



Abbildung 1: Pieter Bruegel d. Ä., Stichwortrundbilder (1558)

„The Powerful Placebo“ gilt heute als eine der meistzitierten Arbeiten zum Thema „Placebo“. Die Veröffentlichung in einem stark beachteten Fachorgan trug dazu bei, dass seit den 1950er Jahren die placebo-kontrollierten Doppelblindstudien in der Pharmaforschung allmählich zum Standard wurden.

Terminologie

In der neueren Literatur wird, wie auch in der Stellungnahme der Bundesärztekammer zu „Placebo in der Medizin“ (2011), meist ein weitgefasster Placebobegriff verwendet. Danach versteht man unter Placebo sowohl die Gabe eines Placebomedikaments oder den Einsatz einer Placeboprozedur als auch den Einfluss des Behandlungsumfeldes, die Erwartungen des Patienten und des Arztes und die unterschiedlich gelungene Arzt-Patient-Interaktion.

Als echte oder reine Placebos werden Scheinmedikamente bezeichnet, die nur eine pharmakologisch unwirksame Substanz und gegebenenfalls auch Hilfsstoffe wie Geschmackskorrigentien oder Farbstoffe enthalten. Bei Pseudo-Placebos, auch „unreine Placebos“ genannt, handelt es sich um pharmakodynamisch aktive Substanzen, die allerdings bei der Erkrankung keine spezifische Wirksamkeit entfalten, entweder weil die Dosis zu niedrig ist oder die behandelte Erkrankung nach herrschender Lehrmeinung nicht darauf anspricht. In der Forschung spielt diese Placebo-Variante eher selten eine Rolle, während sie in der täglichen Praxis von großer Relevanz ist, da reine Placebos eher nur im Ausnahmefall eingesetzt werden können. Im Gegensatz zu reinen Placebos können Pseudo-Placebos durch die Pharmakodyna-

mik der verwendeten Substanz bedingte spezifische unerwünschte Therapiewirkungen hervorrufen. Die Abwägung zwischen reinem Placebo und Pseudo-Placebo sollte in der täglichen Praxis also neben anderen ethischen und rechtlichen Aspekten das Nebenwirkungsprofil des Pseudo-Placebos berücksichtigen.

Einen Überblick über die Begriffe im Wortfeld Placebo bietet Tabelle 1.

Wirkungsmechanismen

Eine der wichtigsten Erkenntnisse experimenteller Forschung ist, dass Placebo- und Verumeffekt hirnpfysiologisch und -anatomisch lokalisierbar sind. Der Placeboeffekt ist damit nicht auf ein bloßes Epiphänomen reduzierbar. Da der Placeboeffekt nachgewiesenermaßen eine somatische bzw. (neuro-)biologische Basis hat, rückt somit die Frage seiner therapeutischen Relevanz mehr und mehr in den Mittelpunkt. Zahlreiche Metaanalysen zeigen, dass der Placeboeffekt für viele klinische Bilder therapeutisch relevant ist, für den einzelnen Patienten vorhersagbar ist er aber (noch) nicht.

Es existiert bislang kein umfassendes Modell der Wirkungsmechanismen, das den Placeboeffekt hinreichend erklärt. Derzeit werden im Wesentlichen zwei – sich keineswegs ausschließende – Erklärungsansätze diskutiert: der assoziative (lerntheoreti-

sche) und der mentalistische (kognitivistische). Beide Ansätze decken sich mit den derzeit akzeptierten Definitionen des Placeboeffekts als Bedeutungseffekt.

Gemäß dem assoziativen Ansatz sind Placeboeffekte das Resultat einer meist unbewussten Lernerfahrung. Diese Lernerfahrung besteht in der Konditionierung auf eine bestimmte psychische oder physische Reaktion, die mit der Gabe eines Placebos assoziiert ist. Placeboeffekte sind demnach operant oder klassisch konditioniert. Vor allem die klassische Konditionierung dient für zahlreiche Placeboeffekte (zum Beispiel bei Schmerz, Depression, Parkinson, Immunsystem) als valides und zuverlässiges Erklärungsmodell. Wenn gleich der durch Lernen bedingte Placeboeffekt unbewusst (das heißt ohne Wissen des Patienten) zustande kommt, ist er doch an die Wahrnehmung oder Interpretation durch den Patienten gebunden.

