

# „Wunschverordnung“ oder objektiver „Bevölkerungsbedarf“?

## Zur Wahrnehmung des Tranquilizer-Konsumenten in der DDR (1960–1970)

Ulrike Klöppel und Matthias Hoheisel

---

“Prescription upon request” or “determining demand”? On the perception of the tranquiliser-consumer in the GDR (1960–1970)

The history of benzodiazepine supply, as negotiated in the GDR following its commercial success in western markets in 1960, demonstrates how patients in East Germany (GDR) influenced drug policies by assuming the role of consumers. This article traces general political discussions on psycho-pharmaceuticals as essential components of a healthcare system that faced grave financial constraints, then focuses on the “Wunschverordnung” concept, that is, a prescription that was filled on request. This concept was ideologically employed to portray the rising demand for tranquilizer drugs as inadequate. The ways in which citizens of the GDR influenced state decisions—import and production alike—on tranquilizer supply through petitions is investigated. The article concludes by discussing the scope and function of the activist role of patients as consumers in a socialist state.

**Keywords:** GDR, consume, petitions, benzodiazepines, tranquiliser, psychopharmaceuticals, psychochemicals, psychotropic substances, drugs, sedatives, regulation, socialism, patient-consumer

---

**Schlüsselwörter:** DDR, Konsum, Eingaben, Benzodiazepine, Tranquilizer, Psychopharmaka, Medikamente, Schlafmittel, Regulation, Sozialismus, Patient-Konsument

---

„Medicine: Tranquil But Alert“ titelte 1960 das *Time Magazine* über einen autoaggressiven Luchs im Zoo von San Diego, der mit Hilfe des neuen Medikaments Librium ruhiggestellt worden war.<sup>1</sup> Den vielfältigen Marketingstrategien und einer eifertigen Presse war es zu verdanken, dass der Tranquilizer Librium der Schweizer Firma Hoffmann-La Roche nur wenige Monate nach seiner Einführung im März 1960 bereits zu einem Verkaufsschlager auf dem internationalen Arzneimittelmarkt geworden war (Greene/Herzberg 2010: 797, Shorter 2009: 98). Ein solcher Boom konnte nicht ohne Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik sozialistischer Länder bleiben, die sich in Konkurrenz zum „kapitalistischen Westen“ sahen. Kletterten die Verkaufszahlen von Novitäten auf dem inter-

nationalen Markt in die Höhe, war in der DDR ebenfalls mit einer steigenden Nachfrage<sup>2</sup> zu rechnen. Der internationale Boom neuer Arzneimittel war daher für die sozialistische Gesundheitspolitik eine ökonomische, planungstechnische und politische Herausforderung. Im Umgang mit der Nachfrage nach westlichen Arzneimitteln offenbarte sich ein grundlegendes Dilemma der Gesundheitsverwaltung und -politik. Dem Anspruch nach sollte die Arzneimittelversorgung in der DDR auf der Basis einer „objektiven“, wissenschaftlich, politisch und ökonomisch abgestimmten „Bedarfsforschung und -ermittlung“ planmäßig erfolgen. Allerdings war die Umsetzung äußerst mangelhaft, wie interne Berichte regelmäßig beklagten.<sup>3</sup> In dieser Situation beobachteten die verantwortlichen Stellen der staatlichen Arzneimittelplanung die Nachfrage nach Westmedikamenten mit skeptischem Interesse: Sie konnte die Nützlichkeit eines Arzneimittels anzeigen, ebenso gut konnte sie jedoch durch Vermarktungsstrategien westlicher Pharmafirmen stimuliert und Ausdruck von „Wunschverordnungen“ sein. Letzteres Schlagwort prägte die DDR-Gesundheitspolitik, um Medikamentenverschreibungen zu diskreditieren, die Ärztinnen und Ärzte, angeblich ohne therapeutische Begründung, auf Drängen ihrer Patientinnen und Patienten vornahmen (Oehmer/Hüller/Wille 1973: 2152). Uns interessiert, wie das Ministerium für Gesundheitswesen angesichts des Dilemmas mit der Arzneimittelnachfrage den Medikamentenbedarf erfasste und regulierte. Dieser allgemeinen Frage nähern wir uns anhand einer Analyse der Nachfrage nach Tranquilizern in den 1960er Jahren, die sich unter anderem in Eingaben von Patienten und Patientinnen an das Ministerium für Gesundheitswesen äußerte. Welchen Einfluss hatte die Nachfrage nach Tranquilizern auf die staatliche Steuerung der Arzneimittelversorgung in der DDR? Lässt sich gar argumentieren, dass die Patienten und Patientinnen eine Konsumentenrolle einnahmen?

Das Konzept des Patienten-Konsumenten, das wir unserer Studie zugrunde legen, baut auf Überlegungen der Konsumsoziologie und -anthropologie auf. Aus soziologischer und kulturwissenschaftlicher Sicht haben Arzneimittel ebenso wie andere Waren nicht nur einen Gebrauchswert. Sie sind darüber hinaus – aufgrund von Werbung, Expertenbewertungen, Medienberichten, Mundpropaganda etc. – mit einem bestimmten Lebensstil und Identitätsattributen assoziiert, die sie zu Konsumgütern machen (Applbaum 2006).<sup>4</sup> Nicht zuletzt aufgrund dieser kulturell-symbolischen Funktion bevorzugen Patienten und Patientinnen ein bestimmtes Medikament, während sie ein anderes mit gleichem Wirkstoff ablehnen. Allerdings können sie aus dem Medikamentenangebot nur bedingt auswählen. Die Verschreibungspflicht der meisten Arzneimittel erfordert es, dass sie eine Allianz mit ihren behandelnden Ärzten und Ärztinnen bilden müssen, wenn sie spezielle Wünsche durchsetzen wollen. Das galt auch für Tranquilizer in der DDR.<sup>5</sup> Ebenso begrenzte die Tatsache, dass bestimmte Medikamente in der DDR

über einen kürzeren oder längeren Zeitraum nicht verfügbar waren, die Wahlmöglichkeiten, forderte die Patienten und Patientinnen aber auch dazu heraus, selbst aktiv zu werden, um die gewünschten Arzneimittel dennoch zu erlangen. Mit anderen Worten: Selbst unter eingeschränkten Bedingungen können Patienten und Patientinnen zu Konsumenten respektive Konsumentinnen werden, indem sie aktiv nach Möglichkeiten suchen, ihre Therapievorstellungen durchzusetzen.

Tranquilizer bieten sich besonders an, um das Potential eines konsumgeschichtlichen Ansatzes für das Verständnis von Arzneimitteln auszuloten, da viele Patienten und Patientinnen mit diesen Medikamenten nicht nur eine notwendige Therapie, sondern auch ein gesteigertes Wohlbefinden verbinden. Das war auch in der DDR schnell bekannt und induzierte eine breite Nachfrage, wie wir zeigen werden. Dass Konsumwünsche in westlichen Ländern eine treibende Kraft hinter der Weiterentwicklung und Produktion von Tranquilizern waren, haben David Herzberg und Andrea Tone überzeugend dargelegt (Tone 2009, Herzberg 2009). Wie stellte sich dies für die DDR dar? Um den Unterschieden zwischen dem Konsumverständnis in marktwirtschaftlich und zentralwirtschaftlich organisierten Staaten gerecht zu werden, ist ein Narrativ, das einer differenzierten Konsumgesellschaft im Westen eine Mangelverwaltung im Osten gegenüberstellt, unbrauchbar (beispielsweise Kaminsky 2001). Ein solches Stereotyp verstellt den Blick für die Besonderheiten der jeweiligen Konsumkulturen, wie Hannes Siegrist (1997) in einem Überblick über die ältere konsumgeschichtliche Forschung kritisiert hat. Daher ist es unser Anliegen, die Besonderheiten des sozialistischen Tranquilizer-Konsumenten herauszuarbeiten, ohne die Marktbedingungen wirtschaftsliberaler Konsumgesellschaften als Maßstab vorzugeben.

Das oben skizzierte Dilemma des Ministeriums für Gesundheitswesen im Umgang mit der Nachfrage nach westlichen Arzneimitteln muss im Kontext einer kompensatorischen Sozial- und Konsumpolitik der DDR in den 1960er Jahren gesehen werden. Vor dem Hintergrund der Systemkonkurrenz einerseits, von Wirtschaftsreformen und einer zunehmenden Technisierung der Produktion und Lebenswelt andererseits war es das erklärte Ziel der politischen Führung, den allgemeinen Lebensstandard zu sichern und zu heben. Die finanziellen Spielräume dafür waren allerdings gering, da staatliche Investitionen vorzugsweise in die Großindustrie flossen. Konsumpolitische Maßnahmen in den 1960er Jahren blieben, auch aufgrund regelmäßiger Versorgungsengpässe bei bestimmten Waren, wesentlich reaktiv (vgl. Merkel 2009: 291–293). Sie wurden flankiert durch ein ideologisches Programm, das die Bürger und Bürgerinnen zur „Gebrauchswertorientierung“ erziehen sollte. Darunter verstand die staatliche Propaganda die Beschränkung auf den als notwendig erachteten Verbrauch in Abgrenzung zu einem auf Sozialprestige zielenden „Geltungskonsum“ (Landsman 2005). Im Zuge dessen

wurde 1961/1962 mit dem Institut für Bedarfsforschung eine zentrale wissenschaftliche Institution in der DDR mit dem Auftrag etabliert, für das planwirtschaftliche System exakte Verbrauchsanalysen und -prognosen zu liefern. Diese sollten dazu dienen, Fehlplanungen zu vermeiden, die zu Versorgungslücken oder Überplanbeständen führten (vgl. Merkel 1999: 134–160). „Versorgungskrisen“ blieben zwar auch in den 1960er Jahren nicht aus, es kam aber doch zu einer allmählichen Konsolidierung des gesellschaftlichen Wohlstands. Mit der Ernennung Erich Honeckers zum Ersten Sekretär des Zentralkomitees der SED 1971 trat die DDR in eine neue konsumpolitische Phase ein, „die von Modernisierungsprozessen und einer starken Orientierung an westlichen Konsumbildern einerseits und von Stagnation andererseits gekennzeichnet“ war, wie Ina Merkel (2009: 289) herausgearbeitet hat (vgl. auch Landsman 2005, Merl 1997).

Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Versorgung mit neuen Tranquilizern der Benzodiazepinklasse wider, die in den 1970er Jahren im Unterschied zur vorangegangenen Dekade regulär verfügbar waren. Umso interessanter erscheint es uns herauszuarbeiten, inwiefern die Nachfrage von Seiten der Patienten und Patientinnen in den 1960er Jahren die staatliche Planung der Arzneimittelversorgung hinsichtlich der Bereitstellung von Tranquilizern beeinflusste. Auf welchen Wegen konnte sich diese Nachfrage artikulieren? Wie verhandelten Patienten und Patientinnen, Ärzteschaft und Gesundheitsverwaltung den objektiven Bedarf in Abgrenzung zu subjektiven Bedürfnissen? Welche Mitsprachemöglichkeiten gestanden Politik und Verwaltung den Patienten und Patientinnen zu? Im ersten Abschnitt unseres Beitrags umreißen wir, wie vor dem Hintergrund eines steigenden Psychopharmaka- und insbesondere Tranquilizerverbrauchs um eine effektive zentralstaatliche Medikamentenbedarfsplanung gerungen wurde. Angesichts knapper Ressourcen wurde die Bedarfsplanung durch Strategien der Verbrauchssenkung ergänzt. Im zweiten Abschnitt stellen wir dar, wie sich diese Strategien auf die Bekämpfung der so genannten „Wunschverordnungen“ kaprizierten. Das hielt jedoch Patienten und Patientinnen sowie die Ärzteschaft nicht davon ab, Eingaben und Anfragen an das Ministerium für Gesundheitswesen zu stellen, in denen sie um die Bereitstellung des Tranquilizers Librium baten. Wie das Ministerium darauf reagierte und welche politische Bedeutung den Eingaben zukam, zeigen wir im dritten Abschnitt. Zum Schluss diskutieren wir den Ertrag eines konsumgeschichtlichen Ansatzes für unsere Fragestellung und erörtern, welche Funktion die Konsumentenrolle für die Arzneimittelsteuerung in der DDR hatte.

## **Der Bedarf an Psychopharmaka als politisches Problem**

Während man von staatlicher Seite aus bemüht ist, dem steigenden Arzneimittelkonsum durch Aufklärung über die damit verbundenen Gefahren und

Schädigungsmöglichkeiten zu begegnen, gibt es aber auch Veröffentlichungen, die – bei aller guter Absicht der Verfasser – das Gegenteil bewirken. In der „Sächsischen Zeitung“ vom 7. März 1969 wird leider unter der Überschrift „Kühnheit und Forscherglück“ für „Radepur“ im besten Sinne des Wortes Reklame gemacht. Es heißt dort u.a. „Radepur verordnet der Arzt bei Unruhe, Angst- und Spannungszuständen, wenn, wie es so hübsch heißt, die Nerven mit einem durchgehen. Radepur ist ein junges Präparat, seit Monaten erst auf dem Markt. Es ist ein Erfolgspräparat, im Vergleich zu traditionellen Mitteln frei von unerwünschten Nachwirkungen, wie Benommenheit oder Schwindelgefühl. Es macht Freude, das Radepur, denn es schließt eine empfindliche Lücke im Bevölkerungsbedarf. Es bringt uns Devisen, denn es ist ein Exportschlager. Es macht Ärger, das Radepur, den kapitalistischen Konzernen, denn es ist Welthöchststand, Konkurrenz, made in DDR, vom VEB Arzneimittelwerk Dresden“. (Hanzl 1970: 324).

Der Autor W. Hanzl, der in einem Beitrag für die Zeitschrift *Das Deutsche Gesundheitswesen* eine Untersuchung der Verschreibungen von Psychopharmaka im Kreis Zittau aus dem Jahr 1968 vorlegte, sah in einer Reklame für Tranquilizer – wie hier für Radepur – eine der Quellen für einen übersteigerten Psychopharmakaverbrauch. Mit dem Problem des hohen Verbrauchs beschäftigte sich auch eine Analyse von Arzneimittelverschreibungen aus dem Kreis Greifswald in den Jahren 1968/1969: „Die Steigerung der Verordnung von Psychopharmaka liegt etwa 4mal höher als die allgemeine Steigerung des Arzneimittelverbrauchs“ (Oehmer/Hüller/Wille 1973: 2151). Patienten und Patientinnen, die früher mit Sedativa, Analgetika und Hypnotika behandelt worden seien, würden nun Tranquilizer erhalten. Diese seien mit Abstand am häufigsten verschrieben worden, seitdem mit Radepur und Faustan zwei neue Präparate dieser Medikamentengruppe in der DDR verfügbar waren (ebd.). Dabei handelte es sich um Nachentwicklungen von Librium (Wirkstoff Chlordiazepoxid) einerseits und Valium (Wirkstoff Diazepam) andererseits, zwei 1960 beziehungsweise 1963 eingeführten Bestsellern von Hoffmann La-Roche. Die nachentwickelten Präparate waren in der DDR 1967 beziehungsweise 1968 zugelassen worden.

