

Pharmazie im Dienste des Volkes? Arzneimittel- und Apothekenwesen in der NS-Zeit und in der DDR

Friedrich, Christoph

Institut für Geschichte der Pharmazie Marburg, Roter Graben 10, D-35032 Marburg, Deutschland, ch.friedrich@staff.uni-marburg.de

Am 5. April 1933 erschien auf der ersten Seite der „Apotheker-Zeitung“ ein **einleitendes Editorial mit dem Titel „Der neue Geist“**, in dem es unter anderem hieß: *„Nicht derjenige Apotheker ist der beste, der den größten Umsatz erzielt, sondern der, welcher die ärztlichen Verordnungen am besten und heilkräftigsten herstellt. Versandgeschäfte müssen beseitigt, übersteigerte Anpreisungen vermieden werden. [...] Der Apothekenvorstand darf die Arbeit nicht ausschließlich seinen Mitarbeitern überlassen [...]. Er muß selbst die Fühlung mit dem Publikum behalten und alle Teile seines Betriebes persönlich überwachen [...]. Der Dienst am Publikum wird innerlich und gründlicher bewirkt werden müssen als meist bisher“* (1)

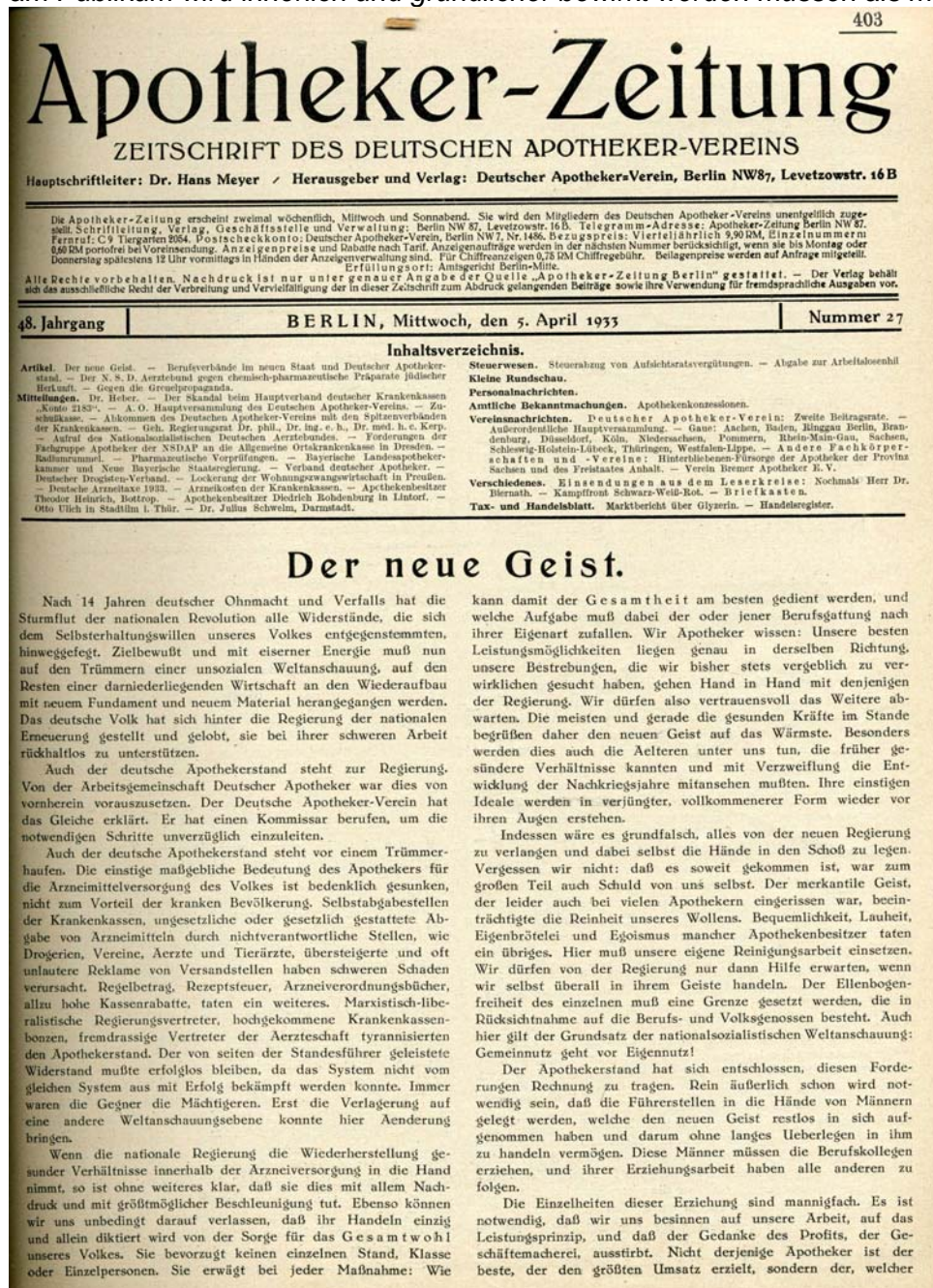


Abbildung 1: Editorial der Apotheker-Zeitung vom 5. April 1933

Der Apotheker und Jurist Konstantin Pritzel (1913–?), Mitarbeiter des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR, erläuterte 1951 in der Zeitschrift „Die Pharmazie“ die Aufgaben des Apotheken- und Arzneimittelwesens im Fünfjahresplan. Als oberste Aufgabe bezeichnete er „*die Hebung des Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung und den Ausbau und die Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung und Versorgung*“ (2). In beiden deutschen Diktaturen, im Dritten Reich wie auch in der DDR, behauptete man also, die Pharmazie ganz in den Dienst des Volkes zu stellen. Im Folgenden soll anhand einiger Kriterien untersucht werden, inwieweit dies nicht nur Lippenbekenntnisse waren.