Nach dem mentalistischen Ansatz ist der Placeboeffekt ein Erwartungseffekt. Allgemein geht man dabei von einem positiven linearen Zusammenhang der Höhe der Erwartung und des Effekts aus. Erwartungen an die Wirkung einer Intervention haben bisweilen keinen prädiktiven Wert für das Auftreten des Effekts, was sich in entsprechenden Nullkorrelationen zeigt. Es müssen daher auch andere Kognitionen als Verursachungsgrößen in Betracht gezogen werden. Eine solche Größe scheint die Befindlichkeit des Patienten zu sein. Der Grund dafür ist, dass die Befindlichkeit einen viel unmittelbaren Einfluss auf die Wahrnehmung des Kontexts ausübt als zum Beispiel eine Erwartung.

Trotz intensiver Forschungsbemühungen und bedeutender Fortschritte sind die Mechanismen des Placeboeffekts nur teilweise geklärt. Folgende Kernfragen sind bislang nicht vollständig aufgeklärt: seine Auftretenswahrscheinlichkeit, seine Größe, das heißt seine klinische Bedeutsamkeit, seine zeitliche Dauer, sein physiologisches/biochemisches Korrelat. Weitere Grundlagenforschung ist daher dringend erforderlich.

Tab. 1: Überblick über die Begriffe im Wortfeld Placebo

Bezeichnung	Wirksamkeit der medizinischen Intervention
Reines Placebo	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmakologisch unwirksame Substanz • keine spezifischen Effekte hinsichtlich einer Verbesserung des Krankheitsverlaufs
Unreines/Pseudo-Placebo	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmakologisch aktive Substanz • Keine spezifischen Effekte (fehlende Evidenz) für die betreffende Indikation
Aktives Placebo	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmakologisch aktive Substanz • Keine spezifischen Effekte für die betreffende Indikation • Hervorrufung typischer Nebenwirkungen (Anwendung meist in klinischen Studien)
Placeboreaktion	<ul style="list-style-type: none"> • Bruttoeffekt nach Gabe eines reinen, unreinen oder aktiven Placebos (Placeboeffekt + vermengte Effekte)
Placeboeffekt	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoeffekt nach Gabe eines reinen, unreinen oder aktiven Placebos (Placeboreaktion abzüglich vermengter Effekte)
Nocebo	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmakologisch unwirksame Substanz • es werden beim Patienten Befürchtungen aufgebaut, durch die therapeutische Maßnahme krank gemacht zu werden
Noceboeffekt	<ul style="list-style-type: none"> • Effekt bei Gabe eines reinen, unreinen oder aktiven Placebos (negativer Placeboeffekt)

Unterschiedliche Formen des Placebos

Neben pharmazeutischen Darreichungsformen des Placebos existieren auch andere Formen. Dazu gehören beispielsweise interventionell-operative Methoden (zum Beispiel Scheinakupunktur, Scheinoperation) und psychosoziale Interventionen. Bei den medikamentösen Formen sind zum Beispiel Unterschiede zwischen oraler und parenteraler Applikation zu beobachten. Bei Scheinoperationen, bei der es reine und unreine Formen zu unterscheiden gilt, sind insbesondere der ethische und der rechtliche Aspekt zu beachten. Bei der Scheinakupunktur gibt es penetrierende und nicht-penetrierende Verfahren. Bei der manuellen Medizin ist es vielfach schwierig oder unmöglich eine Scheinintervention zu realisieren. Für Psychotherapiestudien existieren Studiendesigns, die mit spezifischen Kontrollgruppen arbeiten.

Die Rolle des Placebos in der Evidenz-basierten Medizin

Randomisierte, placebokontrollierte Studien sind auch 50 Jahre nach ihrer Einführung Goldstandard beim Wirksamkeitsnachweis in der klinischen Prüfpraxis. Placebo wird dabei als methodisches Instrument benutzt, meist ohne den beobachteten Placeboeffekt näher zu analysieren. Der Wirksamkeitsnachweis bedeutet also im engeren Sinne nur, dass nach Verumgabe größere Veränderungen in den Zielgrößen auftreten als unter Placebo. Kann dieser Nachweis nicht erbracht werden, bedeutet das nicht, dass kein positiver Effekt unter der Behandlung in den entsprechenden Studien beobachtet werden konnte. Vielmehr muss gerade dann, wenn im Verum- und Placeboarm deutlich Effekte beobachtet wurden, darüber nachgedacht werden, wie die Behandlung entsprechender Patienten gestaltet werden soll, zum Beispiel mit dem Einsatz von Pseudo-Placebos.