Die beiden Studien hoben zudem den hohen Anteil von Frauen und älteren Menschen an den Psychopharmaka-Verschreibungen hervor (ebd.: 2152). Hanzl kommentierte knapp: „Der hohe Prozentsatz der Verordnungen von Psychopharmaka für Frauen dürfte wohl mit der Doppelbelastung der berufstätigen Frau zusammenhängen“ (Hanzl 1970: 324). Ähnlich lautete der Kommentar der Greifswalder Studie. Daraus folgte jedoch nicht etwa eine Kritik der ungleichen familiären Arbeitsteilung zulasten der Frauen (die Geschlechtsrollenerwartungen waren in dieser Hinsicht in der DDR ebenso konservativ wie in der BRD). Vielmehr erschien die „Doppelbelastung“ gleichsam als natürliches Schicksal der Frauen und als Nebenschauplatz der allgemeinen psychischen und physischen Belastung der Bürger und Bürgerinnen durch die fortschreitende Technisierung der Arbeits- und Lebenswelt.<sup>6</sup>

Die Darstellung, wonach der Anstieg belastungsbedingter psychischer Krankheiten einen verstärkten Einsatz von Psychopharmaka erfordere, entwickelte sich in den folgenden Jahren zu einer gängigen Rechtfertigungsformel des steigenden Verbrauchs psychotroper Medikamente (Voigt 1962: 317).<sup>7</sup> Dabei emanzipierte sich die Erklärung allmählich von der Kritik der Tranquilizer als „Wurstigkeitsbonbons“, die „die Menschen gleichgültig gegenüber [...] politischen, wirtschaftlichen und menschlichen Mißständen“ mache.<sup>8</sup> Im Laufe der 1960er Jahre verschwanden solche kritischen Assoziationen weitestgehend aus der Diskussion (Klöppel/Balz 2010).<sup>9</sup> Das Argument lautete nun, dass ein gezielter, mit anderen Therapieformen kombinierter Einsatz von Psychopharmaka zur schnellen Rehabilitierung notwendig sei. Der gestiegene Psychopharmakaverbrauch rechne sich volkswirtschaftlich, da durch die Behandlung Krankenhauskosten gesenkt und Arbeitskraft wiederhergestellt werden könne (Voigt 1962: 317).<sup>10</sup> Doch wie bei allen Arzneimitteln standen dem schwer berechenbaren volkswirtschaftlichen Nutzen einer Senkung der Morbiditäts- und Mortalitätsrate die hohen Ausgaben der (staatlich subventionierten) Kranken- beziehungsweise Sozialversicherung für Medikamente gegenüber. Als ökonomische Faktoren mussten zudem die Devisen für Medikamentenimporte aus dem Westen sowie die zum Teil geringe Rentabilität der inländischen Arzneimittelproduktion bedacht werden.<sup>11</sup> Die Staatliche Plankommission ordnete daher einen finanziellen Ausgleich durch den Export pharmazeutischer Erzeugnisse an. Dies ging allerdings häufig zu Lasten der für die inländische Versorgung vorgesehenen Produktionsmengen.<sup>12</sup>

Wie prekär die Arzneimittelversorgung tatsächlich war, veranschaulicht ein Bericht des Ministeriums für Gesundheitswesen von 1965. Darin machte die Behörde den Ministerrat in deutlichen Worten darauf aufmerksam, dass erneut „bedrohliche Störungen“ aufgetreten seien. Es bestünden Lücken sowohl bei wichtigen inländischen Erzeugnissen als auch bei Importmedikamenten (darunter auch Präparaten „zur Bekämpfung von Geisteskrankheiten“). Dadurch komme es „zu gesundheitlichen Schäden, verzögerter Heilung und in diesem Zusammenhang zu negativen Diskussionen unter den Ärzten, dem medizinischen Personal und der Bevölkerung“.<sup>13</sup> Aus Sicht des Ministeriums für Gesundheitswesen zeigten die politische Führung und die Staatliche Plankommission geringes Verständnis für den besonderen Bedarf des Arzneimittelsektors: Bei der Planung der Höhe der Import- und Investitionsmittel, Produktionsziele, Rohstoffzuteilungen etc. werde nicht genügend Rücksicht auf Bedarfsschwankungen genommen. Diese könnten jedoch jederzeit durch „plötzliches Auftreten epidemischer Erkrankungen, Entwicklung neuer Therapieformen, unvorhergesehene Veränderungen im Krankheitsbild der Bevölkerung, neue Ergebnisse der medizinischen und naturwissenschaftlichen Forschung usw.“ entstehen.<sup>14</sup> Zur Abwendung des Problems verlangte die Behörde unter anderem eine Erhöhung der Importziffern für Medikamente sowie für Rohstoffe, die für die

inländische Arzneimittelproduktion notwendig waren. Tatsächlich kam in jenem Jahr der Ministerrat den Forderungen unter anderem mit einer Bewilligung zusätzlicher Mittel entgegen, allerdings nicht, ohne das Ministerium für Gesundheitswesen auf eine bessere Bedarfsplanung zu verpflichten.<sup>15</sup>

Angesichts des begrenzten finanziellen Spielraums war die Optimierung der Bedarfsplanung ein Dauerthema in der Gesundheitsverwaltung. Sie stand unter der Maxime der Beschränkung des Arzneimittelsortiments auf „notwendige“ und „wirksame“ Therapeutika, wobei teure Westimporte durch Analoga aus der inländischen Produktion oder aus sozialistischen Importen ersetzt werden sollten (Klöppel/Balz 2010: 384 f.). 1960 war das Ministerium für Gesundheitswesen beauftragt worden, die Bedarfsermittlung und -planung anzuleiten und zu kontrollieren. Grundlage dafür waren eine Versorgungsanalyse und Bedarfspläne einschließlich eines Importplans, die das neu eingerichtete Staatliche Versorgungskontor Pharmazie und Medizintechnik, das für die Organisation der Versorgung der Einrichtungen des Gesundheits- und Veterinärwesens zuständig war, erarbeitete.<sup>16</sup> Es erwies sich allerdings als schwierig, die Federführung durch das Ministerium für Gesundheitswesen gegenüber dem Staatlichen Versorgungskontor, das diesem formal nachgeordnet war, durchzusetzen.<sup>17</sup> 1962 bemängelte zudem die Zentrale Kommission für Staatliche Kontrolle, die im Auftrag des Ministerrats der DDR eine Überprüfung der Medikamentenversorgung durchführte, die noch immer nicht exakte wissenschaftliche Planung des Arzneimittelbedarfs durch das Staatliche Versorgungskontor [...]. Hieraus ergeben sich ständig Abweichungen von den vertraglich festgelegten Lieferungen.<sup>18</sup>

Infolge des Berichts wurde eine Arbeitsgruppe beim Staatlichen Versorgungskontor für Pharmazie und Medizintechnik gebildet, die „wissenschaftliche Grundlagen für eine exakte Arzneimittelplanung“ erarbeiten sollte.<sup>19</sup> Beim Ministerium für Gesundheitswesen entstand parallel der Zentrale Versorgungsausschuss Pharmazie. Das Gremium setzte sich aus Vertretern aller für die Arzneimittelversorgung relevanten Verwaltungsstellen zusammen. Es beriet über die Bedarfsanalyse des Staatlichen Versorgungskontors und sollte das Ministerium für Gesundheitswesen bei der Bedarfsfestlegung unterstützen.<sup>20</sup> Doch die Effektivität des neuen Gremiums wurde bald angezweifelt.<sup>21</sup> In dieser Situation sollte der „Aufbau eines modernen Buchungssystems mit Hilfe elektronischer Buchungsmaschinen in der Lagerhaltung von Pharmaka und der ständigen Auswertung in einem Rechenzentrum“ Abhilfe schaffen.<sup>22</sup> Die Umstellung von Lochkarten auf elektronische Datenverarbeitung erfolgte jedoch erst allmählich ab 1967 (Maier 2008: 258). Trotz aller organisatorischen Bemühungen um eine exakte Planung kam es weiterhin zu Diskrepanzen beim tatsächlichen Bedarf, was neben der Inflexibilität nicht zuletzt auf die unzureichende Berücksichtigung des Arzneimittelsektors bei der zentralen Zuteilung von finanziellen und

personellen Ressourcen, Liefer- und Lagerkapazitäten sowie der Produktionsauflagen für die inländische Industrie zurückzuführen war (ebd.: 356–360).

## Bekämpfung von „Wunschverordnungen“

Vor diesem Hintergrund beschäftigten sich verschiedene Stellen des Staats- und Parteiapparats eingehend damit, wie der Verbrauch gesenkt werden könnte. Dafür wurde der Begriff des „Bedarfs“ als „objektive Größe“ definiert und gegen subjektive „Bedürfnisse“ abgegrenzt.<sup>23</sup> Ein Bericht von 1964 führte aus:

Die Bedürfnisse zeigen sich in irgendeiner Form der Nachfrage nach Arzneimittel [sic!]. Sie kann z.B. keine medizinisch-wissenschaftliche Begründung haben [...] und den politischen und ökonomischen Zielen unseres Staates entgegenstehen [...]. Der Bedarf erfasst die politisch, ökonomisch u. wissenschaftlich begründete Nachfrage nach Arzneimitteln, die mit dem Kauffonds der Bevölkerung und den vom Staat geplanten Mitteln für die Arzneimittelversorgung abgestimmt ist.<sup>24</sup>

Wie dieser unterstrich auch ein weiterer interner Bericht, dass es bei der Bedarfsermittlung darauf ankomme, die „subjektiven Faktoren, die den Verbrauch beeinflussen, [...] auszuschalten.“<sup>25</sup> Auf dieser Grundlage wurde die Aufgabe der Verbrauchsreduktion ideologisch in einen moralischen „Kampf gegen die Verschwendung von Arzneimitteln“ übersetzt.<sup>26</sup> Die „Verschwendung“ kam aus Sicht der staatlichen Gesundheitspolitik hauptsächlich durch „Arzneimittelmissbrauch“, „falsch angewandte Therapie“ und eine „unwirtschaftliche Verordnungsweise“ zustande.<sup>27</sup> Verantwortlich dafür seien praktische Ärzte, aber auch Patienten, die erfindungsreich ihre Therapiewünsche durchzusetzen versuchten. So identifizierte die eingangs zitierte Greifswalder Studie als eine der Ursachen für den gesteigerten Psychopharmaka- beziehungsweise Tranquilizerverbrauch ein „gewisses Wunschverhalten“ der Patienten und Patientinnen, dem auf Seiten der Ärzteschaft die gängige Praxis der „Wunschverordnung“ entsprach.<sup>28</sup> Allgemein stellten das Ministerium für Gesundheitswesen und der Ministerrat eine „unwirtschaftliche“ und „unwissenschaftliche Verordnungsweise“ als Hauptquelle der „Verschwendung“ von Arzneimitteln dar. Bereits 1953 war eine „Anordnung zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und ausreichenden Verordnung von Arznei- und Heilmitteln“ erlassen worden. Sie verpflichtete die behandelnden Mediziner und Medizinerinnen darauf, Arzneimittel nur bis zu einer quartalsweise von der Sozialversicherung festgelegten Ausgabenobergrenze nach den „Grundsätzen einer wohl durchdachten wissenschaftlichen Therapie“ zu verschreiben und gegebenenfalls „unberechtigten Wünschen von Patienten entgegenzutreten.“ Die Sozialversicherung und die Kreisärzte kontrollierten die Einhaltung der Verordnung. Bei „unbegründeter Mehrverschreibung“ drohten Rückzahlungen (Ministerium für Gesundheitswesen 1953: 184). Die Anordnung erfuhr

verschiedene Ergänzungen und Überarbeitungen. Zur Anleitung und Kontrolle der Verordnungspraxis wurden auf Kreis- und Bezirksebene Therapiekommissionen eingeführt und Therapieempfehlungen veröffentlicht (Friedrich/Müller-Jahncke 2005: 974), doch blieb die „Durchsetzung einer wissenschaftlich begründeten Verordnungsweise“ ein wiederkehrendes Thema der staatlichen Gesundheitspolitik.<sup>29</sup>

Während die Ausgabenbegrenzung und Therapiekontrolle bei der Ärzteschaft ansetzten, widmete sich die staatlich gelenkte „Gesundheitserziehung“ dem Arzneimittelkonsum der Patienten und Patientinnen mit dem Ziel, den Verbrauch zu senken. Gesundheitserziehung bedeutete zum einen Wissensvermittlung über den therapeutisch sinnvollen Einsatz von Arzneimitteln, sowie deren Nebenwirkungen und Anwendungsrisiken, zum anderen Belehrung über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, welche die Einnahme von Tabletten unnötig machen sollten. In seiner paternalistischen Form ähnelte dieser Ansatz dem in der Bundesrepublik üblichen Modell. Im Unterschied zu diesem war allerdings die Gesundheitserziehung in der DDR deutlicher als Staatsaufgabe organisiert (Schleiermacher 2004: 175).<sup>30</sup> Im Rahmen der Gesundheitserziehung wurden die Bürger und Bürgerinnen zur „Psychohygiene“ angehalten, um psychische Belastungen zu vermeiden beziehungsweise bewältigen zu lernen.<sup>31</sup> Dazu gehörte auch die Aufklärung über die „Missbrauchsgefahr“ von Medikamenten, worunter die „Gewöhnung“ an oder „Abhängigkeit“ von Schmerz- und Schlaftabletten, Sedativa und – nachdem diese breiter verfügbar geworden waren – Tranquilizern verstanden wurde. Das kostenlos in Apotheken erhältliche Gesundheitsmagazin „Deine Gesundheit“, von den Arzneimittelwerken Dresden herausgegebene „Schaumaterialien“ sowie Zeitungen und Fernsehsendungen informierten die Öffentlichkeit regelmäßig über den Unterschied zwischen einer sinnvollen therapeutischen Anwendung von Sedativa, Schmerz- und Schlafmitteln und einem unverantwortlichem, gewohnheitsmäßigem Konsum. Die Bevölkerung wurde angehalten, Zigaretten und Alkohol zu reduzieren, in der Freizeit Sport zu treiben und gegebenenfalls Arbeitgeber aufzufordern, gesündere Arbeitsplatzbedingungen zu schaffen.<sup>32</sup> Auch über Tranquilizer und die Gefahr ihres Missbrauchs berichtete „Deine Gesundheit“ explizit (Schwarz 1965, Jung 1969, Schulze 1970).

Parallel zur direkt staatlich gesteuerten Aufklärungskampagne entwickelte sich Anfang der 1960er Jahre eine wissenschaftliche Diskussion in der Pharmazie und Inneren Medizin über das Missbrauchspotential von Tranquilizern, die auf das bekannte Problem des Schlaf- und Schmerzmittelmissbrauchs Bezug nahm (Voigt 1962: 321, Oehme/Lock 1966). Horst Linke etwa, ein Internist an der Medizinischen Akademie Magdeburg, der sich als Experte für Psychopharmakotherapie einen Namen machte, führte aus:

Grundsätzlich sollte man mit aller Entschiedenheit jenen Stimmen entgegentreten, die den zunehmenden Verbrauch bzw. Mißbrauch von Schmerz- und Schlafmitteln sowie von psychotropen Substanzen damit zu entschuldigen versuchen, daß der moderne Mensch sie unbedingt nötig hätte, gewissermaßen als Gleitschiene für die Adaption an das technische Zeitalter, das ihn gleichsam überrollt. [...] Ganz besonders dem Arzt in der Praxis obliegt es, hinsichtlich der Verschreibung von Analgetika und psychotropen Substanzen nicht zu großzügig dem Wunsch der Patienten zu entsprechen (Linke 1962: 391 f.).

