

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Die Einführung der Benzodiazepine an der Nervenlinik der
Charité von 1962-75

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Matthias Hoheisel

aus Norden

Datum der Promotion: 27.02.2015

Inhaltsverzeichnis

Abstract – deutsch	1
Abstract - englisch.....	2
I. Einleitung.....	3
II. Zielstellung.....	6
III. Methodik	6
A. Quellen zur Arzneimittelregulation	6
B. Kranken- und Verwaltungsakten der Klinik.....	7
C. Zeitschriften.....	9
IV. Ergebnisse	10
A. Wunschverordnung – Patienten als Konsumenten	10
B. Standardisierung – Rationalitäten der Anwendung von Benzodiazepinen	11
C. Suchtdroge – Die Beurteilung des Abhängigkeitspotentials	13
V. Diskussion	13
A. Psychopharmaka-Verwendung und Mangelgesellschaft.....	13
B. Arbeitsweise an der Klinik im Wandel.....	14
C. Die schleichende Akzeptanz der Benzodiazepine	15
Literaturverzeichnis.....	19
Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen.....	21
Ausgewählte Publikationen.....	22
Lebenslauf.....	105
Publikationsverzeichnis.....	107
Eidesstattliche Versicherung	108
Danksagung.....	109

Abstract – deutsch

Einleitung

Zu Beginn der 1960er-Jahre kamen in der westlichen Welt die Benzodiazepine auf den Markt. Schnell wurden sie dort zu den meistverkauften Medikamenten überhaupt. In der DDR waren sie jedoch aufgrund restriktiver Importbestimmungen und ideologischer Bedenken zunächst nicht verfügbar. Die Voraussetzung für einen Import oder die nationale Eigenproduktion war ein positiver Bescheid zentraler, durch das Ministerium für Gesundheitswesen gelenkter Ausschüsse und Gremien. Dieser wurde schließlich getroffen und man begann die Substanzen zu analysieren und ab Ende 1967 zu produzieren. So konnten in der Nervenlinik der Berliner Charité erste klinische Erfahrungen mit den nun breit verfügbaren Benzodiazepinen gesammelt werden.

Zielstellung

In einem mehrschrittigen Vorgehen habe ich die Jahre vor und nach der Verfügbarkeit der Medikamente unter besonderer Berücksichtigung der Charité von 1962-1975 untersucht. Ziel war es dabei erstens, die ärztliche Anwendung der neuen Beruhigungsmittel zu charakterisieren. Zweitens sollte die Sensibilität der Kliniker für das Abhängigkeitspotential der Medikamente beurteilt werden. Drittens fragte ich nach dem Einfluss von DDR-Bürgern auf die Entscheidung zur nationalen Produktion von Benzodiazepinen.

Methodik

Meine Untersuchung basiert auf der Auswertung von Kranken- und Verwaltungsakten der Nervenlinik. Nach einer explorativen Sichtung wurden folgende Kriterien für eine Auswertung der Krankenakten festgelegt: 1. Die Anwendung von sedierenden Medikamenten während des stationären Aufenthalts 2. Der dokumentierte Gebrauch von Beruhigungsmitteln vor der stationären Aufnahme 3. Die Diagnose Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit.

Es wurden drei Zufallsstichproben von insgesamt 732 Akten aus den Jahrgängen 1962, 1968 und 1975 ausgewertet. Bei allen Akten, welche die genannten Kriterien erfüllten, wurden Variablen wie das Geschlecht, der soziale Status der Patienten, die Diagnosen und die Anzahl der Behandlungstage mit einem Beruhigungsmittel bestimmt und die Häufigkeiten für die Publikationen selektiv ausgewertet. Zusätzlich erfolgte eine qualitative Analyse, welche etwa eine Beschreibung der Indikationsstellung und die Beurteilung als Medikamentenabhängigkeit ermöglichte. Weiterhin wurde die zeitgenössische wissenschaftliche Literatur und Petitionen von DDR-Bürgern an das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR ausgewertet.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

In einer ersten Veröffentlichung stellte ich die ärztliche Anwendung der Benzodiazepine dar. Diese orientierte sich stark an den verbreiteten Barbituraten. Nur unzureichend konnten die neuen Präparate in das psychopathologische Forschungsprogramm der Klinik integriert werden und wurden zunächst sehr zurückhaltend eingesetzt. In einer weiteren Arbeit untersuchte ich die Sensibilisierung für das Suchtpotential der Substanzen. Überraschender Weise konnte diesbezüglich eine deutlich zunehmende Akzeptanz für die regelmäßige Einnahme der Präparate in den 1970er-Jahren beobachtet werden. Schließlich erörterte ich in einem dritten Aufsatz, wie die DDR-Bürger durch Petitionen an das zuständige Ministerium die politische Entscheidung zur Produktion von Benzodiazepinen beförderten.

Abstract - englisch

Introduction

Benzodiazepines were launched on western markets at the beginning of the 1960s and rapidly became blockbuster drugs. However, these drugs were not available in the GDR due to import restrictions and ideological doubts. The main prerequisite for importation or national production was a favourable decision by centralized panels controlled by the Ministry of Health. Once this decision was eventually taken, chemical analysis began and national production was underway by the end of 1967. Clinicians at the Berlin Charité Nervenlinik were then able to gain their first clinical experiences with the now widely available benzodiazepines.

Objectives

I observed the years before and after introduction of the benzodiazepines with a special focus on the Charité between 1962-1975. I first aimed to characterize the application of the new sedatives in clinical practice. Secondly, I observed the perception of their addictive potential among clinicians. I thirdly asked how GDR citizens influenced drug policy to achieve the national production of benzodiazepines.

Methods

My study is based on an examination of the Charité-Nervenlinik's patient and administrative files. After an explorative survey, the following criteria for further investigation were defined: 1. the application of sedatives in the medications during hospitalisation; 2. the documented usage of sedatives before admittance to the hospital; 3. diagnosis of drug abuse or addiction. Three random samples from a total of 732 patient files were taken from the volumes 1962, 1968 and 1975. Of all the files that met the above-mentioned criteria, variables such as sex, social status,

diagnosis and the duration of application of a sedative were included and frequencies were determined specifically regarding the scope of the publication. Additionally, a qualitative analysis allowed for descriptions such as indication for treatment and the evaluation of abusive behaviour. Furthermore, the contemporary scientific literature and petitions of GDR citizens to the Ministry of Health were examined.

Results and conclusions

In a first article I portrayed the medical application of the benzodiazepines in clinical practice. It was closely related to barbiturates, which had been in widespread use for a considerable period of time. The drugs' application could not be matched with the psychopathological research interests at the Nervenlinik and were in limited use. In a second work, I examined the perception of the drugs' addictive potential among clinicians. Surprisingly, an increasing tolerance towards regular intake of benzodiazepines was observed in the 1970s. And finally, in a third published work, I discussed how GDR citizens used petitions to the Ministry of Health to push for a political decision on the national production of benzodiazepines.

I. Einleitung

Seit vielen Jahrzehnten beschäftigen sich Historikerinnen und Historiker mit der Geschichte psychotroper Substanzen.¹ Einen „Meilenstein“ der neueren Historiografie stellt das Buch „The antidepressant era“ dar, mit dem der britische Psychiater David Healy 1997 den analytischen Erkenntnisgewinn einer solchen „Stoffgeschichte“ auch für die breit eingesetzten verschreibungspflichtigen Psychopharmaka der Nachkriegszeit demonstrierte.² Am Beispiel der ersten Antidepressiva untersuchte Healy die für westliche Gesundheitssysteme charakteristischen Zirkulationen der Präparate zwischen Klinik, Industrie und Öffentlichkeit.³ Seine Darstellung jener regulatorischen Vorgänge, welche die Einführung von neuen Medikamenten flankieren, stimulierte eine Reihe weiterer Arbeiten zu psychotropen Substanzen.⁴ Alle diese Arbeiten trugen dazu bei, die „Regulation“ von Medikamenten als analytischen Begriff der zeitgenössischen Arzneimittelgeschichtsschreibung zu prägen. Mit diesem Begriff lässt sich ein breites Verständnis von Forschung, Entwicklung, Produktion, Zirkulation, Verschreibung sowie

¹ Vgl. u.a. Musto 1973; Ackerknecht 1979; Courtwright 1982.

² Healy 1997.

³ Healy knüpfte an diese erste Übersichtsarbeit mit Zeitzeugen-Interviews, Zeitschriften-Artikeln und weiteren Monographien an, siehe Healy 2002. Für einen expliziten Vergleich von west-deutscher und amerikanischer Arzneimittelregulation siehe Daemmrich 2004.

