

Journal für

# Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

Andrologie • Embryologie & Biologie • Endokrinologie • Ethik & Recht • Genetik  
Gynäkologie • Kontrazeption • Psychosomatik • Reproduktionsmedizin • Urologie



## Placebo in der Medizin oder: Die Rolle des Arztes im therapeutischen Prozess

Kentenich H, Pietzner K

*J. Reproduktionsmed. Endokrinol* 2011; 8 (Sonderheft  
2), 15-19

[www.kup.at/repromedizin](http://www.kup.at/repromedizin)

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, D-I-R, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz



ENDO FERTI FORUM

ENDOKRINOLOGIE & FERTILITÄT  
FÜR KLINIK & PRAXIS

**20.-21. März 2026**

Universitätsmedizin Mainz

## Einladung zu unserer wissenschaftlichen Veranstaltung Endo-Ferti-Forum

Brücke(n) zwischen Unikliniken und Praxen an Rhein und Main(z)

– die aus dem bisherigen Format „Ferti Forum“ ab 2026 hervorgeht –



Freuen Sie sich auf spannende Vorträge und den lebendigen Austausch mit Kolleg:innen und Expert:innen aus Klinik und Praxis. Freitagabend laden wir Sie herzlich zu einem entspannten Empfang ein – eine perfekte Gelegenheit, Kontakte zu knüpfen und den Tag genussvoll ausklingen zu lassen.

Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Professorin Annette Hasenburg, Dr. Susanne Theis, Universitätsmedizin Mainz, Sanitätsrat Dr. Werner Harlfinger, BVF Rheinland-Pfalz Dr. Rüdiger Gaase, BVF Hessen Dr. Klaus J. Doubek

Schirmherrschaften: Prof. Nicole Sänger, Uniklinik Bonn, Prof. Jan-Steffen Krüssel, Uniklinik Düsseldorf, Dr. Annette Bachmann, Uniklinik Frankfurt am Main, Prof. Christine Skala, Uniklinik Köln

Weitere Informationen  
& Anmeldung unter



# Placebo in der Medizin oder: Die Rolle des Arztes im therapeutischen Prozess

H. Kantenich<sup>1</sup>, K. Pietzner<sup>2</sup>

Die evidenzbasierte Medizin ist ein wesentlicher Fortschritt zur Überprüfung der Wirksamkeit von medizinischen Maßnahmen. Da die Medizin aber auf der Arzt-Patienten-Beziehung beruht, wird die Wirksamkeit dieser therapeutischen Beziehung meist in den Studien nicht erfasst. Untersuchungen zum Placeboeffekt in der Medizin können aber die Wirkung der „Droge Arzt“ erfassen. Unter Placebo wird nicht nur ein Placebomedikament oder eine Placebo-prozedur verstanden. Auch der Einfluss des Behandlungsumfeldes, die Erwartungen des Patienten und des Arztes und die unterschiedlich gelungene Patienten-Arzt-Interaktion werden eingeschlossen. Viele Untersuchungen können zeigen, dass die Konditionierung des Patienten sowie der Erwartungseffekt im therapeutischen Prozess für den Placeboeffekt verantwortlich sind. Bei allen Behandlungen ist es schwierig, den Verumeffekt und die Placebo-reaktion (in ihrer weiteren Definition) getrennt zu sehen.

In der ärztlichen Medizin empfiehlt es sich, das Vertrauen, die Fachkompetenz, das Rollenverständnis von Arzt und Patient und das therapeutische Setting miteinzubeziehen. Die Berücksichtigung dieser Effekte kann nachweislich im therapeutischen Prozess positiv genutzt werden.

**Schlüsselwörter:** Placebo, Arzt-Patienten-Interaktion, Empathie, Placeboeffekt

**Placebo in Medicine.** The concept of evidence-based medicine is an important step in the evaluation of efficiency of a therapeutic effort. But even though medicine is based on physician-patient interaction, efficiency of this therapeutic relationship is not evaluated in most studies. On the other hand, analyses on the placebo effect in medicine are able to capture the impact of the „drug physician“. The definition of a placebo does not only incorporate a placebo drug or placebo procedure. The effect of the therapeutic environment, the expectations of the patient as well as the physician and the differences in quality of the physician-patient interaction have to be recognized as well. Multiple studies were able to show that the conditioning of the patient along with the expectation effect is responsible for the placebo effect within the therapeutic process. Therefore it is difficult to separate the verum effect from the placebo reaction (in its wider definition) in all therapeutic activities.