Struktur des Arzneimittel- und Apothekenwesens im Dritten Reich

Im Vergleich zur DDR griff der nationalsozialistische deutsche Staat in die Struktur des Arzneimittelwesens nur wenig ein. Mit der 1933 erfolgten Gründung der „Reichsfachschaft Pharmazeutische Industrie“ wurde zwar die Gleichschaltung vollzogen, die Struktur der pharmazeutischen Unternehmen jedoch kaum verändert. Allerdings erlebten viele pharmazeutische Betriebe im Rahmen der verbesserten Konjunktur einen beträchtlichen Aufschwung – so konnte Schering bereits 1935 wieder die Umsatzzahlen von 1929 erlangen. Der Exportanteil der pharmazeutischen Industrie erreichte mit 2,5 % wieder Vorkriegsniveau (3).

Veränderungen gab es indes in der Leitung der pharmazeutischen Betriebe, aus der jüdische Mitglieder ebenso wie aus Aufsichtsräten ausscheiden mussten, zugleich wuchs der Anteil der Parteimitglieder. In den pharmazeutischen Unternehmen wurde das „Führerprinzip“ durchgesetzt, dem Leiter war als „Betriebsführer“ unbedingter Gehorsam zu leisten (4).

Auch im Apothekenwesen gab es nur wenige Veränderungen, obwohl, wie Gerald Schröder in seiner Monografie „NS-Pharmazie“ ausführlich darlegt, die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Apotheker (ADA) als Organisation der nationalsozialistischen Pharmazeuten bereits in ihrem so genannten Braunschweiger Programm ‚Zur Wiedergeburt der Pharmazie‘ 1932, das im Wesentlichen von Hanns Reinhard Fiek (1895–1944)

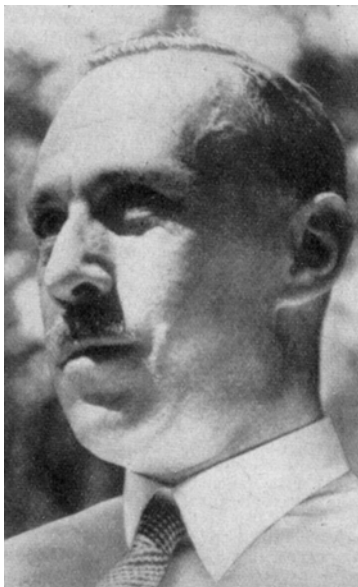


Abbildung 2: Hanns Reinhard Fiek (1895–1944), der ab 1932 die Pharmazie in der Reichsleitung des NSD-Ärztbundes vertrat

entworfen worden war, forderte, einheitliche vererbliche und verkäufliche Betriebsrechte anstelle des „gemischten Systems“ durchzusetzen. Im nationalsozialistischen Deutschland blieben die bisherigen Betriebsrechte jedoch erhalten und unangetastet (5).

Allerdings wurden jüdische Apotheker aus dem Apothekenwesen verdrängt, wie Frank Leimkugel nachwies. Gemäß der „Verordnung zum Gesetz über Verpachtung und Verwaltung öffentlicher Apotheken“ vom 26.3.1936 mussten jüdische Besitzer ihre Apotheke zunächst verpachten. Am 31.1.1939 erloschen die Approbationen jüdischer Pharmazeuten und bis zum 30.6.1939 mussten diese ihre Apotheke verkaufen (6).

Bei Neuvergabe von Konzessionen spielten Parteimitgliedschaft und politische Beurteilung eine wichtige Rolle. Mit der Gründung der Reichsapothekerkammer 1937 war die Gleichschaltung des Apothekenwesens vollzogen worden (7). Die Reichsapothekerordnung vom 18. April 1937 betonte in § 1: *„Der Apotheker ist zum Dienst an der Gesundheit des Volkes berufen; ihm liegt im Besonderen die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln ob. Hierdurch erfüllt er eine öffentliche Aufgabe“* (8)

Die Reichsapothekerkammer war in Bezirksapothekenkammern gegliedert, ihre Leitung durch den Reichsapothekerführer festigte das „Führerprinzip“, wobei, wie Caroline Schlick in ihrer Dissertation nachwies, die einzelnen Apotheker in ihren Offizinen als Betriebsführer gleichfalls das Führerprinzip durchzusetzen hatten (8).

Industrie in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) und in der DDR

Nach 1945 waren bereits die sowjetischen Militärbehörden und ab 1949 auch die kommunistischen Machthaber in der DDR bemüht, Betriebe in Volkseigentum zu überführen und einer strikten Kontrolle und Planwirtschaft zu unterwerfen. Unter dem Einfluss der Sowjetischen Militäradministration (SMAD) und der bald alles beherrschenden Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED), die 1946 aus der Vereinigung von SPD und KPD hervorgegangen war, erfolgte nach 1948 eine planmäßige Enteignung und Bildung so genannter volkseigener Betriebe (VEB).

Die Pharmabetriebe wurden zur „Vereinigung volkseigener Betriebe Pharma“ zusammengefasst, die ihren Sitz in Halle hatte. Für die Zulassung neuer Arzneimittel zeichnete der „Zentrale Gutachterausschuß beim Ministerium für Gesundheitswesen“ (ZGA) verantwortlich, der vor allem die Aufgabe hatte, das Sortiment zu straffen und Überschneidungen im Herstellungsprogramm der verschiedenen Betriebe zu vermeiden; pro Arzneimittel und Stoff sollte es nur jeweils einen Hersteller geben (9).