⁴ Vgl. etwa Balz 2008; Snelders und Kaplan 2002; Snelders et al. 2006; Pieters und Snelders 2007; Rasmussen 2008.

der klinischen Anwendungsbereiche gewinnen.⁵ Im Rahmen eines europäischen Forschungsnetzwerks ist eine Arbeitsgruppe am Institut für Geschichte der Medizin an der Charité in Berlin daran beteiligt, eine solche „neue Arzneimittelgeschichte“ für die DDR zu schreiben.⁶

Mein Beitrag in dieser Arbeitsgruppe bestand in der Untersuchung der Benzodiazepine. Sie stellten die im Westen für viele Jahre meistverkaufte Stoffgruppe überhaupt dar.⁷ Die Präparate waren das Ergebnis einer Suche nach potenteren und länger wirksamen Beruhigungsmitteln als den bis dahin verfügbaren Substanzen, insbesondere den Barbituraten. Einen wichtigen Zwischenschritt stellte dabei 1955 die Markteinführung von Meprobamat dar, welches unter den Markennamen Miltown® und Equanil® in den USA vermarktet wurde.⁸

Die Einführung neuer Arzneimittel in der DDR folgte gänzlich anderen Rationalen als in den westlichen Ländern. Im zentralstaatlich gelenkten System waren die Forschungsleiter der Arzneimittelbetriebe in den zentralen Arbeitskreis „Synthetische Heilmittel“ eingebunden, welcher die Aufgabe hatte, Forschungs- und Entwicklungsvorhaben auf diesem Gebiet zu koordinieren. Der Arbeitskreis bestand weiterhin aus Vertretern der zuständigen Ministerien, sowie verschiedener Organe, wie dem Institut für Arzneimittelprüfung in Berlin und der Vereinigung der Volkseigenen Betriebe „Pharmazeutische Industrie“ und wurde als Gremium ab 1957 wiederum dem neu gegründeten Forschungsrat der DDR unterstellt. In den Zentralen Gutachterausschuss für Arzneimittelverkehr, einem weiteren wichtigen, dem Ministerium für Gesundheitswesen unterstellten Gremium, waren zusätzlich zu Entsandten aus Industrie und staatlichen Stellen auch Mediziner und Apotheker eingebunden. Sie beschieden über die Zulassung neuer Präparate, den Import von Westmedikamenten und machten Vorschläge für die Entwicklung neuer Syntheseverfahren. In den späten 1950er- und den 1960er-Jahren bedeutete dies insbesondere die Empfehlung zur Nachentwicklung von Substanzen, die auf dem westlichen Markt bereits verfügbar waren.⁹ Die erwähnten Instanzen entschieden damit – letztlich unter Kontrolle der Parteifunktionäre der SED – über die konkrete Verfügbarkeit einzelner Arzneimittel in der DDR. In dieser Differenz zur freien industriellen Produktion sowie

⁵ Für ein analytisches Resümee siehe Gaudillière und Hess 2012, S.1-16.

⁶ Die Forschungen in dem von Volker Hess geleiteten DFG-Projekt „Psychochemicals crossing the wall“ (He 2220/7) waren in den Forschungsverbund der European Science Foundation „Standard drugs and drug standards. A comparative historical study of pharmaceuticals in the 20th century“ eingebunden. Zum Arbeitsprogramm einer „Neueren Arzneimittelgeschichte“ am Beispiel der DDR siehe Hess 2007.

⁷ Eine detaillierte Übersicht zu Verschreibungen in den USA enthält Smith 1992, S.28-63.

⁸ Nach der Beobachtung sedativer Eigenschaften von Mephesisin durch Frank Berger bei British Drug House entwickelte dieser als Angestellter von Carter Products das Meprobamat, vgl. Herzberg 2009, S.21 und 26-28.

⁹ Zur Regulation von Arzneimittel-Forschung und -Entwicklung in der DDR siehe Klöppel und Balz 2010, S.384-385.

politischen Begrenzungsversuchen im Westen begründet sich auch ein wesentliches historiografisches Interesse der Untersuchung.

In jenen regulatorisch tätigen Gremien war die Entwicklung eines Syntheseverfahrens für Meprobramat höchst umstritten. Sollte man im zentralstaatlichen Planungsprozess tatsächlich einen Teil der Forschungs- und Produktionskapazitäten für die Nachentwicklung eines Präparates binden, das in den USA zur „Bekämpfung der Managerkrankheit“ eingesetzt wurde?¹⁰ Diese Diskussion wiederholte sich in verschärfter Form, als Anfang der 1960er-Jahre die Nachfolgepräparate Librium® (Chlordiazepoxid) und Valium® (Diazepam) von der Firma Hoffmann-La Roche auf die westlichen Märkte gebracht wurden.¹¹ Aufgrund der überzeugenden Einwände von Fachvertretern und einer Reihe von Petitionen aus der Bevölkerung entschloss man sich schließlich doch für die Nachentwicklung und Produktion. Als ein Syntheseweg etabliert war, brachte das Arzneimittelwerk Dresden mit Timosin® (Chlordiazepoxid) Ende 1967 die ostdeutsche Variante von Librium® in den Handel.¹² Das gab den Ärzten und Patienten die Möglichkeit, ab 1968 erste eigene Erfahrungen mit dieser Wirkstoffgruppe zu sammeln.¹³

Hiermit stellten sich eine Reihe von Fragen: Für welchen Indikationsbereich sollten Benzodiazepine angewandt werden? Musste man bei den Präparaten von einem ähnlich hohen Suchtpotential ausgehen wie bei den lange bekannten Barbituraten? Sollte man die Mittel überhaupt unter klinischen Bedingungen einsetzen? Konnte eine bestimmte Dosis oder Anwendungsdauer der Medikamente als unbedenklich gelten? Wie also bildete sich unter den besonderen Bedingungen der zentralstaatlichen Lenkung und gezielten Bedarfsermittlung eine „klinische Praxis“ heraus? Als Aushängeschild der Patientenversorgung und Forschung in der DDR wurde in der Dissertation hierfür die Nervenklinik der Charité untersucht.

Wie bereits erwähnt wurde, geriet auch die Nachfrage von DDR-Bürgern für den Entscheid zur Nachentwicklung nach den Präparaten in den Blick des Forschungsinteresses. Diese waren durch ihre (West-)Verwandtschaft, den vor allem grenznah zu empfangenden „Westfunk“, die Ärzte- und Apothekerschaft aber auch durch die staatlich gelenkte anti-westliche Propaganda erstaunlich gut über die neu verfügbaren Präparate informiert.¹⁴ Die DDR-Führung hatte mit den wirtschaftspolitischen Bestimmungen zur „Störfreimachung“ nach dem Mauerbau jedoch

¹⁰ Siehe hierzu ausführlich Klöppel und Balz 2010, S.387-389.

¹¹ Sternbach 1979, S.5.

¹² Anonymous 1967.

¹³ Für sehr kurze Zeit war Librium als Importmedikament direkt nach der Verfügbarkeit im Westen 1960 auch in die DDR importiert worden. Eine breite Anwendung oder ein Gebrauch im größeren Maßstab fand jedoch in dieser Zeit nicht statt.

¹⁴ Die Erwähnung von Markennamen in Artikeln über den steigenden westdeutschen Arzneimittelkonsum trug hier nicht intendiert zur Verbreitung des Wissens über Präparate aus dem „kapitalistischen Ausland“ bei, vgl. Klöppel und Hoheisel 2013, S.216-217 und 222-223.

angestrebt, die Devisen-Aufwendungen für westliche Arzneimittel weiter zu reduzieren.¹⁵ Die versuchte Ermittlung eines objektiven Bedarfs im Rahmen der „Bedarfsforschung“ blieb unzureichend. Und so sahen sich die Mitglieder der verschiedenen Gremien vor die Aufgabe gestellt, in der Entscheidungsfindung zur Benzodiazepin-Einführung zwischen ideologischen Bedenken, sowie einer zur Sparsamkeit verpflichteten Haushaltspolitik und den Forderungen der Bürger abzuwägen. Die Untersuchung von Petitionen und Antwortschreiben aus dem Ministerium für Gesundheit bildete im Rahmen eines Aufsatzes einen eigenen Teil der Dissertation.

II. Zielstellung

Die Dissertation ist als ein komplementärer Teil des Forschungsprojektes zur Geschichte der Psychopharmaka in der DDR angelegt. Drei Fragenkomplexe standen im Mittelpunkt meiner Arbeit und wurden in den separaten Aufsätzen erörtert:

1. Wie nahmen DDR-Bürger über Petitionen Einfluss auf die Nachentwicklung von Benzodiazepinen in der DDR?
2. Wie wurden die neuen Beruhigungsmittel in der Nervenklinik der Charité angewendet?
3. Wie wurden die ersten Erfahrungen mit dem Abhängigkeitspotenzial der neuen Medikamente beurteilt?

