

Themen dieses Rundbriefs

Willkommen und
Abschied: Die Verände-
rungen im Vorstand

Sucht trifft Pharmazie –
Bericht von der
VdPP-Fachtagung

Pharmazeutische Berufs-
felder und Public Health

Treffen der AG
Arzneimittelversorgung
interprofessionell

MEZIS-Initiative
gegen DTCA

Petition: Arzneimittel-
werbung stärker
regulieren

Frauengesundheits-
bewegung: zwischen
Selbsthilfe und System-
kritik

Gesetz zum öffentlichen
Gesundheitsdienst in
NRW novelliert

VdPP zum ABDA-Papier Zukunft der Apotheken

Prioritäten falsch gesetzt



INHALT

- 3** **Grußwort des VdPP-Vorstands**
VdPP-Vorstand
- 4** **Willkommen und Abschied: Die Veränderungen im Vorstand**
VdPP-Vorstand
- 5** **Sucht trifft Pharmazie – Bericht von der VdPP-Fachtagung**
Frauke Heller und Esther Luhmann
- 6** **Apotheke und Sucht**
Kommentar von Tim Inhoff
- 7** **ABDA-Zukunftskonzept: Von Zukunft keine Spur**
Ingeborg Simon
- 10** **Seminarreihe Pharmazeutische Berufsfelder und Public Health**
Udo Puteanus
- 11** **Zweites und drittes Treffen der „AG Arzneimittelversorgung interprofessionell“** Udo Puteanus
- 12** **Direct-to-Consumer Advertisement (DTCA) in Deutschland**
Niklas Schurig
- 14** **Arzneimittelwerbung stärker regulieren**
Bundestagspetition von MEZIS
- 15** **MEZIS-Petition: Zu kurz gesprungen**
Kommentar von Ulrich Hagemann
- 16** **Zwischen Selbsthilfe und Systemkritik: Die Frauengesundheitsbewegung in Deutschland** Franziska Max
- 18** **Kurzmitteilungen: Masern in den USA; Big Pharma setzt Europa unter Druck; Ending nuclear weapons before they end us; 32. Jahrestagung der GAA in Jena**
- 20** **NRW-Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst novelliert**
Udo Puteanus
- 23** **Buchbesprechung: Leib und Seele**
Ulrich Hagemann
- 23** **Ich lese den Rundbrief, weil ...**
Ulrich Hagemann
- 24** **Danke an den Vorstand und an alle Mitglieder**
Heidi Sauer

Bildnachweise:

S.1: Uniquepixel/iStock. S.3: Privat (Thomas Hecker, Frauke Heller, Udo Puteanus). S.4: Violkaart/Pixabay, Ulrike Faber, privat (Thomas Hecker, Daniel Floor). S.6: Privat (Frauke Heller, Esther Luhmann). S.8: MariaGisina/iStock. S.9: Privat (Ingeborg Simon). S.11 Privat (Udo Puteanus). S.13: Privat (Niklas Schurig). S.17: Privat (Franziska Max). S.18: Gage Skidmore. S.19: Privat (Ulrich Hagemann). S.21: Privat (Udo Puteanus). S.23: Privat (Ulrich Hagemann). S.24: Privat (Heidi Sauer).

IMPRESSUM

Herausgeber

Verein demokratischer
Pharmazeutinnen und
Pharmazeuten e. V.
Geschäftsstelle Gudrun Meiburg
Goldbekufer 36
D-22303 Hamburg

Telefon: 040 650 548 33
E-Mail: info@vdpp.de
Web: <http://www.vdpp.de>

Bankverbindung
Postbank Berlin
IBAN: DE62 1001 0010 0020 0471 05

ISSN

Print: 2699-6871
Online: 2699-688X

Druck

100% Recyclingpapier, FSC®
Klimaneutraler Druck

Redaktion

Johanna Lederer (verantwortlich),
Heinz Landwehr, Esther Luhmann
Redaktionsanschrift:
VdPP, Rundbrief-Redaktion
Goldbekufer 36, 22303 Hamburg
E-Mail: redaktion@vdpp.de

Verantwortung und Urheberrechte

Für Beiträge, die mit vollem Namen
gekennzeichnet sind, übernehmen die
Autor:innen die volle Verantwortung.
Die Urheberrechte liegen bei
den Autor:innen.

Abonnement

Sie haben auch die Möglichkeit, den VdPP-
Rundbrief in gedruckter Form zu erhalten. Für
die gedruckte Form erheben wir eine Gebühr
von 30 Euro/6 Ausgaben, inkl. Versandkosten in
Deutschland.

Einzelheftbestellungen sind möglich.