1955 entstand innerhalb des Ministeriums für Gesundheitswesen die Hauptabteilung Pharmazie- und Medizintechnik, die für die Koordinierung der Arzneimittelproduktion und -forschung aller Betriebe zuständig war (10). Ab 1958 wurde allerdings die pharmazeutische Industrie der DDR dem Ministerium für Chemische Industrie unterstellt, für das sie nur ein Randgebiet darstellte. Das 1958 verabschiedete „Chemieprogramm“ lenkte die Aufmerksamkeit vor allem auf die chemische Großindustrie – Neubauten wie das Erdölverarbeitungswerk Schwedt und Leuna II entstanden –, die Pharmaindustrie profitierte hingegen nur wenig von diesem Programm. Im Juni 1979 erfolgte die Umwandlung der Vereinigungen volkseigener Betriebe (VVB) in Kombinate (11). Am 1. Juli 1979 entstand das Pharmazeutische Kombinat GERMED, in dem das Arzneimittelwerk Dresden Stammbetrieb war.



Abbildung 3: Gebäude des Dresdner Arzneimittelwerkes mit dem AWD-Zeichen

Die Direktion des Stammbetriebes nahm dabei in Personalunion die Leitung des Kombinates – das heißt des gesamten Industriezweiges – wahr, womit man eine größere Praxisnähe erreichen wollte (12).

Apothekenwesen

In der DDR wurde in einigen Ländern wie Sachsen schon 1946 mit der Verstaatlichung von Apotheken begonnen. Die von der Deutschen Wirtschaftskommission 1949 erlassene „Verordnung über die Neuregelung des Apothekenwesens in der sowjetischen Besatzungszone“ sah neben Apotheken in Privatbesitz Landesapotheken, die vom Land betrieben wurden, aber auch verpachtet werden konnten, Poliklinik-, Betriebspoliklinik- und Krankenanstaltsapotheken, die von jeweiligen Trägern betrieben wurden, vor.



Abbildung 4: Poliklinikapotheke in Berlin

Gemäß § 5 sollten neue Apotheken – mit Ausnahme von Poliklinik-, Betriebspoliklinik- und Krankenanstaltsapotheken – nur als Landesapotheken errichtet werden (13). Mit dieser Verordnung erloschen vererbliche und veräußerliche sowie persönliche Apothekenbetriebsrechte einschließlich der auf Rechten dieser Art beruhenden Witwen- und Waisenrechte. Apotheken im Privatbesitz mussten vom Inhaber selbst geleitet werden, Pachtverträge erloschen hingegen. Hierdurch war das Weiterbetreiben vieler privater Apotheken ausgeschlossen. Spätestens nach dem Tod des Besitzers musste, sofern dessen Kinder nicht approbierte Apotheker waren, die Offizin verstaatlicht werden. Bereits 1950 waren von den 1696 Apotheken in der DDR 428 staatlich; 1960 wurden nur noch 12 % privat betrieben (14). Die Verstaatlichung der Apotheken erfolgte zu Lebzeiten der Besitzer offiziell freiwillig; im Rückblick zum 30. Jahrestag der DDR 1979 hieß es dazu: *„Viele Apotheker erkannten, daß ihre Perspektive durch die Arbeit in den staatlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens gesichert ist und sie ihre Aufgabe im Interesse der Bevölkerung besser lösen können“* (15).

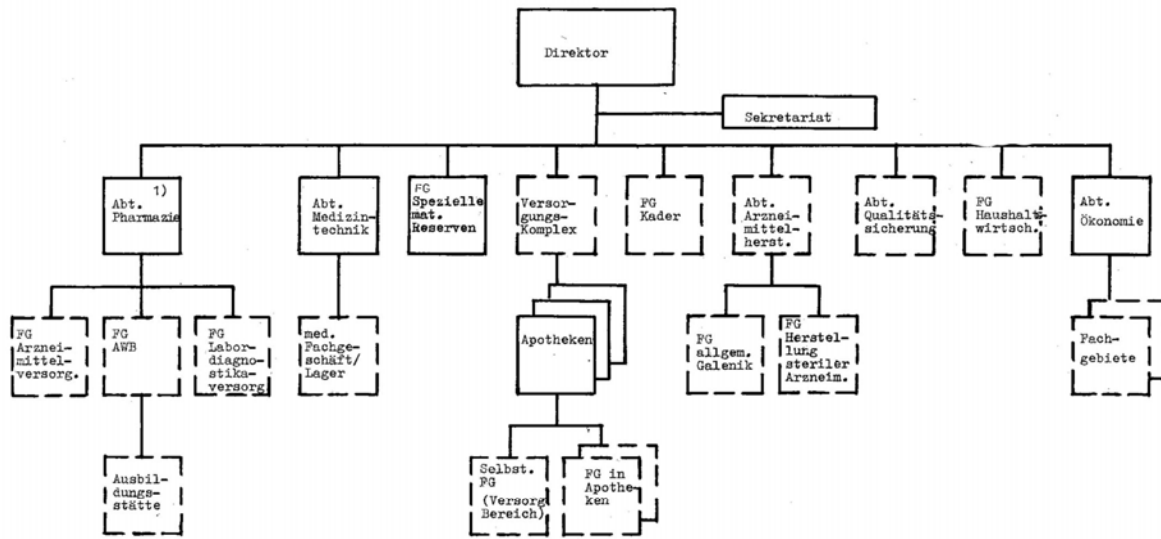
In der Realität wurde jedoch ein „sanfter Druck“ auf die Apothekenbesitzer ausgeübt, wobei man nach bewährtem Rezept mit Zuckerbrot und Peitsche arbeitete. Die „Verordnung über die Regelung der Entschädigung für erloschene, vererbliche und veräußerliche Apothekenbetriebsrechte“ von 1955 sah vor, dass die Besitzer Anspruch auf 50 % der durchschnittlichen Jahresumsätze der Jahre 1906–1938 hatten. Um die Weiterführung privater Apotheken zu verhindern, verwehrte man den Kindern von Apothekenbesitzern den Besuch der Abiturstufe. Bis 1971 war zudem eine Rentenversicherung für Apothekenbesitzer nicht möglich, so dass viele gezwungen waren, ihre Apotheke zu verstaatlichen, um in den Genuss einer „Intelligenzrente“ zu kommen. Teilweise benachteiligte man auch Privatapotheken bei der Belieferung mit Arzneimitteln und bei der Ausbildung des Berufsnachwuchses. Dennoch überlebten 26 Privatapotheken die DDR, die als „Inseln im Staatssystem“ jedoch insgesamt nur eine geringe Rolle spielten. Bemerkenswert ist jedoch, dass 1984 für diese wenigen Betriebe eine spezielle „Anordnung über private Apotheken“ erlassen wurde (16). Insgesamt war das Apothekenwesen in der DDR Bestandteil des staatlichen Gesundheitswesens, das vom Ministerium für Arbeit und Gesundheitswesen, aus dem 1950 das Ministerium für Gesundheitswesen hervorging, geleitet wurde.