III. Methodik

Folgende Quellenmaterialien konnte ich für meine Untersuchung heranziehen:

A. *Quellen zur Arzneimittelregulation*

Im Bestand des Bundesarchivs sind die Verwaltungsakten des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR archiviert. Insbesondere Sitzungs-Protokolle und der Schriftverkehr wurden hinsichtlich des Umgangs mit Benzodiazepinen gezielt ausgewertet.¹⁶ Zur historisch-kritischen Bewertung der Regulation von Import, Nachentwicklung und Produktion der Benzodiazepine in der DDR wurden die Eingaben der Bevölkerung gesichtet, welche

¹⁵ Zum wirtschaftspolitischen Programm der Störfreimachung, welches auf eine weitreichende Unabhängigkeit der DDR von wirtschaftlichen Beziehungen zu kapitalistischen Ländern abzielte siehe Steiner 2007, S.124-126. Zur Bedeutung für die Arzneimittelversorgung vgl. Klöppel und Balz 2010; Balz und Hoheisel 2011, S.454-455.

¹⁶ Bundesarchiv: Abteilung DDR, DQ1. Hierbei konnte ich zusätzlich auf Vorarbeiten von Ulrike Klöppel bei der Auswertung dieser Unterlagen zurückgreifen.

Nachfragen zu diesen Präparaten enthielten.¹⁷ Zur Einordnung in die historische Konsumforschung wurde die einschlägige Sekundärliteratur konsultiert.¹⁸

B. Kranken- und Verwaltungsakten der Klinik

Als primäre Quelle für Anwendung und Gebrauch der Benzodiazepine habe ich die im Historischen Psychiatrie-Archiv der Charité (HPAC) archivierten Krankenakten der Nervenklinik herangezogen. Darüber hinaus konnte ich Verwaltungsakten aus dem Direktorat der Nervenklinik einsehen, die ebenfalls im HPAC überliefert sind.

Die Markteinführung des ersten Benzodiazepins datiert vom Dezember 1967. Als Arbeitshypothese wurde folglich angenommen, dass sich in den Krankenakten des Jahrgangs 1968 die ersten Erfahrungen mit den Präparaten finden lassen müssten. Als ich meine Arbeit begann, standen mir die Akten bis 1975 zur Verfügung, um einen langfristigen Vergleich von Einführungsphase und etabliertem Umgang durchzuführen. Zusätzlich wurde 1962 als zweiter Vergleichsjahrgang definiert, um den Umgang mit Beruhigungsmitteln vor der Verfügbarkeit der Benzodiazepine zu rekonstruieren.¹⁹

Auf Basis einer kompletten Sichtung von je ca. 50 fortlaufend abgelegten Akten für alle drei Jahrgänge wurden diese hinsichtlich der Ergiebigkeit für eine qualitative Beurteilung²⁰ überprüft und folgende Kriterien in den Akten quantifiziert:

1. Eine stationäre Anwendung von sedierenden Medikamenten ist in der Medikamentenkurve dokumentiert.²¹
2. Es wird im Rahmen der schriftlichen Dokumentation der Anamnese auf einen Gebrauch von Beruhigungsmitteln vor der stationären Aufnahme hingewiesen.
3. Die Diagnose in der Epikrise lautet Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit.²²

¹⁷ Die Auswertung der Eingaben, die Thesenformulierung, sowie die Einordnung der Forschungsergebnisse erfolgte gemeinsam mit meiner Kollegin Ulrike Klöppel, die Auswertung weiterer Protokolle und des übrigen Schriftverkehrs für die gemeinsame Publikation ausschließlich durch sie.

¹⁸ Vgl. hierzu insbesondere die Thesendiskussion in Klöppel und Hoheisel 2013, S.230-234.

¹⁹ Es wurde zur besseren Vergleichbarkeit gezielt mit dem Jahrgang nach dem Mauerbau begonnen und die hieraus resultierende asymmetrische Verkürzung des Abstands zwischen 1962 und 1968 gegenüber 1968 und 1975 in Kauf genommen, siehe Balz und Hoheisel 2011, S.454-455.

²⁰ Als Hinweis hierauf wurde das in der qualitativen Sozialforschung verbreitete Merkmal der „maximalen Variation“ innerhalb der Auswahl berücksichtigt. Die Verteilung von potentiell interessanten Eigenschaften innerhalb der Vorauswahl führte zur Schätzung einer Mindestzahl von 50 auszuwertenden Anwendungsfällen, vgl. Flick 2007, S.167.

²¹ Als „Anwendung“ galt die Dokumentation eines Beruhigungsmittels, vgl. die Liste der verfügbaren Beruhigungsmittel in Hoheisel 2012, Tabelle 3, S.94.

²² In zwei Akten vorgefundene Umschreibungen dieser Diagnose wurden ebenfalls als solche gezählt.

Daraufhin wurde für die Erhebung einer Zufallsstichprobe eine Fallzahlschätzung durchgeführt. Das Ziel war die Erhebung von mindestens 50 Anwendungsfällen für eine ausreichende empirische Sättigung bei qualitativer Auswertung.²³ Dafür errechnete ich die zu erhebende Mindestgröße der Stichprobe.²⁴ Da die Stichproben der Jahrgänge 1962 und 1975 im Rahmen der Arbeitsgruppe auch von weiterreichendem Interesse waren, wurden sie deutlich über die für meine Auswertung erforderliche Mindestgröße hinaus erweitert (siehe Tabelle 1).

Stichprobenerhebung	1962	1968	1975
Geschätzte Anzahl der Anwendungsfälle	30 %	55 %	35 %
Zur Verfügung stehende Auswahlgrundlage	952	ca. 740	875
Errechnete minimale Stichprobengröße	167	92	142
Tatsächliche Stichprobe (% der Auswahlgrundlage)	251 (26,3%)	92 (12,4%)	389 (44,5%)

Fallzahlen nach Kriterien (siehe Text)			
Kriterium 1 (% der Stichprobe)	74 (40,9%)	45 (48,9%)	166 (42,7%)
Kriterium 2 (% der Stichprobe)	17 (6,8%)	43 (46,7%)	100 (25,7%)
Kriterium 3 (% der Stichprobe)	9 (3,6%)	22 (23,9%)	16 (4,1%)
Zusätzliche Fälle von „Medikamentenmissbrauch“ aus Gesamtansicht der Jahrgänge	12	-	14

Tabelle 1- Stichprobenerhebung und Fallzahlen

Um eine repräsentative Stichprobe zu erhalten, wurden elektronisch Zufallszahlen für jeden Jahrgang generiert und für eine Ziehung von Akten aus den Aktenkartons genutzt.²⁵

Für das dritte Kriterium, die diagnostizierte Medikamentenabhängigkeit, fand ich eine geringe Fallzahl. Daher habe ich für die Jahrgänge 1962 und 1975 den Gesamtbestand der Akten hinsichtlich der auf dem Aktendeckel vermerkten Diagnose überprüft und für die qualitative Analyse alle Fälle von Medikamentenmissbrauch ebenfalls eingeschlossen.²⁶

²³ Siehe Fußnote 20.

²⁴ Die Berechnung erfolgte auf Basis der geschätzten Anwendungsfälle im Bestand der Jahrgänge. Eine Fallzahl, welche wie in rein quantitativen Verfahren eine statistische Signifikanz von Untersuchungsergebnissen ermöglichen soll, konnte bei dieser Form der explorativen Untersuchung nicht berechnet werden, vgl. Flick 2007, S.158-162. Eine zusätzliche Orientierung boten andere Arbeiten, die auf der Auswertung von Krankenakten beruhen. Die Forschergruppe um Thomas Beddies etwa untersuchte 4 000 Akten eines ca. 50 000 Akten umfassenden Bestandes über 40 Jahre (ca. 8% bei im Mittel 1250 überlieferten Akten pro Jahr). Die umfassenden Forschungen zum Archiv des Burghölzli von Marietta Meier und Kollegen basieren auf einer Auswertung von 1 330 Dossiers eines Gesamtbestandes von 7 000 Akten über 100 Jahre (ca. 20% bei im Mittel jedoch nur 70 überlieferten Akten pro Jahr), Angaben nach Balz 2010, S.165.

²⁵ Diese Vorgehensweise, in der die Zufallszahlen der Reihenfolge der Ablage in den Kartons entsprechen, hat sich für die Erhebung von Zufallsstichproben aus dem Berliner Psychiatriearchiv bewährt, vgl. etwa auch Linden et al. 2012.

²⁶ Für quantitative Auswertungen, etwa im Rahmen der zweiten Publikation, wurden diese zusätzlichen Akten nicht herangezogen, um die Repräsentativität der Stichprobe zu erhalten, siehe Hoheisel 2012, S.79.