Er hielt das Missbrauchspotential insbesondere bei Librium wegen seiner sehr guten Verträglichkeit für hoch (ebd.: 382). Ab Mitte der 1960er Jahre diskutierten schließlich auch Psychiater den Tranquilizermissbrauch.<sup>33</sup> Viele Beiträge betonten, dass das Problem nicht etwa durch suchtfördernde Substanzen hervorgerufen werde, sondern durch Persönlichkeitsschwäche beziehungsweise durch die allgemein „zunehmende Neigung, Unpäßlichkeiten des Alltags gewissermaßen ‚pharmakologisch zu erledigen‘“ (Hans 1962: 687). Damit bestätigte der wissenschaftliche Diskurs den pädagogisch-moralischen Ansatz der staatlichen Gesundheitspolitik und ihrer Aufklärungskampagne gegen den Arzneimittelmisbrauch.

Die Aufklärungskampagnen hatten allerdings auch einen unbeabsichtigten Nebeneffekt: So informierte etwa ein Artikel über den Arzneimittelabusus aus *Deine Gesundheit* von 1963 en passant über den neuen Tranquilizer Librium zu einem Zeitpunkt, da das Medikament in der DDR nicht regulär verfügbar war (Banaschak 1963: 63). Informationen über ausländische Pharmazeutika konnten die Einwohner der DDR auf vielfältigen Wegen erhalten, schließlich waren sie „via Verwandtschaft, Fernsehen [etc.] an westliche Konsumzusammenhänge angeschlossen“ (Merkel 1999: 16). Die wichtigste Informationsquelle waren jedoch sicherlich die Ärzteschaft oder Apotheken.<sup>34</sup> Wie umfassend die Bevölkerung über West-Präparate in der Tat informiert war, konnte das Ministerium für Gesundheitswesen unter anderem an Eingaben ablesen, die an die Gesundheitsverwaltung gerichtet waren. Darin baten die Verfasser und Verfasserinnen um die Bereitstellung von Importmedikamenten für ihre Behandlung oder die ihrer Angehörigen.<sup>35</sup> In einem Bericht von 1965 hieß es beispielsweise:

Das Ministerium für Gesundheitswesen erhält gegenwärtig eine große Zahl von Eingaben der Bevölkerung zu Fragen der Arzneimittelversorgung. Gleichzeitig steigen die Versuche, sich über Verwandte in Westdeutschland und Westberlin illegal bestimmte Medikamente zu beschaffen.<sup>36</sup>

Wie aus dem Zitat hervorgeht, waren die staatlichen Einrichtungen auch über die Praxis der Arzneimittel-Geschenksendungen im Bilde, die Angehörige oder Bekannte im Westen auf der Grundlage eines in der DDR ausgestellten Rezepts verschickten.<sup>37</sup> Zollkontrollen deckten die Fortführung dieser 1961 verbotenen Praxis auf. Dabei fand die Zollbehörde nicht selten Präparate, die

als Nachentwicklungen unter anderem Namen aus DDR-Produktion erhältlich waren.<sup>38</sup>

Die „weitverbreitete Voreingenommenheit zugunsten der in Westdeutschland und im westlichen Ausland hergestellten Arzneimittel“, die bereits ein Bericht von 1959 herausgestellt hatte, hielt also an.<sup>39</sup> Mitarbeiter der Gesundheitsverwaltung polemisierten gegen dieses Phänomen in internen Berichten und Zeitungsartikeln mit Schlagwörtern wie „Westmedikamentensucht“ oder „Westmacke“.<sup>40</sup> Sie warnten vor den gesundheitlichen Gefahren einer unkontrollierten Einnahme von Westmedikamenten.<sup>41</sup> Vor allem aber sorgten sich die Funktionäre um negative Auswirkungen auf die inländische Arzneimittelindustrie und die zentrale Steuerung der Arzneimittelversorgung.<sup>42</sup> Im Zuge des Mauerbaus entwarf die Staats- und Parteiführung ein umfassendes Maßnahmenbündel, um die Medikamentenversorgung von der BRD und anderen westlichen Ländern zu entkoppeln. Es war Teil eines „Störfreimachung“ genannten Aktionsprogramms, mit dem sich die DDR weitestgehend von Staaten des so genannten „nicht-sozialistischen Wirtschaftsgebiets“ unabhängig machen wollte.<sup>43</sup> Für den pharmazeutischen Sektor bedeutete dies, dass 1961 der Import einer Reihe westlicher Arzneimittel, darunter auch Psychopharmaka, unterbrochen oder reduziert wurde. Manche der westlichen Präparate wurden durch Importe nachentwickelter Medikamente aus sozialistischen Ländern ersetzt; beispielsweise wurde 1962/1963 anstelle des von Geigy auf den Markt gebrachten Antidepressivums Tofranil (Wirkstoff Imipramin) das ungarische Präparat Melipramin eingeführt (Klöppel/Balz 2010: 388 f.). Andere sollten möglichst schnell nachentwickelt und in der DDR produziert werden. Alle Medikamente, die nicht auf diese Weise verfügbar waren, galten entweder als überflüssig oder als Spezialmedikamente, die nur noch in geringer Menge (ab 1965 als so genannte Nomenklatur-C-Präparate klassifiziert) bereitgehalten wurden (Gerecke 2008: 185). Im Falle einer dringend notwendigen Behandlung waren diese auf dem Weg einer langwierigen Einzelanforderung erhältlich – dafür war ein entsprechendes Rezept mit Therapiebegründung von den Versorgungsapotheken über die Bezirksdepot-Apotheke an die Apotheke der Betriebspoliklinik im Haus der Ministerien zu übersenden. Neben diesem formal korrekten Weg stand es Patienten und Patientinnen offen, direkte Anfragen zu bestimmten Präparaten an das Ministerium für Gesundheitswesen zu richten.<sup>44</sup>

Zur „Störfreimachung“ gehörte auch ein Maßnahmenpaket, mit dem die Einführung von Medikamenten aus dem „nicht-sozialistischen Wirtschaftsgebiet“ in die DDR, die an der staatlichen Kontrolle des Arzneimittelwesens vorbeilief, unterbunden werden sollte.<sup>45</sup> Erstens erging, wie bereits erwähnt, ein Verbot für Arzneimittel in privaten Geschenksendungen (Ministerium für Außenhandel und Innerdeutschen Handel 1961, Ministerium für Gesundheitswesen 1961). Zweitens wurden die Sondergenehmigungen

zurückgenommen, die es kirchlichen Hilfswerken erlaubt hatten, unentgeltlich West-Medikamente bereitzustellen.<sup>46</sup> Drittens schränkte die Staatsführung die Bereitstellung von Arzneimittelmustern westlicher Hersteller, die vor allem Firmen aus der BRD an die Ärzteschaft in der DDR versandten, stark ein.<sup>47</sup> Im Ministerium für Gesundheitswesen sah man hierin eine Form „übler Werbung“ beziehungsweise eine „illegale Werbung kapitalistischer Firmen“, da die Zahl der zugeschickten Muster für eine wissenschaftliche Erprobung nicht zweckdienlich sei.<sup>48</sup> Friedrich Schulze, der Leiter der Hauptabteilung Pharmazie und Medizintechnik beim Ministerium für Gesundheitswesen, kommentierte die Arzneimittelmustersendungen 1958 folgendermaßen:

Die geringe Anzahl pro Präparat an einen Empfänger zeigt, daß die Ärztemuster weniger den Erprobungen als vielmehr einer allgemein gehaltenen Unterrichtung [handschriftliche Anmerkung im Dokument: „d.h. Reklame“] dienen. Der Arzt verwendet das Muster anscheinend in seiner Sprechstunde. Die subjektive Wirkung auf die Patienten führt dann zu der Ausstellung eines Rezeptes. Der Patient übernimmt die Beschaffung selbst. Teils im Rahmen des Geschenk- und Päckchenverkehrs, teils durch illegale Käufe zum Schwarzmarktkurs in Westberlin. Die Einbringung solcher Muster und die folgenden Rezepte zur Selbstbeschaffung durch den Patienten schädigen ernstlich das Ansehen unseres Staates. Hier liegen die Quellen der subjektiven Einwirkung auf die Bevölkerung. Ihr wird damit die Ansicht eingepflegt, unser Arzneimittelsortiment aus eigener Produktion und ergänzt durch medizinisch notwendige Importe sei unzureichend.<sup>49</sup>

Mit anderen Worten, Schulze warf der Ärzteschaft vor, sich in die Werbestrategie westlicher Pharmafirmen einspannen zu lassen. 1961 wiederholte Horst Burghardt, Leiter der Hauptabteilung Pharmazie und Medizintechnik des Ministeriums für Gesundheitswesen, die Anschuldigung in einem Artikel für das *Neue Deutschland*, der den Titel „Arzneimittel – Objekt im kalten Krieg“ trug.<sup>50</sup> Nicht zuletzt verbarg sich hinter diesem Vorwurf die anhaltende Sorge der SED darüber, dass sich insbesondere die ältere Ärzteschaft am westlichen Wissenschaftsdiskurs orientierte und für die ideologischen Einbindungsversuche der Partei relativ unzugänglich blieb.<sup>51</sup>

Zusätzlich zu den Verboten, Einschränkungen und verschärften Kontrollen plante das Ministerium für Gesundheitswesen 1961 verschiedene Propagandamaßnahmen, um der Orientierung der Ärzteschaft und der Patienten am westlichen Arzneimittelangebot entgegenzutreten. Zum einen sollte noch konsequenter als bisher die Werbung von Pharmafirmen westlicher Länder unterbunden werden, indem ihnen die Möglichkeit verwehrt wurde, in Fachzeitschriften der DDR zu inserieren. Zum anderen sollten eine „Leistungsschau“ sowie verbesserte Fachinformationen (durch Fachpublikationen, Messen, Fortbildungsveranstaltungen etc.) über die Arzneimittel ostdeutscher Herstellung und Importmedikamente aus sozialistischen Ländern aufklären.<sup>52</sup> Polemische Ausfälle gegen den westlichen Arzneimittelmarkt gehörten ebenfalls zur propagandistischen Strategie im Zuge der „Störfreimachung“: So erschien etwa

Burghardts Artikel für das Neue Deutschland parallel unter dem deutlich polemischeren Titel „Arzneimittel – Objekt im Kalten Krieg der Bonner Ultras“ in *Medicamentum*, einer eigens zum Zwecke der verbesserten Arzneimittelinformation gegründeten Fachzeitschrift der DDR (Burghardt 1961).

Doch angesichts starker Schwankungen und Lücken in der Arzneimittel- und medizintechnischen Versorgung überzeugte die Propaganda offenbar kaum. „In breiten Kreisen der Bevölkerung und bei vielen Ärzten“, hieß es in einem Bericht von 1968, „wird der Eindruck erweckt, daß die sozialistische Gesellschaftsordnung nicht in der Lage sei, eine vom Niveau her führende und stabile Versorgung mit spezifischen Materialien für das Gesundheitswesen zu sichern.“ Die Situation führe dazu, dass „der Klassengegner Mängel im Versorgungsniveau und Versorgungsgrad aktiv und geschickt gegenüber der Bevölkerung und den Ärzten in der DDR sowie in den kapitalistischen Ländern und Nationalstaaten ausnutzt.“<sup>53</sup> Interne Berichte des Ministeriums für Gesundheitswesen stellten immer wieder eine politisch gefährliche Unzufriedenheit fest. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, wieso die Staats- und Parteiführung – bei allen ihren Bemühungen um eine Sicherung der Arzneimittelversorgung bei gleichzeitiger Verbrauchssenkung und Bekämpfung angeblicher Verschwendung – ein Interesse daran hatte, Einzelfallprobleme unbürokratisch zu lösen, um der schlechten Stimmung in der Bevölkerung entgegenzuwirken. Darüber hinaus dienten die Einzelfälle aber auch der Modifikation der Bedarfs- und Importplanung, wie im Folgenden am Beispiel des Tranquilizers Librium gezeigt werden soll.

## Tranquilizernachfrage

In der DDR standen 1961 mit Meproamat und Procalm (Wirkstoffe Meproamat und Benactyzin) für die psychopharmakologische Behandlung zwei Tranquilizer der ersten Generation zur Verfügung.<sup>54</sup> Die ab 1960 im Westen entwickelten Tranquilizer der Benzodiazepinklasse waren hingegen in der DDR bis 1967 im Regelfall nicht verfügbar. Massenimporte waren teuer und die Nachentwicklung durch die einheimische Industrie kam nur schleppend in Gang. Das lag nicht nur an technischen und ökonomischen Problemen, sondern auch an der anfänglichen Skepsis im Zentralen Gutachterausschuss für Arzneimittelverkehr und im Ministerium für Gesundheitswesen gegenüber den Tranquilizern. So lehnte der Vorsitzende des Gutachterausschusses, der Pharmakologe Friedrich Jung, in einer Sitzung zur „Störfreimachung“ im Arzneimittelsektor den Import von Librium mit der Begründung ab, dass es sich bei solchen Beruhigungsmitteln um „ausgesprochene Modepräparate, vermutlich ohne Bestand und ohne Abklärung der Indikation“, handle.<sup>55</sup> Der

Import wurde daraufhin tatsächlich unterbrochen und zunächst auch keine Versuche der Nachentwicklung unternommen (Klöppel/Balz 2010: 387 f.).