1952 erfolgte eine Verwaltungsreform, wobei 15 Bezirke an die Stelle der Länder traten. Die Aufgaben der Landesgesundheitsministerien übernahm nun in jedem „Rat des Bezirkes“ die „Abteilung Gesundheitswesen“, die ein Bezirksarzt leitete. Diesem stand ein

Bezirksapotheker als Verantwortlicher für das Apothekenwesen zur Seite. In den 229 gebildeten Kreisen und Stadtkreisen lösten Kreisärzte die Amtsärzte ab. Für das Apothekenwesen zeichnete ein Kreisapotheker verantwortlich. Die 1958 erlassene „Verordnung über die Organisation des Apothekenwesens“ und die als Durchführungsbestimmung folgende „Apothekenbetriebsordnung“ bestimmten die weitere Entwicklung des staatlichen Apothekenwesens. Die Apothekendichte stieg indessen nur langsam; zwischen 1958 und 1963 entstanden nur 62 neue Apotheken, und 100 wurden rekonstruiert. Allerdings gab es große territoriale Unterschiede: in den nördlichen Bezirken Rostock, Schwerin und Neubrandenburg kamen mehr als 13.000 Einwohner auf eine Apotheke, in Ost-Berlin waren es nur 7.700. Um die Versorgung in ländlichen Bereichen oder in Neubaugebieten zu verbessern, entstanden bis 1963 ca. 160 Zweigapotheken und 351 Arzneimittelausgabestellen, die jeweils einer Vollapotheke angegliedert waren. Sie konnten auch von Apothekenassistenten oder Pharmazieingenieuren geleitet werden, verfügten über weniger Räume und stellten eigentlich ein Provisorium dar, wenn Mittel zum Bau einer Vollapotheke fehlten. Durchschnittlich kamen 1960 7.673 Einwohner, 1970 5.913 und 1980 4.717 Einwohner auf eine Apotheke, die in der DDR größer und mit mehr Personal ausgestattet waren als in Westeuropa (17).

Der IV. Deutsche Apothekertag beschäftigte sich 1966 u. a. mit Rationalisierungs- und Zentralisierungsfragen im Apothekenwesen. Es wurde empfohlen, in jedem Kreis eine zentrale Apothekenbuchhaltung einzurichten, die die Abrechnungsarbeiten für alle Apotheken übernahm. In den folgenden Jahren zentralisierte man in vielen Kreisen auch die Herstellung von Augenarzneien und weiteren galenischen Zubereitungen im Defektor- und Großmaßstab, womit die Bildung eines aus den Apotheken eines größeren Territoriums bestehenden einheitlichen Versorgungsbetriebes eingeleitet wurde (18). 1970 entstand in Mühlhausen in Thüringen ein erster „Versorgungsbetrieb für Pharmazie und Medizintechnik“, der einen Kreis umfasste. Noch im gleichen Jahr wurde in Lübben / Luckau im Bezirk Cottbus ein Versorgungsbetrieb gegründet, der den ersten Zusammenschluss des Apothekenwesens von zwei und nach Anschluss des Kreises Calau 1975 von drei Kreisen darstellte (19). Diese pharmazeutischen Betriebe wurden in das „Register volkseigener Betriebe“ eingetragen (20). Dies sollte die einheitliche Planung des Arzneimittelbedarfs in Kreisen und Bezirken erleichtern. Die 1974 geschaffene „Bezirksdirektion der Versorgungsbetriebe des Gesundheitswesens Erfurt“ ermöglichte die einheitliche Entwicklung des Apothekenwesens eines Bezirks. Diese zunächst als Experiment gedachten Zentralisierungsmaßnahmen wurden von Seiten des Ministeriums als gelungen eingeschätzt und fanden 1984 in der „Verordnung über die Aufgaben der Apotheken und die Organisation des Apothekenwesens“ ihre gesetzliche Fixierung. Sowohl die Struktur der Bezirksapothekeninspektion (der neue Name für Bezirksdirektion) als auch die der Pharmazeutischen Zentren war hier verbindlich vorgeschrieben (21).

