

Die Droge Arzt bewusst einsetzen

Die Kommunikation zwischen Patient und Behandler ist für den Placeboeffekt zentral, sagt Prof. Dr. phil. Robert Jütte. Der stellvertretende Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer hat den Arbeitskreis »Placebo in der Medizin« initiiert.

Herr Professor Jütte, der Arbeitskreis Placebo in der Medizin empfiehlt Ärzten, »die Erkenntnisse der Placeboforschung in der Praxis anzuwenden, um Patienten optimal zu behandeln, erwünschte Arzneimittelwirkungen zu maximieren, unerwünschte Wirkungen von Medikamenten zu verringern und Kosten im Gesundheitswesen zu sparen«. Ist damit gemeint, dass Ärzte mehr Placebos verordnen?

— Nein, so hat die Presse das damals geschrieben. Unsere Kernaussage ging dabei etwas unter. Uns war und ist wichtig, dass Ärzte ihre Beziehung zu den Patienten optimieren, um das Beste aus einer Therapie herauszuholen. Die »Droge Arzt« ist entscheidend dafür, ob es einen Placeboeffekt gibt – und nicht etwa ein bestimmter Placebo-Genotyp.

Wissen die Ärzte denn genug über gute Arzt-Patienten-Kommunikation, um positive Wirkungen auslösen und negative zu verhindern?

— Da gibt es in der Tat noch einen großen Ausbildungsbedarf. Es geht ja nicht nur um die »sprechende Medizin«, genauso wichtig sind nonverbale Zeichen. Ein Augenaufschlag oder die Verweigerung eines Händedrucks genügen, um den Placeboeffekt auszuschalten und den Patienten in eine Nocebosituation zu bringen. Es gibt erste Reformstudiengänge, etwa an der Charité in Berlin oder auch an der Medizinischen Fakultät in Zürich, wo die Studenten viel über den Placeboeffekt und die Arzt-Patienten-Kommunikati-

on erfahren. Aber in der Praxis ist dieses Wissen noch nicht überall angekommen – davon sind wir weit entfernt.

Was genau muss sich ändern?

— Damit das Placebowissen bei den Ärzten ankommt, braucht es einen Mentalitätswandel. Der erste Teil davon ist schon geschafft; inzwischen ist der Placeboeffekt raus aus der Schmutzdecke der Medizin. Zu verdanken ist das der modernen Bildung, die zeigen konnte, dass sich Patienten die Effekte nicht nur einbilden, sondern dass tatsächlich bestimmte Hirnreale aktiviert werden. Dieser Durchbruch hat nicht nur die experimentelle Placeboforschung beschleunigt, sondern er hat vor allem zu einer Anerkennung von Placebo als echtes wissenschaftliches Thema geführt. Jetzt müssen wir den zweiten Mentalitätswandel schaffen.

Um zu lernen, wie man den Placeboeffekt anwenden kann?

— In letzter Konsequenz, ja. Vorher müssen die Ärzte verkraften, dass für die Behandlung von Schmerzen ein Placebo fast genauso viel bringt wie ein Medikament, und zudem ohne Nebenwirkungen. Dafür muss man sich eingestehen, dass man inklusive Facharztausbildung 12 bis 13 Jahre Medizin studiert und sich weitergebildet hat, und es im Endeffekt in der Schmerztherapie darauf ankommt, wie man als Arzt überkommt. Das ist erst mal eine schockierende Einsicht für einen Arzt. Dann muss er noch erkennen, dass das für die Praxis relevant ist, natürlich nicht in der Onkologie, auch nicht bei einem Beinbruch, aber bei vielen anderen Erkrankungen, etwa beim Reizdarm, bei Migräne, entzündlichen Darmerkrankungen oder Müdigkeit nach einer Krebstherapie.

In den genannten Fällen geht es doch darum, in der Praxis Placebos abzugeben. Hält Ihr Arbeitskreis das für ethisch vertretbar?

— Als wir die Stellungnahme 2011 publiziert haben, war die Studie von Ted Kaptchuk über die offene Abgabe von Placebo bei Reizdarm [7S. 79] noch nicht publiziert. Auf unsere Frage, wie man dem Patienten Placebo verabreichen kann, hat unsere Juristin immer gewarnt, dass das ethisch und juristisch heikel sei. Deshalb haben wir uns in der Stellungnahme nicht sehr konkret dazu geäußert.

