



Vergleichsgruppe „treatment as usual“ (TAU) sei nicht unproblematisch: in TAU-Gruppen sei nämlich „in den meisten Fällen die Behandlung alles andere als üblich“. Und auch die Wartelistenkontrollgruppen bergen Probleme. Salopp formuliert: Für die Erforschung von gezielten Placeboeffekten müssen also ironischerweise erst noch die richtigen Placebovergleichsbedingungen entwickelt werden!

Wie wirken OLP?

Angesichts der nicht idealen Datenbasis sind aktuell auch noch sehr viele Fragen zum genauen OLP-Wirkmechanismus offen. Psychologische Faktoren, die diskutiert werden, sind u. a.:

- (Unbewusste) Erwartungseffekte: OLP könnten unbewusste Wirksamkeitserwartungen auslösen – etwa, weil sie Teil eines gelernten medizinischen Rituals sind (der Körper „weiß“: „meistens wenn ich eine Tablette nehme, geht es mir bald besser“; sog. klassische Konditionierung). Solche Erwartungen können den Behandelten auch mehr oder weniger bewusst sein/werden – beispielsweise, wenn Behandler OLP zusammen mit einer schlüssigen (suggestiven) Rationale verabreichen.
- *Benefit durch Interaktion mit dem Behandler*: Ist die OLP-Verabreichung in eine gute Arzt-Patienten-Beziehung eingebettet, kann auch das dazu beitragen, dass sich subjektive Beschwerden bessern.
- *Reporting Bias*: Patienten in OLP-Studien wissen naturgemäß, dass sie OLP erhalten. Daher könnte es sein, dass sie bevorzugt berichten, ihre Symptome hätten sich gebessert, ohne, dass dies wirklich der Fall ist (z. B., weil sie dem Versuchsleiter einen Gefallen tun wollen). Strenggenommen handelt es sich hier also nicht um einen genuine Wirkmechanismus, sondern um ein methodisches Artefakt.

Es ist nicht unplausibel, dass in der Realität eine Mischung aus diesen (und anderen) Faktoren bei OLP-Effekten zum Tragen kommt [vgl. Leibowitz KA et al. *Health Psychol.* 2019;38(7):613-22]. Dem wird die Idee des „predictive processing (PP)“ gerecht [Ongaro G, Kaptchuk TJ. *Pain* 2019;160(1):1-4]. Dieser Ansatz besagt, dass bestimmte subjektive Symptome entstehen bzw. nachlassen, wenn unser Körper mehrdeutige sensorische Signale in die eine oder andere Richtung interpretiert. OLP würden demnach (unbewusst) Erwartungseffekte auslösen, die dazu führen, dass wir die mehrdeutigen Signale nun zugunsten der Hypothese „es geht mir besser“ interpretieren (und die alte „Schmerzhypothese“ gehen lassen). Das wiederum löst ggf. weitere Effekte aus (z. B. Entkrampfung von Muskeln), die nun wiederum die neue Hypothese bestätigen. PP könnte auch erklären, warum starke Placeboeffekte nicht zu erwarten sind, wenn Betroffene unter einer starken pathophysiologischen Beeinträchtigung (z. B. einer Verbrennung) leiden: In diesem Falle wäre der sensorische Input nämlich kaum mehrdeutig.

Homöopathie als (offene) Placebothherapie?

Michele und Davide Antonelli, Pama, Italien, gehen davon aus, dass die Homöopathie als Therapiekonzept auf lange Sicht unhaltbar ist, wenn sie sich nicht auf eine solide wissenschaftliche Basis stellen lässt. Sie argumentieren, dass das Placebokonzept eine solche Basis liefern könnte.

Das Duo schlägt vor, homöopathische Behandlungen (hoB) als wirksame Placebobehandlungen zu reinterpretieren. Davon versprechen sie sich u. a.:

- Ein besseres Verständnis von Grenzen aber auch Chancen der hoB
- Versöhnung von Verfechtern allo- und homöopathischer Ansätze. Das könne auch dem Wohlergehen von Patienten zugute kommen, die hoB wünschen (etwa, weil sie so in einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung „gehalten“ werden und für notwendige evidenzbasierte Interventionen nicht gänzlich unerreichbar werden).

Ähnlich sehen das übrigens auch einige deutsche Placeboforscher: „Diese Dichotomie, die man sozusagen in der Medizin findet, einmal Schulmedizin und dann eben die andere Alternativmedizin oder wie auch immer – ich glaube, das ist Denken von Gestern oder Vorgestern, und wir sollten jetzt diese Interventionen versuchen zu integrieren“, so Manfred Schedlowski vom Instituts für Medizinische Psychologie und Verhaltensimmunbiologie am Universitätsklinikum Essen im Gespräch mit dem Deutschlandfunk [https://tinyurl.com/DLF-Placebo]. „Ich als Wissenschaftler sehe das eigentlich so, dass diese homöopathischen – im weitesten Sinne – Behandlungsmöglichkeiten eine Option sein können“.

Patienten angemessen aufklären

Antonelli und Antonelli fordern zusammen mit der Reinterpretation der Homöopathie gleichzeitig auch eine Reihe an Änderungen im Umgang mit hoB:

1. Keine Selbstmedikation (hoB nur auf Rezept; das soll verhindern, dass Erkrankten evidenzbasierte Maßnahmen vorenthalten werden, wo diese indiziert wären).
2. HoB nur auf Selbstzahlerbasis.
3. Adäquate Aufklärung von Patienten. Weil auch offen verabreichte Placebos (OLP, „open-label placebos“) wirksam sein können, wäre es die einfachste und ethisch angemessene Art und Weise, Placebobehandlungen – also auch hoB – explizit als OLP zu verabreichen.



© Kautz15-/Fotolia

Ob sich Homöopathie-interessierte Patienten allerdings wirklich gut behandelt fühlen, wenn Ärzte ihnen hoB als OLP verschreiben – und sie dann auch noch selber dafür zahlen müssen? Hier ist weitere Forschung (und ein gesellschaftlicher Diskurs) gefragt. Ein schwacher Trost mag sein: Es gibt Hinweise, dass der Placeboeffekt stärker ausfällt, wenn Patienten glauben, dass sie von zwei unterschiedlich teuren Präparaten das kostspieligere einnehmen [Espay AZ et al *Neurology.* 2015;84(8):794-802].

Moritz Borchers

Pillen der Erkenntnis

Selbst wenn (offene) Placebos niemals in der klinischen Routine (weiter) Fuß fassen – der Erkenntnisfortschritt, den die wirkstofflosen Pillen beflügeln, ist allemal bemerkenswert!

Moritz Borchers