Struktur des Pharmazeutischen Zentrums



1) Die Leitung der Abteilung wird in Pharmazeutischen Zentren mit einem Versorgungsbereich unter 60 000 Einwohner vom Direktor des Pharmazeutischen Zentrums wahrgenommen.



fakultative Struktureinheit

Abbildung 5: Strukturschema des Pharmazeutischen Zentrums

Das Pharmazeutische Zentrum leitete ein Direktor, der häufig gleichzeitig Kreisapotheker war. Zum Zentrum gehörten als so genannte „Versorgungskomplexe“ öffentliche Apotheken mit angegliederten Arzneimittelausgabestellen. Die Querschnittbereiche – die Abteilungen Pharmazie, Medizintechnik, Arzneimittelherstellung, Qualitätssicherung und Ökonomie sowie die Fachgebiete Spezielle materielle Reserven, Kader (= Personal) und Haushaltswirtschaft – waren dem Direktor des Pharmazeutischen Zentrums direkt unterstellt. Die Abteilung Pharmazie widmete sich insbesondere der Planung und „operativen Lenkung“ von Arzneimitteln und medizinischen Erzeugnissen (22). Die meisten Abteilungen und Fachgebiete wurden von Apothekern oder anderen Akademikern geleitet; die Bildung der Pharmazeutischen Zentren und Bezirksapothekeninspektionen, die eine ähnliche Struktur aufwiesen, induzierten einen größeren Bedarf an Apothekern. In den Apotheken übernahm dagegen der neue Beruf Pharmazieingenieur zahlreiche pharmazeutische Tätigkeiten (23). Die zum Teil aufgeblähten Leitungsstrukturen ließen die Bürokratie weiter steigen.

Planung

In der Zeit des Nationalsozialismus gab es eine umfangreiche Planung. Der Begriff „Vierjahresplan“ entstammt der politischen Propagandalosung Hitlers, „gebt mir vier Jahre Zeit“. Im April/Mai 1936 entstand aus dem Vierjahresplan unter Hermann Göring eine bürokratische Institution, die auf dem Reichsparteitag 1936 verkündet wurde. Das Ziel bestand in der Ausrichtung der Wirtschaft auf Rüstung und Autarkie. Der Vierjahresplan wurde 1940 um weitere vier Jahre verlängert. Die in ihm verfügte Bewirtschaftung betraf auch die Arzneimittelproduktion. Aufgabe des Apothekers war es, wie Caroline Schlick nachweist, die Patienten zum sparsamen Arzneimittelverbrauch zu erziehen und, wie es hieß, die „Seuche der Tablettenfresserei“ zu bekämpfen. Dies gewann vornehmlich während des Krieges große Bedeutung (24).

Auch in der DDR spielte die Planung eine wichtige Rolle. Von der Vereinigung volkseigener Betriebe bzw. später der Kombinateleitung wurden den einzelnen Werken bestimmte

finanzielle und materielle Mittel für Investitionen sowie Arbeitskräfte zugeteilt. Die Aufteilung der Mittel erfolgte jedoch nicht vordergründig nach der Rentabilität eines Unternehmens. Den Apothekenabgabepreis (AAP) legte der Staat fest, er stand häufig in keiner Relation zu tatsächlichen Kosten, sondern war vielfach subventioniert, gelegentlich auch überhöht. Unter Erich Honecker kam es zur Festschreibung eines Wohlfahrtsstaates (25).

Im Apothekenwesen erfolgte eine Planung der Arzneimittel, zu denen die der Nomenklatur A (Arzneimittel aus DDR-eigener Produktion), der Nomenklatur B (vorwiegend aus pharmazeutischen Betrieben sozialistischer Länder), Nomenklatur C (Importarzneimittel aus nichtsozialistischen Ländern) und Nomenklatur D (Arzneimittel, die auf Einzelantrag für besondere Indikationen beschafft wurden) gehörten. Daneben mussten auch Verbandsstoffe, Medizinprodukte und Desinfektionsmittel sowie Laboratoriumsdiagnostika geplant werden. All diese Sortimente wurden über Bestellformulare beim Versorgungsdepot für Pharmazie- und Medizintechnik bestellt. Für dringend benötigte Arzneimittel war eine schriftliche oder telefonische Zwischenbestellung möglich. Die seltene Belieferung erforderte umfangreiche Lagerräume. Die Bedarfsermittlung – auf der Grundlage der jeweils verbrauchten Arzneimittel der Vorjahre – wurde für jedes einzelne Arzneimittel durchgeführt, wobei tendenzielle Bedarfszu- oder -abnahmen ermittelt werden mussten. Für jedes Arzneimittel berechnete man den Normbestand, bei dem man zwischen Grund- und Umschlagsbestand unterschied. Der Grundbestand stellte den Anteil des Bestandes dar, der immer, auch kurz vor der Warenlieferung, noch vorhanden sein musste und somit eine Versorgungssicherheit garantieren sollte. Der Umschlagsbestand bildete das Mittel der Schwankung zwischen Höchst- und Mindestbestand zwischen zwei Warenlieferungen (26).

