figer auf als bei einer Therapie mit SSRI. Doch wie viel häufiger? Das lässt sich ohne direkte Vergleichsstudien wohl nicht annäherungsweise ermitteln. So klagten 6 % der Patienten in der Placebogruppe von SSRI-Studien über Mundtrockenheit, dreimal mehr (19 %) waren es in Studien mit Trizyklika – und zwar ebenfalls in der Placebogruppe. Allein die Tatsache, dass die Patienten mit Mundtrockenheit rechneten, weil man sie darüber informiert hatte oder weil sie besonders danach gefragt wurden, sorgte für eine vielfach höhere Inzidenz der Nebenwirkung. Damit stellt sich die Frage, ob – oder vielmehr unter welchen Bedingungen – eine Placebogruppe tatsächlich geeignet ist, als Kontrollgruppe zu dienen, um einen Therapieeffekt herauszuarbeiten – denn der muss deutlich größer sein als der durch die positive oder negative Erwartungshaltung verursachte Effekt.

Gerade bei Antidepressiva ist dies ein Problem, hier zeigen bereits Placebos eine hohe Wirksamkeit. Umgekehrt brechen 30–50 % der Patienten mit Placebo in den Antidepressivastudien die Therapie wegen Nebenwirkungen ab. Auch die schlechte Verträglichkeit von Antidepressiva bei vielen Patienten lässt sich wohl zum großen Teil durch die Erwartungshaltung erklären. Es wundert daher auch nicht, dass Psychotherapien bei solchen Depressiven am besten wirken, die zuvor von ihrer Wirksamkeit überzeugt sind, und eine Therapie mit Antidepressiva eher wenig Nutzen bringt, wenn die Patienten gegenüber synthetischen Psychopharmaka skeptisch eingestellt sind – nicht zuletzt, weil sie vielleicht intensiv den Beipackzettel gelesen haben. „Beipackzettel sind aus Sicht der Noceboforschung eine Katastrophe“, so Bingel. „Sie machen Patienten flächendeckend krank, indem sie vermehrt jene Nebenwirkungen

hervorrufen, die dort aufgelistet sind.“ Umgekehrt gelte, dass eine ausführliche Aufklärung über den erwarteten Nutzen einer Therapie deren Wirksamkeit erhöhe.

Erwartung induziert Kopfschmerz

Gute Beispiele für Placebo- und Noceboeffekte liefert auch die Schmerzfor- schung. In einer Studie wurden Pati- enten, bei denen eine Liquorpunktion nötig war, vier und 24 Stunden nach dem Eingriff nach Kopfschmerzen befragt. Einem Teil der Patienten hatte man zuvor gesagt, dass als Folge der Liquorentnahme Kopfschmerzen auftreten können. Von diesen Patienten hatte nachher jeder zweite Kopfschmerzen, von den anderen nur jeder zehnte. Doch Schmerzen lassen sich durch eine gezielt geschürte Erwar- tungshaltung nicht nur erzeugen, son- dern auch lindern. In einer anderen Stu- die erhielten Probanden leichte Strom-

Eckart von Hirschhausen beim DGN-Kongress: „Unglück können wir uns nicht länger leisten“

Was der Seele gut tut, tut auch dem Hirn gut – „the brain runs on fun“. Doch nicht immer kommt eine solche Botschaft beim Patienten an. Etwas mehr Mühe bei der Kommunikation – dann können Ärzte bei Prävention und Therapie deutlich mehr erreichen, davon ist der Arzt und Kabarettist Dr. Eckart von Hirschhausen überzeugt.

Das Dilemma habe schon Voltaire erkannt: In der ersten Hälfte des Lebens opfere man die Gesundheit, um Geld zu verdienen, in der zweiten Hälfte opfere man das Geld, in der Hoffnung, die Gesundheit zurück zu bekommen. „Diese Rechnung kann nicht aufgehen“, betonte von Hirschhausen, „wir müssen ein anderes Spiel machen“. Auf der Eröffnungsveranstaltung des DGN-Kongresses legte der Arzt und Kabarettist den versammelten Neurologen auf humorvolle Weise einige ganz ernst gemeinte Tipps ans Herz, wie sie bei ihren Patienten vielleicht etwas mehr erreichen können.

Von Hirschhausen bemängelte etwa, dass viel Geld für Medika- mente verschwendet wird, die keiner nimmt, weil sich niemand die Mühe mache, den Patienten zu erklären, weshalb die Pillen für ihn wichtig sind. Sage man dem Patienten etwa, er hat ein metabolisches Syndrom, dann denke der sich: „Gott sei Dank, ich dacht schon, ich hab zu viel gefressen.“ Der Begriff „Syndrom“, das klinge nach Schicksal, nach angeboren, nach unabdingbar. „Das ist das Aus für jegliche Motivation.“ Überhaupt, so sagte Hirschhausen: „Was wir als Fachsprache verwenden, kommt beim Patienten ganz anders an. Wir lernen ja bereits im ersten Semester, uns systematisch unverständlich zu machen. Wir ler- nen Griechisch und Latein, zwei tote Sprachen für das Wunder des Lebens. Da denkt sich der Laie: Hätte nicht auch eine tote Sprache gereicht? Natürlich nicht. Denn ist der Arzt mit seinem Latein am Ende, geht es mit Altgriechisch weiter!“

Ein Arzt müsse jedoch vor allem Menschen erreichen, die nicht Medizin studiert haben. „Wir sollten daher eine Sprache finden, die nicht Abstand schafft, sondern Verbindung.“ Dazu gehört für den Kabarettisten auch, Beispiele zu nennen, die jeder versteht. „Es gibt viele Leute, die Angst haben, dass Anti- depressiva süchtig machen. Man sollte ihre Ängste ernst nehmen und sagen: Dann ge- hen Sie doch mal nachts an den Bahnhof und versuchen, ein Anti- depressivum zu kaufen. Sie kriegen dort alles was süchtig macht: Benzodiazepine, Sex, sogar Schokolade – bei Antidepressiva zeigt Ihnen aber jeder den Vogel.“

Schließlich sollten Ärzte auch nicht die Seele vernachlässigen, Lachen, Tanzen, Spielen, all das ist für Gesundheit und Wohlbe- finden wichtig. In einem deutschen Krankenhaus werde als wich- tigste Tätigkeit für einen Patienten jedoch ein regelmäßiger Stuhl- gang erachtet und täglich von der Krankenschwester abgefragt. „Ich wünsche mir, dass genauso gecheckt wird, ob die Patienten schon gelacht haben. Denn ein Tag ohne Lachen ist bedrohlicher als ein Tag ohne Stuhlgang.“

Bei Volkskrankheiten wie Depression, Rückenschmerz oder Über- gewicht gehe es auch um die Frage: Habe ich gelernt, mit meinem Körper gesund umzugehen, oder bin ich gelernt hilflos? Und es gehe dabei, wie so häufig bei von Hirschhausen, um Glück und Unglück. Unglück, sagte der Gründer der Stiftung „Humor hilft heilen“, können wir uns aber nicht länger leisten.

Thomas Müller

Eröffnungsveranstaltung, 85. DGN-Kongress, Hamburg, 27.9.2012

Dr. med. Eckhard von Hirschhausen

© Frank Eidel