Diese Akten wurden ausgewertet und die Stammdaten zu jeder Behandlung in eine mit der Software Filemaker 8.5 erstellte Datenbank aufgenommen.²⁷ In den Veröffentlichungen wird aus den Krankenakten ausschließlich anonymisiert zitiert.

Für die Publikation zur Anwendung der Benzodiazepine habe ich Korrelationen zwischen der Anwendung und den gestellten Diagnosen, Stationen und behandelnden Ärzten untersucht.²⁸ Um die Motivation für die Anwendung zu erfassen, habe ich die Krankenakten angelehnt an die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.²⁹

Für die Publikation zur Suchtproblematik beschrieb ich die Differenzen zwischen den Fällen eines „legitimen“ und „pathologisierten“ Gebrauchs.³⁰ Ich verglich neben den Häufigkeiten zwischen den drei Stichprobenjahrgängen insbesondere den argumentativen Kontext, in welchem die Diagnose einer Sucht als legitim erschien. Schließlich ergänzte ich diese Beurteilung mit einer kontrastierenden Darstellung zweier Patientenakten.³¹

C. Zeitschriften

Zur weiteren Kontextualisierung der Untersuchungsergebnisse habe ich darüber hinaus systematisch wichtige DDR-Fachzeitschriften gesichtet. Für die Jahrgänge von 1960-1975 waren dies *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* und *Medicamentum*. Zusätzlich wurde auch die populär-wissenschaftliche Zeitschrift *Deine Gesundheit* herangezogen. Bei relevant erscheinenden Literaturverweisen auf andere Veröffentlichungen habe ich diese ebenfalls gesichtet.

Insbesondere die Publikationen aus der Nervenklinik habe ich erfasst, hinsichtlich der zitierten eigenen Arbeiten untersucht und in einem weiteren Arbeitsschritt ausgewertet. Darüber hinaus erfolgte auf der Grundlage einer Schlagwortsuche mit „Sucht“, „Abhängigkeit“, „Medikamente“, „Benzodiazepine“ und „DDR“ im Katalog der Deutschen Nationalbibliothek eine Identifikation relevanter Sekundärliteratur sowie monografischer Überblicksarbeiten.

²⁷ Die Daten sind auf einem zentralen Server des Instituts für Medizingeschichte gespeichert. Lokale Kopien des erhobenen Datensatzes wurden nicht erzeugt.

²⁸ Balz und Hoheisel 2011, S.459-460 und 464.

²⁹ Dort, wo in der Akte ein Beruhigungsmittel erwähnt wurde, untersuchte ich den Kontext auf argumentative Muster hin und kodierte sie, wo die Dichte der Dokumente dies als vielversprechend erscheinen ließ, mit zusammenfassenden Begriffen. Zum Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse siehe Mayring 2008.

³⁰ Hoheisel 2012, S.69.

³¹ Hoheisel 2012, S.74-86.

IV. Ergebnisse

Die Beantwortung der Forschungsfragen erforderte ein mehrschrittiges Vorgehen, deren Ergebnisse in drei Publikationen dokumentiert wurden. Im Rahmen der Publikation „Wunschverordnung oder objektiver Bevölkerungsbedarf – die Wahrnehmung des Tranquilizer-Konsumenten in der DDR (1960-1970)“³² stellte ich den Einfluss der DDR-Bürger auf die Erforschung und nationale Produktion der Medikamente dar. In einer weiteren Studie „East-Side story: the standardisation of psychotropic drugs at the Charité Psychiatric Clinic, 1955-1970“³³ untersuchte ich die ärztliche Anwendung von Benzodiazepinen. Schließlich zeichnet die Veröffentlichung „Von der Suchtdroge zum Therapeutikum“³⁴ die Wahrnehmung des Abhängigkeitspotentials der Medikamente nach. Im Folgenden werde ich die Ergebnisse entlang der drei Einzelpublikationen schildern.

A. Wunschverordnung – Patienten als Konsumenten

Die Auswertung zeitgenössischer Zeitschriften sowie von Archivmaterial aus dem Ministerium für Gesundheitswesen der DDR legte eine Debatte über sogenannte „Wunschverordnungen“ offen.³⁵ Mit diesem Schlagwort wurde die bereitwillige Rezeptierung von Beruhigungsmitteln auf Wunsch der Patienten bezeichnet. Der stetige Anstieg der Medikamentennachfrage war aus wirtschaftlicher Sicht für die DDR-Staatsführung problematisch, bedingte er doch nicht nur den Einsatz erheblicher Mittel des Staatshaushalts, sondern im Falle von Importen sogar den Einsatz knapper Westdevisen. Deshalb befasste man sich im Ministerium für Gesundheitswesen der DDR bereits seit Anfang der 1950er-Jahre mit Instrumenten „zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und ausreichenden Verordnung von Arznei- und Heilmitteln“³⁶.

Trotz aller damit einhergehender Versuche zur Eingrenzung des Arzneimittelkonsums verweisen die archivarischen Quellen auf einen entscheidenden Einfluss der DDR-Bürger bei der Aufnahme der Benzodiazepine in den Forschungsplan. In den als „Eingaben“ bezeichneten Beschwerdebriefen, die direkt an das Ministerium gingen, erfragten sie diese Präparate wiederholt bereits ab Anfang der 1960er-Jahre. Zunächst führten solche „Einzelanforderungen“ zum „Import [von] Librium in geringer Menge“.³⁷ Schließlich wurden diese Anfragen aber durch Akteure in den Expertengremien und im Ministerium für Gesundheitswesen selbst wiederholt als

³² Klöppel und Hoheisel 2013.

³³ Balz und Hoheisel 2011.

³⁴ Hoheisel 2012.

³⁵ Siehe exemplarisch Wolf und Kluge 1962, S.1120.

³⁶ Ministerium für Gesundheitswesen 1953, S.184.

³⁷ Anonymos [MfG], o.D. [1964]. *Probleme der Arzneimittelversorgung*. BArch: Abt. DDR, DQ 1/5048.

Argument für eine DDR-eigene Nachentwicklung und Produktion der Substanzen herangezogen, die ab 1968 in der regulären Bereitstellung von Chlordiazepoxid resultierte.³⁸ Man kann also feststellen, dass auch in der sozialistischen Planwirtschaft Bürger mindestens zeitweilig als Konsumenten wahrgenommen wurden und einen aktiven Einfluss auf die Bedarfsplanung nahmen.³⁹

B. Standardisierung – Rationalitäten der Anwendung von Benzodiazepinen

Der Mangel an personellen und materiellen Ressourcen gilt als spezifisches Merkmal des DDR-Gesundheitssystems. Die Frage nach der materiellen Versorgung der Charité-Nervenlinik in jenen Jahrzehnten ist daher besonders relevant.⁴⁰ Allerdings mangelte es den Psychiatern nur selten an den in der DDR produzierten Psychopharmaka, wie Protokolle aus dem „Arzneimittel-Versorgungsausschuss“ der Charité belegen.⁴¹ Auch finden sich in den Krankenakten keine Hinweise auf den Abbruch einer psychopharmakologischen Therapie wegen Versorgungsengpässen. Die Quellenlage spricht eindeutig gegen eine unzureichende Versorgung der Charité mit Psychopharmaka.⁴²

Die Versorgung der etwa 300 Betten übernahmen die sieben Oberärzte und 22 Assistenten der Nervenlinik, die daneben sieben funktionsdiagnostische Einheiten zu supervidieren und die Versorgung einer Poliklinik sicherzustellen hatten.⁴³ Dies führte im klinischen Alltag zu wechselnden Präsenzen auf den Stationen. Beim Vergleich der in den Krankenakten dokumentierten Behandlungen zeigt sich die „Handschrift“ eines vertretungsweise behandelnden Oberarztes deutlich. Eine Verwendung oder Nicht-Verwendung von Beruhigungsmitteln, die aus mangelnder personeller Besetzung hervorgegangen wäre, konnte ich jedoch nicht nachweisen.⁴⁴ Karl Leonhard verfolgte als Direktor aufmerksam die klinische Beurteilung der behandelten Patienten. An den Krankenakten lässt sich dies detailliert nachverfolgen. Bereits am Tage der Aufnahme wurde in der sogenannten „Chefrunde“ eine erste diagnostische Hypothese mit dem

³⁸ Klöppel und Hoheisel 2013, S.225-230.

³⁹ Klöppel und Hoheisel 2013, S.230-234.

⁴⁰ Vgl. etwa Hanrath 2002, S.383-399; Rose und Weinke 2005, S.91-94.

⁴¹ Es finden sich lediglich für einige Wochen Versorgungsengpässe mit Antidepressiva, wie dem aus Ungarn importierten Melipramin. Sedativa waren hiervon nicht betroffen. Seitens der Nervenlinik wurden im Arzneimittelversorgungsausschuss nur selten Klagen über eine ungenügende Versorgung mit Psychopharmaka aus nationaler Produktion laut. Es finden sich eher Aufforderungen durch die Pharmazeuten an den „Direktor der Nervenlinik [...], seine recht umfangreiche Planung, die in der Liste A1 enthalten ist, zu überprüfen“, siehe Ahrens 1961.