It is advisable for physicians to incorporate confidence, medical competence, understanding of the different roles of physician versus patient and the therapeutic setting into their therapeutic activity, since the consideration of these factors can have significant positive impact on the outcome of this process. **J Reproduktionsmed Endokrinol 2011; 8 (Sonderheft 2): 15–9.**

**Key words:** placebo; physician-patient interaction, empathy, placebo effect

## ■ Einleitung

In allen Kulturen gibt es Patienten und Heiler. In der westlichen Medizin sind die „Heiler“ im Allgemeinen Ärzte oder Psychologen/Psychotherapeuten, in anderen Kulturen können dies Schamanen, Medizinmänner oder erfahrene Frauen sein.

Im Folgenden wollen wir uns mit der Arzt-Patienten-Beziehung und deren Einfluss auf die Behandlung befassen. Die Wirksamkeit und der Erfolg medizinischer Maßnahmen hängt (in der westlichen Kultur) auch von der Qualität des Kontaktes zwischen Arzt und Patientin ab. Der ungarische Arzt Michal Balint (1896–1970) hat hierfür den Begriff „Droge Arzt“ gefunden. Er stellte fest: „Das am häufigsten verwendete Heilmittel ist der Arzt selber“.

Betrachtet man mögliche Wirkfaktoren in der (ärztlichen) Therapie, so können dies sein:

- Arzt/Heiler („Droge Arzt“)
- Patient (distanziert? suggestierbar?)
- Therapie
  - spezifisch (chirurgisch, medikamentös, psychologisch)
  - unspezifisch
- Zeit/natürlicher Heilungsverlauf

Es ist ein weitverbreiteter Irrtum, dass die therapeutischen Maßnahmen (medikamentös, chirurgisch, psychotherapeutisch) der entscheidende Faktor sind. Umfassender geht es bei der Wirksamkeit im therapeutischen Prozess um eine Summe von Effekten, die man unter Ausklammerung der spezifischen Effekte als „Placebo“ definieren kann.

Im Folgenden beziehen wir uns auf eine umfangreiche Schrift der Bundesärztekammer: „Placebo in der Medizin“ – eine Stellungnahme, herausgegeben von der Bundesärztekammer auf Empfehlung ihres wissenschaftlichen Beirats [1]. Die gekürzte Version wurde im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht [2].

## ■ Definition Placebo

Die Definition des Placebos wurde über ein „Scheinmedikament“ und „Placebo-Prozedur“ hinaus bewusst erweitert, weil eine Vielzahl von patientenbezogenen und arztbezogenen Wirkfaktoren miteinzubeziehen sind. Daher lautet die Definition: „Unter Placebo wird nicht nur ein Placebo-Medikament bzw. eine Placebo-Prozedur verstanden. Auch der Einfluss des Behandlungsumfeldes, die Erwartungen des Patienten und des Arztes und die unterschiedlich gelungene Arzt-Patienten-Interaktion werden begrifflich mit eingeschlossen.“

## ■ Placebo-Studien

Systematische Placebo-Studien waren in der Vergangenheit selten. Die vorhandenen Studien brachten aber erstaunliche Ergebnisse.

In einer Studie zu Ulkus erhielten alle Patienten eine Placebo-Applikation. Wur-

Aus dem <sup>1</sup>Fertility Center Berlin, und der <sup>2</sup>Frauenklinik des Charité Campus Virchow Klinikum, Berlin

**Korrespondenzadresse:** Prof. Dr. Heribert Kantenich, Fertility Center Berlin, D-14050 Berlin, Spandauer Damm 130; E-Mail: kantenich@fertilitycenterberlin.de

de diese Applikation von Schwestern durchgeführt, so gab es eine 25%ige Symptombesserung [3]. Bei einer Applikation durch Ärzte war in 70 % eine positive Symptombesserung zu verzeichnen. Dieses hat man als den „Hawthorne-Effekt“ bezeichnet.

Auch die Frage der Diagnoseübermittlung ist von Bedeutung [4]. Wird eine „klare Diagnose“ gegeben und dann ein Placebo appliziert, so erfolgte in 64 % eine Besserung. Wurde nur eine vage oder unklare Diagnose („Ich weiß nicht, was Sie haben.“) und eine Placebo-Applikation gegeben, so war nur in 36 % eine Besserung zusehen.

