
Das Arzt-Patient-Verhältnis aus der Sicht der medizinischen Psychologie

Hermann Lang

Die moderne Medizin verdankt ihre großen Erfolge, beispielsweise die weitgehende Zurückdrängung der Infektionskrankheiten, die Möglichkeit der Organtransplantation, die Substitution lebenswichtiger körperlicher Substanzen durch Ersatzstoffe, wie z. B. Insulin beim Zuckerkranken, ihrer naturwissenschaftlichen Ausrichtung, die im 19. Jahrhundert einsetzte. „Die Medizin wird Naturwissenschaft sein oder sie wird nicht sein“ lautete das Credo der sogenannten Helmholtzschule. Sie hatte sich „verschworen, die Wahrheit geltend zu machen, dass im Organismus keine anderen Kräfte wirksam sind als die gemeinen physikalisch-chemischen“. Andererseits ist die Medizin wohl so alt wie die Menschheit selbst. Sie musste als vormoderne ebenfalls erfolgreich gewesen sein, sonst hätte sie nicht so alt werden und ihre Vertreter, die Ärzte, nicht seit jeher in so hohem Ansehen stehen können.

Fragen wir uns, was die Medizin seit Jahrtausenden strukturiert, so ist es die *Beziehung von Kranken zu Ärzten*. Waren nun die *ärztlichen Erfolge weniger auf eine naturwissenschaftliche Herangehensweise und naturwissenschaftlich begründbare Kausalität zurückzuführen, mussten sie vor allem im psychologischen Bereich gründen*. Und hier steht die Arzt-Patient-Beziehung ganz im Vordergrund. Da nun auch in der modernen Medizin die Arzt-Patient-Beziehung die zentrale Schaltstelle der medizinischen Behandlung bildet, ist die Untersuchung der psy-

chologischen Relevanz dieser Beziehung von großer Bedeutung.

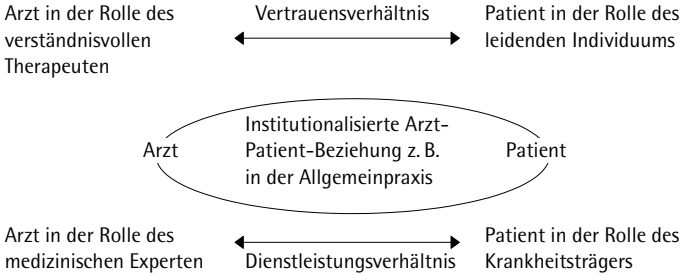
Im folgenden Referat ist darzustellen, dass trotz der naturwissenschaftlichen Ausrichtung der heutigen Medizin, dem psychologischen Aspekt dieser Beziehung nach wie vor eine zentrale Bedeutung zukommt, z. B. die erfolgreiche Applikation naturwissenschaftlicher Methodik die Berücksichtigung psychologischer Aspekte zur Voraussetzung hat.

Klaus Bergdolt hat in seinem Beitrag darauf hingewiesen, dass sich aus Sicht der Patienten seit der Antike wenig daran geändert hat, dass über das „Messende, Vergleichende und Einordnende hinaus, das im Medizinstudium gelehrt wird“, vom „Arzt auch Sensibilität und Einfühlbarkeit erwartet, d. h. eine Doppelbegabung“ erwartet wird. Bergdolt zitiert in diesem Kontext v. Gebattel (1954), meinen Vorgänger in Würzburg, der das Verhältnis von Arzt und Patient dreidimensional strukturiert sieht: Auf die elementar-sympathetische Stufe des *Angerufenseins durch die Not des Mitmenschen* folgt eine diagnostisch-therapeutische Stufe: *Krankheit und Kranker werden jetzt zum Objekt des ärztlichen Wissens und Könnens*. Diese Stufe der Objektivierung hat nun, gesehen auf dem Hintergrund der Solidarität des Menschengeschlechtes, in die personale Stufe der Partnerschaft überzugehen, wobei der *Arzt als Person* gefordert ist.

Wir können diese „Doppelrolle“ der Arzt-Patient-Beziehung auch so formulieren: Vom Arzt aus gesehen, ist der Patient sowohl Träger einer Krankheit als auch leidendes Individuum; aus der Sicht des Patienten, des „Laien“, erscheint der Arzt als *Experte*, „Gesundheitsingenieur“ und zugleich als *Therapeut*, der ihn als *Mitmensch*, als leidendes „Subjekt“ empathisch versteht. Wie die folgende Abbildung (nach Göppert 1980) zeigt, findet sich die Arzt-Patient-Beziehung durch ein Vertrauensverhältnis auf der

einen und ein Dienstleistungsverhältnis auf der anderen Seite, die es zu integrieren gilt, strukturiert.

Abb. 1: Arzt-Patient-Beziehung (nach: Göppert 1980)



Wie einseitig von Patientenseite dieses Verhältnis konzipiert werden kann, zeigen die folgenden zwei Beispiele. Als der ehemalige Staatssekretär Holger Pfahls gefragt wurde, was er jetzt als erstes nach der Entlassung aus dem Gefängnis tue, kam folgende Antwort: „Zuerst ein Gesundheitscheck. Da auf der Flucht meine Maschine lange nicht in Reparatur war, sind jetzt dringende Wartungsarbeiten fällig“. Für die andere Seite spricht folgende Anekdote: Eine junge Frau geht regelmäßig zum Arzt, der aber nichts finden kann. Dann kommt sie vier Wochen nicht mehr. Als sie wieder ins Sprechzimmer tritt, fragt der Arzt: „Warum waren Sie denn so lange nicht da?“ – „Ich konnte nicht“, erklärte die Frau, „ich war krank“.