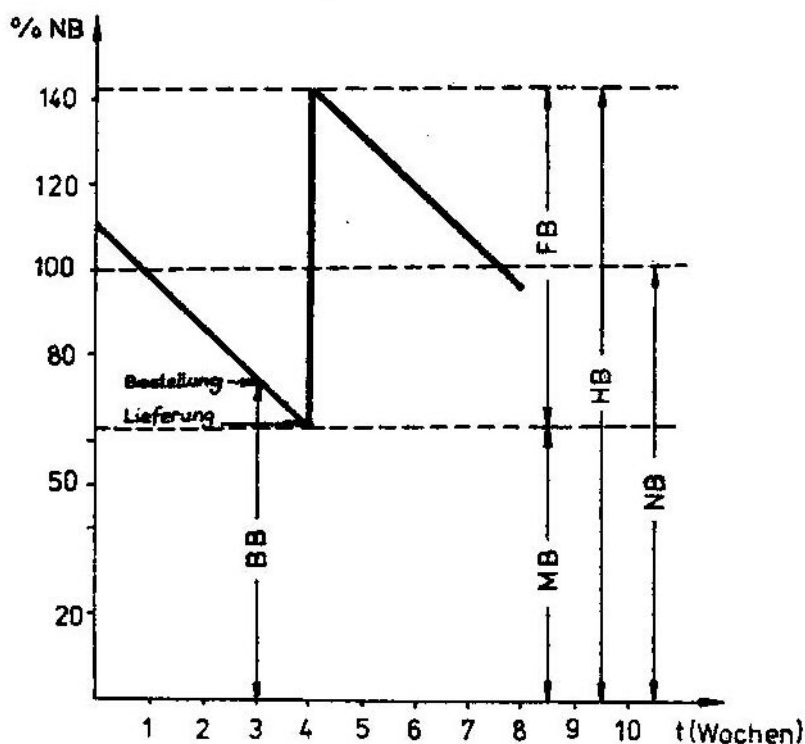


Abbildung 6: Schema zur Bestandsentwicklung eines Arzneimittels (BB: .Bestellbestand FB: Funktionsbestand, HB: Höchstbestand, MB: Mindestbestand, NB: Normbestand)

Die Warenlieferung von Arzneimitteln erfolgte in der DDR durch den Großhandel nur zwei- bis viermal im Monat. Fertigarzneimittel wurden in den 1980er-Jahren in 14-tägigem Rhythmus an Apotheken geliefert, wobei eine wöchentliche Zwischenlieferung, die möglichst wenige Positionen enthalten sollte, möglich war. Ein nicht lieferbares Arzneimittel war daher bis zu 2 Wochen nicht verfügbar. 1964 führte man zunächst „Nachweislisten“ zur Bestandserfassung ein; seit 1969 erfolgte die Bestellung mittels Lochkarten. Die 1978

eingeführten Organisationsrichtlinien zur Bestellung mit Bestellkarten für das Projekt „Warenbewegung, Vorrats- und Reservehaltung (WAVOR)“ auf der Grundlage der elektronischen Datenverarbeitung sollten eine optimale Versorgung ermöglichen (27).

Versorgungsschwierigkeiten

Nach dem Eintritt der USA in den Krieg im Dezember 1941 verschlechterte sich im nationalsozialistischen Deutschland die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Schlang stehen war in vielen Apotheken nun die Regel, die Patienten verlangten neben schmerzstillenden Mitteln Traubenzuckerpräparate und stärkende Mittel. Der Reichsapothekerführer Albert Schmierer (1899–1974) bestritt einen Arzneimittelmangel und gab lediglich eine gelegentliche „Stockung“ oder Verzögerung bei der Arzneimittelversorgung durch Transportschwierigkeiten oder Mehrbedarf der Wehrmacht zu. Persönliche Berichte von Zeitzeugen belegen hingegen etwas anderes: so wirkte sich die Knappheit von Fettstoffen auf die Versorgung mit Salben aus, es fehlten Diphtherie-Impfstoffe, Hormonpräparate und Herz-Kreislauf-Mittel. Auch Verpackungsmaterial wie Kruken für Salben waren knapp, so dass auf Papier zurückgegriffen werden musste. Die Apotheker versuchten im Interesse der Bevölkerung, den fühlbaren Mangel durch Substitution oder Eigenherstellung auszugleichen. Ab 1939 mussten Arzneimittel bewirtschaftet werden, denn verschiedene Arznei- und Grundstoffe waren zugleich kriegswichtige Produkte. Aufgrund der straff organisierten Zuteilung konnten nur begrenzte Mengen pro Monat oder Quartal bezogen werden, eine Nachbestellung war nicht möglich. Die Patienten mussten auf die nächste Zuteilungsperiode warten. Die Kammern erlaubten Apothekern, die verordneten Arzneimittel in geringerer Menge oder Konzentration abzugeben. Während des Krieges nahmen die Versorgungsschwierigkeiten ständig zu, weshalb im November 1942 die Substitution ärztlich verschriebener Arzneimittel genehmigt wurde. Diese betraf jedoch nur gleichartige Arzneimittel, z. B. Hustenmittel, schmerzstillende Mittel oder Abführmittel. Stark wirkende verschreibungspflichtige Arzneimittel durften ohne Einverständnis des Arztes nicht ausgetauscht werden. Diese Notsituation förderte das Verhältnis zwischen Arzt und Apothekern, das, wie Befragungen von Caroline Schlick ergaben, als teilweise sogar hervorragend geschildert wurde. Besonders schwierige Verhältnisse gab es bei der Insulinversorgung: 1944 durften Apotheker gemäß einer Anordnung des Reichsministeriums des Inneren nur noch 70 % der auf der Insulinbezugskarte genannten Menge beliefern (28). Für die Versorgung mit deutschen Heilpflanzen entstand ein spezielles Netzwerk zum Sammeln, Verarbeiten und Beliefern. Dagegen erfolgte die Versorgung hoher Parteikader und Militärs ohne Probleme.