Allerdings häuften sich bald darauf Anfragen nach Librium beim Ministerium für Gesundheitswesen: Verschiedene Mediziner und Kliniken stellten Librium als ein unerlässliches Therapeutikum dar, das effektiver als die bisher verfügbaren Tranquilizer sei, und sprachen sich für eine Wiederaufnahme des Imports aus.<sup>56</sup> Im Februar 1962 beriet der Zentrale Gutachterausschuss für Arzneimittelverkehr anlässlich eines Importantrags des Staatlichen Versorgungskontors erneut über eine mögliche Einfuhr von Librium. Der Ausschuss konnte sich zwar nicht auf eine eindeutig positive Empfehlung einigen, doch hielt das Protokoll fest:

Zum Importantrag sollen weitere Psychiater um Stellungnahme ersucht werden, um in Zukunft durch Schaffung einer Arbeitsgruppe die vermehrt auftretenden Importwünsche zentral klären zu können.<sup>57</sup>

Im Ministerium für Gesundheitswesen registrierte man inzwischen aufmerksam die Eingaben von Bürgern und Bürgerinnen, in denen diese darum baten, dass ihnen eine Behandlung mit Librium ermöglicht werde.<sup>58</sup> Im Juni 1963 erreichte das Ministerium die Eingabe einer „Wäscherei-Mitarbeiterin und Mutter“, die erklärte, an einer „endogenen Depression“ zu leiden. Sie habe in der Vergangenheit auf der Grundlage eines von ihrem Arzt ausgestellten Rezepts Librium aus der BRD zugeschickt bekommen. Dies sei nun infolge des Verbots von Arzneimittel-Geschenksendungen nicht mehr möglich. Die Schreiberin legte dar, dass sie ihre Anfälle von Depression ohne Librium nicht bewältigen könne, weshalb sie das Mittel dringend benötige.<sup>59</sup> In Beantwortung der Eingabe – noch im selben Monat – instruierte ein Ministeriumsmitarbeiter die zuständige Bezirksärztin, dass der behandelnde Arzt der Patientin einen entsprechend begründeten Antrag an das Ministerium für Gesundheitswesen stellen solle, dann sei eine Auslieferung von Librium möglich. Er fügte hinzu, dass parallel „das grundsätzliche Problem eines allgemeinen Imports“ des Mittels auf breiterer Basis geprüft werde.<sup>60</sup>

Die Bezirksärztin ergriff die Gelegenheit, Michael Gehring, Kandidat des Zentralkomitees der SED und einer der Stellvertreter des Gesundheitsministers, direkt anzuschreiben und ihm Argumente für einen allgemeinen Import zu liefern:

Es häufen sich in der letzten Zeit die Anträge auf Einfuhr von Librium, und unser Bezirkspsychiater, Prof. Dr. Parnitzke, gab uns eine Stellungnahme dahingehend ab, daß dieses Medikament bei depressiven Verstimmungen ausserordentlich wirksam sei und ohne jede ungünstige Nebenwirkung dem Pat. verordnet werden könne. Eine gleiche Meinung äusserte auch Herr OA Dr. med. habil. Linke, der in allen Fragen der Medikation im Bezirk Magdeburg eine entscheidende Stellung innehat.<sup>61</sup>

Im Juli 1963 wies Gehring daraufhin den Sektor Pharmazie im Ministerium an, mit dem Zentralen Gutachterausschuss für Arzneimittelverkehr „zu klären, daß eine bestimmte Menge importiert und erprobt wird. Gleichzeitig müßten dann Schlußfolgerungen gezogen werden a) eigene Produktion eines Analogon; b) ständiger Import.“<sup>62</sup>

Eine Anfrage beim Gutachterausschuss ergab, dass die Eigenproduktion von Librium bislang nicht vorgesehen sei.<sup>63</sup> Allerdings stand die Entwicklung von „Psychopharmaka ähnlich Librium (Unterauftrag Universität Greifswald)“ bereits für 1963 und erneut für das folgende Jahr im Forschungsplan der Arzneimittelwerke Dresden. Für 1964 hatte der Betrieb zusätzlich die „Entwicklung eines patentunabhängigen, kostengünstigen Verfahrens zur Herstellung von Librium“ hineingeschrieben, worüber der Sektor Pharmazie des Ministeriums im April 1963 informiert worden war.<sup>64</sup> Dass der Sekretär des Gutachterausschusses, Klaus Gerecke, auf das Entwicklungsvorhaben, über das er sicherlich informiert war, nicht hingewiesen hatte, könnte strategische Gründe gehabt haben.<sup>65</sup> Denn erfahrungsgemäß vergingen von der Nachentwicklung über die Zulassung bis zur Produktionsaufnahme mehrere Jahre (und tatsächlich trat dieses Problem im Falle von Librium ebenfalls ein).<sup>66</sup> Die Berichterstattung Gereckes an das Ministerium, die nicht auf eine baldige Eigenproduktion hoffen ließ, lieferte jedenfalls indirekt ein zusätzliches Argument dafür, Librium zu importieren. 1964 kam es schließlich zu einem Kurswechsel: „In Auswertung der Einzelanforderungen wurde vorgesehen: [...] Import Librium in geringer Menge.“<sup>67</sup> Eine weitere Eingabe und die positive Antwort des Ministeriums für Gesundheitswesen aus dem Jahr 1966 zeigen, dass der Import geringer Mengen und die individuelle Bereitstellung von Librium sich solange fortsetzten, bis 1967 mit Timosin (1969 umbenannt in Radepur) eine Nachentwicklung des Medikaments aus der Produktion der Arzneimittelwerke Dresden zur Verfügung stand.<sup>68</sup>

Auch Eingaben für andere Psychopharmaka, die aus westlichen Ländern importiert werden mussten und im Regelfall in der DDR nicht zur Verfügung standen, wurden in den 1960er Jahren beim Ministerium für Gesundheitswesen registriert.<sup>69</sup> Beispielsweise bat eine Patientin um die Bereitstellung eines westdeutschen Psychopharmakons mit dem Wirkstoff Perphenazin:

Ich benötige dringend das Medikament Decentan der Fa. Merck, Darmstadt und bitte Sie höflichst, es aus der Regierungsapothek beziehen zu dürfen. (100 Tabletten für 1 ½–2 Jahre). Begründung: Das bei uns hergestellte Präparat Rusedan bewirkt, da ich dauernd auf diese Medikamente angewiesen bin – eine so starke Blutdruckabsenkung (neben unerwünschten psychischen Wirkungen), daß meine Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt wird. (Ich arbeite in der Forschung als wissenschaftl. Mitarbeiterin (Dr. rer. nat.) [...] und habe meine Familie mit einem Säugling und einem 9-jährigen Kind zu betreuen.) Das ungarische Phrenolon [eigentlich: Frenolon] wiederum führt bei mir zu derartigen Wesensveränderungen, dass es ebenfalls eine enorme Belastung für mich bedeutet, auf dieses Präparat angewiesen zu sein. Lediglich das Decentan hat bei ordentlicher Dämpfung meiner

nervösen Symptome keine derartigen bedrückenden Nebenwirkungen, so daß ich mir erlaube, Sie sehr darum zu bitten, mir dieses Mittel zur Aufrechterhaltung meiner Arbeitsfähigkeit zu beschaffen. Die Ärzte Dr. [...] der psychiatrischen Klinik [...] sind bereit, bei Bedarf meinen Antrag zu befürworten. Ich danke Ihnen im voraus verbindlich für Ihre Bemühungen. Mit hochachtungsvollem Glück Auf!<sup>70</sup>

In diesem Fall beschied das Ministerium die Anfrage negativ: Das aus Ungarn importierte Frenolon (Wirkstoff Methophenazin) sei chemisch dem Decentan sehr ähnlich, weshalb eine dermaßen abweichende Wirkung auf die Patientin „unverständlich“ sei. Wegen der klinischen Ähnlichkeit komme ein teurer Import nicht in Frage, die Patientin solle sich noch einmal mit ihrem behandelnden Arzt in Verbindung setzen.<sup>71</sup> Dies war eine der seltenen Ablehnungen eines Gesuchs – weitaus häufiger wurden Anfragen bewilligt.<sup>72</sup>

Politisches Gewicht erhielten die Eingaben allerdings nicht als einzelne, sondern in der Zusammenschau, wie sich etwa aus dem ministeriumsinternen Schriftverkehr zu einer Anfrage auf Beschaffung des US-amerikanischen Präparats Stelazine (Wirkstoff Trifluoperazin), die von einem Bürger der UdSSR direkt an das Zentralkomitee der SED gestellt und von diesem dem Ministerium für Gesundheitswesen zur Abklärung weitergeleitet worden war, ersehen lässt. Diese wurde zwar negativ beschieden, jedoch resümierte der Leiter des Sektors Pharmazie Sadowski, die wiederholten Anfragen zu ausländischen Phenothiazinderivaten:

Sicherlich ist das Sortiment der Psychopharmaka der pharmazeutischen Industrie der Republik noch nicht allumfassend, jedoch liegt seitens der Fachexperten auf diesem Gebiet auch keine klare Meinung über die Entwicklung auf diesem Gebiet vor. Es ist daher u.E. unbedingt erforderlich, daß von dort aus [d.h. durch wissenschaftliche Experten] eine Klärung der perspektivischen Entwicklung über die Bereitstellung moderner Psychopharmaka festgelegt wird, damit durch den Sektor Pharmazie unter Hilfe der Forschungs- und Entwicklungsstellen die entsprechenden Maßnahmen in die Wege geleitet werden können.<sup>73</sup>

Wie bereits die Eingabe der Wäschereimitarbeiterin zu Librium diene auch in diesem Fall eine Eingabe als Katalysator für eine Adjustierung der Bedarfs- und Importplanung.

In Berichten zur Arzneimittelversorgung, die das Ministerium für Gesundheitswesen dem Ministerrat oder dem Zentralkomitee der SED vorlegte, wurden Anfragen und Eingaben zu Importmedikamenten häufig erwähnt.<sup>74</sup> Das lässt vermuten, dass die Behörde auf diese Weise Druck aufbaute, um die höchsten Instanzen des Regierungs- und Parteiapparats dazu zu bewegen, die Ausgabengrenze für Importmedikamente zu erhöhen. Eine solche Verwendung für regierungsinterne Aushandlungsprozesse liegt nahe, wenn man sich die politische Funktion von Eingaben vor Augen führt: Für Walter Ulbricht, Staatsratsvorsitzender der DDR bis 1970, waren Eingaben ein Indikator für Stimmungen und Probleme der Bürger und Bürgerinnen; sie erlaubten der Staatsführung, mit der Bevölkerung in Tuchfühlung zu bleiben

(Mühlberg 2004: 122). Eingaben, zumindest solche, die sich auf lokale Missstände und persönliche Probleme beschränkten und nicht mit politischer Kritik einhergingen, wurden daher nicht nur toleriert, sondern von der Politik gefördert. Ihre Funktion beschrieb Manfred Gerlach, Stellvertreter des Vorsitzenden des Staatsrates der DDR, 1969 als

*eine* Form der Beteiligung der Volksmassen an der Machtausübung, *ein* Mittel für den Ausdruck der öffentlichen Meinung und des Bewußtseinsstandes, *eine* Quelle der Information für jeden Leiter, *ein* Maßstab für die Richtigkeit der Beschlüsse und für die Qualität der Leitungstätigkeit, *eine* Möglichkeit zur Erschließung von Reserven und *eine* Form der gesellschaftlichen Kontrolle (Gerlach 1969: 8, Hervorhebungen im Original).

Alle staatlichen Einrichtungen waren angewiesen, Eingaben binnen kurzer Zeit gewissenhaft und in freundlichem Tonfall zu beantworten, sie gegebenenfalls an die zuständigen Stellen weiterzuleiten und im Zweifelsfall unbürokratische Lösungen zu finden.

Zudem hatten sie die Gesuche quantitativ zu erfassen und statistisch auszuwerten. Entsprechend wurde auch das Ministerium für Gesundheitswesen aufgefordert, „Ärzt muster, Einzelanforderungen und Arzneimittelgeschenksendungen [...] hinsichtlich der Versorgungslage und der Bedarfswünsche der Ärzte regelmäßig [...] auszuwerten.“<sup>75</sup> Das Ministerium hielt sich an diese Vorgabe und fertigte quartalsweise quantitative Auswertungen an.<sup>76</sup> Häufungen von Eingaben mit ähnlich lautendem Anliegen konnten auf diese Weise Aufschluss über allgemeinere Probleme geben, welche die Behörden nicht erkannt oder die sie ignoriert hatten. 1966 wurde die Bedeutung der Eingaben erneut durch eine Anweisung über die Eingabenbearbeitung bekräftigt, die im Ministerium für Gesundheitswesen folgendermaßen kommentiert wurde:

Die 2. Etappe der Durchführung des neuen ökonomischen Systems der Planung und Leitung bedingt eine neue Qualität der wissenschaftlichen Führungstätigkeit. Dabei besitzt die aktive Mitarbeit der Bevölkerung durch Vorschläge, Hinweise, Kritiken und Beschwerden an die Staatsorgane besondere Bedeutung, um das Vertrauensverhältnis zwischen den Bürgern und der Staatsmacht noch enger zu gestalten.<sup>77</sup>

Der Kommentar bezog sich auf die zweite Phase der vorsichtigen Wirtschaftsreformen unter Walter Ulbricht, durch die Betriebe sowie Leitungspersonal größere Entscheidungsspielräume und Eigenverantwortung erhielten. Diese Mitsprachemöglichkeit sollte nun, so die Absichtserklärung, auf die Bevölkerung ausgedehnt werden. Damit war zwar keineswegs Gestaltungsmacht verbunden, wie der Kommentar suggerierte, doch immerhin sollten die Bürger und Bürgerinnen überhaupt angehört werden.

Wie die zahlreichen Briefe an die Gesundheitsverwaltung zeigen, wurden diese Eingaben tatsächlich als Möglichkeit begriffen, um Beschwerden zu äußern und Abhilfe für ihre Probleme zu finden. Durch die quantitative

Auswertung kam den Eingaben, wie Felix Mühlberg (2004: 92 f.) argumentiert, eine gewisse „plebiszitäre Funktion“ zu, die allerdings stark eingeschränkt war. Für die DDR-Führung waren sie ein Instrument, mit dem unzufriedene Stimmungen der Bevölkerung kanalisiert und zum Teil, hauptsächlich auf materieller Ebene, aufgefangen werden konnten, bevor sie eskalierten. Mit Hilfe des Eingabewesens wurden Probleme der Bevölkerung individualisiert und eine öffentliche Artikulation und Solidarisierung verhindert.<sup>78</sup> Pointiert lässt sich sagen, dass den Eingaben eine doppelte politische Funktion zukam: Zum einen waren sie ein Stimmungsbarometer, das die Regierung auf Unzufriedenheit in der Bevölkerung hinwies, zum anderen fungierten sie als ein subtiles Herrschaftsinstrument, das es dem diktatorischen Regime ermöglichte, seine Macht zu festigen. Aufgrund der Funktion als Stimmungsbarometer konnten die Eingaben auch in den internen Auseinandersetzungen der verschiedenen Instanzen des Staats- und Parteiapparates als Druckmittel eingesetzt werden, etwa um vom Ministerrat eine Aufstockung der Haushaltsmittel des Ministeriums für Gesundheitswesen für Importmedikamente zu erlangen.<sup>79</sup>

## **Patienten als Konsumenten im Sozialismus**

Wie lassen sich die Interaktionen zwischen den Patienten und Patientinnen, die Tranquilizer nachfragten, und dem Ministerium für Gesundheitswesen der DDR einordnen? Für die Gesundheitsverwaltung und -politik waren die Eingaben und Einzelanforderungen ebenso wie abgefangene Arzneimittel-Geschenksendungen neben ärztlichen oder pharmazeutischen Stellungnahmen in erster Linie eine Informationsquelle, um die Nachfrage nach bestimmten Medikamenten einschätzen zu können. Die Informationen zur Nachfrage dienten wiederum als ein Argument bei den Verhandlungen innerhalb des Staatsapparats zur Ressourcenallokation. Was die Seite der Patienten und Patientinnen betrifft, so sind es vor allem die Eingaben, die der historischen Forschung offenbaren, dass jene trotz des zentralstaatlich gelenkten Gesundheitssystems der DDR nicht ausschließlich in passiver Abhängigkeit von medizinischen Vorgaben und staatlichen Restriktionen verharrten, sondern sich aktiv um eine bestimmte medikamentöse Therapie bemühten. Diese Aktivität darf jedoch in Anbetracht der staatlichen Förderung und Funktionalisierung der Eingaben nicht als Ausdruck von Patientenautonomie und -gestaltungsmacht überbewertet werden, zumal die Patienten und Patientinnen in aller Regel in Allianz mit ihren behandelnden Ärzten und Ärztinnen, oder auch mit Apothekern und Apothekerinnen, handelten.