Einmal das Arzt-Patient-Verhältnis auf der Ebene der „Körperreparatur“ (Schumpelick), einmal auf der anderen, der zwischenmenschlichen Begegnung. Im programmatischen Vorwort zur Tagung hieß es, nachdem auf den problematischen Wandel des Arzt-Patient-Verhältnisses hingewiesen worden war: „Andererseits genießt der Arzt unverändert höchste gesellschaftliche Wertschätzung und größtes Vertrauen. Ungebrochen ist der Glaube an die Leis-

tungsfähigkeit der Medizin...“ (Schumpelick u. Staudacher 2005).

Wir möchten nun an drei Themenbereichen paradigmatisch aufzeigen, wie nach wie vor, d. h. auch in der modernen naturwissenschaftlich orientierten Medizin, die psychologische Seite der Arzt-Patient-Beziehung von großer Relevanz ist. Es sind dies der Placeboeffekt, die Problematik des Phänomens der Compliance und ganz generell das ärztliche Gespräch.

Durch die Art, wie Arzt und Patient einander begegnen, wird ganz wesentlich mitbestimmt, welche *Erwartungen* der Kranke hinsichtlich des *Therapieeffektes* hat. Was der Patient erwartet, kann sich günstig, heilungsfördernd, aber auch negativ, heilungsbehindernd auswirken.

Placeboeffekt

Ein typischer Erwartungseffekt und ein eindrucksvolles Interaktionsphänomen ist der sog. *Placeboeffekt*. Er kann in besonders informativer Weise die Bedeutung psychologischer Faktoren in der Arzt-Patient-Beziehung und damit in der Medizin überhaupt belegen. „... größtes Vertrauen“ und „der Glaube an die Leistungsfähigkeit der Medizin“ gehen hier Hand in Hand. Der Beispiele, wie auch der Publikationen hierüber, sind unendlich viele. Mit am einflussreichsten war hier zweifellos Beecher (1955). Die „Macht“ des Placeboeffekts zeigte sich ihm, als im Zweiten Weltkrieg an der italienischen Front das Morphinium ausging, und er, ein Anästhesist, „in seiner Verzweiflung“ physiologische Kochsalzlösung spritzte und dadurch Linderung der Schmerzen bewirkte. Analoge Erfahrungen machten deutsche Ärzte, als im Winter 1942/43 im eingeschlossenen Kessel von Stalingrad ebenfalls Morphinium und andere hochwirksame Schmerzmittel ausgegangen

waren und Nachschub nicht mehr möglich war. Auch sie spritzten den verwundeten Soldaten physiologische Kochsalzlösung. Die Verwundeten waren der Meinung, es handle sich um Morphinum oder ein anderes hochwirksames Schmerzmittel. Bei vielen trat daraufhin ebenfalls Linderung der Schmerzen ein.

„Placebo“ ist das Futurum des lateinischen „placere“ = gefallen und heißt deshalb „ich werde gefallen, gefällig sein“, d. h. ich werde den Patienten zufrieden stellen. Placebo ist in diesen Beispielen ein Scheinmedikament, ein Leerpräparat, ein „Medikament“, das dem Originalarzneimittel („Verum“) nachgebildet ist, auch wenn es den spezifischen Wirkstoff nicht enthält – von Patienten aber in der Annahme genommen wird, es sei ein „wahres“ Medikament. Eine Expertengruppe, die sich 1996 am National Institute of Health traf, schlug folgende Definition vor: „The placebo effect is most usefully defined as a positive healing effect resulting from the use of any healing intervention presumed to be mediated by the symbolic effect of meaning of the intervention for the patient.“ (Moerman u. Jonas 2000); oder etwas knapper paraphrasiert: „Placeboeffekte sind solche therapeutischen Effekte, die aufgrund der Bedeutung zustande kommen, die eine Intervention für eine Person hat“ (Walach u. Sadaghiani 2002).

Wenn die Heilwirkung nicht durch eine spezifische biochemische, pharmakologisch wirksame Substanz erfolgt, kann sie nur vom psychologischen Bereich ausgehen. In der Geschichte der Medizin haben zweifellos schon immer psychologische Faktoren eine zentrale Rolle gespielt. *Die Erfolge, welche die frühere Medizin* (z. B. durch den häufig praktizierten Aderlass) *hatte und noch heute Schamanen und auch Heilpraktiker haben, sind vor allem psychologischer Natur.* Es ist eine Binsenweisheit: physiologische Kochsalzlösung ist hinsichtlich der Schmerz-beseitigung eine völlig indifferente Substanz – und trotzdem wirkt sie.

Sie wirkt wie ein chemisch sehr effizientes Mittel, wirkt wie Morphinum. Wenn der Wirkfaktor nicht in der chemischen Substanz bestehen kann, nicht naturwissenschaftlich begründbar ist, kann er nur im Psychologischen, in der *Besonderheit der Arzt-Patient-Beziehung*, dieser *spezifischen Heilsituation*, ihrer „*aura curae*“, ihrem *Heilklima* liegen. Der ungarisch-englische praktische Arzt und Psychoanalytiker Michael Balint sprach deshalb auch von der „*Droge (Heilmittel) Arzt*“. Ihn haben Placeboerfahrungen zu der Erkenntnis geführt, dass das mit am häufigsten in der Medizin verabreichte Heilmittel der Arzt selbst sei. „*Der Mensch ist des Menschen beste Medizin*“.

Um zu sehen, wie weit hier die „*Droge Arzt*“ selbst reichen kann, machte der New Yorker Gynäkologe Wolf folgendes Experiment: Er verabreichte einer Schwangeren, die an starker Übelkeit und Erbrechen litt, ein Mittel, das er ihr als höchstwirksam gegen ihre Beschwerden pries. Das Mittel wirkte, ihr war nicht mehr übel, das Erbrechen sistierte. In Wahrheit hatte diese Frau „*Ipecac*“ erhalten, ein Medikament, das Erbrechen provoziert. Das Heilmittel „*Wolf*“, die „*Droge Arzt*“, hatte die Wirkung umgekehrt, die Chemie auf den Kopf gestellt. So ethisch fragwürdig und skandalös dieses Experiment zweifellos war, so zeigt es andererseits die Potenz der Beziehung zum Arzt als therapeutischen Wirkfaktor. Das Placebo bezieht offensichtlich seine Kraft daraus, dass es ein greifbares Symbol für die Beziehung zum Arzt ist, die als eine heilsame imaginiert wird.