⁴² Dies entspricht auch der Wahrnehmung von Dr. Christian Donalies, welcher von 1965-1970 als Assistenzarzt an der Nervenlinik beschäftigt war und in einem Zeitzeugen-Interview zur Verfügbarkeit der Medikamente an der Charité befragt wurde, siehe Atzl 2005, S.82.

⁴³ Balz und Hoheisel 2011, S.455.

⁴⁴ Als solche wäre etwa eine vermehrte Beruhigungsmittel-Anwendung bei erhöhtem Krankenstand geeignet gewesen. Derartiges konnte jedoch nicht beobachtet werden.

Direktor diskutiert. Im Laufe der stationären Behandlung erfolgte - wenn notwendig - eine Revision der initialen Beurteilung im Rahmen der Chefvisiten, während derer sich Leonhard die bisherigen Beobachtungen schildern ließ.⁴⁵ Für das an der Klinik etablierte Krankheitsverständnis war die Verlaufsbeurteilung von großer Bedeutung. Sowohl bei psychotisch klassifizierten Patienten als auch bei neurotischen Krankheitsbildern sah Leonhard die Aufgabe des Psychiaters insbesondere in einer prognostischen Einschätzung der diagnostizierten Erkrankung.⁴⁶ Daher drängte er in seinen wissenschaftlichen Artikeln sowie am Krankenbett immer wieder auf einen zurückhaltenden Einsatz von Psychopharmaka. Die Anwendung von Beruhigungsmitteln, Antidepressiva oder Neuroleptika verschleierte den phasenartigen Charakter von Psychosen oder verhindere das Erkennen einer neurotischen Entwicklung.⁴⁷

Die Oberärzte Heinz A.F. Schulze und Jochen Neumann erprobten in der ersten Hälfte der 1960er-Jahre den Einsatz des Antidepressivums Imipramin® und des Antipsychotikums Methopphenazin® als diagnostische Indikatoren für die Subtypen der endogenen Psychosen nach Leonhard.⁴⁸ Was sich in den Publikationen als Teilerfolg darstellt, ließ sich an den in Krankenakten dokumentierten Behandlungen jedoch nicht nachvollziehen. Die dokumentierte Wirkung der Medikamente spielte bei der Diagnosestellung keine besondere Rolle.⁴⁹ Dies galt insbesondere auch für Beruhigungsmittel. Während in anderen Kliniken Forschungen zur möglichen „Differentialtherapie“ mit den neuen Benzodiazepinen betrieben wurden, publizierten die Charité-Psychiater überhaupt nicht zu diesen Präparaten.⁵⁰

Die klinische Anwendung in der Charité folgte im gesamten Untersuchungszeitraum vielmehr einer an einzelnen Symptomen wie Schlaflosigkeit, Angst oder Unruhe orientierten Pragmatik. Dies mochte in manchen Fällen auch Ausdruck einer gewissen Hilflosigkeit sein, die nach vergeblichen Versuchen mit anderen Psychopharmaka zur Verordnung der als Beruhigungsmittel angesehenen Benzodiazepine führte.⁵¹ Insgesamt lässt das Verwendungsmuster im Vergleich der beiden Stichproben aus den Jahrgängen 1962 und 1968 den Schluss zu, dass sie klinisch zunächst ähnlich den Barbituraten und anderen Beruhigungsmitteln eingesetzt wurden, ohne spezifische Indikationen zu behandeln und daher schlecht in das an der Klinik etablierte Forschungsprogramm integrierbar waren.

⁴⁵ Vgl. hierzu auch den Zeitzeugenbericht der ehemals in der Nervenklinik beschäftigten Psychologin Ellen Sitte in Geyer 2011, S.105-109.

⁴⁶ Leonhard 1957, S.364.

⁴⁷ Leonhard et al. 1965, S.16; Leonhard 1995, S.90-91.

⁴⁸ Die Untersuchung der klinischen Praxis und Forschung zu den Antidepressiva erfolgte durch meine Kollegin Viola Balz für die gemeinsame Publikation.

⁴⁹ Balz und Hoheisel 2011, S.456-459.

⁵⁰ Kühne 1972.

⁵¹ Balz und Hoheisel 2011, S.459-461.

C. *Suchtdroge – Die Beurteilung des Abhängigkeitspotentials*

Ähnlich verhielt es sich mit dem Abhängigkeitspotential der Substanzen. Den Verdacht eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit äußerten die Charité-Psychiater bereits bei den ersten Patienten, die vor ihrem stationären Aufenthalt Benzodiazepine erhalten hatten. Die neuen Präparate wurden als Beruhigungsmittel betrachtet und ihnen damit ein Suchtpotential gleich dem der Barbiturate und anderer Schlafmittel zugeschrieben. Die Gefahr einer Suchtentwicklung musste also nicht zuerst „entdeckt“ oder beobachtet werden.

Der Vergleich der Einführungsmonate 1968 mit dem späteren Umgang im Jahre 1975 offenbarte allerdings eine überraschende „Liberalisierung“ des Suchtbegriffs. So findet sich die Einschätzung einer „pathologischen Medikamenteneinnahme“ zunehmend seltener. War in den Jahren 1962 und 68 nahezu jede zweite Einnahme von Beruhigungsmitteln in der Anamnese als pathologisch bewertet worden, fiel diese Quote in der Stichprobe von 1975 auf lediglich 15 Prozent ab.⁵² Dabei war weder eine geschlechtsspezifische noch eine durch den sozialen Status bedingte Korrelation von Medikamenteneinnahme und deren pathologischer Bewertung zu beobachten.⁵³

Entsprechend diesem Trend konnte in der inhaltsanalytischen Auswertung der Krankenakten ebenfalls eine zurückhaltendere Problematisierung der Einnahme von Beruhigungsmitteln und besonders der Benzodiazepine beobachtet werden. Wenn diese im letzten untersuchten Jahrgang 1975 dennoch erfolgte, so wurde auffällig häufig die ärztliche Verschreibung als ätiologisch wichtiger Faktor der Entstehung einer Medikamentenabhängigkeit diskutiert. Regelmäßig diagnostizierten die Psychiater nun eine „iatrogene Medikamentenabhängigkeit“.⁵⁴

V. Diskussion

A. *Psychopharmaka-Verwendung und Mangelgesellschaft*

Wie die Ergebnisse zeigen, litt die Nervenklinik der Charité nicht unter einem Mangel an Psychopharmaka. Diejenigen Präparate, die die Kliniker verordnen wollten, standen ihnen in aller Regel auch zur Verfügung. Diese Versorgungssituation war für ein DDR-Klinikum keineswegs zu erwarten.⁵⁵ Sie ist vorrangig darauf zurückzuführen, dass die Charité über Berlin

⁵² Hoheisel 2012, Abbildung 2, S.79.

⁵³ Hoheisel 2012, S.75.

⁵⁴ Hoheisel 2012, S.79-80.

⁵⁵ Es muss außerdem festgehalten werden, dass auch in der Charité in vielen Bereichen seit Kriegsende und während der DDR-Zeit Versorgungsengpässe mit Verbrauchsmaterialien bestanden. Bezüglich des durch „Republikflucht“

hinaus eine Vorbildfunktion als Universitätsklinikum erfüllen sollte und im Verhältnis zu anderen Krankenhäusern besser ausgestattet wurde.⁵⁶ Nur an medizinischem Personal bestand aus Sicht der Kliniker auch in den 1960er-Jahren ein relativer Mangel. Es konnte allerdings kein Zusammenhang zwischen einem zeitweiligen Personalmangel – etwa bei erhöhtem Krankenstand – und der vermehrten oder verminderten Anwendung von Benzodiazepinen festgestellt werden. Es ist vielmehr ein zunehmender Einsatz der Präparate bei weitgehend gleichbleibender personeller Ausstattung der Klinik zu beobachten. Die Schlussfolgerung, der Einsatz von und Umgang mit Beruhigungsmitteln an der Nervenlinik der Charité sei einem Ressourcenmangel geschuldet, ist daher unzulässig.