Mit einem konsumgeschichtlichen Ansatz, der die politischen Bedingungen herausarbeitet, unter denen sich eine patientenseitige Medikamentennachfrage artikulieren konnte, lässt sich die aktive Patientenrolle jenseits der Dichotomie von Unterordnung und Autonomie aufzeigen. Auch für ein sozialistisches System gilt es, wie unlängst von Flurin Condrau im Hinblick auf eine konzeptuelle Erweiterung der Patientengeschichte gefordert, die zunehmende Bedeutung des Patienten als Konsumenten in der zeitgeschichtlichen Politikformulierung herauszuarbeiten (Condrau 2007: 535). Dies erfordert allerdings eine Revision des üblichen Verständnisses der Konsumgesellschaft. Gemäß soziologischen und anthropologischen beziehungsweise kulturwissenschaftlichen Analysen zeichnen sich Patienten insofern als Konsumenten aus, als sie Informations- und Wahlmöglichkeiten für medizinische Dienstleistungen einfordern, aktiv bestimmte Medikamente nachfragen und gegebenenfalls zur Selbstbehandlung greifen. Medizinhistorische Untersuchungen führen das Konsumentenbewusstsein im Gesundheitsbereich auf die sich ab Mitte des 20. Jahrhunderts formierenden Patientenselbstorganisationen und deren Kampf um Patientenrechte, unabhängige Gesundheitsinformationen, Mitentscheidungsmöglichkeiten, Beschwerderechte etc. zurück (vgl. Mold 2010, Donohue 2006).<sup>80</sup> Die Patientenselbstorganisation sowie die Möglichkeit, aus einem diversifizierten Arzneimittel- und medizinischen Dienstleistungsangebot zu wählen, werden somit als entscheidende Kriterien für die Konsumentenrolle definiert. Dieses für markt-/privatwirtschaftlich basierte Gesellschaftsformationen des 20. und 21. Jahrhunderts entwickelte Konzept ist in dieser Form nicht anwendbar auf die DDR mit ihrem limitierten und zugangskontrollierten Medikamentenangebot. Lässt sich eine Konsumentenrolle der Patienten und Patientinnen dennoch beschreiben unter den Bedingungen eines sozialistischen Systems, das mittels planwirtschaftlicher Steuerung, Monopolstellung der staatseigenen Industriebetriebe, Preispolitik und anderer Mittel der politischen Lenkung der Produktion und Distribution auf eine rationale und rationelle Arzneimittelversorgung zielte (vgl. Klöppel/Balz 2010)?

Eine Konzeptualisierung des Konsums über die Warenauswahl durch ein souveränes Subjekt führt zu einer systematischen Überschätzung der Freiheitsgrade bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in wirtschaftsliberalen Systemen bei gleichzeitiger Unterschätzung der Handlungsmöglichkeiten in sozialistischen Gesellschaften. Auch für marktwirtschaftliche, demokratische Staaten müssen gesellschaftliche Normen, staatliche Regulierungen oder die manipulative Rolle von Werbung bedacht werden. Die Vorstellung, Patienten filterten souverän medizinische Informationen und wählten selbstbestimmt medizinische Leistungen aus, ist daher eine Fiktion. Es müssen somit andere Kriterien herangezogen werden, um die Konsumentenrolle zu definieren. In der konsumsoziologischen und -historischen Forschung wird hierzu vorgeschlagen, die

Konsumentenaktivitäten primär unter dem Aspekt ihrer kulturell-symbolischen Funktion zu betrachten. Wie allen Konsumgütern, so werden auch Arzneimitteln und anderen medizinischen Leistungen bestimmte Bedeutungen und Affekte zugeschrieben. Zudem sind sie mit (der Erwartung) der Teilhabe an einem gewissen Lebensstandard und Lebensstil verknüpft (Henderson/Petersen 2002: 3, Applbaum 2006). Medizinische Leistungen fungieren also durchaus auch als symbolische Distinktionsmittel. Indem die Patienten und Patientinnen aus einem begrenzten Leistungsangebot auswählen oder, wenn es keine Wahl gibt, sich zum Vorgegebenen akzeptierend respektive abweisend verhalten und gegebenenfalls ein besseres Angebot einfordern, gestalten sie zugleich ihre Identität und ihren Lebensstil mit. Statt der tatsächlich realisierten Wahloptionen ist also die Rollen- und Identitätskonstruktion entscheidend für das Verständnis von Patienten als Konsumenten. Mit diesem Ansatz ist es möglich, nicht nur die Befriedigung von Grundbedürfnissen der Gesundheitsversorgung, sondern auch darüber hinausgehende kulturelle und politische Bedeutungen, die in den Interaktionen von Patienten und Patientinnen, Medizin und Gesundheitsverwaltung ausgehandelt werden, in den Blick zu nehmen.

Aus diesem Grunde lassen sich auch die Handlungsweisen von Patienten und Patientinnen bei Nichtverfügbarkeit bestimmter medizinischer Leistungen in der DDR als – politisch regulierte – Konsumentenrolle verstehen, wie am Beispiel der Tranquilizer deutlich wird.<sup>81</sup> Diese positionierten sich – ohne dass ihnen das notwendigerweise bewusst war – als Konsumenten und Konsumentinnen, indem sie mit dem Selbstverständnis antraten, von allen auf dem internationalen Markt befindlichen Behandlungsmitteln profitieren zu können. Um die gewünschten Medikamente zu erhalten, nutzten sie verschiedene Handlungsoptionen im Rahmen des sozialistischen Systems wie Einzelanforderungen und Eingaben – und darüber hinaus auch halb- und illegale Beschaffungswege. Durch ihr eigensinniges Auftreten und ihre Aktivitäten beeinflussten sie letztlich die Behörden: Diese bewilligten nicht selten die individuell angeforderten Arzneimittel und beeilten sich, bei steigender Nachfrage dafür zu sorgen, dass der Import von Westmedikamenten erhöht oder eine Nachproduktion in der DDR in Gang gesetzt wurde.

Während der sozialistische Staat seinen Bürgern und Bürgerinnen durchaus eine Konsumentenrolle zugestand, suchte er zugleich nach einer Handhabe, um die Nachfrage einzugrenzen. Als ein Instrument der staatlichen Regulierung diente die oben beschriebene Unterscheidung zwischen einem objektiven Bedarf und subjektiven Bedürfnissen, wodurch zu stark fordernd auftretende Patienten und Patientinnen unter den Generalverdacht einer westlich-dekadenten Konsumhaltung gestellt werden konnten. Der Ärzteschaft warf die staatliche Gesundheitspolitik vor, auf die Werbestrategien der „kapitalistischen“ Industrie hereinzufallen. Mittels „Aufklärung“ und „Gesundheitserziehung“ sollten die Patienten und Patientinnen an einen

verantwortungsbewussten Medikamentenkonsum herangeführt werden. Flankiert wurde diese moralisierende Strategie von verschärften Zugangsbeschränkungen für bestimmte Arzneimittel und von finanziellen Restriktionen. Doch die Nachfrage nach westlichen Arzneimitteln konnte dadurch nicht gezügelt werden – ein Problem, das die Verantwortlichen klar benannten, und das in regelmäßigen Abständen dazu führte, dass neue Maßnahmen zur Anpassung der Arzneimittelversorgung ausgearbeitet wurden.

Die Analyse kann sich nicht damit begnügen, den Einfluss des Patienten-Konsumenten auf die Steuerung der Arzneimittelversorgung festzustellen. Es gilt auch zu reflektieren, in welcher Weise die Konsumentenrolle mit jener der „verantwortungsbewussten Staatsbürger“ verknüpft war (Henderson/Petersen 2002: 2). Konsumhistorische Studien haben gezeigt, wie in der Nachkriegszeit im Zeichen des Kalten Krieges der „Kunden-Bürger“ als politisches Regulativ entstand: Persönliches Konsumstreben galt als das geeignete Mittel zum Erhalt der Demokratie, weshalb Konsum bürgerliche Pflicht wurde (Kroen 2003: 555 f.). Die wirtschaftsliberale Konsumentenrolle der Patienten und Patientinnen – und die Etablierung von Informations-, Wahl- und Mitsprachemöglichkeiten – ist folglich auch als ein Resultat der Gesundheitspolitik in demokratischen Staaten zu betrachten, welche, gekoppelt an das Ideal einer rationalen Selbst- und Lebensführung, Kundenbewusstsein stimulierte und gezielt förderte; ein Kalkül, das auch den Werbestrategien der Pharmaindustrie zugrunde liegt (Applbaum 2006, Donohue 2006). Das Selbstbestimmungsrecht impliziert dabei auch einen Zwang zur selbstverantwortlichen Entscheidung und geht unter neo-liberalen Verhältnissen mit einer Individualisierung von Gesundheitsrisiken und deren potentiellen ökonomischen Konsequenzen einher (Henderson/Petersen 2002: 2–4). Dass die Förderung der Patientenautonomie zudem eine Strategie der Prävention sozialer Konflikte ist, lässt sich daran ablesen, dass in der BRD wie auch in anderen westlichen Ländern die Formierung professioneller Patientenorganisationen inzwischen durch die öffentliche Hand, aber auch durch die Industrie, unterstützt wird. Die Folge ist, dass diese Organisationen eher als politische Partner denn als Gegenspieler der Gesundheitspolitik (wie auch der Arzneimittelfirmen) agieren.<sup>82</sup> Damit soll nicht in Abrede gestellt werden, dass in der Vergangenheit Patientenrechte erkämpft werden mussten und auch heute noch bestimmte Gruppen um Selbstbestimmungsrechte hart ringen müssen. Doch die relativ schnelle Befriedung solcher Kämpfe durch die Etablierung von Patientenrechten, die (hauptsächlich) am Leitbild des Konsumenten und damit am individualisierenden, marktformigen Prinzip der „informierten Wahl“ orientiert sind, ist vielfach beschrieben worden (vgl. beispielsweise Mold 2010). Diese Regierungstechnik kann als *participative governance* gemäß dem Modell des „aktivierenden Staates“ charakterisiert

werden, der allerdings „die Spielregeln der Beteiligung“ kontrolliert (Ewert 2013: 43).

In dieser Form lässt sich das liberale gesundheitspolitische Arrangement selbstverständlich nicht auf die DDR übertragen, ebenso wenig wie das Ideal des Kunden-Bürgers beziehungsweise Kunden-Patienten und die Individualisierung von Gesundheitsrisiken (vgl. Daemmrich 2004: 5 f.). Aber der staatliche Appell zu eigenverantwortlicher Gesundheitsvorsorge war in West- wie Ostdeutschland ähnlich deutlich zu vernehmen. Zudem stimulierte und kanalisierte die Regierung der DDR mit dem Eingaberecht ein Konsumentenbewusstsein der Patienten und Patientinnen. Dies geschah im Interesse, die sich wandelnden Bedürfnisse der Bevölkerung und Probleme der Gesundheitsversorgung frühzeitig zu erkennen, um Konflikten vorzubeugen. Die Kombination aus Berücksichtigung von Patientenwünschen und Gesundheitserziehung zielte darauf ab, Patienten und Patientinnen als verantwortungsvolle Staatsbürger zu aktivieren, die gemäß der Devise „Arbeite mit, plane mit, regiere mit!“ an „der Gestaltung der entwickelten sozialistischen Gesellschaft“ mitwirken sollten (Gerlach 1969: 8). Darüber soll natürlich nicht vergessen werden, dass auch die Ärzteschaft und Apotheken über das Sortiment und die Beschaffung der im Westen hergestellten Medikamente informierten, womit diese ebenfalls Anteil an der Herausbildung eines Konsumentenbewusstseins der Patienten und Patientinnen hatten. Ebenso trugen die Westverwandtschaft, Westfernsehen und andere ausländische Informationsquellen dazu bei. Der Tranquilizer-Konsument, so lautet daher unsere These, war eine hybride Figuration, die sich in den Grenzen der von der politischen Führung offen gelassenen und eröffneten Handlungsmöglichkeiten in den Interaktionen zwischen Patienten und Patientinnen, Medizin und Apothekenwesen, Westkontakten und Staatsapparat herausbildete. Alles in allem kann der sozialistische Patient-Konsument somit als das handlungsleitende Skript einer aktivierenden und in Ansätzen partizipativen Regierungstechnik unter – allerdings stark begrenzenden – diktatorischen Rahmenbedingungen gedeutet werden.

---

## Anmerkungen

Der vorliegende Beitrag ist im Rahmen des von der DFG geförderten Forschungsprojekts „Psychochemicals Crossing the Wall“ (HE 2220/7) entstanden. Wir danken Viola Balz, Volker Hess und den anonymen Gutachtern und Gutachterinnen für ihre hilfreichen Kommentare zu früheren Versionen dieses Textes.