Jede ärztliche Verabreichung oder Verordnung eines Medikaments kann insofern eine psychotherapeutische Intervention darstellen, wenn Psychotherapie im weitesten Sinne bedeutet, dass Heilung oder deren Förderung durch eine Beeinflussung über die „Seele“ erfolgt.

Der *Placeboeffekt* ist nicht nur bei pharmakologischer Behandlung zu beobachten, er kann prinzipiell *bei jeder Art von Behandlung* relevant sein.

So kann sich eine ärztliche Maßnahme, die naturwissenschaftlich gesehen nur diagnostische Bedeutung hat, vom Patienten aber vermeintlich als therapeutische verstanden wird, heilsam auswirken: „Das EKG hat mir gut getan“. Die hoch technisierte Apparatedizin, ihre Großanlagen mögen auf der einen Seite Ängste auslösen, aber auf der anderen große Hoffnungen und Erwartungen und damit Heileffekte, die nicht allein naturwissenschaftlich begründbar sind – auch dann, wenn es sich, wie beispielsweise beim CT, „nur“ um eine diagnostische Maßnahme handelt. In der Chirurgie und Radiologie sind, wie Rösler et al. (1996) betonen, nicht nur „Stahl und Strahl“ wirksam; diese spezifischen therapeutischen Faktoren werden vielmehr *stets* von weiteren unspezifischen Wirkungen begleitet. „Ein hochpotentes Antibiotikum löst pharmakologisch-biochemische Reaktionen und außerdem Vertrauen, Wissen und Hoffnung bei Arzt und Patient aus.“ Deshalb können gerade bekannte hochwirksame spezifische Therapieformen zusätzlich besonders starke unspezifische Therapieeffekte, d. h. Placebowirkungen, mobilisieren.

In unserem Kulturkreis gelten Operationen als die höchste Kunst ärztlicher Intervention – man denke nur an die unglaubliche Popularität, die der TV-Chirurg Professor Brinkmann genießt. So können gerade auch Operationen und die damit verbundenen therapeutischen Rituale starke Placeboeffekte zeitigen, wie z. B. eine Studie von Moseley et al. (1996) zeigte. Patienten mit Osteoarthritis des Knies wurden entweder arthroskopisch versorgt, oder nur ausgewaschen, oder erhielten lediglich OP-Einschnitte. Im Ergebnis zeigte sich kein Unterschied zwischen den drei Gruppen.

Im Mittelpunkt des Placeboeffektes steht die Arzt-Patient-Beziehung.

Weiß der Arzt beispielsweise selbst nicht, dass er „nur“ ein Placebo verordnet oder verabreicht, ist die Wirkung

stärker. Glaubt er beispielsweise, einen starken Schmerzkiller wie Morphinum zu benutzen, gibt es einen starken Placeboeffekt. Nimmt er jedoch an, dass es sich um ein mildes Schmerzmittel wie Aspirin handelt, ist der Placeboeffekt um vieles schwächer. *Die Überzeugung des Arztes von der Wirksamkeit des Medikaments überträgt sich also auf den Patienten.* Der Arzt sendet dabei offensichtlich auch averbale Signale in seinem Verhalten (Mimik, Gestik) aus. Placebos wirken deshalb am besten, wenn nicht nur der Patient „blind“ ist, sondern ebenfalls der Arzt, beide nicht „sehen“, dass nur ein Leerpräparat benutzt wird. Diese doppelte Blindheit, ein wichtiger Beleg für die therapeutische Wirksamkeit der Arzt-Patient-Beziehung selbst, der „Droge Arzt“, bildet heute die *Grundlage für die Erprobung eines neuen Arzneimittels.* Das geschieht im sog. *Doppelblind-Versuch.* Will man nämlich wissen, ob eine neue Substanz tatsächlich auf den Körper, also rein körperlich-chemisch-biologisch wirkt, muss man versuchen, den psychologischen Faktor abzuziehen. Man teilt Patienten in zwei Gruppen auf, wobei die Teilnehmer in beiden Gruppen nach Alter und Geschlecht möglichst gleich sein sollten. Die eine Gruppe, die sog. „*Experimentalgruppe*“, bekommt die echte, die wirksame Substanz, die andere, die sog. „*Kontrollgruppe*“, erhält ein Placebo. Natürlich dürfen sich die echten Medikamente äußerlich nicht von den Placebos unterscheiden, die Patienten wissen nicht, ob sie nun die echte Substanz oder das Placebo bekommen, und ebenso „blind“ ist auch der Arzt bzw. der Versuchsleiter, der die Medikamente austeilte. Nur ein Computer oder der Auswerter des Versuchs, der sich sozusagen hinter den Kulissen befindet, „wissen“, wer was bekommen hat. Entscheidend ist, dass weder Patienten noch Ärzte Kenntnis davon haben, wer zu welcher Gruppe gehört. Der Code wird dann erst nach Abschluss des Versuchs entschlüsselt bzw. der Auswerter gibt das Ergebnis

erst dann bekannt. Nur wenn die echte Substanz dem Scheinmittel, dem Placebo, in ihrer Wirkung tatsächlich überlegen ist, kann sie dann als medizinisch, d. h. biochemisch, wirksam gelten.