B. Arbeitsweise an der Klinik im Wandel

In der Ära Karl Leonhard war die Nervenlinik entscheidend durch dessen psychopathologisch-diagnostische Arbeitsweise geprägt, die er bei Karl Kleist⁵⁷ erlernt hatte.⁵⁸ Der Direktor hatte einen maßgeblichen Einfluss auf den klinischen Alltag und die Entscheidung über den Beginn oder Abbruch einer psychopharmakologischen Therapie wurde meist direkt oder indirekt durch ihn selbst getroffen. Leonhard hatte lange Jahre in der Psychiatrie gearbeitet, bevor 1952 mit Megaphen® (Chlorpromazin) das erste moderne Neuroleptikum verfügbar war.⁵⁹ Die klinische Evaluation der psychopharmakologisch wirksamen Substanzen in den 1960er-Jahren war jedoch kaum mit der bisherigen Arbeitsweise vereinbar.⁶⁰ Die zunehmende Verwendung von Psychopharmaka in den 1970er-Jahren ist wesentlich eine Folge des Direktorswechsels an der Klinik, der auch weitreichende strukturelle Veränderungen und eine stärker geteilte Verantwortung mit sich brachte.⁶¹ Aber nicht allein diese innerinstitutionelle Veränderung war ausschlaggebend. Für die „Entpathologisierung“ der Psychopharmaka und speziell der Benzodiazepine im Untersuchungszeitraum lassen sich auch gesamtgesellschaftlich weitere Hinweise finden, auf die ich abschliessend eingehen möchte.

entstehenden Personalmangels hatte sich die Situation nach dem Mauerbau jedoch gebessert, vgl. Herrn und Hottenrott 2010, S.101.

⁵⁶ Zur Bedeutung der Charité als vergleichbar gut versorgtes Prestigeobjekt in der DDR vgl. Herrn und Hottenrott 2010, S.104 und 203-215.

⁵⁷ Karl Kleist (1879-1960) leitete von 1920 bis 1950 die Städtische- und Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenranke in Frankfurt am Main.

⁵⁸ Vgl. den Abschnitt IV. B.

⁵⁹ Vgl. zur einschneidenden Bedeutung dieser Markteinführung Thuillier 1999; Healy 2002; Balz 2010.

⁶⁰ In diesem Sinne ist auch die „Gretchenfrage“ zu verstehen, die der langjährige Mitarbeiter und spätere Direktor Heinz A.F. Schulze in einer Publikation 1969 zum Thema machte: „Symptomgerichtete oder krankheitsbezogene Psychopharmakotherapie?“, siehe Schulze 1969.

⁶¹ Siehe hierzu im Detail Hoheisel 2012, S.86-89.

C. *Die schleichende Akzeptanz der Benzodiazepine*

Zu Beginn der 1960er-Jahre hielt man sich an der Charité sehr mit der Verordnung von Benzodiazepinen zurück. Dies korrespondiert auch mit den restriktiven Importbestimmungen und dem vergleichsweise späten Anlaufen der DDR-Produktion insgesamt. Diese Zurückhaltung lockerte sich in der zweiten Hälfte des Untersuchungszeitraums. Wie ist dies zu erklären?

Im Lichte aktueller Forschungsergebnisse möchte ich fünf mögliche und sich gegenseitig ergänzende Erklärungen hierfür diskutieren. Sie sind auch als zukünftige Forschungsfelder für die Untersuchung anderer Kliniken und ambulanter Versorgungseinrichtungen zu verstehen.

1. *Die von den Benutzern erfahrenen Wirkungen förderten den Wunsch zu einer Behandlung mit den Präparaten.*

Das „Wunschverhalten“ der Patienten wurde sowohl in den wissenschaftlichen Zeitschriften, als auch in der populären Berichterstattung diskutiert.⁶² Mit der Einnahme verband sich für die Patienten eine beruhigende Wirkung: Die neuen Arzneimittel erleichterten nicht nur das Einschlafen, sondern ermöglichten es auch, sich vom konfliktbeladenen Alltag zu distanzieren. In der Regel rief die Einnahme Wohlbefinden hervor und nur selten beklagten die Patienten unerwünschte Wirkungen. Sie waren – wie die Bürger westlicher Gesellschaften auch⁶³ – motiviert, weitere Verschreibungen aktiv zu erwirken. Damit ist ihnen eine wichtige Rolle für die zunehmende Verbreitung der Medikamente zuzuschreiben. Auch in der DDR wurde dabei trotz ideologischer Bedenken seitens der politischen Entscheidungsträger dem „Konsumentenwunsch“ mindestens teilweise nachgegeben. Dies galt nach der allgemeinen Verfügbarkeit der Substanzen auch für viele Mediziner. Die in der Nervenklinik dokumentierten Anamnesen zeigen ein weitreichendes Entgegenkommen vieler im ambulanten Bereich tätiger Ärzte auf Verschreibungswünsche von Seiten der Patienten. Im Laufe des Beobachtungszeitraums nahm gleichzeitig die Anzahl der Patienten zu, deren Medikamentenabhängigkeit als „iatrogen verursacht“ gedeutet wurde.⁶⁴ Dies kann gleichzeitig als Sensibilisierung der in der Klinik tätigen Psychiater für jenes Verschreibungsverhalten der ambulant praktizierenden Kollegen gedeutet werden. Ihnen

⁶² Oehmer 1973, S.2152.

⁶³ Vgl. hierzu Kapitel 5 in Tone 2009, S.69-92.

⁶⁴ Hoheisel 2012, S.79-80.

wurde damit wiederholt ein unkritisch dem Wunschverhalten der Patienten entgegenkommendes Verschreibungsverhalten unterstellt.⁶⁵

2. *Die jüngere Generation von Psychiatern setzte die Benzodiazepine selbstverständlich als Teil psychopharmakologischer Behandlungen ein.*

In der psychiatrischen Forschung und Praxis spielten Psychopharmaka seit den 1960er-Jahren eine zentrale Rolle. Industrielle Produktion und Vermarktung sowie die Einführung von randomisierten Studien nach dem Vorbild der somatischen Medizin führten zu einer rasanten Veränderung der Psychiatrie.⁶⁶ Mit der Einführung von Chlorpromazin 1952 war ein erster spezifisch gegen Psychosen eingesetzter Wirkstoff verfügbar und Anfang der 1960er-Jahre kamen auch erste Antidepressiva auf den Markt.⁶⁷ Zwar hatte die Anwendung beruhigender Substanzen seit Einführung von Opium und den Bromiden bis hin zu Chloralhydrat und Barbituraten eine lange Tradition in der Psychiatrie. Die weitreichende Akzeptanz „somatischer Verfahren“ als langfristig einzusetzender Therapien und damit die „biologische Psychiatrie“ kamen jedoch erst Mitte der 1950er-Jahre in den westlichen Ländern auf.⁶⁸ Die regelhafte Evaluation von Psychopharmaka bei einem breiten Spektrum psychiatrischer Symptome wurde an der Charité erst in der zweiten Hälfte des Untersuchungszeitraums zur gängigen Praxis. An den Krankenakten lässt sie sich an der Einführung einer strukturierten Arzneimittel-Anamnese sowie ausgedehnten Versuchen mit verschiedenen Psychopharmaka nachweisen.⁶⁹ Die alltägliche und außerklinische Anwendung von Neuroleptika und Antidepressiva förderte dabei offensichtlich auch die Akzeptanz der Beruhigungsmittel als spezifische und langfristige Therapie. So wurde ihre Wirkung bei Patienten ähnlich wie bei Antidepressiva individuell evaluiert und bei Besserung des Zustandsbildes auch eine Dauertherapie häufiger akzeptiert.⁷⁰

⁶⁵ Vgl. hierzu etwa Hörig, der auf die notwendige „Lenkungsfunktion“ der Ärzte verweist und ihr für eine „kritische Verordnungsweise“ höchste Priorität beimisst, Hörig 1974, S.230.

⁶⁶ Vgl. Fußnote 59.

⁶⁷ 1958 erfolgte die Markteinführung von Imipramin durch Geigy in Westeuropa, vgl. Healy 1997, S.43-77.

⁶⁸ Weber 2008, S.22.

⁶⁹ Siehe hierzu Hoheisel 2012, S.77-84.

⁷⁰ Vgl. hierzu die Darstellung der Behandlung von Werner P. in Hoheisel 2012, S.82-84. Zur zunehmenden Anwendung aller zur Verfügung stehenden Psychopharmaka ab Ende der 1960er-Jahre in der DDR siehe Klöppel und Balz 2010, S.394.