Ebenso brachte die Einbeziehung von technischen Instrumenten und Laboruntersuchungen unterschiedliche Ergebnisse. In einer Untersuchung wurden Patienten mit Brustschmerz (n = 176) behandelt, ohne dass eine kardiologische Ursache vorhanden war [5]. Die erste Gruppe hatte Brustschmerzen und erhielt dann eine medikamentöse Behandlung nach EKG und Blutuntersuchungen. Die zweite Gruppe erhielt eine medikamentöse Behandlung ohne EKG und Blutuntersuchungen. Die Gruppe ohne zusätzliche diagnostische Verfahren hatte mehr Schmerzen und war weniger zufrieden mit dem Behandlungsverlauf.

Eine neuere Studie zum Reizdarmsyndrom brachte ebenfalls interessante Ergebnisse. Einschlusskriterium war das Reizdarmsyndrom [6]. Gruppe 1 erhielt keine Therapie (Wartegruppe). Gruppe 2 erhielt eine Scheinakupunktur ohne Zuwendung des Arztes. Gruppe 3 erhielt eine Scheinakupunktur mit Zuwendung des Arztes. Im Ergebnis zeigte sich, dass in der Gruppe der Scheinakupunktur ohne Zuwendung des Arztes die Besserung in 44 % zu verzeichnen war. Der größte Effekt war in der Gruppe mit Zuwendung des Arztes mit 62 % vorhanden. Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass ein Placeboeffekt durch die Scheinakupunktur in mind. 44 % vorhanden war. Die zusätzlichen Effekte des Arztes sind nicht eindeutig zu beziffern, da Placebo- und Arzteffekt nicht streng zu trennen sind.

Wenn man im Rahmen von Forschungsvorhaben verschiedene Behandlungsformen untersucht, so ist grundsätzlich im

Vergleich unklar, wie hoch der Verumeffekt (medikamentös, chirurgisch, psychologisch) und wie hoch der Placeboeffekt ist. Die Summe der Effekte ergibt sich aus der Addition der Verum- und der Placeboeffekte.

Mittlerweile liegen auch Cochraine-Analysen vor. In einer umfangreichen Analyse von Hróbjartsson und Gøtzsche wurden 158 randomisierte Placebo-Studien ausgewertet, wobei „Placebo-Interventionen“ gegen „keine Behandlung“ verglichen wurden. Es zeigte sich ein Effekt von Placebo-Interventionen bei Schmerzen (SMD -0,25) (95 CI -0,35 bis -0,16) und Phobien (SMD -0,36) (95 CI -1,17 bis -0,08), aber mit einem beachtlichen Effekt von beeinflussenden Faktoren. Kein signifikanter Effekt der Placebo-Intervention zeigte sich bei Übelkeit, Rauchen, Depression, Übergewicht, Asthma, Hypertonus, Schlaflosigkeit und Angststörungen. Wesentlich war, dass der Effekt bei den Studien stärker war, bei denen das Ergebnis von den Patienten eingeschätzt wurde gegenüber den Studien, bei denen der Beobachter das Outcome einschätzte [7].

## ■ Neue biologische Mechanismen des Placeboeffektes

Mittlerweile ist man in der Lage, in den Gehirnstrukturen den Placeboeffekt „sichtbar“ zu machen. Hierzu liegen nicht nur tierexperimentielle Untersuchungen vor, die einen klassisch-konditionierenden Placeboeffekt im Hirnstamm, Corpora amygdaloidea, Hypothalamus und Insular-Kortex zeigen. Auch bei Menschen kann bildgebend im Rahmen des Placeboeffektes eine erhöhte Aktivität bestimmter Hirnanteile gezeigt werden, hier sind es jedoch eher subkortikale (ältere) Hirnstrukturen. Transportsubstanzen (Neurotransmitter, Dopamin, endogene Opiate) sind beteiligt. Man nimmt an, dass bewusste mentale Prozesse wahrscheinlich nicht verhaltensrelevant beteiligt sind.

## ■ Auswirkungen für die Arzt-Patienten-Beziehung

Da es keinen Zweifel gibt, dass der Placeboeffekt innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung wirksam ist, sollte er auch zu therapeutischen Verfahren bewusst eingesetzt werden. Hierzu lassen sich wesentliche Gesichtspunkte unterscheiden:

### 1. Vertrauen

Vertrauen gilt als Grundlage jeglicher Heilkunde. Vertrauen ist zugleich ein Bewertungsmaßstab für die Zufriedenheit der Patienten. Die Fachkenntnisse alleine begründen noch kein Vertrauen. Für eine langfristige Arzt-Patienten-Beziehung ist eine tragfähige Partnerschaft (*sustained partnership*) wertvoll. Das Vertrauen gilt zugleich als wichtiger Parameter für den Erwartungseffekt, der den Placeboeffekt zum Teil erklären kann [8].