Gerade dieser Versuch der Ausschaltung der psychologischen Komponente der Arzt-Patient-Beziehung zeigt umgekehrt die heilsame Macht dieses Verhältnisses. Es ist eine Erfahrungstatsache, dass ein *Arzt, der Vertrauen erweckt, gründlich untersucht, selbst nicht ängstlich ist, positiv den Heileffekt beeinflusst*. Das Ritual der Tablettenverschreibung ist hier von großer Bedeutung, die Sorgfalt, die Zuwendung, das persönliche Rezept, der therapeutische Enthusiasmus. Eine pessimistische Haltung kann sogar die Wirksamkeit eines erwiesenermaßen biochemisch effektiven Präparates vermindern. *Die Erwartungshaltung des Arztes beeinflusst also die Wirkung auf den Patienten, dessen „Verhalten“*.

Mitabhängig ist der Placeboeffekt vom *Heilklima*, der „aura curae“, die der Arzt schafft und die ihn umgibt. Strahlen z. B. Schwestern bzw. Pfleger und Sprechstundenhilfen bei der Übergabe von Medikamenten und Rezepten selbst Optimismus aus, teilt die „Umgebung“ selbst die Wertschätzung der Heilmaßnahmen und des Arztes, hat der Arzt auch im sogenannten Laiensystem (= Informationssystem des Nichtmediziners) einen guten Ruf, wird der Placeboeffekt stärker sein.

Es wäre falsch zu meinen, Placebos wirkten nur bei funktionellen (= somatoformen) oder gar nur eingebildeten Störungen. Dass dies nicht der Fall ist, hatten ja bereits die Beispiele aus dem Zweiten Weltkrieg gezeigt. So ließen sich auch Placebowirkungen bei organischen Darmerkrankungen nachweisen. So lag, wie eine Studie von Ilnyckyj et al. (1997) zeigte, die Placeboresponse bei Colitis ulcerosa bei etwa 40 Prozent bei klinischen Symptomen, mehr als 30 Prozent hinsichtlich endoskopischer Kriterien, 25 Prozent

in Bezug auf histologische Besserung. Welche entscheidende Rolle hier die Arzt-Patient-Beziehung innehat, zeigte sich nun darin, dass die Response von der Anzahl der Arztbesuche im Verlauf der Studie abhängig war. Die Response war signifikant geringer bei weniger als vier Besuchen im Vergleich zu vier und mehr. Ein wichtiger Prädiktor für eine Placeboantwort ist also die Anzahl der Arztkontakte. Das ließ sich auch in einer weiteren Untersuchung mit Patienten, die an einem Morbus Crohn litten, verifizieren.

Placeboeffekte bleiben also keineswegs auf den Bereich der Psyche beschränkt. Sie beeinflussen auch physiologische und biochemische Prozesse. So auch bei der schmerzhemmenden Wirkung von Placebos. Sie läuft über die *Aktivierung endorphiner Systeme*. *Endorphine sind körpereigene Opiate, deren Produktion durch Placebo hervorgerufen wird*. Das konnte u. a. dadurch belegt werden, dass Schmerzpatienten, die auf Placebos positiv angesprochen hatten, nach der Gabe des Morphinantagonisten Naloxon, das die Endorphinausschüttung blockierte, vermehrt Schmerzen angaben.

Eine neuere Studie (de la Fuente-Fernandez et al. 2001) wies auch Placeboeffekte bei Morbus Parkinson nach. Damit scheint auch eine gesteigerte *Ausschüttung von Dopamin bei der Vermittlung von Placeboeffekten* eine Rolle zu spielen. Im PET (Positronenemissionstomographie) zeigte sich entsprechend eine höhere Ausschüttung von Dopamin bei Placebogabe.

Die *Wirkungsweise* des Placeboeffektes ist komplex. Eine mögliche psychodynamische Erklärung liefert der Begriff des „*Übergangsobjekts*“. Bestimmte, das Kind sehr früh faszinierende Objekte, wie beispielsweise der Zipfel einer Decke oder ein kleiner Teddy, stellen die ersten Symbole der Mutter dar, einer Person also, die in einer sozusagen „*allmächtigen*“ Weise Situationen und Gefühle der Unsicherheit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit beseitigt. Nun

scheint auch die Wirksamkeit eines Placebos untrennbar mit der Person verknüpft, die das Heilmittel verabreicht oder verschreibt. Wenn eine Placebospritze wirksamer ist als eine Placebotablette, dann hat das sehr wahrscheinlich damit zu tun, daß die unmittelbare Präsenz des Arztes bei der Injektion der entscheidende Wirkfaktor ist. Placebos fungieren offenbar als eine Art Übergangsobjekte, sofern sie die heilsame Wirkung der Beziehung zum Arzt symbolisieren, ihn als hilfreiche Person identifizieren und ihn, während er abwesend ist, ersetzen können – wie eine Art Talisman.

So ist bei der Behandlung angstneurotischer Patienten immer wieder zu erleben, dass sie, obwohl schon seit Monaten medikamentenfrei, dann auf ein Rezept – und zwar auf ein persönliches – drängen, wenn eine Urlaubstrennung ansteht. „Das ist dann, wie wenn ich Sie in der Handtasche dabei hätte“, meinte einmal eine agoraphobische Patientin.

In der „Übertragung“, d. h. der Wiederauflage einer heil- und hilfebringenden Beziehung wie beispielsweise zu Mutter und Vater, auf den Arzt symbolisiert dann das Placebo oder irgendeine andere therapeutische Maßnahme diesen Heilsbringer bzw. die entsprechende heilsame Umwelt.

Traditionell spielt zur Explikation des Placeboeffektes insbesondere der Begriff der „*Suggestion*“ eine Rolle: Unter *Suggestion* (lat. *suggere* = unterlegen, beeinflussen, eingeben) wird die Beeinflussung des Denkens, Fühlens, Wollens und Handelns eines Menschen im Sinne einer emotionalen Resonanz verstanden, wobei rationale, kritisch wertende Persönlichkeitsanteile in den Hintergrund treten. *Der Arzt hat in der Interaktion mit dem Patienten eine „suggestive“ Wirkung.* Diese setzt allerdings voraus, dass der Patient selbst bereit ist, die ärztliche „*Fremdsuggestion*“ („*Hetero-suggestion*“) „*autosuggestiv*“, d. h. sich selbst emotional beeinflussend, zu akzeptieren.