Ethische Aspekte

Da es bislang noch keine einheitlichen internationalen Richtlinien hinsichtlich der Placebogabe in klini-

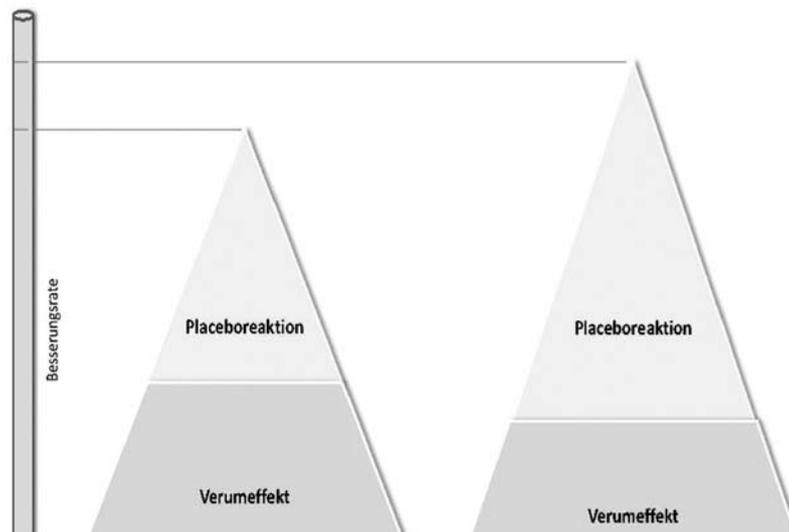


Abbildung 2: Vergleich zweier Behandlungsformen X und Y.

schen Studien gibt, die allgemein verbindlich sind, hat jüngst der Arbeitskreis Placebo des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer eine Vereinheitlichung, die dringend geboten ist, angemahnt. Ein Konsensus wird, wie ein Blick in die Literatur zeigt, nur schwer zu erzielen sein. Am ehesten konsensfähig scheint inzwischen die aktuelle Fassung der Deklaration von Helsinki aus dem Jahre 2008 zu sein. Danach ist Placeboanwendung bei einwilligungsfähigen Patienten ethisch gerechtfertigt, wenn es keine andere wirksame Behandlung („no current proven intervention“) gibt. Ausnahmen sind möglich, wenn zwingende („compelling“) und wissenschaftlich schlüssige („scientifically sound“) methodologische Gründe vorliegen, um die Wirksamkeit und/oder Sicherheit einer Intervention zu bestimmen. Dazu kann auch die erforderliche Stichprobengröße bei seltenen Erkrankungen zählen. Zudem dürfen Patienten in der Placebogruppe nicht dem Risiko einer schweren oder irreversiblen Schädigung („any risk of serious or irreversible harm“) ausgesetzt sein. Außerdem kann Placebo zusätzlich zur Standardtherapie (add-on) gegeben werden.

Eine besondere Situation stellt die Erforschung des Placeboeffekts dar. Hierbei geht es darum, die einzelnen Faktoren der Placebo-Reaktion zu untersuchen. Auch hier ist aus ethischer Sicht die Einwilligung in eine Placeboanwendung bei einwilligungsfähigen Probanden oder Pati-

enten unabdingbar. Das damit verbundene ethische Dilemma der Probanden- oder Patiententäuschung kann umgangen werden, indem man den Studienteilnehmer darüber aufklärt, dass die verabreichte Substanz (Placebo) dazu führen kann, dass körpereigene Mechanismen angestoßen werden, die einen biologischen Effekt haben. Diese Aufklärung ist wissenschaftlich korrekt und bezieht sich zum Beispiel auf die endogene Opiatausschüttung bei der Placeboanalgesie.

Unabhängig von den vorstehenden Erwägungen müssen die Patienten darüber aufgeklärt werden, dass sie bei einer Zuteilung zur Placebogruppe gegebenenfalls keinen Nutzen aus der Studienteilnahme ziehen können.