### 2. Empathie

Eine Definition der Empathie ist nicht eindeutig. Die Forschergruppe um Mercer und Reynolds (2002) versteht darunter die Fähigkeit,

- die Situation, die Perspektive und die Gefühle zu Patienten sowie die Bedeutungen, die damit verknüpft sind, nachzuempfinden. Ein rein rationales Verständnis allein reicht nicht aus.
- Dieses Verstehen zu kommunizieren und seine Richtigkeit zu überprüfen.
- Auf der Basis dieses Mitempfindens dem Patienten therapeutisch zu helfen.

In verschiedenen Studien konnte nachgewiesen werden, dass ärztliche Empathie therapeutisch relevant ist [10–17]. Sie hat Auswirkungen im Patientenkontakt bezüglich der

- Verbesserung der Diagnosegenauigkeit
- Verbesserung der Adhärenz
- Stärkung des Vertrauens in den Arzt
- Befähigung des Patienten, mit der aktuellen Krankheitssituation umgehen zu können (*patient enablement*)
- Abbau des emotionalen Distresses, also derjenigen Reize, die als unangenehm, bedrohlich oder überfordernd gewertet werden.

### 3. Fachkompetenz

Die Fachkompetenz selbst ist ebenfalls nicht unwichtig. Sie wäre zu unterscheiden zwischen psychosozialer Fachkompetenz und ärztlich-medizinischer Fachkompetenz.

Insgesamt erscheint die ärztliche Fachkompetenz wichtiger als eine gründliche Aufklärung [18]. Neben der Fachkompetenz sind andere Faktoren ebenfalls wichtig, wie

- Psychosoziale Kompetenz
- Information und Aufklärung
- Praxisorganisation, administrativer Aufwand

- Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Verfügbarkeit
- Individuelle Kosten
- Einrichtung und Ausstattung
- Qualitätsmanagement
- Behandlungsergebnis
- Versorgungskontinuität

#### 4. Rollenverständnis von Arzt und Patient

Während früher das patriarchalische Konzept dominierend war, bei dem der Arzt die entscheidende Rolle im Rollenverständnisinhalt hat, gewinnt nunmehr das partizipative Verständnis mehr und mehr an Bedeutung. Es geht heute mehr um die aktive Teilnahme am Prozess der Entscheidungsfindung und an der Bereitschaft, Verantwortung für gesundheitsrelevantes Verhalten zu übernehmen. Insgesamt bewertet der Patient das Verhalten des Arztes kritischer. Auch in diesem Setting ist der Placeboeffekt wirksam. Untersuchungen von Coulter und Magee zeigten, dass die Mehrheit der Patienten im Entscheidungsprozess aktiv eingebunden werden will (eher partizipativ). 25 % wollen alleine eine Entscheidung treffen. Für ein paternalistisches Konzept entscheidet sich nur eine Minderheit (ca. 25 % der Patienten) [19].

Allerdings muss man auch feststellen, dass sich einige Patienten bei einem paternalistischen Betreuungskonzept am wohlsten fühlen. Hierbei erscheint für den Arzt wesentlich, dass die ihm zugeordnete „autoritäre Rolle“ dann besonders wirkt, wenn sie souverän und überzeugend eingenommen wird [20–21].

Eine Übersicht des partizipativen Arzt-Patienten-Verhältnisses liefert Tabelle 1 [22–23].

#### 5. Ökonomische Faktoren

Der Preis eines Medikaments oder einer Behandlung hat ebenfalls eine Bedeutung. In einer prospektiven Studie an 100 Patienten konnte dieses gezeigt werden [30]. Zunächst erhielten die Patienten einen „leichten“ Elektroschock als Schmerzreiz. Danach wurde ein Placebo als Scheinmedikament gegeben. Bei der ersten Gruppe erhielten die Patienten die Mitteilung, dass es sich um ein neues Schmerzmedikament handelt, welches „2,50 Dollar pro Pille“ kostet. Bei der zweiten Gruppe wurde gesagt, dies sei ein Standardmedikament mit „10 Cent pro Pille“. Das teure Scheinmedikament war in 85 % wirksam, das billige Medikament in 61 %.