In psychoanalytischer Perspektive wird Suggestion auch

als „Übertragungspheänomen“ gesehen. Im sozusagen „blinden Vertrauen“ überantwortet sich der „regredierte“ Patient dem Arzt wie einem quasi „allmächtigen Vater“, der „schon alles richten wird“. In einer Phase weitgehender Regression, wohin Angst und Sorge um das physische und psychische Wohl führen können, entspricht diese Situation „wieder der Hilflosigkeit kleiner Kinder, die nur ebenso mächtige wie unbegreifliche Wesen (wie sie anfangs von den Eltern verkörpert wurden) aus ihrer Not erlösen und vor dem Abgleiten in Hoffnungslosigkeit bewahren können“ (v. Uexküll 1996).

Zur Erklärung des Placeboeffektes lassen sich auch *Konditionierungsvorgänge* heranziehen, wie sie die Lerntheorie beschreibt. Ein „neutraler“ Stimulus (conditioned stimulus, CS), der selbst keine unkonditionierte Reaktion auslöst, hat die Potenz, eine konditionierte Reaktion (CR) auszulösen, wenn er mit einem unbedingten Stimulus (unconditioned stimulus, US) gepaart worden ist. Das bedeutet, dass Reize, die in der Vergangenheit des Individuums mit einer erfolgreichen „Heilung“ (unbedingte Reaktion, UR) assoziiert waren, Placebowirkungen (CR) auslösen können. So kann die Placebowirkung über erfolgreiche Diagnose- und Therapiemaßnahmen in der früheren Krankengeschichte des Individuums mit Symptombesserung verknüpft werden, wenn neutrale Stimuli aus dem Umfeld der Behandlung, wie die Art der Verabreichung einer Spritze oder die Farbe einer Tablette (konditionierte Stimuli) mit diesen Maßnahmen aus der Vergangenheit verknüpft werden. So führt eine analgetisch wirksame Substanz als US zur Schmerzlinderung als UR. Der unkonditionierte Stimulus ist dabei an eine Reihe von rituellen Handlungen wie Spritzeaufziehen, Nadelaufsetzen, Hautdesinfektion, Stich etc. gekoppelt. Nach mehreren Kopplungen mit dem US können diese rituellen Handlungen als CS eine Analgesie im Sinne einer CR bewirken.

Ein besonders interessantes Ergebnis der Placeboexperimente bestand darin, dass häufig die „Compliance“ ein besserer Prädiktor für Therapieerfolge war als die Tatsache, ob jemand Verum oder Placebo erhielt.

Compliance

Mit dem Stichwort „*Compliance*“ kommen wir nun zu einer weiteren Thematik, die neben dem Placeboeffekt insbesondere eklatant die psychologische Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung belegt. Hat eine Heilmaßnahme keinen Erfolg, so kann dies auf verschiedene Faktoren zurückzuführen sein:

1. auf eine falsch gestellte Diagnose mit entsprechend falscher Therapie,
2. auf eine falsche Therapie bei richtiger Diagnose,
3. auf ein Nichtansprechen der Krankheit und
4. auf Nichtbefolgen der ärztlichen Anordnungen und Empfehlungen.

Lange Zeit war man in der Medizin eher auf die drei ersten Möglichkeiten zentriert. Dass der zu erwartende Heilerfolg aufgrund der mangelnden Kooperation des Patienten ausbleiben kann, wurde erst in den letzten Jahren unter den Stichworten „*Compliance*“ und „*Non-Compliance*“ mehr und mehr zum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Das mag daran liegen, dass Ärzte generell die Kooperation ihrer Patienten überschätzen.

Unter *Compliance* (engl. = Einwilligung, Einverständnis) ist die Bereitschaft zu verstehen, ärztliche Empfehlungen, insbesondere Anordnungen zur medikamentösen Therapie, zu befolgen. Entsprechend bedeutet *Non-Compliance* die Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen.

Die Ergebnisse der Studien zur *Non-Compliance* sind er-

schreckend. Mindestens ein Drittel der Patienten befolgt die Anordnungen der Ärzte nicht oder nur mangelhaft. In Fragen der Prävention, bei symptomarmen Krankheiten (z. B. Hypertonie) oder generell bei Langzeitbehandlungen hält sich nur knapp die Hälfte an die Verschreibungen und Ratschläge. Die folgende Tabelle fasst verschiedene Übersichtsarbeiten zur Non-Compliance bei Medikamenteneinnahme zusammen.

Tab. 1: Prozentsatz der Non-Compliance bei Einnahme von Medikamenten (aus: Wilker et al. 1994)

Art der Medikation	Non-Compliance (%)		
	Ley (1976)	FDA* (1979)	Barolsky (1980)
Antibiotika	49	48	52
Psychopharmaka	42	42	42
Antihypertensiva	-	43	61
Anti-Tbc-Chemotherapie	38	42	43
andere Medikamente	48	54	46