- 1 Medicine: Tranquil But Alert. *Time Magazine* (47) vom 7. März 1960; vgl. auch Sternbach 1988: 281.
- 2 Der Begriff der Nachfrage wurde auch in der DDR verwendet, um das Verhältnis von (Kauf-)Interesse und Warenangebot zu eruieren, vgl. beispielsweise Günter Sieber,

- Proportionale Entwicklung von Waren- und Kauffonds. *Neues Deutschland*, 20 (350), 4 vom 21. Dezember 1965.
- 3 Beispielsweise: Gedanken und Vorschläge für eine verbesserte Arzneimittelversorgung, Bl. 2, undatiert [1964], Bundesarchiv (im Folgenden BArch), Abt. DDR, DQ 1/22406.
  - 4 Haug (1971) spricht von einem „Gebrauchswert-Versprechen“.
  - 5 Tranquilizer waren in der DDR rezeptpflichtig und damit legal nur durch ärztliche Verschreibung zugänglich (dies bedeutete gleichzeitig, dass die Kosten durch die allgemeine Krankenversicherung übernommen wurden, vgl. Vater/Friedrich 2010: 66, 400). Dennoch fanden die Patienten und Patientinnen Möglichkeiten, im Rahmen der ärztlichen Konsultation bestimmte Verschreibungen zu erwirken. So belegen etwa die Altakten der Charité Nervenklinik einen Gebrauch oft auch mehrerer sedierender Medikamente am gleichen Tag, welche Patienten und Patientinnen von ihren behandelnden Ärzten gegen „Schlafstörungen“ verschrieben bekamen (Hoheisel 2012). Im Übrigen stiegen die Verbrauchszahlen der als Schlafmittel verwendeten Tranquilizer und Sedativa in der DDR ungeachtet der Contergan-Katastrophe im Verlauf der 1960er Jahre ebenso wie in den westlichen Ländern in erheblichem Maße an (Hörig 1974).
  - 6 Zwar hieß es beispielsweise auf dem Symposium „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin“, dass „den besonderen Belangen der werktätigen Frau und Mutter mehr Aufmerksamkeit geschenkt“ werden müsse, doch dies bezog sich nur auf den Gesundheits- und Mutterschutz, der durch „soziale Maßnahmen“ flankiert werden müsse, damit es „zu keiner Hemmung in ihrer beruflichen Qualifizierung“ komme, siehe Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaften, Arbeitsgruppe des Präsidiums, Thesen zum Symposium „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin“, Bl. 12, undatiert [1967]. BArch, Abt. DDR, DQ 1/6168. Die Gleichstellungspolitik der DDR war darauf ausgerichtet, Frauen in Erwerbstätigkeit zu bringen, sie gleich zu bezahlen und eine staatliche Kinderbetreuung bereitzustellen. Allerdings wurde die Familien- beziehungsweise Hausarbeit weiterhin als weibliche Aufgabe betrachtet (Budde 2000; Helwig 1993).
  - 7 Vgl. auch Anlage 2 zum Thema Neuroleptika, Bl. 6, 30. August 1968. Sächsisches Wirtschaftsarchiv (im Folgenden SWA), VEB Arzneimittelwerke Dresden, U 107/239.
  - 8 Vgl. Max Sefrin. Unser Arzneimittelgesetz dient der Volksgesundheit. *Neues Deutschland*, 19, 24, vom 24. Januar 1965.
  - 9 Referat zum 8. Kongress der Pharmazeutischen Gesellschaft der DDR, Bl. 8 f., undatiert [1970]. BArch, Abt. DDR, DQ 1/1707.
  - 10 Das Argument wurde zwar auch bereits in den 1950er Jahren, als mit dem Neuroleptikum Chlorpromazin eine wirksame Psychopharmaka-Behandlung etabliert wurde, vorgetragen, siehe Jenny Matern, Schreiben betr. Erhöhung des Arzneimittelfonds in den Krankenhäusern für Psychiatrie, 4. August 1958, BArch, Abt. DDR, DQ 1/4728. Als die Palette der Psychopharmaka erweitert wurde und die Arzneimittelkosten stiegen, musste ihr therapeutischer und volkswirtschaftlicher Nutzen jedoch erneut unter Beweis gestellt werden, siehe Klöppel/Balz 2010.
  - 11 VVB Pharmazeutische Industrie, Perspektivplan der Pharmazeutischen Industrie, Entwurf, Bl. 2, 673, 685, undatiert [Mai 1961], BArch, Abt. DDR, DQ 1/5036.
  - 12 Beispielsweise hieß es im Protokoll der Beratung der Staatlichen Plankommission über den Jahresplan für 1962: „1. Der vom Minister für Gesundheitswesen beantragten Erhöhung der Orientierungsziffer ‚Import pharmazeutischer Erzeugnisse 1962 aus Westdeutschland und anderen kapitalistischen Ländern‘ von 8,7 Mio VDM auf 15,7 Mio VDM wird nicht zugestimmt. 2. Die verbleibende Fehlmenge an pharmazeutischen Erzeugnissen aus Westdeutschland und anderen kapitalistischen Ländern ist durch zusätzliche Exporte in das KA [Kapitalistische Ausland] zulasten der für die Versorgung vorgesehenen Mengen zu sichern.“ Siehe Wenzel, Protokoll der Beratung der Stellvertreter des Vorsitzenden der Staatlichen Plankommission am 31.01.1962, Bl. 5, 2. Februar 1962, BArch, Abt. DDR, DE 1/7703. Bei den Verpackungsmaterialien führte die Begünstigung des Exports ebenfalls zu Versorgungslücken, siehe Schulz, Information über die Schwierigkeiten bei der Versorgung der Bevölkerung mit lebensnotwendigen Arzneimitteln, Bl. 4, undatiert [1962], BArch, Abt. DDR, DC 1/5085.
  - 13 Bericht über die Lage auf dem Gebiet der Versorgung des Gesundheitswesens mit Arzneimitteln, Erzeugnissen der Medizintechnik sowie wichtigen Verbrauchsmaterialien

- und sich daraus ergebende notwendige Maßnahmen, Bl. 1, undatiert [1965], BArch, Abt. DDR, DC 20 I/4/1142.
- 14 Ebd.: Bl. 4 f.
  - 15 Präsidium des Ministerrates, Beschluss zum Bericht über die Lage auf dem Gebiet der Versorgung des Gesundheitswesens mit Arzneimitteln, Erzeugnissen der Medizintechnik sowie wichtigen Verbrauchsmaterialien und sich daraus ergebende notwendige Maßnahmen, Bl. 2, 4, 15. Juli 1965, BArch, Abt. DDR, DC 20 I/4/1142.
  - 16 Aufgabenstellung der HA Pharmazie und Medizintechnik (Anlage 1,2 u. 4), 29. März 1960, BArch, SAPMO, DY 30/IV/2/19/93. Vorschläge zur Optimierung der Bedarfsplanung diskutierten auch einige Artikel, die in der Zeitschrift *Pharmazeutische Praxis* ab 1960 veröffentlicht wurden. Zur Bedarfsforschung und -planung vgl. auch Maier 2008: 354 f., Friedrich/Müller-Jahncke 2005: 972.
  - 17 So wurde etwa das Ministerium für Gesundheitswesen nicht über die Erhöhung der für Importrohstoffe im Volkswirtschaftsplan 1962 eingestellten Summe unterrichtet, das Staatliche Versorgungskontor Pharmazie und Medizintechnik hingegen sehr wohl. Dieses verhandelte ohne Rücksprache mit dem Ministerium direkt mit dem Außenhandelskontor „DIA Chemie“ über Importpläne und -anpassungen, vgl. den handschriftlichen Nachtrag im Bericht von Trotz, Einschätzung zur Durchführung der Planaufgabe „Überprüfung zur Versorgung der Bevölkerung mit lebensnotwendigen Arzneimitteln“, 25. September 1962, BArch, Abt. DDR, DC 1/5085. Direktor des Versorgungsbereichs Pharmazie war Dietrich Baumann, bis 1958 Leiter der Abteilung für Arzneimittel- und Apothekerwesen im Ministerium für Gesundheitswesen und ehemaliger Vorsitzender des Zentralen Gutachterausschusses für Arzneimittelverkehr. Daraus speiste sich vermutlich seine informelle Machtposition.
  - 18 Trotz/Henschel, Bericht über die Überprüfung der Arzneimittelversorgung, Bl. 3 f., 31. Juli 1962, BArch, Abt. DDR, DQ 1/22530.
  - 19 Ebd.: Bl. 4.
  - 20 Vgl. Dietrich Baumann, Kurzprotokoll der 2. Sitzung des Zentralen Versorgungsausschusses Pharmazie am 12.07.1962, 15. August 1962, BArch, Abt. DDR, DC 1/5085; Henschel, Vermerk zur 2. Sitzung des Zentralen Versorgungsausschusses für Pharmazie am 12.07.1962, 09. August 1962, BArch, Abt. DDR, DC 1/5085.
  - 21 Gedanken und Vorschläge für eine verbesserte Arzneimittelversorgung, undatiert [1964], BArch, Abt. DDR, DQ 1/22406.
  - 22 Präsidium des Ministerrates, Beschluss zum Bericht über die Lage auf dem Gebiet der Versorgung des Gesundheitswesens mit Arzneimitteln, Erzeugnissen der Medizintechnik sowie wichtigen Verbrauchsmaterialien und sich daraus ergebende notwendige Maßnahmen, Bl. 3, 15. Juli 1965, BArch, Abt. DDR, DC 20 I/4/1142.
  - 23 Bericht über Seminare der Wirtschaftskonferenz und Schlussfolgerungen, Bl. 1, 23. Dezember 1963, BArch, Abt. DDR, DQ 1/22404.
  - 24 Gedanken und Vorschläge für eine verbesserte Arzneimittelversorgung, undatiert [1964], BArch, Abt. DDR, DQ 1/22406.
  - 25 Bericht über Seminare der Wirtschaftskonferenz und Schlussfolgerungen, Bl. 1, 23. Dezember 1963, BArch, Abt. DDR, DQ 1/22404.
  - 26 Präsidium des Ministerrates, Beschluss zum Bericht über die Lage auf dem Gebiet der Versorgung des Gesundheitswesens mit Arzneimitteln, Erzeugnissen der Medizintechnik sowie wichtigen Verbrauchsmaterialien und sich daraus ergebende notwendige Maßnahmen, 15. Juli 1965, BArch, Abt. DDR, DC 20 I/4/1142. Damit verfolgte der Ministerrat nicht zuletzt das Ziel, das Budget des Ministeriums für Gesundheitswesen für Arzneimittelbedarf erneut zu begrenzen, vgl. Herbert Erler, Protokoll der Beratung im MfG am 19.10.1965 über den Entwurf des Beschlusses des Präsidiums des Ministerrats vom 17.06.1965 über die Lage auf dem Gebiet der Versorgung mit Arzneimitteln, medizintechnischen Erzeugnissen und Verbrauchsmaterialien, 22. Oktober 1965, BArch, Abt. DDR, DQ 1/5217; vgl. auch Ministerrat, Beschluss zur Information über die Kontrolle der Durchführung des Beschlusses des Präsidiums des Ministerrates vom 17.06.1965 über Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungslage auf dem Gebiet der Pharmazie und Medizintechnik, 15. September 1965, BArch, Abt. DDR, DC 20 I/4/1188.
  - 27 Gedanken und Vorschläge für eine verbesserte Arzneimittelversorgung, undatiert [1964], BArch, Abt. DDR, DQ 1/22406.

- 28 Mit dem Begriff „Wunschverordnung“ wird der gestiegene Arzneimittelverbrauch und die missbräuchliche Verwendung in verschiedenen Publikationen und Ministeriumsunterlagen problematisiert, so etwa in Wolf/Kluge 1962: 1120; sowie Thude, Antrag auf Erteilung eines Forschungsauftrags: Schaffung von Grundlagen einer wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Anwendung, Bereitstellung, Planung und Finanzierung von Arzneimitteln, Bl. 3, undatiert [1969], BArch, Abt. DDR, DQ 109/257.
- 29 Vgl. beispielsweise Michael Gehring, Arbeitsrichtlinie für die Kommission für wissenschaftliche Verordnungsweise, Entwurf, 27. August 1964, BArch, Abt. DDR, DQ 1/3352; Vorlage für die Ministerdienstbesprechung des MfG [Abk. für Ministerium für Gesundheitswesen]: Anweisung Nr. 2 über die Sicherung der wissenschaftlich begründeten, wirtschaftlichen Verordnung und Anwendung von Arzneimitteln, 13. Mai 1965, BArch, Abt. DDR, DQ 1/3352; Flamm, Ergebnisprotokoll Nr. 18 der Ministerdienstbesprechung des MfG am 11.05.1970, 14. Mai 1970, BArch, Abt. DDR, DQ 1/6174.
- 30 Siehe beispielsweise Dietrich Baumann, Kurzprotokoll der 2. Sitzung des Zentralen Versorgungsausschusses Pharmazie am 12.07.1962, Bl. 4, 15. August 1962, BArch, Abt. DDR, DC 1/5085; sowie Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaften, Arbeitsgruppe des Präsidiums, Thesen zum Symposium „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin“, Bl. 3 f., 6, undatiert [1967]. BArch, Abt. DDR, DQ 1/6168
- 31 Im bekannten *Lehrbuch der Sozialhygiene* wurde bereits in der Erstausgabe von 1953 das Feld der Psychohygiene als „Hygiene der geistigen Arbeit“ diskutiert, vgl. Beyer/Winter/Amon 1953: 750–751. Siehe auch die populärmedizinische Schrift von Hecht 1975. Zur Umsetzung psychohygienischer Maßnahmen als Teil psychiatrischer Therapie im Krankenhaus vgl. auch Lange 1960.
- 32 Siehe beispielsweise Eckert 1967; Dietrich Baumann, Kurzprotokoll der 2. Sitzung des Zentralen Versorgungsausschusses Pharmazie am 12.07.1962, Bl. 4, 15. August 1962, BArch, Abt. DDR, DC 1/5085; Wolf, Muß eine Wohltat zur Plage werden? *Neues Deutschland*, Beilage vom 16. Oktober 1965. Die Sendung „Der nächste, bitte!“ behandelte am 1. September 1967 das Thema „Arzneimißbrauch“. Das Deutsche Hygiene Museum ging auf das Thema mit einem jährlich aktualisierten Merkblatt „Allzuviel ist ungesund“ ein, welches 1971 auch explizit Beruhigungsmittel ansprach, siehe die Sammlung des Deutschen Hygiene-Museums Dresden e. V., DHMD 2002/151.
- 33 Hanns Schwarz (1966: 130), der sich als Ordinarius in Greifswald maßgeblich mit Suchterkrankungen aus psychiatrischer Sicht beschäftigte, formulierte: „Am Horizont zeichnet sich bereits ein Missbrauch von Tranquilizern, Ataraktika, Neurophlegika, Thymoleptika, Antiphobika [...] ab.“ Vgl. auch Lange/Scholz 1966: 58, Lange/Rofner 1966, Schmidt 1968a, Schmidt 1968b, Lange/Roßner 1968, Schulze et al. 1969: 11. Die psychiatrische Diskussion in der DDR erfolgte im Fahrwasser eines wichtigen interdisziplinären Handbuchs zum Thema Sucht, das 1964 in der Bundesrepublik erschienen war, siehe Laubenthal/Baumeister 1964. Zur Entwicklung des psychiatrischen Diskurses über den Tranquilizermissbrauch vgl. Hoheisel 2012.
- 34 Interview vom 7. Juli 2011 mit der Zeitzeugin L. L., die in der DDR als Apothekerin tätig war.
- 35 1964 hatte eine Auswertung von insgesamt 55 Eingaben zur Beschaffung von Arzneimitteln des ersten Quartals des Jahres ergeben, dass sich 65 Prozent der Anfragen auf westdeutsche Präparate erstreckten, siehe Hans-Joachim Engelbrecht/Gotthold Pakleppa, Schreiben betr. pharmakologische Prüfung von Antidepressiva 1. Februar 1964, Landeshauptarchiv Sachsen-Anhalt (im Folgenden LHASA), DE, VEB DHW Rodleben/2256; Schneidewind, Schreiben betr. Argumentation zur Verminderung von Forderungen auf Arzneimittelbeschaffung speziell aus Westdeutschland, 30. Juni 1964, BArch, Abt. DDR, DQ 1/22404.
- 36 Bericht über die Lage auf dem Gebiet der Versorgung des Gesundheitswesens mit Arzneimitteln, Erzeugnissen der Medizintechnik sowie wichtigen Verbrauchsmaterialien und sich daraus ergebende notwendige Maßnahmen, Bl. 1, undatiert [1965], BArch, Abt. DDR, DC 20 1/4/1142.
- 37 Diese Vorgehensweise war 1955 ausdrücklich zugelassen und geregelt worden, siehe Ministerium für Außenhandel und Innerdeutschen Handel 1955.