Ein ähnliches Ergebnis zeigte eine Untersuchung zu Originalpräparaten und Generikasubstitution [31]. In einer Studie bei Hausärzten zeigte sich bei Generika eine um 12 % schwächere Wirksamkeit. 13 % berichteten über neue Nebenwirkungen gegenüber dem Originalpräparat.

#### 6. Zeitfaktor

Der Zeitfaktor ist wesentlich für die Zufriedenheit der Patienten. Er kann zugleich eine Bedeutung in der Placeboreaktion haben.

Im Ablauf des Arzt-Patienten-Kontaktes ist eine wesentliche Frage, wie lange die „ungebremste“ Mitteilung des Patienten an den Arzt dauert. Hierzu gibt es mehrere Untersuchungen [32–33]. In einer Untersuchung bei 52 Allgemeinärzten mit 137 Konsultationen betrug die nicht unterbrochene Eingangsredezeit des Patienten im Mittel 11–24 Sekunden. Die Konsultationen dauerten 6–11 Minuten. Individuelle Unterschiede bei verschiedenen Hausärzten waren recht groß.

Dieses bedeutet, dass die Mehrzahl der Gespräche vom Arzt bereits nach 10–20 Sekunden unterbrochen wurde.

Als Resultat dessen erhielten Ärzte Verhaltenstraining. Dazu wurden am Kantonsspital Basel 14 Ärzte geschult. Danach kamen 335 Arzt-Patienten-Kontakte zur Auswertung. Nach einem Training, welches auch zum Inhalt hatte, den Redefluss der Patienten nicht früh zu unterbrechen, zeigte sich, dass 78 % der Patienten weniger als 2 Minuten für ihre Darstellung brauchten. Nur 2 % benötigten mehr als 5 Minuten. Die einzige soziodemographische Variable war, dass die 50–87-Jährigen im Schnitt 31 Sekunden länger als die 17–29-Jährigen sprachen.

#### 7. Bedeutung des Geschlechts der Arzt-Patienten-Beziehung

Frauen verfügen über einen anderen Kommunikationsstil als Männer. Sie geben mehr über sich preis, vermitteln häufiger und intensiver Signale der nonverbalen Konversation und unterbrechen seltener [34]. Ärztinnen haben eher ein partnerschaftliches Verhältnis, geben mehr positive Gesprächsinhalte und die Gespräche dauern etwas länger.

In einer Untersuchung der Universitätsambulanz waren die Patienten (unabhängig von ihrem eigenen Geschlecht) zufriedener mit weiblichen Ärzten. Diese betonten mehr psychosoziale Aspekte und fokussierten mehr auf die Prävention [35]. Es ist zu vermuten, dass Patientinnen, die dem Arztberuf ein männliches Bild zuordnen, von weiblichen Ärzten ein besonders rollenkonformes Verhalten erwarten [35]. Resultierend daraus erreichen Ärztinnen möglicherweise größere Placebowirkungen.

#### 8. Soziokulturelle Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion

Hierzu liegen einige Untersuchungen aus den USA vor [36]. Afroamerikanische Patienten wurden von weißen Ärzten weniger in die Entscheidung einbezogen. Diese Patientengruppe brachte weißen Ärzten weniger Vertrauen entgegen. Wenn eine Ethnien-konkordante Betreuung vorlag (Arzt und Patient gleicher ethnischer Herkunft) dauerte das Gespräch bei den Visiten 2 Minuten länger. Bei konkordantem genetischem Ursprung verliefen die Gespräche häufiger partizipativ.

**Tabelle 1:** Übersicht des partizipativen Arzt-Patienten-Verhältnisses

| Form der Patientenbeteiligung                                                                  | Nachgewiesene therapeutische Auswirkungen  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Patient wird aufgefordert, mehr Fragen zu stellen                                              | Angstreduzierung [24]                      |
| Patient bekommt mehr Informationen                                                             | Veränderung physiologischer Parameter [25] |
| Arzt gibt verständliche Informationen in Verbindung mit emotionaler Unterstützung              | Reduzierung der Krankheitssymptome [26]    |
| Arzt und Patient stimmen in der Beurteilung des Gesundheitsproblems überein                    | Besserung der Symptome [27]                |
| Arzt zeigt Bereitschaft zur gemeinsamen Entscheidungsfindung ( <i>shared-decision making</i> ) | Angst wird reduziert [28, 29]              |

Auch aus Europa liegen einige Untersuchungen vor [37]. Oft wird die kulturelle Divergenz von Ärzten aus der Arzt-Patienten-Beziehung herausgehalten.