* Food & Drug Administration

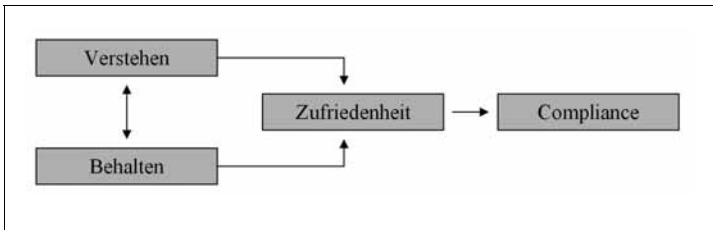
Fehlende Compliance wirkt sich gravierend aus. Der Heilerfolg bleibt aus, dies löst erneut, abgesehen von der Verschwendung des nicht genommenen Arzneimittels, neue „unnötige“ diagnostische und therapeutische Maßnahmen und damit auch neue „unnötige“ Risiken aus. Die fehlende Kooperation trägt dadurch nicht unwesentlich zur Kostenexplosion im Gesundheitssystem bei. Was nützt dem Arzt sein ganzes anatomisch-physiologisches Wissen, sein diagnostischer Scharfsinn und sein therapeutisches Know-how, seine in langen Studienjahren erworbene Kompetenz, wenn der Patient dann doch nicht das nimmt, was er verschreibt, nicht das tut, was er anordnet, die für den ärztlichen Erfolg unbedingt erforderliche Kooperationsbereit-

schaft ausbleibt. Für den Patienten selbst, wie auch seine Umgebung, kann dies schwerwiegende Folgen haben. Der Diabetiker beispielsweise setzt sich der Gefahr des Komas aus, der Tuberkulosekranke – bei einigen Studien lag die Nichtbefolgungsrate sogar bei 61 Prozent – gefährdet nicht nur sich selbst, sondern auch seine Umgebung.

Angesichts dieser alarmierenden Diskrepanz zwischen ärztlicher Verordnung und tatsächlicher Befolgung dieser Verordnung ist es für den Arzt von entscheidender Bedeutung, einmal um die Faktoren zu wissen, welche die Compliance beeinflussen, und zum anderen für sein eigenes Verhalten Konsequenzen aus diesen Ergebnissen zu ziehen. Dabei zeigte sich, dass die Art der Arzt-Patient-Interaktion eine ganz wesentliche Einflussgröße bildet. Und sie kann nun der Arzt selbst entscheidend mitgestalten. Das Befolgungsverhalten sinkt z. B. bei einem komplexen, undurchschaubaren Therapieplan, bei *langer Wartezeit* und *großer Zeitspanne zwischen Überweisung und Arzttermin* (z. B. bei einer Überweisung des Hausarztes an einen Psychotherapeuten, wo an sich schon Barrieren zu überwinden sind). Eine *individuelle Terminvereinbarung* wirkt sich dagegen positiv aus, ebenso wenn *Kontrollmöglichkeiten*, wie bei *stationärer Behandlung*, gegeben sind.

Entscheidend für die Compliance des Patienten scheint vor allem zu sein, dass der Arzt den *Erwartungen* und *Bedürfnissen* des Patienten entspricht, der Patient mit der medizinischen Betreuung *zufrieden* ist. So kommt einer „guten“, dem Patienten verständlichen und damit „behaltbaren“ *Information* eine Schlüsselrolle zu. Diese unabdingbare „kognitive Voraussetzung“ für Patientenzufriedenheit und damit für eine positive Compliance-Rate fasst folgende Abbildung zusammen.

Abb. 2: Kognitive Hypothese der Compliance (nach Ley 1982, zit. nach Wilker et al. 1994)



Neben der „kognitiven“ Seite der Beziehung ist die „emotionale“ von wesentlicher Bedeutung. Je kürzer und unpersönlicher, „förmlicher“ die Begegnung, je mehr emotionale Spannungen die Konsultation belasten, der Patient den Arzt als uninteressiert, verständnislos, autoritär oder gar zurückweisend, feindselig erlebt, um so schlechter die Kooperation des Patienten.

Fühlt sich der Patient dagegen auch „emotional“ verstanden, akzeptiert, ernstgenommen und in seiner Erwartung bestätigt, dass der Arzt die nötige Kompetenz hat, seine Krankheit zu behandeln, ist seine Compliance größer – schon um das gute Verhältnis zu einer wichtigen Bezugsperson nicht zu gefährden. Dies erkläre, meint Heim (1986), warum die Kooperationsbereitschaft in der Hausarztmedizin am besten, bei Spezialisten schon weniger gut und in anonymen Ambulatorien mit häufigem Arztwechsel am schlechtesten, die „drop out“-Rate (unbegründetes Wegbleiben) der Patienten hier am höchsten sei. Bei einem vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnis ist der Patient schließlich auch eher bereit, unangenehme Nebenwirkungen der Medikation zu tolerieren, selbst über längere Zeit.

Das ärztliche Gespräch

Entscheidend für die Compliance und damit für den Therapieerfolg der ärztlichen Maßnahme ist, ob es gelingt ein Arbeitsbündnis mit dem Patienten herzustellen. Um dieser *conditio sine qua non* willen bedarf es v.a. des ärztlichen Gesprächs. Ein gutes Gespräch ist nun dadurch ausgezeichnet, *dass der Gesprächspartner Geduld aufbringt, die Fähigkeit hat, ein Klima des Vertrauens und der wechselseitigen Sympathie zu schaffen und den Respekt vor den Worten des Anderen zu bewahren:*

- *Geduld,*
- *Empathie,*
- *Verständnis,*
- *Respekt.*

Das sind interessanterweise genau die Punkte, welche nach vielen therapievergleichenden Untersuchungen die *Basisfaktoren für Heilerfolge in der Psychotherapie* (vgl. Lang 2000b, 2003) darstellen, handele es sich um Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, klientenzentrierte Therapie oder um Therapien durch Professionelle, Anfänger oder auch Laien. Diese Forschungen sind für unser Thema von hohem Interesse, denn es sind diese allgemeinen Faktoren, die im Grunde jede gute menschliche Gesprächsbeziehung kennzeichnen. Und dies macht klar, zu welcher Haltung der Therapeut selbst aufgerufen ist, auch jeder Arzt, wenn er in eine Gesprächsbeziehung zum Patienten tritt.

