

# Vom therapeutischen Nihilismus zur Polypragmasie

## 1. Therapeutischer Nihilismus

Eine genaue Analyse der medizinischen Entwicklung in den letzten 200 Jahren zeigt, daß mit dem Aufkommen der Naturwissenschaften die Diagnostik viel früher und viel erfolgreicher einsetzte als die Therapie. Dies wird beispielhaft repräsentiert durch die im 19. Jahrhundert führenden Medizinschulen von Paris und Wien. Die Wiener Medizinhistorikerin Lessky (9) und der Baseler Medizinhistoriker Buess (2) haben diesem Phänomen eingehende Untersuchungen gewidmet. Lesenswertes findet sich auch in Monographien von Ackerknecht (1), von Lichtenthaeler (8), von Rothsuh (10).

Noch nach dem bis in unsere Zeit hinein wirkenden Friedrich von Müller (7) bestand der Ehrgeiz führender Kliniker bis in die erste Hälfte unseres Jahrhunderts hinein darin, den Sektionsbefund möglichst genau vorauszusagen. In der Therapie verließ man sich (notgedrungen) auf die „vis naturae medicatrix“. Statt einer wenig wirksamen medikamentösen Therapie richteten sich die Bemühungen auf eine die ganze Lebensführung umfassende „Diätetik“ (zitiert nach 1). Noch unsere Generation hat erlebt, wie es ein ganzes Spektrum von zum Beispiel „Magen- oder Gallenschonkosten“ gab. „Heilen oder wenigstens nicht schaden“ lautete allenfalls die Devise, und: „Solange wir keine spezielle Nosologie oder vollständige Theorie der Krankheit haben . . . , solange haben wir auch keine genügende oder

vollständige rationale und direkte Therapie“. Diese Ausführungen von Hildenbrand (1807) hätten – mit einigen Einschränkungen – auch 1907 gesagt werden können.

## 2. Wandel in der Therapie

Zwar hat die Diagnostik ihren Triumphzug durch Übernahme naturwissenschaftlicher Methoden fortgesetzt und ausgebaut. Beispielhaft erwähnt seien nur die bildgebenden Verfahren. In der (medikamentösen) Therapie ist der Nihilismus der Jahrhundertwende einer emsigen Aktivität, zum Teil einer Überaktivität gewichen. Die sich dabei überschneidenden Phänomene sollen im folgenden wenigstens in ihren Grundrissen beleuchtet werden.

## 3. Symptomatische Therapie

Es wird sie immer geben und geben müssen, etwa in der Ausschaltung von Schmerzen, in der Beseitigung von Angst oder Schlaflosigkeit, in der schonenden Senkung überhöhter Temperaturen und so weiter. Jeder erfahrene Kliniker weiß aber aus seinen Anamnesen, daß manche Kollegen in Klinik und Praxis vordergründige Symptome behandeln anstelle der Ursachen und des natürlichen Ablaufs der Krankheit als solcher. Immer noch verhindern immer neue Versuche mit zum Beispiel Hustenmitteln, Magenmitteln, Psychopharmaka und so weiter, daß die lebensrettende Frühdiagnose eines noch operablen Karzinoms rechtzeitig gestellt wird. Ge-

wiß liegt dies mehr an den für eine so gründliche Untersuchung ganz unterschiedlich motivierten Kranken, nur zum Teil an der Ärzteschaft, aber eben auch an dieser.

Wir haben dagegen schon vor Jahren (4) empfohlen, daß man den – durchaus erlaubten – Versuch der symptomatischen Behandlung einer Krankheit mit vermuteter Tendenz zur Selbstheilung *vorher* auf zwei bis drei Wochen beschränken und diese Frist bei Erfolglosigkeit nicht immer wieder verlängern sollte. Fehlt es hier nicht manchmal an der selbstkritischen Frage: „Weiß ich das sicher und aus welchen Gründen?“ Ganz anders sind naturgemäß symptomatische Maßnahmen bei bekannten Grundleiden zu beurteilen. Hier liegt eine „adjuvante“ Therapie im besten Sinne des Wortes vor, die die kausale unterstützt oder sie ersetzt, wenn eine solche nicht mehr möglich ist.

## 4. Wiederherstellung der Homöostase

Gerade in Notfällen, auf Intensivstationen, aber auch in der Praxis (z. B. bei [3]) muß die Diagnostik – etwa im Schock – häufig zurückgestellt werden oder zum Teil parallel laufen. Alles kommt darauf an, den akut bedrohlichen Zustand als solchen zu erkennen und abzuwenden. Diese Maßnahmen betreffen alle Fächer der Medizin, in ihrem Ansatz aber vorzugsweise kardiovaskuläre, respiratorische, metabolische, neurologische Störungen. Gerade die heute oft interdisziplinär betriebene Intensivmedizin zeigt, wie weit wir uns erfreulicherweise vom therapeutischen Nihilismus der Vergangenheit entfernt haben, ja: wie das pathophysiologische und pathobiochemische Verständnis eine spezielle No-

sologie im oben genannten Sinne Hildenbrands, die heute an fast jedem Krankenhaus geübte Intensivtherapie erst möglich gemacht haben.