Noch größere ethische Probleme ergeben sich bei Placebogaben in der therapeutischen Praxis. Auch hier hat die Stellungnahme der Bundesärztekammer eine mögliche Lösung aufgezeigt: Da die experimentelle Placeboforschung eindrücklich belegt, welchen Nutzen der Patient aus einer Placebogabe ziehen kann (zum Beispiel Verringerung von Nebenwirkungen) ist die bewusste Anwendung von reinem Placebo oder so genanntem „Pseudo-Placebo“ in der therapeutischen Praxis (außerhalb klinischer Studien) durchaus vertretbar. Dabei sind aber neben der geltenden Rechtslage, von der noch die Rede sein wird, folgende Voraussetzungen zu beachten:

- Es ist keine geprüfte wirksame (Pharmako-)Therapie vorhanden.
- Es handelt sich um relativ geringe Beschwerden und es liegt der ausdrückliche Wunsch des Patienten nach einer Behandlung vor.
- Es besteht Aussicht auf Erfolg einer Placebobehandlung.

Dazu bedarf es eines soliden Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Bei der erforderlichen Aufklärung sollte der Patient über erwarteten Nutzen und Risiken in Kenntnis gesetzt werden. Gegebenenfalls kann der Patient darüber informiert werden, dass die verabreichte Substanz (Placebo) dazu führen kann, dass körpereigene Mechanismen angestoßen werden, die einen biologischen Effekt haben. Wie eine neuere Studie zeigt, muss der Patient nicht unbedingt „getäuscht“ werden, um einen Placeboeffekt zu erzielen (Kaptchuk, T.; Friedlander, E., Kelley, J.M. et al., 2010). Auch die offene Gabe von Placebo kann unter bestimmten Bedingungen zum gewünschten Heilerfolg führen.

Meist wird bei der ethischen Diskussion über den Einsatz von Placebos in der therapeutischen Praxis übersehen, dass der Placeboeffekt auch bei der Standardtherapie auftritt. Daher gilt es, die Erkenntnisse der experimentellen Placeboforschung in die Praxis umzusetzen, um den Patienten optimal zu behandeln, Arzneimittelwirkungen zu maximieren, unerwünschte Wirkungen von Medikamenten zu verringern und Kosten im Gesundheitswesen zu sparen. Diese Kenntnisse müssen Ärztinnen und Ärzten bereits in der Ausbildung sowie in der Fort- und Weiterbildung vermittelt werden.

Ein schmaler Grat: rechtliche Aspekte der Placebogabe

Nach der lex artis, also dem ärztlichen Handeln entsprechend den anerkannten Regeln und unter Anwendung aller Erkenntnisse und technischen wie personellen Fähigkeiten und Kenntnisse, besteht grundsätzlich die Pflicht, eine wirksame Therapie anzuwenden und dadurch gesundheitlichen Schaden vom Pati-

enten abzuwenden oder Schaden zu begrenzen. Stehen mehrere, praktisch gleichwertige Methoden zur Verfügung, so zum Beispiel der Einsatz von Verum oder Placebo, darf der Arzt das nach seinem Ermessen am besten geeignete Mittel oder Verfahren wählen. Eine Placebothherapie ist aber unzulässig, wenn sie unter Außerachtlassen grundlegender Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft erfolgt. Sie entspricht nicht dem einzuhaltenden Qualitätsstandard, wenn es Interventionen gibt, die für den Patienten erfolgsversprechender und in der Wissenschaft unbestritten sind. Stehen mehrere gleich geeignete Vorgehensweisen mit unterschiedlicher Risikoquote zur Verfügung, ist diejenige zu wählen, welche den Heilerfolg am besten gewährleistet und in den damit verbundenen Nebenwirkungen am wenigsten schädigend ist. Dies gilt auch für den Einsatz von Placebo. Die Anforderungen an die therapeutische Abwägung steigen mit der Gefährlichkeit der Erkrankung oder des vorzunehmenden Eingriffs. Bezüglich des individuellen Heilversuches mit Placebogabe gilt, dass er per se nicht unzulässig ist, sondern dass dieser rechtlich nach den allgemeinen Grundsätzen zu beurteilen ist.