Inzwischen stellt sich das Problem nicht mehr so gravierend, weil mehrere Studien aus Harvard zeigen, dass die offene Abgabe von Placebos funktioniert.

Wann genau darf ein Arzt Placebos verschreiben und wie muss er seine Patienten darüber informieren?

— Der Arbeitskreis »Placebo in der Medizin« hält die bewusste Anwendung für vertretbar, wenn es erstens keine geprüfte medikamentöse Therapie gibt oder wenn zweitens die Beschwerden eher gering sind und der Patient ausdrücklich eine Behandlung wünscht und wenn drittens Aussicht auf Erfolg einer Placebobehandlung bei dieser Erkrankung besteht. Zudem muss eine Aufklärung erfolgen. Man muss dem Patienten zum Beispiel sagen: Ich verschreibe Ihnen jetzt etwas, das »unspezifische Effekte« hat. Unspezifisch muss man so erläutern, dass der Patient es auch versteht. Man muss nicht »Placebo« sagen, aber klarmachen, dass es keine schulmedizinische Therapie ist. Je nachdem, wie ich das präsentiere, kommt es bei den Patienten positiv an.

Gilt dasselbe auch für Apotheker?

— Im Prinzip müssten sie ebenfalls aufklären. Wenn ein Patient nach einem nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel verlangt, und der Apotheker findet, da genügt auch eine Zuckerpille, macht er sich ohne Aufklärung strafbar. Wenn der Arzt ein reines Placebo verschreiben will und den Apotheker instruiert, dass der Kranke die Zuckerpillen holt, muss die Aufklärung bereits vorher beim Arzt stattgefunden haben. Darauf muss der Apotheker achten.

Nehmen wir einmal an, dass der Patient trotz Aufklärung kein Placebo wünscht, Beschwerden hat er aber nicht wirklich. Darf der Arzt ihm dann ein sogenanntes Pseudoplacebo verschreiben, weil auch das einen Placeboeffekt auslösen kann?

— Tatsächlich verschreiben viele Ärzte in der Praxis Pseudoplacebos und geben zum Beispiel *homöopathische* [7] Globuli. Die Forschungslage, ob diese nur Placebos sind oder nicht, ist widersprüchlich und unübersichtlich. Trotzdem kann man sagen, dass

die Homöopathie den Placeboeffekt sicherlich am besten nutzt. Dazu trägt das gesamte Umfeld bei, mit sehr engagierten homöopathischen Ärzten, die sich viel Zeit nehmen – als therapeutisches Setting ist die Homöopathie ein ideales Heilverfahren.

Was meinen Sie, könnte eine Placebothherapie kassenpflichtig werden?

— Die Schweizer bekommen ja bereits heute Homöopathie auf Krankenschein. Nach dem deutschen Arzneimittelgesetz sind Placebos keine Arzneimittel. Aber wenn man sich anschaut, wie sie wirken können, sind sie es doch. Einige Gesundheitsökonominnen sagen ganz klar, wenn eindeutig nachgewiesen ist, dass der Placeboeffekt wirkt, muss die Kasse das auch erstatten [7 Beiträge S. 94f. und 96f.].

Würde das helfen, Gesundheitskosten zu sparen?

— Den ökonomischen Aspekt haben wir nicht in den Vordergrund gestellt. Aber es ist ja ganz klar, dass man automatisch Kosten spart, wenn man Nebenwirkungen vermeidet, indem man Placebos einsetzt. Abgesehen davon sind Patienten, die sich auf eine solche Behandlung einlassen, eher bereit, ihren Lebensstil zu ändern und so auch Krankheitsprophylaxe betreiben.

Wie invasiv dürfen Placebobehandlungen sein? Ich denke da zum Beispiel an Scheinoperationen zur Arthrosetherapie.

— Ja, da gibt es die schöne Studie, die zeigt, dass Scheinoperationen mehr bringen als orthopädische Eingriffe. Aber so etwas bekommen Sie heute nicht mehr durch die Ethikkommission. Seit 2001 gibt es mit wenigen Ausnahmen keine chirurgischen Placeboeingriffe mehr. Selbst wenn das Risiko im Vergleich zu einem echten Eingriff geringer ist, kann es auch bei einer Scheinoperation zu Infektionen kommen. Da muss man schon vorsichtig sein. Die wenigen Studien, die wir haben, sollten dem Chirurgen aber zeigen, dass er nicht so schnell zum Messer greift, sondern eher zu konservativen Therapien rät.