- 38 Helga Juchheim, Die Aufdeckung der Hintergründe der Verleumdungskampagne westdeutscher Monopole gegen die Arzneimittelversorgung der Deutschen Demokratischen Republik zeigt die Notwendigkeit der Störfreimachung der Pharmazeutischen Industrie der Deutschen Demokratischen Republik, Staatsexamensarbeit in Marxismus-Leninismus, Bl. 9–11, 12. Februar 1963, BArch, Abt. DDR, DQ 1/22406.
- 39 AG Pharmazie der Ärztekommision des ZK der SED, Empfehlungen für Maßnahmen zur Verbesserung und Sicherung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, Entwurf, Bl. 1, 16. April 1959, BArch, Abt. DDR, DF 4/40683.
- 40 Friedrich Jung. Ein Rezept für die Vernunft. Unsere Ärzte verfügen über ein breites Arzneimittelsortiment. *Neues Deutschland, Beilage*, 1, 5, vom 6. Januar 1962; siehe auch Argumentationsleitfaden des MfG gegenüber der Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle betr. Störfreimachung im Arzneimittelbereich, undatiert [Nov. 1961], BArch, Abt. DDR, DQ 1/5596; Gerhard Marawske, Schreiben betr. Film der pharmazeutischen Industrie, 26. Oktober 1962, BArch, SAPMO, DY 30/IV/2/19/93.
- 41 Horst Burghardt. Arzneimittel – Objekt im kalten Krieg. *Neues Deutschland*, 304, 4, vom 4. November 1961.
- 42 Helga Juchheim, Die Aufdeckung der Hintergründe der Verleumdungskampagne westdeutscher Monopole gegen die Arzneimittelversorgung der Deutschen Demokratischen Republik zeigt die Notwendigkeit der Störfreimachung der Pharmazeutischen Industrie der Deutschen Demokratischen Republik, Staatsexamensarbeit in Marxismus-Leninismus, Bl. 9–11, 12. Februar 1963, BArch, Abt. DDR, DQ 1/22406.
- 43 Aktionsprogramm: Aufgaben des MfG zur Sicherung der Versorgung mit Arzneimitteln und medizin-technischen Erzeugnissen (Ost-West-Konflikt), 8. August 1961, BArch, SAPMO, DY 30/IV/2/19/92.
- 44 Staatliches Versorgungskontor für Pharmazie und Medizintechnik, Zentraler Informationsdienst Nr. X/1963, 2. Januar 1964, BArch, Abt. DDR, DQ 1/22284.
- 45 Max Seffrin, Vorlage für Ministerratssitzung: Beschluss über I. Maßnahmen zur Störfreimachung in der Versorgung mit Erzeugnissen der Medizintechnik und Pharmazie, II. Maßnahmen zur Unterstützung der Störfreimachung auf ideologischem Gebiet, 15. August 1961, BArch, Abt. DDR, DC 20/1768.
- 46 Ehrlich, Medikamentenbeschaffung durch kirchliche Einrichtungen, August 1957, BArch, Abt. DDR, DO 4/2001; Lotz, Medikamentenbeschaffung durch das Hilfswerk der Evangelischen Kirche, 3. September und 31. Oktober 1960, BArch, Abt. DDR, DO 4/2001; Anonymos [Kusch, Staatssekretariat für Kirchenfragen], Ergebnisprotokoll der Besprechung am 13.04.1961 mit Bertnik, MfG, betr. Medikamentenbeschaffung durch kirchliche Einrichtungen, 20. April 1961, BArch, Abt. DDR, DO 4/2001. Die Problematisierung dieser Praktiken setzte bereits Ende der 1950er Jahre ein, siehe beispielsweise Friedrich Schulze, Vorschläge zur Neuregelung der Lenkung und Leitung der Versorgung mit importierten Arzneimitteln, Bl. 2, 30. Dezember 1957, BArch, Abt. DDR, DQ 1/4728.
- 47 Bis 1961 konnten Mediziner und Medizinerinnen in der DDR über den Umweg des Staatlichen Instituts für Arzneimittelprüfung Berlin Medikamentenmuster aus dem Westen erhalten, sofern sie für „wissenschaftliche Erprobungs- und Forschungszwecke“ vorgesehen waren. 1961 wurde geregelt, dass nur noch auf gesonderten Antrag ein Import von West-Medikamenten zur Erprobung erfolgen durfte, vgl. Ministerium für Gesundheitswesen, 1961.
- 48 Bericht über Seminare der Wirtschaftskonferenz und Schlussfolgerungen, Bl. 1, 23. Dezember 1963, BArch, Abt. DDR, DQ 1/22404; Friedrich Schulze, Vorschlag zur Neuregelung der Einbringung westdeutscher Arzneimittelmuster, Bl. 2, 3. Januar 1958, BArch, Abt. DDR, DQ 1/4728.
- 49 Ebd.: 1.
- 50 Horst Burghardt. Arzneimittel—Objekt im kalten Krieg. *Neues Deutschland*, 304, 4, vom 4. November 1961.
- 51 Der allmähliche Anstieg der Parteimitgliedschaften in der Ärzteschaft ab den 1960er Jahren beruhigte das Misstrauen der Staatsführung nicht, vgl. Weil 2008: 16 f.
- 52 Max Seffrin, Vorlage für Ministerratssitzung: Beschluss über I. Maßnahmen zur Störfreimachung in der Versorgung mit Erzeugnissen der Medizintechnik und Pharmazie, II. Maßnahmen zur Unterstützung der Störfreimachung auf ideologischem Gebiet, Bl. 2 f., 15. August 1961, BArch, Abt. DDR, DC 20/1768; Aktionsprogramm: Aufgaben des MfG

- zur Sicherung der Versorgung mit Arzneimitteln und medizin-technischen Erzeugnissen (Ost-West-Konflikt), 8. August 1961, BArch, SAPMO, DY 30/IV/2/19/92.
- 53 Thesen zur Grundsatzberatung über die Gestaltung des Reproduktionsprozesses für Arzneimittel, medizin- und krankenhauses-technischer Erzeugnisse, Bl. 2 f., undatiert [1968], BArch, Abt. DDR, DQ 1/1707.
- 54 Neben den älteren Barbituraten waren an Psychopharmaka zu diesem Zeitpunkt nur zwei Neuroleptika auf regulärem Weg verfügbar. Bei diesen handelte es sich um das Chlorpromazin-Präparat Propaphenin sowie um zwei Reserpin-Präparate, Rusedan und Resedin, vgl. Gerecke/Staatliches Institut für Arzneimittelprüfung 1961. 1962 kamen weitere Neuroleptika und das ungarische Antidepressivum Melipramin hinzu, vgl. Gerecke/Staatliches Institut für Arzneimittelprüfung 1962.
- 55 Friedrich Jung, Mitteilung betr. die Ersetzbarkeit von Import-Laborchemikalien und -Medikamenten, Abschrift, undatiert [1961], BArch, Abt. DDR, DQ 1/5596.
- 56 Oelfner, Schreiben betr. Versorgungssicherung (Ost-West-Konflikt) unter Angabe von Arzneimittel-Informations- und Gebrauchlisten, Anlage 3, Bl. 1, 3. November 1961, BArch, SAPMO, DY 30/IV/2/19/92; Buthut, Bericht über die Beratung der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker des Bezirkes Gera über die Arzneimittelversorgung am 2.12.1961, 3. Dezember 1961, BArch, Abt. DDR, DQ 1/3352; Heidelmann, Stellungnahme Oxydermsalbe und Librium, 12. Februar 1962, BArch, Abt. DDR, DQ 1/20914.
- 57 Protokoll der 1. ordentlichen Sitzung des ZGA am 15.2.1962, Bl. 7, BArch, Abt. DDR, DQ 1/5781.
- 58 P. Sadowski, Einschätzung der Eingaben zu Arzneimitteln im Päckchenverkehr, 27. November 1961. BArch, Abt. DDR, DQ 1/5596.
- 59 J. Z., Eingabe betr. Librium, 9. Juni 1963. BArch, Abt. DDR, DQ 1/5087.
- 60 Sprenger, Antwort betr. Eingabe zu Librium, undatiert [Juni 1963], BArch, Abt. DDR, DQ 1/5087.
- 61 Flamm, Schreiben betr. Librium-Import, 21. Juni 1963, BArch, Abt. DDR, DQ 1/5087.
- 62 Michael Gehring, Mitteilung betr. Eingabe zu Librium, 3. Juli 1963, BArch, Abt. DDR, DQ 1/5087.
- 63 Klaus Gerecke, Antwort betr. Eingabe zu Librium, 5. Juli 1963, BArch, Abt. DDR, DQ 1/5087.
- 64 Hans-Joachim Engelbrecht, Aktennotiz: Sitzung des ZAK Synthetische Heilmittel am 11.9.1962, 1.10.1962, LHASA, DE, VEB DHW Rodleben/2256; Ernst Carstens, Bericht über Themenkatalog des ZAK Synthetische Heilmittel, Bl. 2, 18. April 1963, BArch, Abt. DDR, DQ 1/3352.
- 65 Der Informationsfluss war unter anderem dadurch gesichert, dass der Zentrale Gutachterausschuss für Arzneimittelverkehr und der Zentrale Arbeitskreis Synthetische Heilmittel, in dem die Forschungs- und Entwicklungspläne der pharmazeutischen Betriebe ausgehandelt wurden, durch Personalunion des Leiters der Forschungsstelle der Arzneimittelwerke Dresden, Dr. Ernst Carstens, verbunden waren, vgl. Klöppel/Balz 2010: 386.
- 66 Bezüglich der langen Zeitspanne bis zur Produktionsaufnahme vermerkte ein Bericht des Ministeriums für Gesundheitswesen an das Zentralkomitee der SED, dass Nachentwicklungen, die ohnehin zumeist erst zwei bis drei Jahre nach Markteinführung ausländischer Präparate in Angriff genommen würden, aufgrund der „geringen Entwicklungskapazitäten“ mit etwa zwei bis vier Jahren Verspätung zur Verfügung stünden. Dadurch entstehe „ein Rückstand zum internationalen Niveau von 4–7 Jahren. Der Mangel an Produktionskapazität, das Fehlen von Mehrzweck- und Pilotanlagen und die Hemmnisse durch unzureichende Projektierungskapazität sowie aus der Investitionsgesetzgebung verzögern die Überführung in die Produktion um weitere 2–4 Jahre. Im günstigsten Falle beträgt damit der Rückstand zum Weltstand sechs und im ungünstigsten Fall elf Jahre. Beispiele dafür sind die Nachentwicklungen für Librium, Trasyolol und Suxinutin.“ Siehe Herbert Erler, Bemerkungen zur Information des Volkswirtschaftsrates an das Sekretariat des ZK der SED zum Stand der Durchführung des Beschlusses des Sekretariats des ZK der SED vom 02.06.1965 über die Lage auf dem Gebiet der Versorgung des Gesundheitswesens mit Arzneimitteln und Erzeugnissen der Medizintechnik, Bl. 15, 22. November 1965, BArch, Abt. DDR, DQ 1/3633. Hinsichtlich Librium ergab sich die Verzögerung der Eigenproduktion auch daraus, dass Probleme bei der Tablettierung auftraten, vgl. K. Stade,

- Mitteilung betr. Librium, 14. September 1964, SWA: VEB AWD, 216. Der Hintergrund dafür war, dass die ursprünglich geplanten Mittel für den Bau der Zentralkonfektionierung mehrfach gekürzt wurden, wodurch die Produktion enorm behindert wurde, vgl. Friedrich/Müller-Jahncke 2005: 1064.
- 67 Probleme der Arzneimittelversorgung, undatiert [1964], BArch, Abt. DDR, DQ 1/5048.
- 68 G. L., Eingabe betr. Librium, 3. April 1966, BArch, Abt. DDR, DQ 1/3209; Hans Probst, Antwort betr. Eingabe zu Librium, 9. Juni 1966, BArch, Abt. DDR, DQ 1/3209; Hans Probst, Antwort betr. erneute Eingabe zu Librium, 29. Juni 1966, BArch, Abt. DDR, DQ 1/3209.
- 69 Lammert, Mitteilung betr. Beschaffung von Stelasin, 4. März 1963, BArch, Abt. DDR, DQ 1/5087.
- 70 T. M., Antrag für Decentan, 17. September 1964, BArch, Abt. DDR, DQ 1/5048.
- 71 Buthut, Antwort betr. Antrag für Decentan, 30. September 1964, BArch, Abt. DDR, DQ 1/5048.
- 72 Siehe beispielsweise Hans-Joachim Engelbrecht/Gotthold Pakleppa, Schreiben betr. pharmakologische Prüfung von Antidepressiva 1. Februar 1964, LHASA, DE, VEB DHW Rodleben/2256; Hans-Joachim Engelbrecht, Aktennotiz: Sitzung des ZAK Synthetische Heilmittel am 11.9.1962, 1.10.1962, LHASA, DE, VEB DHW Rodleben/2256; Sprenger, Schreiben betr. Eingabe zu Tegretol, 23. September 1966, BArch, Abt. DDR, DQ 1/3209; Hans Probst, Schreiben betr. Eingabe zu Tegretol, 10. Dezember 1966, BArch, Abt. DDR, DQ 1/3209; Hans Probst, Arzneimittelversorgung, Auswertung zweier Eingaben, 20. Juli 1965, BArch, Abt. DDR, DQ 1/5048.
- 73 P. Sadowski, Mitteilung betr. Stelazine, 18. März 1963, BArch, Abt. DDR, DQ 1/5087.
- 74 Die ministeriumsinternen quantifizierenden Auswertungen verweisen auf deutlich mehr Eingaben, als im Bundesarchiv überliefert sind. Bei den überlieferten Eingaben handelt es sich offensichtlich um ausgewählte Anfragen, die eine ausführlichere Bearbeitung auf Ministeriumsebene fanden und darum aufbewahrt wurden. Ob der Selektionsprozess darüber hinaus noch weiteren Kriterien unterlag, konnte im Rahmen unseres Forschungsprojekts nicht eruiert werden.
- 75 Samuel Mitja Rapoport/Horst Burghardt, Industriezweiganalyse zur Lage auf dem Gebiet der Pharmazie mit Vorschlägen für Maßnahmen der komplexen Arbeitsgruppe der Ärztekommision beim Politbüro, des Forschungsrates der DDR und der Leitgruppe Pharmazie im Rahmen des Chemieprogramms, Bl. 18, undatiert [23. März 1959], BArch, Abt. DDR, DF 4/40682.
- 76 Siehe beispielsweise Hans-Joachim Engelbrecht, Aktennotiz: Sitzung des ZAK Synthetische Heilmittel am 11.9.1962, 1.10.1962, LHASA, DE, VEB DHW Rodleben/2256; sowie Buthut, Auswertung der Eingaben des I. Quartals 1964, 10. April 1964, BArch, Abt. DDR, DQ 1/5048.
- 77 Christoph/Schneidewind, Einladung zur Dienstbesprechung der HA Pharmazie und Medizintechnik des MfG am 04.11.1966 inkl. Vorlage: Anweisung Nr. 2 über die Eingabenbearbeitung, 1. November 1966, BArch, Abt. DDR, DQ 1/3794.
- 78 Dass die Eingaben dazu genutzt wurden, um die Bürger und Bürgerinnen auszuspionieren, hält Mühlberg (2004: 114) für unwahrscheinlich. Die zahlreichen Petenten sorgten sich offenkundig nicht darum.
- 79 Solche Auseinandersetzungen genauer zu rekonstruieren, wäre eine lohnende Forschung, die von uns in Anbetracht der Quellenlage jedoch nicht geleistet werden kann.
- 80 Siehe auch Ulrike Thoms: Diabetes, Insulin and the Role of Patient Organisation in Germany 1930–1980. Vortrag beim Workshop des ESF-Netzwerks „Drugs, Standards and Chronic Illness“, Manchester 27.–28.11.2009.
- 81 Vgl. Merckels (1999: 28) analoges Argument zum Konsum in der DDR allgemein.
- 82 Ein gutes Beispiel hierfür ist die Partnerschaft zwischen Deutscher Aidshilfe und staatlicher Gesundheitspolitik, vgl. Geene 2000: 232–239.