## 5. Polypragmasie

Paradoxerweise hat mit dieser Entwicklung auch unverkennbar ein neuer Trend zur Polypragmasie eingesetzt. Er beruht nicht mehr oder nicht mehr nur auf der inzwischen oft erwiesenen Wirkungslosigkeit tradierter Heilmittel, sondern auf medizinisch und kulturgeschichtlich höchst interessanten Phänomenen:

① Zunächst darauf, daß der Kranke, statt etwa von einem Arzt (zum Beispiel dem *Hausarzt*) abwägend und zusammenfassend die Verordnungen gemeinsam zu bekommen, eine ganze Anzahl *Spezialisten* aufsucht, von denen jeder das für „sein Organ“ und dessen Störung Tunliche verordnet, selbst auch ohne nach anderen Medikationen zu fragen. Dürfen wir uns wundern, wenn besonders ältere Menschen mit ihrer Multimorbidität oft über 4 bis 6 Rezepte mit 10 bis 15 Präparaten (darunter auch Kombinationen!) verfügen und diese mit mehr oder minder großer „Compliance“ (wie es so schön auf neudeutsch heißt) zu sich nehmen – bis die Massenmedien zufällig einen Warnschrei des Bundesgesundheitsamtes oder der Arzneimittelkommission gegen bestimmte Präparate ausstoßen? Nicht umsonst hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (siehe Deutsch. Ärztebl., Heft 19 [1985] 1437) empfohlen, gerade bei älteren Menschen sich auf drei oder vier wirklich wichtige Präparate zu beschränken.

② Mir hat eine jahrzehntelange Sprechstunde gezeigt, daß

es nicht nur Kranke gibt, die „den modernen Giften“ gründlich mißtrauen und sie nachweisbar nicht oder nur sporadisch einnehmen. Daneben gibt es – auch als Zeichen unserer Zeit – ganz allgemein den *Tablettensüchtigen*. Er sucht gewöhnlich mehrere Ärzte auf. Er behält einmal wegen eines Durchfalls oder wegen eines „Herzstolperns“ gegebene Medikamente bei. Die Kranken (und leider auch ein Teil ihrer Ärzte) bemerken gar nicht, daß gleichzeitig zwei, ja drei Schlafmittel oder Betablocker eingenommen werden. Wer kennt bei dieser Form von *Multimedikation* die wechselseitige Interferenz: Als Wirkungsverstärkung bis zur Intoxikation einerseits, als kompetitive Abschwächung bis zur Wirkungslosigkeit andererseits? Gewiß die wenigsten Ärzte, die von solchen Kranken konsultiert werden!

Auch hier ist eine scharfe Trennung zwischen Sinnvollem und Sinnlosem nötig, anerkannterweise schwierig, aber (leider) unabdingbar. So ist die Polychemotherapie in der Onkologie heute weltweit im Gebrauch: Durch sinnvolle Kombinationen (mit entsprechend niedrigeren Einzeldosen) sollen die unerwünschten Wirkungen wegen der verschiedenen Angriffspunkte reduziert, die erwünschten am Tumor addiert oder gar potenziert werden. Ähnliches gilt für die Kombinationen von Trimethoprim und Sulfonamiden bei gewissen bakteriellen Infektionen, für Kombinationen in der Parasitologie und viele andere mehr.

③ Zu den großartigsten Entwicklungen gegenüber dem therapeutischen Nihilismus des 19. Jahrhunderts gehören die Entdeckung, Synthese und klinische Anwendung der vielen *Hormone* und *Mediatoren* sowie ihrer Antagonisten. Anti-

biotika decken ein immer breiteres Spektrum von Keimen ab. Für fast alle alpha-, beta- und andere Mediatoren ist nicht nur die Zahl und Art ihrer Rezeptoren auf der Zelloberfläche inzwischen bekannt. Es gibt auch meist schon eine ganze Anzahl von Agonisten und Antagonisten. Kortisol-Derivate unterdrücken fast jede Form von entzündlichen Reaktionen und ihre Folgen, unabhängig von der Ursache. Der boshafte Spruch: „Wollen Sie nicht lieber gleich eine Familienpackung von Kortison?“ kommt nicht von ungefähr.

Die Gefahr liegt darin, daß diese breit wirkenden Substanzen einen Eingriff in den Ablauf des Krankheitsprozesses ermöglichen, ohne daß seine Ursachen geklärt sind. Auch der Eingriff über die breitwirkenden Mediatoren, ohne Kenntnis der Ursachen ihrer veränderten Stellgrößen im Organismus, sind in meiner Sicht eine Form von Polypragmasie. Nicht zufällig haben gerade jetzt (neben durchaus positiven Aspekten!) als Grundlage der Therapie die „Problemorientierung“ (5, 11, 12) und ähnliche neue Konzepte sich geschoben. So hat sich in den letzten 100 Jahren ein Kreis geschlossen vom therapeutischen Nihilismus zur therapeutischen Überaktivität, zum Schrotschuß ins Dunkle.

Literatur im Sonderdruck, zu beziehen über den Verfasser.

(Dem Vorsitzenden der Arzneimittelkommission, Herrn Professor Dr. med. Fritz Scheler, zum 60. Geburtstag am 5. August 1985 gewidmet.)

Professor  
Dr. med. Rudolf Gross  
Haedenkampstraße 5  
5000 Köln 41