3. *An der universitären Psychiatrie der Charité war die Psychopharmakologie noch bis in die 1960er-Jahre ein Randgebiet. Dies änderte sich unter dem Einfluss der ostdeutschen Reformpsychiatrie und der ihr folgenden Deinstitutionalisierung.*

In der Nervenklinik der Charité konzentrierte sich die Forschung in den 1960er-Jahren auf die systematische Klassifikation von Psychosen und Neurosen. Zwar versuchten einzelne Mitarbeiter, die Wirksamkeitsprüfungen von Antidepressiva und Neuroleptika auf der Grundlage der Leonhardschen Klassifikation durchzuführen. Dieser Versuch führte jedoch an der eigenen Klinik zunächst nicht zu einer weitreichenden Anwendung der Medikamente.⁷¹ In der DDR setzte eine Gruppe von Psychiatern aus Bezirkskrankenhäusern einen wichtigen Impuls hierfür. Sie forderte die breite Anwendung der Psychopharmaka als „aktivierende Therapien“.⁷² Angesichts des auch international beobachteten Trends gewann diese Forderung der Reformpsychiater in den 1970er-Jahren zunehmende Überzeugungskraft im wissenschaftlichen Diskurs.⁷³

4. *Die politische Bewertung der Benzodiazepine war zunächst von Skepsis geprägt, jedoch stimulierte schließlich auch ein volkswirtschaftliches Kalkül die breite Verwendung der Medikamente.⁷⁴*

Die therapeutisch motivierte Reform der Psychiatrie war auch von einem volkswirtschaftlichen Kalkül getragen. So wurden die Kosten einer DDR-eigenen Benzodiazepin-Herstellung mit den zu erwartenden Einsparungen wie kürzeren Klinikaufenthalten und Arbeitsausfällen gerechtfertigt.⁷⁵ Dies führte keineswegs dazu, dass die Medikamente fortan unumstritten blieben, wie die Anfang der 1970er-Jahre geführten Diskussionen um ein neues Suchtmittelgesetz und die immer wieder zurückgestellte Forschungsförderung belegen.⁷⁶ Während zu Beginn des Untersuchungszeitraums diese ideologischen Bedenken gegenüber einer verbreiteten Nutzung von Benzodiazepinen noch überwogen, bildete sich schließlich in den mit der Arzneimittelregulierung befassten Gremien ein politischer Konsens über einen wissenschaftlich begründeten Bedarf.

⁷¹ Balz und Hoheisel 2011.

⁷² In den Rodewischer Thesen, welche als „Manifest“ der DDR-Reformpsychiater gelten, wird im ersten Abschnitt die Anwendung von Psychopharmaka gefordert, vgl. Anonymous 1965.

⁷³ Vgl. hierzu Klöppel und Balz 2010, S.390.

⁷⁴ Diese These geht zurück auf den Artikel von Klöppel und Balz, soll hier jedoch im Rahmen eines allgemeineren Forschungsausblicks Erwähnung finden, vgl. Klöppel und Balz 2010.

⁷⁵ Klöppel und Balz 2010, S.394.

⁷⁶ Klöppel und Balz 2010, S.395.

5. *Die Nutzung „lokaler Spielräume“ führte möglicherweise zu einem stark durch die einzelnen Institutionen geprägten Bild der psychiatrischen Versorgung.*

Die Charité spielte trotz ihrer exponierten Stellung in der psychiatrischen Forschung und Versorgung gleichwohl keine Rolle bei dieser Konsens-Findung nationaler wissenschaftlicher Gremien über die Nachentwicklung von Benzodiazepinen. Die Praxis an der Klinik war überraschenderweise durch sehr zurückhaltende Psychopharmaka-Verordnungen geprägt und änderte sich erst nach Karl Leonhards Rückzug aus der Leitungsfunktion. Die Etablierung von überregionalen Leitlinien und Standards, die die westliche Psychiatrie prägten und zunehmend auch in der DDR-Fachliteratur rezipiert wurden, blieb für die Berliner Nervenklinik über Jahre praktisch bedeutungslos.⁷⁷ Eine vergleichsweise dezentrale und „lokale“ Prägung der Charité haben andere Autoren bereits als Kennzeichen der DDR-Psychiatrie insgesamt hervorgehoben.⁷⁸ Vor einer frühzeitigen Verallgemeinerung dieser These ist aber Vorsicht geboten.⁷⁹ Es läßt sich beim gegenwärtigen Forschungsstand nicht sagen, ob die psychiatrische Praxis auch andernorts so deutlich von den wissenschaftlichen Interessen des Chefarztes geprägt war, wie dies an der Charité der Fall gewesen ist.

⁷⁷ Zur Etablierung von Standards für die psychiatrische Pharmakotherapie, vgl. etwa Balz 2008; Healy 1997. Zur Rezeption in der DDR siehe Klöppel und Balz 2010, S.392-393.

⁷⁸ Rose und Weinke 2005, S.108-115; Kochan 2011, S.319 und 323.

⁷⁹ Dies gilt insbesondere deshalb, weil sie vereinbar ist mit den persönlichen Erinnerungen einiger in der DDR tätiger Ärzte und Forscher. Sie nehmen für sich in Anspruch, Freiräume für - aus heutiger Sicht - besonders redliche Zwecke genutzt zu haben. Es ist jedoch zu hinterfragen, für wen und mit welchem politischen Kalkül der individuell wahrgenommene Freiraum möglicherweise gezielt eingeräumt wurde. Zu dieser Diskussion siehe Hoheisel 2012, S.89-91.

Literaturverzeichnis

- Ackerknecht EH. *The history of the drug treatment of mental diseases*. Transactions & Studies of the College of Physicians of Philadelphia 1979;1:161-170.
- Anonymous. *Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über die psychiatrische Rehabilitation vom 23.-25.Mai 1963 in Rodewisch im Vogtland*. Zeitschrift für die gesamte Hygiene 1965;11:61-65.
- Anonymous. *Neue Präparate: Timosin (Chlordiazepoxid)*. Medicamentum 1967;8:379-380.
- Atzl I. *Interview mit Dr. Christian Donalies*. In: Atzl I, Hess V und Schnalke T (Hrsg.): *Zeitzeugen Charité - Arbeitswelten der Psychiatrischen und Nervenlinik 1940-1999*. Münster. Lit-Verlag. 2005:74-83.
- Balz V. *Die Geburt der Stammkarte. Zur Genese eines Epistems der neuroleptischen Wirksamkeit in der frühen Psychopharmakaforschung in der BRD*. Medizinhistorisches Journal 2008;43:56-86
- Balz V. *Zwischen Wirkung und Erfahrung - eine Geschichte der Psychopharmaka: Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland; 1950-1980*. Bielefeld: Transcript, 2010.
- Balz V und Hoheisel M. *East-Side story: the standardisation of psychotropic drugs at the Charité Psychiatric Clinic, 1955-1970*. Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences 2011;42:453-466.
- Courtwright DT. *Dark paradise: opiate addiction in America before 1940*. Cambridge [u.a.]: Harvard University Press, 1982.
- Daemmrich AA. *Pharmacopolitics*. Chapel Hill [u.a.]: University of North Carolina Press, 2004.
- Flick U. *Qualitative Sozialforschung - Eine Einführung*. Hamburg: Rowohlt, 2007.
- Gaudillière J-P und Hess V. *General introduction*. In: Gaudillière J-P und Hess V (Hrsg.): *Ways of Regulating Drugs in the 19th and 20th Centuries*. Hampshire: Palgrave, 2012:1-16.
- Geyer M. *Psychotherapie in Ostdeutschland: Geschichte und Geschichten 1945-1995*. Göttingen [u.a.]: Vandenhoeck & Ruprecht, 2011.
- Hanrath S. *Zwischen 'Euthanasie' und Psychiatriereform*. Paderborn [u.a.]: Schöningh, 2002.
- Healy D. *The antidepressant era*. Cambridge [u.a.]: Harvard University Press, 1997.
- Healy D. *The creation of psychopharmacology*. Cambridge [u.a.]: Harvard University Press, 2002.
- Herrn R und Hottenrott L. *Die Charité zwischen Ost und West (1945-1992): Zeitzeugen erinnern sich*. Berlin: Be.bra Wissenschaft Verlag, 2010.
- Herzberg DL. *Happy pills in America: from Miltown to Prozac*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009.
- Hess V. *Psychochemicals crossing the wall. Die Einführung der Psychopharmaka in der DDR aus der Perspektive der neueren Arzneimittelgeschichte*. Medizinhistorisches Journal 2007;42:61-84.
- Hoheisel M. *Von der Suchtdroge zum Therapeutikum*. Medizinhistorisches Journal 2012;47:62-98.
- Hörig C. *Die Entwicklung der Verbrauchsgewohnheiten auf dem Gebiet der Tranquilizer, Sedativa und Analgetika in der DDR im Vergleich zu internationalen Tendenzen*. *Activitas nervosa superior* 1974;16:228-230.
- Klöppel U und Balz V. *Psychopharmaka im Sozialismus. Arzneimittelregulierung in der Deutschen Demokratischen Republik in den 1960er Jahren*. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 2010;33:382-400.
- Klöppel U und Hoheisel M. *"Wunschverordnung" oder objektiver "Bevölkerungsbedarf"? Zur Wahrnehmung des Tranquilizer-Konsumenten in der DDR (1960-1970)*. *NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 2013; 21:213-244.

