

einstichs und damit auf „spezifische Effekte“ der Akupunktur schließen lassen, und „unspezifische Effekte“, die von den Vorerfahrungen, der Erwartungshaltung etc. der Patienten abhängen [3,4].

Es kann davon ausgegangen werden, dass jegliche Intervention, jegliche Arzt-Patient-Interaktion – egal ob im komplementärmedizinischen oder schulmedizinischen Setting – aus einem spezifischen und einem unspezifischen Anteil besteht. Diesen unspezifischen Anteil gilt es in der ärztlichen Arbeit bewusst zu nutzen, was in keinsten Weise einer offenen und ehrlichen Arzt-Patienten-Beziehung entgegen steht. Schon immer war die „Droge Arzt“ ein wichtiger Bestandteil in der Behandlung von Patienten, sei es im Ritual der Chefarztvisite oder mit dem weißen Kittel als „ärztlicher Kostümierung“. Hierunter fällt auch die ri-

tualisierte Vorgehensweise bei vielen komplementärmedizinischen Ansätzen. An dieser Stelle kommt die „Kunst des Heilens“ – eine professionelle ärztliche Haltung immer vorausgesetzt – ins Spiel und damit auch die von Prof. Anlauf genannten *ärztlichen Basispflichten*, allen voran die Fähigkeit zur Empathie und zur Kommunikation. Keinesfalls dürfen diese „Basispflichten“ – ich möchte sie lieber positiv „Basiskompetenzen“ nen-

nen – outgesourct werden. Im Gegenteil, sie müssen noch deutlich mehr Gewicht bekommen in Studium und Weiterbildung.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Stefanie Joos
Leitende Oberärztin
Abteilung Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung
Voßstr. 2, 69115 Heidelberg
Tel.: 06221 / 566263, Fax: 06221 / 561972
E-Mail:
stefanie.joos@med.uni-heidelberg.de

Literatur

1. www.cochrane.de/sites/cochrane.de/files/uploads/rund16.pdf
2. Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How placebos change the patient's brain. *Neuropsychopharmacology* 2011; 36: 339–54
3. Kong J et al. An fMRI study on the interaction and dissociation between expectation of pain relief and acupuncture treatment. *Neuroimage* 2009; 47: 1066–76
4. Chae Y et al. The neural substrates of verum acupuncture compared to non-penetrating placebo needle: an fMRI study. *Neurosci Lett* 2009; 450: 80–4

Was wäre, wenn CAM nur Placebo-Wirkung hätte?

Heinz-Harald Abholz¹

Wie häufig in diesem Zusammenhang unterstellt auch Herr Prof. Anlauf, dass CAM eigentlich keine Wirkung habe, sondern nur einen Placebo-Effekt. Und er konzediert, dass Placebos bestenfalls Symptome lindern können, nicht aber heilen oder Krankheit verhindern können.

Ich bin nicht CAM-Betreiber, interessiere mich aber für die Wirksamkeit von Placebo und glaube an die Notwendigkeit, diese einzusetzen. Dass Placebos eine Wirkung haben, wird, so glaube ich, von Niemanden mehr bestritten. Einmal gibt es inzwischen zahlreiche Studien mit Beleg hierfür [2], zum anderen kann man sich als „Beleg“ hierfür vor Augen führen, dass zum Nutzenachweis heutzutage fast immer Verum gegen Placebo getestet werden muss: eben weil es diese Placebo-Wirkung gibt.

Warum also sollte man Placebo nicht auch nutzen? Eine Indikation ergibt sich in folgenden Situationen:

1. Es gibt keine schulmedizinische Hilfe und der Patient verlangt dennoch nach Hilfe (bei sowohl banalen als auch lebensbedrohlichen Erkrankungen eine sehr häufige Situation in der Versorgung).
2. Die schulmedizinischen Behandlungsmethoden haben objektive oder für den Patienten nicht tolerierbare Nebenwirkungen – dann kommt man in die Situation 1.
3. Der Patient lehnt vorhandene schulmedizinische Verfahren explizit ab (dies gibt es z.B. oft bei Kortikosteroiden, Antibiotika, sehr häufig bei psychotherapeutischen Verfahren).