Die Erfüllung dieser Kriterien ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass der Patient mit dem Arzt kooperiert, er ein *Arbeitsbündnis* eingeht. Eine Behandlung wird nur dann erfolgreich sein, und dies insbesondere bei den heute überwiegenden chronischen Erkrankungen, wenn der Patient selbst dazu beiträgt, dass die richtige *Diagnose* gefunden wird und er sich auf die Erstellung und Befolgung eines *Therapieplanes* einlässt. Dass gerade auch der Patient auf-

gerufen ist, die Patient-Arzt-Beziehung so mitzuformen, dass er selbst möglichst großen „Nutzen“ daraus ziehen kann, hat Rolf Verres, mein Nachfolger in Heidelberg, in seinem eben erschienenen Buch „Was uns gesund macht“ eindrucksvoll dargestellt.

Berücksichtigung dieser Faktoren, die ein „gutes Gespräch“ begründen, ist besonders dann gefordert, wenn das ärztliche Gespräch sich psychotherapeutisch auswirken soll. Und die ärztliche Praxis fordert dies zweifellos, denn in die ärztliche „Sprechstunde“, das ärztliche „Sprechzimmer“, kommen Patienten, die über mannigfache körperliche Beschwerden, seien es Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle, Herzrasen, Herz- und Kreuzschmerzen usw. klagen, ohne dass sich eine körperlich-organische Verursachung finden ließe. Und Patienten, die an diesen sog. „funktionellen (somatoformen) Störungen“ leiden, sind keine kleine Minderheit. In einer großen epidemiologischen Felduntersuchung hinsichtlich des Vorkommens psychogener Erkrankungen in einer Stadtbevölkerung stellte Schepank und seine Arbeitsgruppe (1987) fest, dass 26 Prozent der Bevölkerung der Stadt Mannheim als „psychogen erkrankt“ betrachtet werden müssen. Mehr als ein Viertel also. Das ist eine erstaunlich hohe Zahl. Zweifellos wird dann unter den eigentlichen Patienten in Praxen und Kliniken dieser Anteil noch höher liegen. Manche Statistiken sprechen von 60 Prozent der Patienten Klientel eines Allgemeinpraktikers.

Ob ein ärztliches Gespräch psychotherapeutisch wirkt, wird mit davon abhängen, ob der Patient Gelegenheit erhält, sich zu artikulieren, sich auszusprechen. *Allein sich mit einem anderen, zu dem man Vertrauen hat, austauschen zu können über das, was emotional belastet, Probleme macht, kann entlasten und wieder Hoffnung geben, einen Freiraum eröffnen. Wenn es nämlich gelingt, im Gespräch mit dem anderen, und hier dem Arzt, eine überwäl-*

tigende Unmittelbarkeit der Belastung zur Sprache zu bringen, kann Distanz gewonnen werden, können sich neue Lebensmöglichkeiten auftun.

Lange vor Freud hat das Shakespeare erkannt, wenn er in „Macbeth“ Malcolm zu Macduff, der ganz in Trauer und Depression erstarrt ist, sagen lässt:

„Gib Worte deinem Schmerz: Gram, der nicht spricht,
Preßt das beladene Herz, bis daß es bricht.“

In diesem Kontext ist zu sehen, dass für viele Patienten ein *Symptom gewissermaßen die Eintrittskarte für die „Sprechstunde“* bedeuten kann. Man denke nur an die vielen älteren Patienten, die mehr und mehr das Hauptkontingent der Patienten im ärztlichen Alltag ausmachen. Gerade im Alter ist *Krankheit* häufig auch „*Maske, Mittel* oder *Signal*“ (Geisler 1987), – *Maske*, die Einsamkeit und das Nachlassen von Kompetenz und Prestige verdecken soll, *Mittel*, das Zuwendung bringt und erzwingt, *Signal* für den Appell nach Kontakt. Gerade im Alter versteckt sich besonders häufig eine depressive Verstimmung hinter einem körperlichen Beschwerdebild, liegt eine „larvierte Depression“ (Lang 2000a) vor.

Hier wird ein Punkt berührt, der gerade für das ärztliche Gespräch besonders charakteristisch ist: Dass es nämlich unmöglich ist, dieses Gespräch allein auf einer sachlich-informativen Ebene, z. B. als diagnostisches Frage-Antwort-Spiel, zu führen. Die zwischen Arzt und Patient gewechselten Worte sind mehr als nur ein „notwendiges Hilfsmittel“ (Wesiack 1984) zur Erstellung einer rein naturwissenschaftlich zu begreifenden Diagnose.

Wenn ein Patient einen Arzt aufsucht, kommt er als „Subjekt“ mit Ängsten, Nöten und Bedürfnissen. Das bedeutet, dass jede Mitteilung von seiner Seite „*implizite Botschaften*“ enthalten kann, die ihm oft selbst kaum bewusst sind und dezentwegen er sich aber gerade an den Arzt wendet.

Diese implizite Botschaft und den impliziten Appell mit zu hören, macht sicher das ärztliche Gespräch manchmal schwierig, aber auch spannend – schwierig nicht zuletzt deshalb, weil häufig Patienten selbst, wie wir gesehen haben, den Austausch auf der sachlichen Ebene der „Körperreparatur“ anbieten und der Arzt, weil es leichter fällt, versucht ist, allein auf dieser Ebene zu antworten. Läuft das Arzt-Patient-Gespräch nur auf dieser Schiene, kann es, wenn eine psychosoziale Belastung mit im Spiele ist, dem eigentlichen Anliegen des Patienten nicht gerecht werden. Die Odyssee von Arzt zu Arzt – nicht zuletzt ein Kostenfaktor – wird erneut beginnen. Eine solche Odyssee wird auch von den vorerwähnten (alten) Patienten fortgesetzt, wenn der Arzt nur die organische oder funktionelle Seite sieht und behandelt und nicht auf Einsamkeit, depressive Verstimmung und Kontaktsuche eingeht, die damit, wenn auch verdeckt, verbunden sind.