## Literatur

- Applbaum, Kalman, 2006. Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer. *PLoS Medicine*, 3, e189.
- Banaschak, H., 1963. Griff nach der Pille. *Deine Gesundheit*, 2, 48–49, 63.
- Beyer, Adolf/Winter, Kurt/Amon, Franz, 1953. *Lehrbuch der Sozialhygiene*. Berlin: Volk und Gesundheit.
- Budde, Gunilla-Friederike, 2000. Der Körper der „sozialistischen Frauenpersönlichkeit“. Weiblichkeits-Vorstellungen in der SBZ und frühen DDR. *Geschichte und Gesellschaft*, 26, 602–628.
- Burghardt, Horst, 1961. Arzneimittel – Objekt im Kalten Krieg der Bonner Ultras. *Medicamentum*, 10, 337–340.
- Condrau, Flurin, 2007. The Patient's View Meets the Clinical Gaze. *Social History of Medicine*, 20, 525–540.
- Daemmrich, Arthur A., 2004. *Pharmacopolitics: Drug Regulation in the United States and Germany*. Chapel Hill NC: University of North Carolina Press.
- Donohue, Julie, 2006. A History of Drug Advertising: The Evolving Roles of Consumers and Consumer Protection. *Milbank Quarterly*, 84, 659–699.
- Eckert, Ingrid, 1967. Weniger ist mehr. *Deine Gesundheit*, 8, 246–248.
- Ewert, Benjamin, 2013. *Vom Patienten zum Konsumenten? Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Friedrich, Christoph/Müller-Jahncke, Wolf-Dieter, 2005. *Geschichte der Pharmazie II: Von der frühen Neuzeit bis zur Gegenwart*. Eschborn: Govi.
- Geene, Raimund, 2000. *AIDS-Politik. Ein neues Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung*. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Gerecke, Klaus, 2008. Die Gestaltung des Arzneimittelsortiments. In: 7 B Direkt Apothekenservice AG, Hg., *45 Jahre Pharmazie in Deutschland Ost: Beiträge zur Geschichte des Arzneimittel- und Apothekenwesens der Deutschen Demokratischen Republik*. Berlin: Eigenverlag 7b Direkt Apothekenservice, 158–260.
- Gerecke, Klaus/Staatliches Institut für Arzneimittelprüfung, 1961. *Arzneimittel-Verzeichnis*. Berlin: Volk und Gesundheit.
- Gerecke, Klaus/Staatliches Institut für Arzneimittelprüfung, 1962. *Arzneimittel-Verzeichnis*. Berlin: Volk und Gesundheit.
- Gerlach, Manfred, 1969. Eingaben der Bürger – eine Form der Beteiligung des Volkes an der Machtausübung. In: Abteilung Presse und Information des Staatsrates der DDR, Hg., *Eingaben der Bürger – eine Form der Verwirklichung des Grundrechts auf Mitbestimmung und Mitgestaltung. Materialien der 18. Sitzung des Staatsrates der DDR am 20. November 1969*, 7–17.
- Greene, Jeremy/Herzberg, David Lowell, 2010. Hidden in Plain Sight: Marketing Prescription Drugs to Consumers in the Twentieth Century. *American Journal of Public Health*, 100, 793–803.
- Hans, Roland, 1962. Kongreßbericht: 4. Arbeitstagung der Industrie- und Hochschulpharmakologen der DDR. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 12, 686–687.
- Hanzl, W., 1970. Untersuchung über den Verbrauch von Psychopharmaka im Kreis Zittau (Monat August 1968). *Das Deutsche Gesundheitswesen*, 25, 322–324.
- Haug, Fritz, 1971. *Kritik der Warenästhetik*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Hecht, Karl, 1975. *Psychohygiene*. Berlin: Volk und Gesundheit.
- Helwig, Gisela, 1993. Einleitung. In: Gisela Helwig/Hildegard Maria Nickel, Hg., *Frauen in Deutschland: 1945–1992*. Berlin: Akademie Verlag, 9–21.
- Henderson, Sara/Petersen, Alan, 2002. Introduction: Consumerism in Health Care. In: Sara Henderson/Alan Petersen, Hg., *Consuming Health: the Commodification of Health Care*. London: Routledge, 1–10.
- Herzberg, David Lowell, 2009. *Happy Pills in America: from Miltown to Prozac*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hörig, C., 1974. Die Entwicklung der Verbrauchsgewohnheiten auf dem Gebiet der Tranquilizer, Sedativa und Analgetika in der DDR im Vergleich zu internationalen Tendenzen. *Activitas nervosa superior*, 16, 228–230.

- Hoheisel, Matthias, 2012. Von der Suchtdroge zum Therapeutikum. *Medizinhistorisches Journal*, 47, 62–98.
- Jung, Friedrich, 1969. Das Glück aus der Pille. *Deine Gesundheit*, 4, 106–107.
- Kaminsky, Annette Christina, 2001. *Wohlstand, Schönheit, Glück. Kleine Konsumgeschichte der DDR*. München: Beck.
- Klöppel, Ulrike/Balz, Viola, 2010. Psychopharmaka im Sozialismus: Arzneimittelregulierung in der Deutschen Demokratischen Republik in den 1960er Jahren. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 33, 382–400.
- Kroen, Sheryl, 2003. Der Aufstieg des Kundenbürgers? Eine politische Allegorie für unsere Zeit. In: Michael Prinz, Hg., *Der lange Weg in den Überfluss. Anfänge und Entwicklung der Konsumgesellschaft seit der Vormoderne*. Paderborn: Ferdinand Schöningh, 533–564.
- Landsman, Mark/American Council of Learned Societies, 2005. *Dictatorship and Demand: the Politics of Consumerism in East Germany*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Lange, Ehrig, 1960. Psychohygiene im psychiatrischen Krankenhaus. *Das Deutsche Gesundheitswesen*, 15, 1647–1651.
- Lange, Ehrig/Roßner, M., 1966. Deliranter Erregungszustand nach Meprobamatintoxikation – Intoxikationseffekt oder Entziehungsdelir? *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*, 18, 446–450.
- Lange, Ehrig/Roßner, M., 1968. Stellungnahme zur Diskussionsbemerkung von P. Schmidt. *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*, 20, 150–151.
- Lange, Ehrig/Scholz, Vera, 1966. Psychopharmaka aus der Sicht der psychiatrischen Klinik. *Pharmazeutische Praxis*, Beilage Nr. 3 zur Zeitschrift *Die Pharmazie*, 3, 57–64.
- Laubenthal, Florin/Baumeister, Walter, 1964. *Sucht und Mißbrauch. Ein kurzgefasstes Handbuch für Ärzte, Juristen, Pädagogen*. Stuttgart: Thieme.
- Linke, Horst, 1962. Kritik der Therapie: Nebenwirkungen und Gefahren der Anwendung psychotroper und schmerzstillender Pharmaka. *Die Pharmazie*, 17, 379–393.
- Maier, Lutz, 2008. Der pharmazeutische Großhandel. In: 7 B Direkt Apothekenservice AG, Hg., *45 Jahre Pharmazie in Deutschland Ost: Beiträge zur Geschichte des Arzneimittel- und Apothekenwesens der Deutschen Demokratischen Republik*. Berlin: Eigenverlag 7b Direkt Apothekenservice, 350–364.
- Merkel, Ina, 1999. *Utopie und Bedürfnis. Die Geschichte der Konsumkultur in der DDR*. Köln: Böhlau.
- Merkel, Ina, 2009. Im Widerspruch zum Ideal: Konsumpolitik in der DDR. In: Heinz-Gerhard Haupt/Claudius Torp Hg., *Die Konsumgesellschaft in Deutschland 1890–1990. Ein Handbuch*. Frankfurt/M, New York: Campus, 289–304.
- Merl, Stephan, 1997. Staat und Konsum in der Zentralwirtschaft. Rußland und die ostmitteleuropäischen Länder. In: Hannes Siegrist/Hartmut Kaelble/Jürgen Kocka, Hg., *Europäische Konsumgeschichte. Zur Gesellschafts- und Kulturgeschichte des Konsums (18. bis 20. Jahrhundert)*. Frankfurt a.M.: Campus, 205–241.
- Ministerium für Außenhandel und Innerdeutschen Handel, 1955. Erste Durchführungsbestimmung zur Verordnung über den Geschenkpaket- und -päckchenverkehr auf dem Postwege mit Westdeutschland, Westberlin und dem Ausland. *Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik*, Teil I (5), 19.
- Ministerium für Außenhandel und Innerdeutschen Handel, 1961. Dritte Durchführungsbestimmung zur Verordnung über den Geschenkpaket- und -päckchenverkehr auf dem Postwege mit Westdeutschland, Westberlin und dem Ausland vom 17. Oktober 1961. *Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik*, Teil II (73), 483.
- Ministerium für Gesundheitswesen, 1953. Anordnung zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und ausreichenden Verordnung von Arznei- und Heilmitteln vom 21. April 1953. *Zentralblatt der DDR*, 15, 183–184.
- Ministerium für Gesundheitswesen, 1961. Anordnung zur Verschreibung von Arzneimitteln vom 13. Oktober 1961. *Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik*, Teil II (70), 470.
- Ministerium für Gesundheitswesen, 1961. Anweisung über das Verfahren bei der Erprobung von Arzneimittelmustern aus Westdeutschland, Westberlin und dem Ausland vom 13. Dezember 1961. *Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen*, 12, 98.
- Mold, Alex, 2010. Patient Groups and the Construction of the Patient-Consumer in Britain: An Historical Overview. *Journal of Social Policy*, 39, 505–521.

- Mühlberg, Felix, 2004. *Bürger, Bitten und Behörden. Geschichte der Eingabe in der DDR*. Berlin: Dietz.
- Oehme, Peter/Lock, Wolfgang, 1966. Arzneimittelmisbrauch und Sucht. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 60, 781–790.
- Oehmer, K./Hüller, H./Wille, B., 1973. Zur Verordnung ausgewählter Arzneimittel in der ambulanten Praxis. *Das Deutsche Gesundheitswesen*, 45, 2150–2152.
- Schleiermacher, Sabine, 2004. Prävention und Prophylaxe: Eine gesundheitspolitische Leitidee im Kontext verschiedener politischer Systeme. In: Alfons Labisch/Norbert Paul, Hg., *Historizität. Erfahrung und Handeln – Geschichte und Medizin*. Stuttgart: Franz Steiner, 171–177.
- Schmidt, Peter, 1968. Deliranter Erregungszustand nach Meprobamatintoxikation – Intoxikationseffekt oder Entziehungsdelir? *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*, 20, 147–150.
- Schmidt, Peter, 1968. Über Wirkungsweise und Anwendung von Tranquilizern mit muskelrelaxierender Wirkung. *Medicamentum*, 9, 130–133.
- Schulze, Heinz A. F., 1970. [Welche Kontraindikationen sollten bei der Verordnung von Psychopharmaka an ältere Menschen beachtet werden? Antwort auf Frage der Redaktion]. *Das Deutsche Gesundheitswesen*, 25, 1052.
- Schulze, Heinz A. F., u.a., 1969. Anwendung und Mißbrauch der Psychopharmaka. In: Werner Schorcht, Hg., *Kurzreferate zu den Vorträgen der 15. Weimarer Therapietagung vom 5. bis 7. Mai 1969 in Weimar und Rundtischgespräch der 14. Weimarer Therapietagung 1968*. Weimar, 1–28.
- Schwarz, Hanns, 1965. Sucht – Missbrauch – Gewöhnung. *Deine Gesundheit*, 12, 372.
- Schwarz, Hanns, 1966. Über den Begriff der Sucht. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 60, 130.
- Shorter, Edward, 2009. *Before Prozac: The Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Siegrist, Hannes, 1997. Konsum, Kultur und Gesellschaft im modernen Europa. Einleitung. In: Hannes Siegrist/Hartmut Kaelble/Jürgen Kocka, Hg., *Europäische Konsumgeschichte. Zur Gesellschafts- und Kulturgeschichte des Konsums (18. bis 20. Jahrhundert)*. Frankfurt a.M.: Campus, 13–48.
- Sternbach, Leo Henryk, 1988. Die Benzodiazepin-Story. In: Otfried K. Linde, Hg., *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*. Klingenmünster: Tilia, 271–299.
- Tone, Andrea, 2009. *The Age of Anxiety: A History of America's Turbulent Affair with Tranquilizers*. New York: Basic Books.
- Vater, Ulrich/Friedrich, Christoph (Hg.) 2010. *Die Entwicklung des Apothekenwesens in der DDR*. Jena: Bussert und Stadeler.
- Voigt, R., 1962. Psychopharmaka. Chemie und Wirkung pflanzlicher und synthetischer psychotroper Verbindungen. *Die Pharmazie*, 17, 317–331.
- Walther, Heinz/Meyer, Frank P./Leuschner, Ursula, 1981. Verbrauchsentwicklung von Sedativa/Hypnotika und Psychopharmaka in der DDR mit internationalen Vergleichen unter Verwendung von Defined Daily Doses (DDD). *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*, 33, 218–229.
- Weil, Francesca, 2008. *Zielgruppe Ärzteschaft. Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wolf, H./Kluge, H., 1962. Zu Problemen des Schmerz- und Schlafmittelverbrauchs. *Das Deutsche Gesundheitswesen*, 17, 1112–1120.

Ulrike Klöppel

GK ‚Geschlecht als Wissenskategorie‘

Humboldt-Universität Berlin, Zentrum für

transdisziplinäre Geschlechterstudien (ZtG)

Georgenstraße 47

10117 Berlin

Germany

E-Mail: [ulrike.kloeppe@hu-berlin.de](mailto:ulrike.kloeppe@hu-berlin.de)

Matthias Hoheisel  
Institut für Geschichte der Medizin  
Charité-Universitätsmedizin Berlin  
Thielallee 71  
14195 Berlin  
Germany  
E-Mail: [Matthias.hoheisel@charite.de](mailto:Matthias.hoheisel@charite.de)