Patienten haben uns auch für diese häufigen Situationen den Behandlungsauftrag gegeben: „Tue das Beste für mich“. Kaum ein Patient hat einen Auftrag mit dem Inhalt „Tue das Beste schulmedizinisch für mich“ gegeben.

Wenn wir nun wissen – und Prof. Anlauf bestätigt dies –, dass Placebos auf

Symptome ihre Wirkung haben, dann können wir dies als Ärzte nicht verweigern. Denn was bliebe ansonsten?

1. Die Aufklärung über das Fehlen einer (gemeint: schulmedizinischen) Therapie – etwas, was nicht viele Patienten akzeptieren.
2. Die von Herrn Prof Anlauf berechtigt geforderte Zuwendung für den Patienten: also Trost, Empathie, Mitleid.

Nur reicht dies in unserer Welt – man mag es bedauern – dem „modernen Menschen“ in der Regel nicht mehr. Es müsse doch etwas geben, man sehe doch allenthalben, was die Medizin könne – und dann nur „Nettigkeit“ vom Arzt, das muss ein Kunstfehler sein – so ist die in der Regel aufzufindende Reaktion.

Zudem aber gibt es eben auch – neben der Wirkung mittels Zuwendung – eine Eigenständigkeit der Wirkung der „Pille“ [1, 2]. Und diese Wirkung würden wir vorenthalten.

¹ Abt. für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Prof. Dr. med. H.-H. Abholz ist ...



... Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Innere Medizin. Langjährig in Klinik und Allgemeinpraxis tätig. Seit 1998 Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf.

Wir brauchen also Placebos – ob die sogenannten Pseudoplacebos (unterdosierte schulmedizinische Medikamente) hier sinnvoller sind oder die Verfahren und Substanzen von CAM, das sei einmal dahingestellt.

Die meisten von uns würden die Gefahr von UAWs bei unterdosierten schulmedizinischen Medikamenten – oder auch Diagnostik wie CT etc., damit etwas geschieht! – als problematischer einschätzen.

Und: In der Regel ist CAM mit mehr „Beiwerk“ ausgestattet als unterdosierte schulmedizinische Medikamente – und somit mit höherer Chance der Wirksamkeit versehen [5, 6].

Und schließlich – um auf CAM wieder zu kommen – sind diejenigen Ärzte, die CAM anwenden, über ihren Glauben an die Wirksamkeit dessen, was sie tun, die „besseren Placebos“ [5] – hier einmal angenommen, CAM hätte nicht mehr als Placebo-Effekte.

Was spricht gegen die Anwendung von Placebo-Medizin? Eigentlich nur unsere, meist unreflektierte, Position, dass wir als Schulmediziner nur das im System Vorgesehene tun dürften. Aber das System Medizin ist nicht unserer „Auftraggeber“, sondern es ist der Patient mit seinem Behandlungsauftrag: „Tue das Beste für mich“. Also tun wir dies bitte auch und kommen unserem Auftrage nach – mit CAM besser als mit unterdosierten schulmedizinischen Substanzen. Denn „richtige“ Placebos können wir ja heute nicht mehr rezeptieren. Hinzu kommt, CAM könnte ja auch mehr als Placebo-Wirkung haben.

Aber wir können mit unseren Erfolgen beim Einsatz von Placebo und CAM auch zu Ignoranten werden und damit dem Patienten schaden. Denn Patienten haben das Recht, unsere Meinung zu dem, was das Beste ist, zu erfahren. Nicht immer gelingt es, dies mitzuteilen, weil nicht selten schon eine Botschaft mit der Bedeutung „eigentlich gibt es nichts“ für viele Menschen nur

schwer auszuhalten ist. Das Leid ohne Möglichkeit zur Wehr, das wird dann das Problem [3].