Untersuchungen aus Deutschland zu türkischstämmigen Patienten zeigten, dass diese Patientengruppe im Krankenhaus insgesamt genauso zufrieden war wie die deutschen Patientinnen (Untersuchung in der Frauenklinik) [38]. Allerdings waren sie weniger zufrieden mit der Information und Aufklärung, die sie erhielten. Zugleich waren die subjektiven Krankheitstheorien unterschiedlich: Türkischstämmige Patienten vermuten mehr äußere und psycho-soziale Ursachen für ihre Erkrankungen. Bei deutschen Patienten findet man eher andere Ursachen bedeutsam (z. B. erbliche Veranlagungen).

## 9. Verbale und nonverbale Kommunikation

Neben der verbalen Kommunikation, die sich meist auf den direkten Inhalt bezieht, sind nonverbale Verhaltensweisen (vermehrter Blickkontakt, Sitzdistanz zum Patienten, Körperhaltung, Lächeln, bekräftigendes Nicken oder gezielt eingesetzte Gestik) von Bedeutung [35, 39] (s. Tab. 2).

## 10. Wirkungsmechanismus

Da die Placebowirkung in der Medizin zweifelsfrei vorhanden ist und man diese auch durch ein funktionelles MRT „sichtbar“ machen kann, stellt sich die Frage, aufgrund welcher theoretischen Konstrukte die Wirksamkeit dieser Konzepte

zu verstehen ist. Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es kein umfassendes Modell, welches eine klare Verknüpfung von somatischen bzw. neuro-biologischen Grundlagen und deren Effekte begründet.

Es werden im Wesentlichen zwei Ansätze dargelegt, die im Papier der Bundesärztekammer [2] wie folgt zusammengefasst werden:

### Assoziatives lerntheoretisches Konzept (Konditionierung):

„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 (z. B. bei Schmerz, Depression, Parkinson, Immunsystem) als valides und zuverlässiges Erklärungsmodell. Wenngleich der durch Lernen bedingte Placeboeffekt unbewusst (d. h. ohne Wissen des Patienten) zustande kommt, ist er doch an die Wahrnehmung bzw. Interpretation durch den Patienten gebunden.“

### Mentalistisch kognitives Konzept (Erwartung):

„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 unmittelbareren Einfluss auf die Wahrnehmung des Kontexts ausübt als z. B. eine Erwartung.“

## 11. Zusammenfassung

Die Rolle des Arztes und des therapeutischen Settings erscheint wesentlich für Therapieerfolg und Placeboeffekt. Innerhalb einer Heiler-/Arzt-Patienten-Beziehung gibt es keine therapeutische Maßnahme, die ohne potentiellen Placebo-/Noceboeffekt wirksam ist.

Bezieht man diese Ausführungen auf eine positive Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung ein, so ließe sich sogar für eine Verbesserung des Arzt-Patienten-Kontakts und für ein besseres Outcome folgendes festhalten:

- Steigerung der Qualität der Arzt-Patienten-Interaktion
  - Vertrauen des Patienten gewinnen
  - Empathie entwickeln
  - Fachkompetenz kommunizieren
- Adäquate Ausfüllung der Rollen von Arzt und Patient
  - Rollen unterschiedlich
  - „unwirksame“ Maßnahmen sind paradoxerweise existent
  - Auf interne Validität fixierte Ärzte (*evidence-based medicine*) verschonen unspezifische Effekte (Placeboeffekte)
  - Partnerschaftliches Arzt-Patienten-Verhältnis (unter Einbeziehung der Umgebung) maximiert therapeutischen Effekt
  - Beteiligung des Patienten an der Entscheidung sinnvoll
  - Wahl eines partizipativen oder paternalistischen Konzepts
- Ausgestaltung des therapeutischen Settings
  - Ausgestaltung der Praxis
  - Freundlichkeit des Personals
- Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation
  - Sprach- und Kulturbarrrieren niedrig halten
  - Aus-, Fort- und Weiterbildung nutzen

