

## NS-ZEIT

Zu unserer abgeschlossenen Reihe „Medizin im Nationalsozialismus“:

### Anerkennung versagen

die reihe „medizin im nationalsozialismus“ verdient unsere ganze aufmerksamkeit und unser engagement, und fand sie auch. und unser tiefer dank den initiatoren und den autoren – für vieles haben sie mir die augen geöffnet, zusammenhänge aufgezeigt. und die briefe der kollegen vermochten die unterschiedlichsten arten und intensitäten von empfindungen zu wecken, von abscheu und empörung bis zu beglückung und tagelangem sinnen.

auch die gefahren, denen wir heute als ärzte gegenüberstehen, noch immer, wurden offenbar: den einzigen auftraggeber all unseres handelns allein in der person zu erkennen, der unsere bemühung gilt: ihr allein haben wir unseren dienst zuzuschwören. – sogenannte kostenträger, verwaltungen und ähnliches sind in vieler hinsicht die schwersten prüfsteine für des arztes integrität: wo soziale ansprüche angemeldet werden, die begleitend, beratung und notfalls behandlung eines leidenden durch einen menschen (der dafür sogar bezahlt wird) mitzubestimmen. Axel Springer machte damals mit seinen anführungsstrichen für DDR deutlich, welche sorgfältige behandlung sprachliche feinheiten für die entwicklung von bewußtsein und gesellschaftlicher akzeptanz verdienen. wohl dem, der strategisch einen begriff zu plazieren vermag. In diesem sinn sollten wir prüfen, ob die „medizin im nationalsozialismus“ als „medizin im 3. reich“, so der titel des sammelbandes, firmieren darf: die diktatur der nazis, manche sagen polykratie dazu, löste eine republik ab, sie stellte sich mit der selbstgewählten bezeichnung in eine reihe mit mythisch verkörpertem zusammenfallen gött-

lichem und weltlichem gestaltungsanspruch, beziehungsweise berechtigungsgewißheit. manchmal machen wir es uns, scheinobjektiv, etwas zu einfach, wenn wir die propagandaforneln gebrauchen. ob ihre autoren sich an die arbeit gemacht hätten für eine serie „medizin im 3. reich“?

die etwas unbekümmerte haltung der redaktion zeigt sich auch in ihren stellungnahmen auf kritik. vielleicht ist es aber manchmal ein zusätzliches nachdenken wert, ob man faksimile unternimmt mit „reichsärztführer dr. wagner . . .“ die nazis standen nicht in unserer tradition, wir wollen nicht in ihrer stehen. ihr anspruch war großartig, ihre mittel und wirkungen extrem, ihr erfolg war schlagend. die nazis haben unter denen, die sie als rechtmäßige anführer anerkannten, unerhörte bereitchaft ausgelöst, zu leiden und leid zu bereiten. wenn wir daraus lernen wollen, müssen wir die anerkennung versagen!

Ulf Berwaldt, Baumgartenstraße 2 a, 3590 Bad Wildungen

### AUSGABE „D“

Zu der seit Heft 9/1990 erscheinenden Ausgabe D:

### Glückwunsch

Als langjähriger Leser unseres Blattes möchte ich Sie zur „Ausgabe D“ sehr beglückwünschen. Mit Genugtuung habe ich festgestellt, daß Sie in dieser ersten Ausgabe keine Seiten über exquisite Reiseziele, über Antiquitäten- und Aktienhandel sowie andere nichtärztliche Themen gebracht haben.

Bei Journalisten, die unser Blatt gelegentlich zitieren, oder anderen nicht-ärztlichen Lesern könnte meines Erachtens durch die Behandlung solcher Themen der falsche Eindruck entstehen, wir Ärzte wären doch „Beutelschneider“ und wüßten nicht, wohin mit dem Geld.

Dr. med. Hans Bette, Klosterweg 8, 5787 Olsberg

## PHARMAKOLOGIE

Zu dem Beitrag „Situation und Perspektiven der klinischen Pharmakologie“ von Prof. Dr. med. Ellen Weber in Heft 8/1990:

### Ziele und Aufgaben vernachlässigt

Der Beitrag vermischt meines Erachtens zu sehr die persönliche Situation und Perspektive der Autorin mit der eines gesamten Fachgebietes.

Er vernachlässigt die Konkretisierung von Zielen und Aufgaben der klinischen Pharmakologie sowie die Benennung der Defizite, die im Hinblick auf eine wissenschaftlich begründete und empirisch gerechtfertigte Arzneitherapie bereits existieren. Insofern werden natürlich auch keine Anregungen gegeben, in welcher Weise klinisch-pharmakologischer Sachverstand besser genutzt werden muß.

Der Kernpunkt ist gewiß nicht, daß klinisch-pharmakologische Abteilungen in den gleichen Rang wie kardiologische, nephrologische oder andere internistische Abteilungen versetzt werden. Die Arzneitherapie ist zu sehr integraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit, als daß sie nur von speziellen Experten, den klinischen Pharmakologen, kompetent ausgeübt werden könnte. Insofern besteht kaum eine Vergleichbarkeit mit der Anästhesiologie.

Zum anderen ist die Spezialisierung bereits derart fortgeschritten, daß es keine Universal-Experten für Arzneitherapie geben dürfte. Wer klinisch am Krankenbett tätig sein will, wer praktische Arzneitherapie betreiben will, der sollte in einer internistischen, pädiatrischen, psychiatrischen Abteilung oder in eigener Niederlassung ärztlich tätig sein.

Die klinische Pharmakologie hat ihren etablierten Platz nicht in der Klinik, sondern in der pharmazeutischen Industrie. Sie ist ein essentieller Bestandteil jeder Arzneimit-

telentwicklung. Und da dem Arzt nicht Feinchemikalien übergeben werden, sondern Therapeutika, die nur noch „verschrieben“ zu werden brauchen, ist der Nutzen der klinischen Pharmakologie für die Bestimmung von Anwendungsgebieten, Gegenanzeigen, Nebenwirkungen, Dosierung, Anwendungsdauer und so weiter unmittelbar verständlich.

Weniger verständlich scheint mir, daß für diese etablierte klinisch-pharmakologische Tätigkeit gar keine entsprechende Qualifikation als Arzt für klinische Pharmakologie erforderlich ist, sondern lediglich eine zweijährige Erfahrung in der klinischen Prüfung von Arzneimitteln (§ 40 AMG). Gerade an diesem Punkt muß eine Aufwertung der klinischen Pharmakologie ansetzen.

Außerhalb dieses Bereiches sollte die klinische Pharmakologie es vermeiden, in Konkurrenz zu den „großen“ Fächern zu treten, die Arzneitherapie als genuinen Bestandteil betreiben und lehren.

Sie sollte vorwiegend wissenschaftlich und projektbezogen arbeiten sowie sich neue Tätigkeitsfelder erschließen, die bisher eher vernachlässigt wurden wie die Erfassung von Risiken der Arzneitherapie oder die Qualitätssicherung. Als junge Disziplin sollte sie die traditionellen soziologischen Barrieren medizinischer Institutionen eher mißachten und nicht nur die Verbindung zu klinischen Partnern, sondern auch die zu Pharmazeuten, Labormedizinern, Epidemiologen oder theoretisch-experimentell arbeitenden Wissenschaftlern suchen. Daß die Vertreter dieser Disziplinen, soweit sie organisatorisch angegliedert waren, früher meist irgendwo im Keller großer Kliniken hausten, dürfte als Maßstab einer heutigen Bewertung wohl kaum noch gelten.

Dr. Claus Günther, Königsberger Straße 21, 1000 Berlin 45