Wir werden also auch oft undiskutiert Placebo oder CAM einsetzen, wenn eine Konstellation gegeben ist (s.o.), die schulmedizinisches Vorgehen verunmöglicht. Wird dies aber zur „Routine“, dann sind wir in Gefahr, Patienten zu schaden: Wir können damit über lange Zeit Patienten von wirksamer Behandlung der Schulmedizin – z.B. Psychotherapie, Cortison bei Asthma etc. – abhalten, wenn wir mit unseren Placebos erfolgreich sind. Daher bedeutet der Placeboeinsatz, mehr noch als der Verum-Einsatz, ein sehr verantwortliches ständiges Abwägen, ob man bei einem, nämlich diesem Konzept, bleiben sollte oder nicht [4].

Und schließlich gibt es noch das Problem, dass wir unserem Patienten gegenüber nicht aufrichtig sind, also sowohl das ethische Prinzip der Autonomie ihm gegenüber verletzen als auch unser emotionales Verhältnis zu ihm hiermit stören. Prof. Anlauf verweist darauf.

Dies ist sicherlich das Problematischste beim Placebo-Einsatz. Ethisch sind wir zwar – wie immer: nur von Fall zu Fall – dadurch gerechtfertigt, dass wir das ethische Prinzip, dem Patienten zu helfen, höher als das nach Autonomie-Gewährung für diese Person in dieser Situation ansehen; also gar mit „hypothetischer Einwilligung rechnen können [4].

Und bzgl. der Störung des emotionalen Verhältnisses ist zu sagen, dass immer dann, wenn man es sich zu eigen gemacht hat, dass es um das „Beste für den Patienten“ geht und nicht um das „schulmedizinisch Beste“, man nicht zum Zyniker wird, sondern sich – wie auch bei jedem schulmedizinischen Erfolg – darüber freut, dass es besser wird. Dies aber bewahrt zu weiten Teilen davon, dass unsere Beziehung zum Patienten gestört wird: Denn wir haben nicht das Gefühl, zu betrügen bzw. anzuneh-

men, dass der Patient ein Tor ist, weil wir ja wissen, dass Placebo und/oder CAM wirken.

Hier wird deutlich, dass die implizite, weil fast nie reflektierte Positionseinnahme für Schulmedizin als das einzig Richtige und zu Verantwortende, dazu führt, dass man seinen Patientenauftrag entweder häufig nicht wahrnehmen kann, oder ihn dann, wendet man Placebo oder CAM doch an, zum Zyniker werden muss: Dies erst stört dann empfindlich die Beziehung zum Patienten und führt zum „schlechten Gewissen“ darüber, nicht den Auftrag erfüllt zu haben, ein guter Schulmediziner zu sein. Nur war dies so nie der Auftrag des Patienten, sondern man hat ihn sich nur so einreden lassen und/oder sich selbst eingeredet.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Abteilung für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum der
Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de

Literatur

1. Ader R. The Role of Conditioning in Pharmacotherapy. In: Harrington A (ed.). The Placebo Effect: An Interdisciplinary Exploration. Harvard: University Press, 1997: 138–165, Chapter 7
2. Bendetti F. Placebo Effects: Understanding the mechanism in health and disease. New York: Oxford University Press, 2009
3. Cassell EJ. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. New York: Oxford University Press, 2003, 2nd Ed.
4. Kuflik A. Hypothetical Consent. In: Miller FG; Wertheimer A (eds.). The Ethics of Consent: Theory and Practice. New York: Oxford University Press, 2010: 131–161, Chapter 6
5. Peters D (ed.). Understanding the Placebo Effect in Complementary Medicine: Theory, Practice and Research. London: Harcourt Publishers Limited, 2001
6. Moermann DE. Explanatory mechanism for placebo effects: cultural influences and the meaning response. In: Guess HA, Kleinmann A, Kusek JW, Engel LW (eds.). The Science of the Placebo: Toward an interdisciplinary research agenda. London: BMJ Books, 2002: 77–107, Chapter 4