Die „Doppelbödigkeit“ (Lang 1989) *des ärztlichen Gesprächs* im medizinischen Alltag – sie begegnet allenthalben. Es sei an Patienten erinnert, die lang und breit über eine Erkrankung und ihre Beschwerden sprechen, aber eigentlich mit dem Wunsch nach Krankschreibung gekommen sind. Oder man vergegenwärtige sich auch Kranke, die bereits einen Krankheitsgewinn, und sei es nur vermehrte Zuwendung von Seiten der Angehörigen und des Arztes, aus ihrer Erkrankung ziehen, so dass eine Behandlung, die nur auf Symptombeseitigung aus ist, frustriert bleiben muss.

Diese „Doppelbödigkeit“ des ärztlichen Gesprächs findet sich insbesondere in der Kommunikation mit Schwerkranken. Wenn z. B. ein Krebspatient um rückhaltlose Aufklärung bittet, er darauf drängt, die Wahrheit zu erfahren, ist bei diesem Ansuchen zugleich mitzuhören, dass er in der Regel diese Wahrheit nicht hören will.

Gerade hier ist es wichtig, sich von der Vorstellung frei zu machen, dass eine Mitteilung nur eine Botschaft ent-

hält. Der Arzt muss zugleich die Ängste, die mit dieser Frage und Bitte verbunden sind, wahrnehmen, damit er so antworten kann, dass dem Patienten noch Hoffnung und die Möglichkeit, weiter zu existieren, bleiben.

Hier bietet sich die *Kommunikation in dialogischer Form* an. Führt der Arzt das Gespräch als Dialog, kann er beim Vorwissen des Patienten anknüpfen, kann er jeweils zunächst sehen, wie der Patient seine Informationen aufnimmt und deshalb seine weiteren Mitteilungen darauf abstimmen. Wird auf diese dialogische Weise zwischen Arzt und Patient kommuniziert, wird die Gefahr einer zu brüskten und konfrontativen Form der Aufklärung verringert – von erfahrenen Klinikern zuweilen an jungen Kollegen kritisiert.

Wir haben in diesem Beitrag versucht, an drei Themenbereichen die Bedeutung der psychologischen Seite der Arzt-Patient-Beziehung paradigmatisch herauszuarbeiten. Wie offensichtlich auch immer die Fortschritte der modernen naturwissenschaftlichen Medizin sein mögen, sie werden zugleich, zumindest, wenn sie an eine Arzt-Patient-Interaktion gebunden sind, von der Berücksichtigung der psychologischen Seite dieses Verhältnisses abhängen.

Literatur

- Beecher, H.K.: The powerful placebo. In: JAMA 159 (1955), S. 1602–1606.
- Bergdolt, K.: Diener und Halbgötter – vom komplizierten Verhältnis von Ärzten und Kranken. In diesem Band.
- de la Fuente-Fernandez, R. / Ruth, T.J. / Sossi, V. et al.: Expectation and dopamine release: mechanism of the placebo effect in Parkinson's disease. In: Science 293 (2001), S. 1164–1166.
- Gebattel, V. E. v.: Zur Sinnstruktur der ärztlichen Handlung. In: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin/Göttingen/Heidelberg: Springer, 1954.
- Geisler, L.: Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Frankfurt a.M.: Pharma-Verlag, 1987.

- Goepfert, S.: Medizinische Psychologie, Bd. 2. Rowohlt (rororo Studium). Hamburg: Reinbek, 1980.
- Heim, E.: Die Arzt-Patient-Beziehung. In: Heim, E. / Willi, J. (Hrsg.): Psychosoziale Medizin, Bd. 2. Klinik und Praxis. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo: Springer, 1986.
- Ilnyckyj, A. / Shanahan, F. / Anton, P.A. et al.: Quantification of the placebo response in ulcerative colitis. In: Gastroenterology 112 (2004), S. 1854–1858.
- Lang, H.: Das ärztliche Gespräch im medizinischen Alltag. In: Therapiewoche 39 (1989), S. 3585–3592.
- Lang, H.: Psychosomatik und Depression. In: Lang, H.: Strukturelle Psychoanalyse. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2000a.
- Lang, H.: Das Gespräch als Therapie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2000b.
- Lang, H. (Hrsg.): Wirkfaktoren der Psychotherapie. 3. Aufl.. Würzburg: Königshausen & Neumann, 2003.
- Moerman, D.E. / Jonas, W.B.: Toward a research agenda on placebo. In: Advances in Mind Body Medicine 16 (2000), S. 33–46.
- Moseley, J. B. / Wary, N. P. / Kuykendall, D. et al.: Arthroscopic treatment of osteoarthritis of the knee: a prospective, randomized, placebo-controlled trial. In: Am J Sports Med 24 (1996), S. 28–34.
- Rösler, H.D. / Szewczyk, H. / Wildgrube, K.: Medizinische Psychologie. Heidelberg/Berlin/Oxford: Spektrum Akademischer Verlag, 1996.
- Schepank, H.: Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo: Springer, 1987.
- Schumpelick, V. / Staudacher, W.: Programmatisches Vorwort zu dieser Tagung.
- Uexküll, T. v.: Placeboeffekt. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. 5. Aufl.. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1996.
- Verres, R.: Was uns gesund macht – ganzheitliche Heilkunde statt seelenloser Medizin. Freiburg, Basel, Wien: Herder, 2005.
- Walach, H. / Sadaghiani, C.: Plazebo und Plazeboeffekte: Eine Bestandsaufnahme. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (PPM) 52 (2002), S. 332–342.

Wesiack, W.: Psychosomatische Medizin in der ärztlichen Praxis. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1984.

Wilker, W. / Bischoff, C. / Nowak, P. (Hrsg.): Medizinische Psychologie – Medizinische Soziologie. 2. Aufl., München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1994.