- Kochan T. *Blauer Würger: So trank die DDR*. Berlin: Aufbau-Verlag, 2011.
- Kühne G-E. *Zur Differenzialtherapie mit den Tranquilizern Meprobamat, Radepur, Faustan und Radedorm*. *Medicamentum* 1972;13:34-41.
- Leonhard K. *Die cycloiden, meist als Schizophrenien verkannten Psychosen*. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*. Zeitschrift für Forschung und Praxis 1957;9:359-365.
- Leonhard K. *Meine Person und meine Aufgaben im Leben: Professor Dr. med. Karl Leonhard 1904 - 1988*. Hildburghausen: Verlag Frankenschwelle Salier, 1995.
- Leonhard K, Berendt H, Bergmann B, Gutjahr B, Schmieschek H, Sitte E, Szewczyk H und von Trostorff S. *Individualtherapie der Neurosen*. Jena: Fischer, 1965.
- Linden SC, Hess V und Jones E. *The neurological manifestations of trauma: lessons from World War I*. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2012;262:253-264.
- Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz, 2008.
- Ministerium für Gesundheitswesen. *Anordnung zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen und ausreichenden Verordnung von Arznei- und Heilmitteln vom 21. April 1953*. *Zentralblatt der DDR* 1953;15:183-184.
- Musto DF. *The American Disease: origins of narcotic control*. New Haven [u.a.]: Yale University Press, 1973.
- Pieters T und Snelders S. *From King Kong Pills to Mother's Little Helpers – career cycles of two families of psychotropic drugs: The Barbiturates and Benzodiazepines*. *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin d'histoire de la médecine* 2007;24:93-112.
- Rasmussen N. *On speed: the many lives of amphetamine*. New York [u.a.]: New York University Press, 2008.
- Rose W und Weinke A. *Anstaltspsychiatrie in der DDR*. Berlin: Be.bra Wissenschaft Verlag, 2005.
- Schulze HAF. *Symptomgerichtete oder krankheitsbezogene Psychopharmakotherapie?* *Arzneimittel-Forschung* 1969;19:449-451.
- Smith MC. *A Social history of the minor tranquilizers*. New York [u.a.]: Haworth Press, 1992.
- Snelders S und Kaplan C. *LSD therapy in dutch psychiatry: changing sociopolitical settings and cultural sets*. *Medical History* 2002;46:221-240.
- Snelders S, Kaplan C und Pieters T. *On cannabis, chloral hydrate, and career cycles of psychotropic drugs in medicine*. *Bulletin of the History of Medicine* 2006;80:95-114.
- Steiner A. *Von Plan zu Plan: Eine Wirtschaftsgeschichte der DDR*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 2007.
- Sternbach L. *The benzodiazepine story*. *Journal of Medicinal Chemistry* 1979;22:1-7.
- Tone A. *The age of anxiety: a history of America's turbulent affair with tranquilizers*. New York: Basic Books, 2009.
- Thuillier J. *Ten years which changed the face of mental illness*. London: Taylor & Francis, 1999.
- Weber M. *Die moderne Psychopharmakologie aus wissenschaftshistorischer Sicht*. In: Holsboer F et al. (Hrsg.): *Handbuch der Psychopharmakotherapie*. Berlin [u.a.]: Springer, 2008:11-25.
- Wolf H und Kluge H. *Zu Problemen des Schmerz- und Schlafmittelverbrauches*. *Deutsches Gesundheitswesen* 1962;17:1112-1120.

Archivarische Quellen:

Nervenklinik Verwaltungsakten:

Ahrens 1960. Dr. Ahrens, Chefapotheker der Charité. Protokoll der Dienstbesprechung der Verbindungsärzte, Versorgungsausschuss der Charité, am 19.07.1960.

Ahrens 1961 Dr. Ahrens, Chefapotheker der Charité. Protokoll der Dienstbesprechung der Verbindungsärzte, Versorgungsausschuss der Charité, am 21.03.1961.

Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

Hinweis: Die Zeitschriften aus dem Gebiet der Medizin- und Wissenschaftsgeschichte, in welchen die Artikel publiziert wurden sind sämtlich nicht im Science Citation Index gelistet. Daher erfolgt keine Angabe von Impact-Faktoren der Publikationen.

Matthias Hoheisel hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1:

Klöppel U und Hoheisel M. "*Wunschverordnung*" oder objektiver "Bevölkerungsbedarf"? Zur Wahrnehmung des Tranquilizer-Konsumenten in der DDR (1960-1970). NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin 2013;21:213-244.

Beitrag im Einzelnen: Konzeption des Beitrages 40%, Aquisition von Sekundärliteratur zur Konsumgeschichte 90%, Analyse und Interpretation zugrunde liegender Petitionen 50%, Verfassung und Revision des Manuskriptes 40%, Überarbeitung und Freigabe nach Review-Prozess 50%

Publikation 2:

Balz V und Hoheisel M. *East-Side story: The standardisation of psychotropic drugs at the Charité Psychiatric Clinic, 1955-1970*. Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences 2011;42:453-466.

Beitrag im Einzelnen: Konzeption des Beitrages 50%, Aquisition, Analyse und Interpretation der zugrunde liegenden Daten für die Benzodiazepine 100%, Verfassung und Revision des Manuskriptes 50%, Überarbeitung und Freigabe nach Review-Prozess 50%

Publikation 3:

Hoheisel M. *Von der Suchtdroge zum Therapeutikum*. Medizinhistorisches Journal 2012;47:62-98.

Beitrag im Einzelnen zu 100%: Konzeption des Beitrages, Aquisition, Analyse und Interpretation aller zugrunde liegender Daten, Verfassung und Revision des Manuskriptes, Überarbeitung und Freigabe nach Review-Prozess

Unterschrift des Doktoranden

Ausgewählte Publikationen

In der elektronischen Version wird aus urheberrechtlichen Gründen auf die Originalpublikationen verwiesen.

Publikation 1:

Klöppel U und Hoheisel M. "*Wunschverordnung*" oder objektiver "Bevölkerungsbedarf"? Zur Wahrnehmung des Tranquilizer-Konsumenten in der DDR (1960-1970). NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin 2013;21:213-244.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00048-013-0101-5>

Publikation 2:

Balz V und Hoheisel M. *East-Side story: The standardisation of psychotropic drugs at the Charité Psychiatric Clinic, 1955-1970*. Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences 2011;42:453-466.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.shpsc.2011.06.001>

Publikation 3:

Hoheisel M. *Von der Suchtdroge zum Therapeutikum*. Medizinhistorisches Journal 2012;47:62-98.

<http://www.steiner-verlag.de/programm/zeitschriften/medizinhistorisches-journal/medhist-4720121.html> [aktuell kein Volltext-Zugriff durch den Verlag online]

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationsverzeichnis

Originalarbeiten

Balz V und Hoheisel M. *East-Side story: The standardisation of psychotropic drugs at the Charité Psychiatric Clinic, 1955-1970*. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 2011;42:453-466.

Hoheisel M. *Von der Suchtdroge zum Therapeutikum*. *Medizinhistorisches Journal* 2012;47:62-98.

Klöppel U und Hoheisel M. *"Wunschverordnung" oder objektiver "Bevölkerungsbedarf"? Zur Wahrnehmung des Tranquilizer-Konsumenten in der DDR (1960-1970)*. *NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 2013;21:213-244.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Matthias Hoheisel, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Die Einführung der Benzodiazepine an der Nervenlinik der Charité von 1962-75“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Volker Hess sehr herzlich für die Jahre inspirierender Anleitung und die stets offene Tür zu seinem Büro, die ich so oft von innen schliessen durfte. Ebenso sehr danke ich Prof. Viola Balz und Dr. Ulrike Klöppel, die mich großzügig an ihrer Erfahrung teilhaben liessen und mir mit einer engen Zusammenarbeit in zwei Publikationen die Vertiefung meiner Forschungsergebnisse ermöglichten. Weiterhin danke ich allen Mitarbeitern am Institut für Geschichte der Medizin an der Charité für ein kollegiales Klima, mit dem sie direkt und indirekt zur Fertigstellung dieser Arbeit beigetragen haben. Den Kollegen, aus dem Netzwerk für Arzneimittelgeschichte der European Science Foundation danke ich ebenfalls für ihre konstruktive Kritik. Herrn Bruno Schwaibold bin ich für die Übernahme einer Promotionsmentorenschaft zu Dank verpflichtet.

Meinen Eltern Ulrike und Wilfried Hoheisel danke ich dafür, dass sie mir mein Studium und meine Promotion ermöglicht und mich in diesen Jahren weiterhin grosszügig unterstützt haben. Schließlich danke ich meiner Frau Theresa, die mir von der Entscheidung zu diesem Thema, über erfolgreiche und mühevollen Phasen bis zur Fertigstellung unverzichtbare Begleiterin war.