Die Ablösung Walter Ulbrichts (1893–1973) als ersten Sekretärs der SED auf dem VIII. Parteitag 1971 brachte die Bestrebungen nach einer effektiveren Wirtschaftspolitik der DDR zum Erliegen. Erich Honecker (1912–1994) beendete die Phase des „Neuen ökonomischen Systems“ und unterstellte die Wirtschaft wieder einer zentralen administrativen Formel; anstelle der Modernisierung der Industrie erfolgte die Festschreibung eines „Wohlfahrtsstaates“. Die veralteten Anlagen machten es den Betrieben immer schwerer, Planaufgaben – insbesondere die für den Export – zu erfüllen. Daher mussten die Pläne ständig korrigiert werden, damit sie letztendlich scheinbar doch erfüllt wurden. Exportaufträge hatten stets Priorität, was zu zusätzlichen Lieferengpässen bei Arzneimitteln führte (29). Verschiebungen gab es auch bei Therapieveränderungen, beispielsweise nach medizinischen Kongressen. Die Planung erfolgte stets langfristig auf der Grundlage der Bedarfsermittlung aus den Vorjahren (30). Die Arzneimittelsubstitution verfälschte dabei die Planungszahlen für die zukünftigen Jahre. Insgesamt gab es ein starres System, das keinen Spielraum für kurzfristige Änderungen bot.

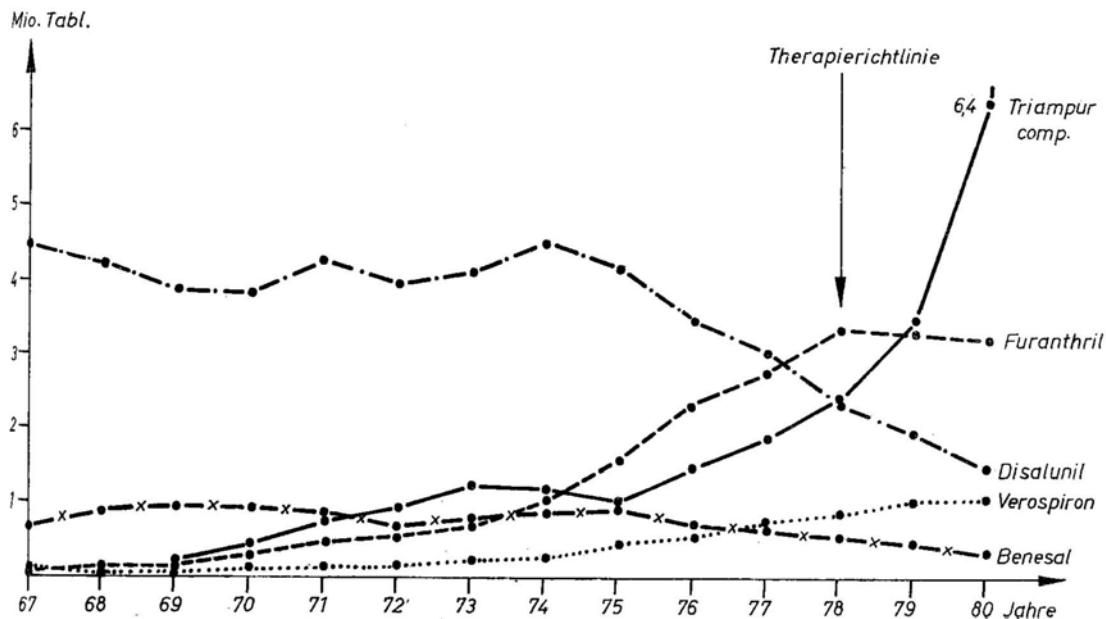


Abbildung 7: Schema der Bestandsentwicklung des Arzneimittelverbrauchs einzelner Diuretika im Bezirk Leipzig von 1967–1980

Dazu kamen langfristige Importverträge mit den sozialistischen „Bruderländern“; so exportierte die DDR Vitamin-C-Tabletten in die UdSSR und erhielt dafür Ascorbinsäure in großen Behältnissen, die in den Apotheken abgefüllt werden musste. In den Apotheken gab es eine Ersatzproduktion von Fertigarzneimitteln, Salben musste man gelegentlich aus Prednisolon-Tabletten statt aus der Substanz herstellen. Die Apotheker waren um eine Einschränkung der Defekte bemüht, wozu sie sich auch unkonventioneller Methoden wie des „Arzneimitteltauschs“ mit anderen Apotheken bedienten. Mit fortschreitender Zentralisierung erwies sich aber nur ein Tausch mit Apotheken anderer Kreise oder gar Bezirke als sinnvoll, da die benachbarten Apotheken meist analoge Lieferschwierigkeiten hatten. Verantwortungsbewusste Apotheker legten stets größere Warenlager an, was ihnen die Kritik der Leiter der Pharmazeutischen Zentren eintrug. Ideen und Improvisationsgeschick waren gefragt. All diese Einschränkungen in der Versorgung betrafen jedoch das „gemeine Volk“, während im Regierungskrankenhaus auch Export-Arzneimittel in ausreichender Menge für die Angehörigen des Staats- und Parteiapparates zur Verfügung standen.

Resümé

Die Losung „Arzneimittel für das Volk“ wurde in der NS-Zeit eher plakativ gebraucht. Die Struktur des Arzneimittel- und Apothekenwesens blieb weitgehend unangetastet. In der DDR bestand von Anfang an das Ziel, pharmazeutische Betriebe sowie Apotheken in Staatseigentum zu überführen. Größere Strukturwandlungen betrafen die Pharmaindustrie (Kombinatsbildung), die dem Ministerium für chemische Industrie unterstellt war, sowie das Apothekenwesen, wo pharmazeutische Zentren entstanden. Sowohl die Pharmaindustrie als auch das Apothekenwesen litten unter zu knappen Investitionsmitteln, was eine geringere Apothekendichte und Einschränkungen in der Arzneimittelproduktion zur Folge hatte. Im Dritten Reich und in der DDR gab es umfangreiche Planungen, aber dennoch beträchtliche Versorgungsschwierigkeiten; in der NS-Zeit, insbesondere ab 1941 kriegsbedingt und in der DDR aufgrund des starren Wirtschaftssystems. In beiden Systemen gab es eine Arzneimittelsubstitution, und die Apotheker waren bemüht, mit Improvisationsgeschick und Engagement Lieferschwierigkeiten zu beseitigen. Hierzu trug auch ein gutes Verhältnis zwischen Arzt und Apotheker (31) sowie die Ersatzproduktion von Fertigarzneimitteln in der Apotheke bei. In beiden Diktaturen gab es allerdings eine bessere Versorgung für Parteikader, während normale Bürger unter der schwierigen Versorgungslage litten. Auch wenn Profitinteressen für Arzneimittelhersteller und

Apothekenbesitzer eine untergeordnete Rolle spielten, stand die Pharmazie daher nur teilweise im Dienste des Volkes.