**Tabelle 2:** Verbale vs. nonverbale Kommunikation

| Grundlegende Haltung | Verbal                                                                                                                                                  | Nonverbal                                                                                                                   |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zuwendung zeigen     | Eingehen auf Sprechweise, Sprechtempo und verbale Eigenheiten des Patienten                                                                             | Körperliche Zuwendung, Distanzierung-Signale der Aufnahmebereitschaft oder Beseitigung von Ablenkungsmöglichkeiten          |
| Geduld haben         | Ausreden lassen, Sprechpausen, Formulierungshilfen oder zusammenfassende Wiederholungen                                                                 | Dauerhaftes Aufrechterhalten der Zuwendung, ausdauerndes Zuhören, Vermeiden von Ausweichhandlungen und Zeichen der Ungeduld |
| Vertrauen schaffen   | Eingehen auf geäußerte Beschwerden und Sorgen, Anbieten von Rückversicherungen, etwa durch die Betonung positiver Aspekte und Information des Patienten | Vermittlung von Zuverlässigkeit durch Pünktlichkeit, Einhaltung von Zusagen                                                 |
| Wärme fühlen lassen  | Bestätigung, dass man die Probleme des Patienten ernst nimmt, Mitgefühl, Vermeidung negativer Gefühle                                                   | Kontaktfördernde Maßnahmen, freundliche Begrüßung, Spielzeug für Kinder, Taktgefühl bei körperlichen und seelischen Leiden  |

## ■ Nachtrag zur gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Für Endokrinologen und Reproduktionsmediziner ergeben sich selbstverständlich Konsequenzen. Diese sind zum Teil allgemeiner Art, weil bei Problemkreisen der Patientin/des Paares wie Hormonstörungen, Befindlichkeitsstörungen, Kinderwunsch und Kinderwunschbehandlung eine isolierte Sicht auf organpathologische Befunde nicht allein zielführend ist. Dieses ist allgemeine Erfahrung.

Zum jetzigen Zeitpunkt haben wir kein umfassendes Bild zur neuroendokrinen und neuroimmunologischen Steuerung von hormonellen Prozessen sowie beim Zustandekommen einer Schwangerschaft sowie den neuroendokrinen Grundlagen bei Sterilitätsproblemen.

Allgemeine Erfahrungen in der Endokrinologie zeigen eine Verbindung von seelischen und körperlichen Befunden sehr deutlich beim prämenstruellen Syndrom, bei der Wirkung und Nebenwirkung der Pille und von HRT-Präparaten, bei der Verbindung hormoneller Parameter und Depressionen. Endokrinologisch wissen wir, dass der GnRH-Puls-generator als „obere Repräsentanz“ des monatlichen hormonellen Geschehens durch übergeordnete Zentren im Gehirn und mittels neuroendokriner wirksamer Substanzen gesteuert wird. Unklar sind mögliche neuroendokrine oder immunologische Wirkungen auf das Endometrium sowie die neuroendokrine Steuerung der Tube, von der wir nur wissen, dass sie über den Zyklus gesehen sehr fein gesteuert ist (vor dem Eisprung in Richtung Ovar und nach dem Eisprung in Richtung Endometrium).

Schlussendlich ist die evidenzbasierte Medizin zwar ein wesentlicher Fortschritt, auch im Bereich der Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Allerdings geht in diese Überlegungen die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung

selten ein. Dieses ist ein vernachlässigter Bestandteil vieler Studien. Gut gestaltete Studien sind aber schwierig, da die Wirksamkeit einer personellen Arzt-Patienten-Beziehung nur schwer zu messen ist.

### ■ Fazit für die Praxis

Placebo wird im Allgemeinen als eine „eingebildete Wirkung“ eines Scheinmedikamentes verstanden. Eine Placebointervention hat aber messbare Wirkungen in der Therapie aufgrund des Einflusses des Behandlungsumfeldes, der Erwartungen des Patienten und des Arztes sowie der Arzt-Patienten-Interaktion. Insofern kann eine Placebowirkung aufgrund ihrer interpersonellen Wirkungsmöglichkeit therapeutisch genutzt werden.