Im Rahmen der lex artis obliegt dem Arzt die therapeutische Pflicht, mit dem Patienten das aus ärztlicher Sicht Notwendige zu besprechen. Dies bedeutet, dass der Arzt bei Placeboeinsatz über Nutzen und Risiken informieren muss, wenn mehrere Behandlungsarten mit jeweils unterschiedlichen Belastungen bzw. Chancen zur Verfügung stehen. Das Ziel der ärztlichen Aufklärung muss sein, dem Patienten zu ermöglichen, das Für und Wider der Placebothherapie abzuwägen und so eine frei bestimmte Einwilligung zu ermöglichen. Die Aufklärungspflicht kann nur in eng begrenzten Fällen eingeschränkt werden. Unter der Bezeichnung „therapeutisches Privileg“ wird in der juristischen Literatur kontrovers diskutiert, ob die Aufklärungspflicht des Arztes ihre Grenze findet, wenn der psychische Zustand des Patienten zu einer Gefährdung der Heilungsaus-

sichten führen könnte. Eine vergleichbare Argumentation kann erwogen werden, wenn der Arzt ein Placebo einsetzen möchte, dessen Wirksamkeit gerade darauf beruht, dass der Patient nicht weiß, ein Placebo zu erhalten, und andere erfolgversprechende Auf die Grundaufklärung kann der Patient nicht wirksam verzichten – selbst wenn es um einen Placeboeinsatz geht. Etwas anderes gilt nur bei Therapiebegrenzung oder Therapieabbruch infolge Aussichtslosigkeit bei infauster Prognose oder wenn selbst die Grundaufklärung zu schwerwiegenden Schäden auf Patientenseite führen würde.

Weitgehend juristisch geregelt ist dagegen der Einsatz von Placebos in der klinischen Forschung. Nach herrschender Rechtsauffassung ist bei vergleichenden Therapiestudien die Placebovergabe an die Kontrollgruppe nur zulässig, wenn eine Standardtherapie nicht existiert oder bei bloßen Befindlichkeitsstörungen, sonst ist die Standardtherapie für die Kontrollgruppe unerlässlich. Es ist allgemein anerkannt und kommt sowohl im Arzneimittelgesetz wie im Medizinproduktegesetz klar zum Ausdruck, dass die bloße Einwilligung nicht ausreichend ist, sondern eine vorherige Aufklärung des Probanden, insbesondere über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken des Eingriffs erforderlich ist. Der Umfang der Aufklärung steht in der Regel in einem umgekehrten Verhältnis zum Nutzen des Eingriffs: Je geringer der Nutzen für den Probanden ist, desto umfassender muss aufgeklärt werden. Je größer die Risiken sind, je mehr Handlungsalternativen zur Verfügung stehen, desto ausführlicher muss die Aufklärung sein. Besonders ausführlich hat die Aufklärung bei rein wissenschaftlichen Versuchen zu sein. Regelmäßig geht sie über die Information bei einer Behandlung hinaus. Für klinische Studien gilt weiterhin, dass die Probanden zwar über das Prinzip der Zufallszuweisung, nicht aber darüber aufgeklärt werden müssen, welcher der verschiedenen Gruppen sie angehören. Die Aufklärung über die Randomisierung kann nicht deshalb entfallen, weil die Placebo- und die Ver-

umgabe gleichwertige Verfahren wären. Denn dies ist bei der Placebogabe gerade auszuschließen.

Die Placebogabe bei nicht-einwilligungsfähigen Minderjährigen und Erwachsenen ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich und wird in klinischen Studien wie auch der alltäglichen Praxis mitunter angewandt. Hierzu finden sich in der Stellungnahme der Bundesärztekammer zu „Placebo in der Medizin“ folgende Hinweise und Einschränkungen:

1. Nicht-einwilligungsfähige Minderjährige wie Erwachsene stellen eine Personengruppe dar, die aufgrund ihrer Partizipationseinschränkungen einer besonderen Aufmerksamkeit und Fürsorge bedürfen.
2. Sie dürfen im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt weder benachteiligt noch von diesem ausgeschlossen werden, sondern haben, wie Einwilligungsfähige, ein Recht auf Teilhabe an zeitgemäßen, wissenschaftlich begründeten Behandlungsmaßnahmen.
3. Nach derzeitiger Rechtslage dürfen erwachsene Nicht-Einwilligungsfähige in klinische Studien nur einbezogen werden, wenn dadurch für sie ein individueller Nutzen erwartet werden kann. Hingegen ist die Einbeziehung Minderjähriger in derartige Studien unter den engen Voraussetzungen der §§ 40 Abs. 4, 41 Abs. 2 AMG gestattet.
4. Es wird empfohlen, die nicht-einwilligungsfähigen Erwachsenen mit nicht-einwilligungsfähigen Minderjährigen im Hinblick auf Placebos in Studien grundsätzlich gleichzustellen. Dies bezieht sich sowohl auf den Einschluss in Placebo-kontrollierte Studien als auch auf die Anwendung von Placebos in der Alltagspraxis. Gleiches gilt für die Gruppe der kurzfristig nicht-einwilligungsfähig gewordenen Personen.