Quellen und Literatur

- (1) Anonym: Der neue Geist. In: Apotheker-Zeitung 48 (1933), S. 403.
- (2) Pritzel, K.: Das Gesundheitswesen im Fünfjahrplan. In: Die Pharmazie 6 (1951), S. 188.
- (3) Friedrich, Ch., Müller-Jahncke; W.-D.: Von der Frühen Neuzeit bis zur Gegenwart. Geschichte der Pharmazie Bd. 2, Eschborn 2005, S. 1036.
- (4) Teltschik, W.: Geschichte der deutschen Großchemie, Weinheim 1992.
- (5) Schröder, G.: NS-Pharmazie. Gleichschaltung des deutschen Apothekenwesens im Dritten Reich, Stuttgart 1988.
- (6) Leimkugel, F.: Wege jüdischer Apotheker. Die Geschichte deutscher und österreichisch-ungarischer Pharmazeuten, Frankfurt am Main 1991.
- (7) Schröder, G.: Apothekerkammern – Von den Vorläufern bis zur Reichsapothekerkammer. In: Bartels, K., W. Dressendörfer u. W.-D. Müller-Jahncke [Hrsg.]: Apotheke und Staat. Pharmazeutisches Handeln zwischen Reglementierung und Selbstverantwortung, Stuttgart 1995, S. 84–90.
- (8) Schlick, C., Apotheken im totalitären Staat. Apothekenalltag in Deutschland von 1937 bis 1945, Stuttgart 2008 (Quellen und Studien zur Geschichte der Pharmazie, 85).
- (9) Autorenkollektiv, 45 Jahre Pharmazie in Deutschland Ost. Berlin 2007.
- (10) Eichhorn, A., Schröder, J.: Zeittafel zur Geschichte der Pharmazie in der Deutschen Demokratischen Republik (1945–1989), Berlin 1989.
- (11) Friedrich, Ch., Müller-Jahncke; W.-D.: Von der Frühen Neuzeit bis zur Gegenwart. Geschichte der Pharmazie Bd. 2, Eschborn 2005, S. 1057f.
- (12) Schuhmann, A.: Zur Geschichte des Arzneimittelwerkes Dresden und seiner Vorläuferbetriebe 1945–1990, Radebeul 2000 (Maschinenmanuskript).
- (13) Autorenkollektiv wie (9).
- (14) Friedrich, Ch.: Privatapotheken in der ehemaligen DDR: Inseln im Staatssystem. In: Pharmazeutische Zeitung 137 (1992), 1035–1039.
- (15) Anonym: 30 Jahre Entwicklung zu einem sozialistischen Arzneimittel- und Apothekenwesen in der Deutschen Demokratischen Republik. In: Pharmazeutische Praxis 34 (1979), 193–245, hier S. 199.
- (16) Friedrich wie (14).
- (17) Müller, K.-D.: Die Ärzteschaft im staatlichen Gesundheitswesen der SBZ und DDR 1945–1989. In: Jütte, R. [Hrsg.]: Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 243–273.
- (18) Lürmann, H. G., 470 Jahre Apothekenwesen Neubrandenburg, [Teterow 2001] (Maschinenmanuskript).
- (19) Eichhorn u. Schröder wie (10)
- (20) Albrecht, K., Geschichte der Apotheken der Stadt Magdeburg, Freiberg 2007.
- (21) Schneidewind, U., Entwicklung und Aufgaben der materiell-medizinischen Versorgung bis 1985, Pharm. Praxis 37 (1982), 95–103.
- (22) Verordnung über die Aufgaben, die Leitung und Organisation des Apothekenwesens vom 12. Januar 1984, in: Gesetzblatt der DDR vom 10.2.1984, S. 100.
- (23) Schierhorn, D., Von der Apothekenhelferin zur Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten (PKA) – Zur historischen Entwicklung eines typischen Frauenberufes unter besonderer Berücksichtigung der ehemaligen DDR, Dissertation Marburg 2004.
- (24) Schlick wie (8).
- (25) Schuhmann wie (12).

- (26) Ader,U., Hahn, H.-J., Der Warenbewegungsprozeß in der pharmazeutischen Einrichtung, Halle 1979, S. 28.
- (27) Becker, Ch., Hampich, B., Warenbewegung und Bestandshaltung zur Sicherung hoher Stabilität im Versorgungsprozeß. Pharm. Praxis 36 (1981), 27–29.
- (28) Schlick wie (8).
- (29) Schuhmann wie (12).
- (30) Feldmeier, H., Junge, N., Möglichkeiten und Einflußnahme auf territoriale Pharmakotherapie durch Verbrauchsstatistik und überregionale Vergleiche, Pharm. Praxis 36 (1981), 186–188.
- (31) Fürtig, W., Kooperation zwischen Arzt und Apotheker, eine neue Qualität in der Arbeit. Ein Beitrag zur Erhöhung der Qualität und Effektivität der Arbeit im Gesundheitswesen. Pharm. Praxis 41 (1986) 213–215.