**Interessenkonflikt:** Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur:

1. Bundesärztekammer (ed). Placebo in der Medizin. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2011.
2. Bekanntmachung der Bundesärztekammer. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer „Placebo in der Medizin“. Deutsches Ärzteblatt 2010; 107: B1253–7.
3. Gliedman LH, Gantt WH, Teitelbaum HA. Some implications of conditional reflex studies for placebo research. *Am J Psychiat* 1957; 113: 1103–7.
4. Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *Br Med J* 1987; 294: 1200–2.
5. Sox HC Jr, Margulies I, Sox CH. Psychologically mediated effects of diagnostic tests. *Ann Intern Med* 1981; 95: 680–5.
6. Kaptschuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *Br Med J* 2008; 336 (7651): 999–1003.
7. Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (1): CD003974.
8. Kirsch I. Specifying nonspecifics: psychological mechanisms of placebo effects. In: Harrington A (ed). *The Placebo Effect. An Interdisciplinary Exploration*. Cambridge/Mass. Harvard University Press, London, 1997; 166–86.
9. Mercer SW, Reynolds W. Empathy and quality of care. *BJGP* 2002; 52 (Suppl): 9–12.
10. Beckman H, Frankel R. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692–6.
11. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K. Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *JAMA* 1999; 281: 283–7.
12. Suchman AL, Matthews DA. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Ann Intern Med* 1988; 108: 125–30.
13. Nightingale S, Yarnold P, Greenberg M. Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *J Gen Intern Med* 1991; 6: 420–3.
14. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000; 284: 10217.
15. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, et al. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 2003; 88: 658–65.
16. Mercer SW, Watt GCM, Reilly D. Empathy is important for enablement. *BMJ* 2001; 322: 865.
17. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697–700.
18. Dierks ML. Patientenautonomie. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht, Nr. 195/August 2001, Stuttgart, 2001.
19. Coulter A, Magee A. *The European patient of the future*. McGraw Hill, Maidenhead 2003.
20. Brody H, Brody D. Der Placeboeffekt. Die Selbstheilungskräfte unseres Körpers. DTV, München, 2002.
21. Ausfeld-Hafter B. Der Weg ist das Ziel: die aktive Rolle des Patienten. In: Ausfeld-Hafter B (ed). *Medizin und Macht. Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel: mehr Entscheidungsfreiheit*. Peter Lang, Bern, 2007: 195–202.
22. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 1423–33.
23. Moerman D. *Meaning, Medicine, and the "Placebo Effect"*. Cambridge University Press, Cambridge, 2002.
24. Thompson SC, Nanni C, Schwankovsky L. Patient-oriented interventions to improve communication in a medical office visit. *Health Psychol* 1990; 9: 390–404.
25. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27: 110–27.
26. Heszen-Klemens I, Lapinska E. Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment. *Soc Sci Med* 1984; 19: 9–18.
27. Bass MJ, Buck C, Turner L, et al. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. *J Fam Pract* 1986; 23: 43–7.
28. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, et al. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *Br Med J* 1990; 301: 575–80.
29. Fallowfield L, Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur J Cancer* 1999; 35: 1592–7.
30. Waber RL, Shiv B, Carmon Z, et al. Commercial features of placebo and therapeutic efficacy. *JAMA* 2008; 299: 1016–7.
31. Himmel W, Simmenroth-Nayda A, Niebling W, et al. What do primary care patients think about generic drugs? *Int J Clin Pharmacol Ther* 2005; 43: 472–9.
32. Langewitz W, Denz M, Keller A, et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic. Cohort study. *Br Med J* 2002; 325: 682–3.
33. Wilm S, Knauf A, Peters, T, et al. Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? *Z Allg Med* 2004; 80: 53–7.
34. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review. *JAMA* 2002; 288: 756–64.
35. Mast MS, Hall JA, Köckner C, et al. Physician gender affects how physician nonverbal behaviour is related to patient satisfaction. *Med Care* 2008; 46: 1212–8.
36. Cooper LA, Roter DL, Johnson RL. Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Ann Intern Med* 2003; 139: 907–15.
37. Wachtler C, Brorsson A, Troein M. Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. *Family Practice* 2006; 23: 111–5.
38. Borde T. Das Gespräch mit Migranten und die interkulturelle Kommunikation. In: Langer T, Schnell MW (ed). *Das Arzt-Patient-Beziehung: ein Leitfaden für Klinik und Praxis*. Marseille, München 2009, 121–34.
39. Friedman HS. Nonverbal communication between patients and medical practitioners. *J Social Issues* 1979; 35: 82–99.

# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

## ☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat  
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno  
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:  
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3  
Labotect GmbH



InControl 1050  
Labotect GmbH

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

## ☒ Bestellung e-Journal-Abo

### Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

**Impressum**

**Disclaimers & Copyright**

**Datenschutzerklärung**