Die Bedeutung der Arzt-Patient-Interaktion für den Placeboeffekt

Jeder therapeutischer Erfolg setzt sich aus spezifischen, auf die in einer

bestimmten Intervention begründeten, das heißt funktional nachweisbar, sowie aus unspezifischen Wirkfaktoren zusammen (vgl. Abb. 2). Deren zugrunde liegende Mechanismen sind zwar noch nicht hinreichend untersucht, müssen jedoch als therapeutisch relevant angesehen werden. Da unspezifische Wirkfaktoren im therapeutischen Kontext von erheblicher Bedeutung sein können, lässt sich der Behandlungserfolg nur maximieren, wenn diese auch genutzt werden. Die Voraussetzungen in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung sind jedoch derzeit nicht optimal.

In der medizinischen Praxis stellt sich die Frage, welche Faktoren dazu verhelfen, unspezifische Effekte zu fördern. Der Placeboeffekt, der ein wesentlicher Bestandteil unspezifischer Effekte ist, wirkt im psychosozialen Kontext. Dieser ist im medizinischen Alltag maßgeblich durch die Qualität der Arzt-Patient-Interaktion geprägt. Daher dürfte klar sein, dass eine gute Arzt-Patient-Beziehung letztlich auch den Placeboeffekt fördert. Diesen Schluss legen zahlreiche Befunde aus der Placeboforschung nahe, wenn auch nur indirekt, weil bislang dazu nicht systematisch geforscht wurde.

Die Arzt-Patient-Beziehung vollzieht sich als ein dynamischer Prozess, der durch Interaktion gekennzeichnet ist. In der medizinsoziologischen und medizinpsychologischen Forschung besteht weitgehend Konsens darüber, dass die Wirksamkeit und der Erfolg medizinischer Maßnahmen unter anderem von der Qualität des Kontakts zwischen Arzt und Patient abhängen. Unter den Faktoren, die den Placeboeffekt ausmachen, spielt die Interaktion zwischen Arzt und Patient eine zentrale Rolle.

Schon die alleinige Anwesenheit des Arztes kann demnach einen Einfluss haben. Entsprechend war in einer anderen Studie eine „Placebospritze“, die vom Arzt im Weißen Kittel verabreicht wurde, genauso wirksam wie eine verdeckte (automatisch) Injektion von Morphin (Aman-

zio, M.; Pollo, A.; Maggi, G.; Benedetti, F., 2001). Dass die Arzt-Patient-Beziehung einen wesentlichen Anteil am Placeboeffekt hat, zeigte eine neuere Studie (Kaptchuk T.; Kelley, J.M.; Conboy, L.A.; et al., 2008), in der 262 Patienten mit Reizdarmsyndrom drei Gruppen zugeteilt wurden. Eine Gruppe bekam keine Therapie (Wartegruppe), die zweite Gruppe erhielt Scheinakupunktur ohne Zuwendung des Arztes und die dritte Gruppe Scheinakupunktur mit Zuwendung des Arztes. In der Scheinakupunkturgruppe ohne Zuwendung besserten sich 44 Prozent, der größte Effekt zeigte sich in der Gruppe mit Zuwendung (62 Prozent).

Die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung ist also wichtig für den Therapieerfolg und damit auch ganz wesentlich für den Placeboeffekt. Es bleibt festzustellen, dass es kaum zusammenführende Forschung zu diesem Thema gibt. Doch eines steht fest: In der medizinischen Praxis gibt es keine therapeutische Maßnahme ohne einen potenziellen Placeboeffekt. Im Übrigen müssen auch Noceboeffekte, die ebenfalls auftreten können, beachtet werden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. phil. Robert Jütte
Institut für Geschichte der Medizin
der Robert Bosch Stiftung
Straußweg 17
70184 Stuttgart

Die durch den Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. phil. Robert Jütte erarbeitete Stellungnahme „Placebo in der Medizin“ ist in Buchform erschienen.

Zudem besteht die Möglichkeit, die Stellungnahme auf der Homepage der Bundesärztekammer herunterzuladen (www.baek.de und dann unter „Medizin und Ethik – Gremien – Wissenschaftlicher Beirat – Veröffentlichungen – Projektbezogene Themen“).