Anfragen richten Sie bitte an info@vdpp.de

Leserbriefe

Die Redaktion freut sich über Ihre Meinung zu
unseren Themen und Artikeln.
Leserbriefe sind ausdrücklich erwünscht.
Schreiben Sie an redaktion@vdpp.de,
Stichwort: Leserbrief

Nächster Rundbrief

Der nächste VdPP-Rundbrief, Ausgabe
Nr. 124, erscheint im Januar 2026.
Redaktionsschluss ist am
30. November 2025.

Grußwort des VdPP-Vorstands

Liebe Vereinsmitglieder und Freund:innen des VdPP,

während wir dies schreiben, steht der Sommer vor der Tür, der mit Hitzerekorden bereits im Juni aufwarten konnte. Wenn Ihr aber den Rundbrief lest, wird es schon September sein. Wer weiß, welche Wetterkapriolen aufgrund des Klimawandels bis dahin bereits zu verzeichnen und welche gesundheitlichen Auswirkungen und Todesfälle damit verbunden sind.

Unsere Fachtagung auf der Mitgliederversammlung im Juni 2025 in Frankfurt/Main unter der Überschrift „Gefährliche Vertrautheit – wenn Konsum zur Abhängigkeit wird. Sozialpharmazeutische Perspektiven auf Missbrauch, Prävention und interprofessionelle Zusammenarbeit“ war ein voller Erfolg. Im Rundbrief könnt Ihr die wesentlichen Aspekte, die diskutiert wurden, nachlesen.

Die Arzneimittelabhängigkeit ist schon alarmierend: Benzodiazepine und Z-Drugs stehen seit den achtziger Jahren bis heute im Fokus. Und trotzdem hat sich an der Zahl der als abhängig geltenden Patient:innen kaum etwas verändert. Es bleibt also weiterhin viel zu tun, um dem Missbrauch von Arzneimitteln vorzubeugen. Der „Lippstädter Benzo-Check“ (siehe S. 5), den Dr. Rüdiger Holzbach auf der Fachtagung vorstellte, kann dabei sicherlich gute Dienste leisten.

Übrigens: Der VdPP hat einen neuen Vorstand. Die Mitgliederversammlung wählte erneut Frauke Heller und Udo Puteanus in dieses Gremium. Da mit Daniel Fler und Thomas Hammer zwei bewährte Vorständler ausschieden, musste mindestens ein neues Vorstandsmitglied gewählt



Der neue Vorstand: Thomas Hecker, Frauke Heller und Udo Puteanus (v. l.)

werden. Mit Thomas Hecker, der sich in diesem Rundbrief noch kurz vorstellen wird, konnte ein Apotheker für den Vorstand gewonnen werden, der aufgrund seiner GMP-Inspektorentätigkeit im Rahmen seiner Arbeit in einer europäischen Behörde (EDQM) über

viel internationale Erfahrung zur Wirkstoffherstellung verfügt. Wir sind sehr dankbar für seine Bereitschaft, für den Vorstand zu kandidieren. Herzlich Willkommen, Thomas!

Daniel Fler und Thomas Hammer danken wir sehr für ihre langjährige Mitarbeit im Vorstand des VdPP. Daniel wird uns fehlen, da uns seine Gründlichkeit sicherlich das ein oder andere Mal vor Missgeschicken schützte. Und Thomas wird uns fehlen, der über 12 Jahre die Vorstandsarbeit mitgeprägt hat und insbesondere die Finanzen stets im Auge hatte. Danke Euch beiden, Ihr seid weiterhin gern gesehene Gäste bei den Vorstandssitzungen.

Nicht zuletzt danken wir Frauke Heller, Esther Luhmann, Gudrun Hahn und Gudrun Meiburg für die hervorragende Organisation der Fachtagung, der Mitgliederversammlung und des Rahmenprogramms, sowie den Referent:innen für ihr Engagement vor und während der Tagung. Zudem ist aber der Organisation medico international zu danken, deren Räume wir in Frankfurt/Main für die Fachtagung und die Mitgliederversammlung nutzen durften (eigene Kurzbeschreibung der Organisation: „Solidarität im globalen Handgemenge“). Besser hätten wir in Frankfurt/Main nicht unterkommen können. Ein großes Dankeschön an medico international!

Euer VdPP-Vorstand

VdPP im Netz

 www.vdpp.de

 www.facebook.com/VdemPP/

 www.linkedin.com/company/vdpp

Beiträge und Spenden

Liebe Mitglieder, liebe Spender:innen, der VdPP ist dankbar für Beiträge und Spenden. Dafür steht das im Impressum genannte Konto zur Verfügung oder neu auch Paypal, letzteres über den QR-Code rechts oder die Adresse info@vdpp.de. Für die Steuererklärung reicht bis 300 Euro eine Kopie des Kontoauszugs. Sind es mehr als 300 Euro, verschickt unsere Geschäftsstelle automatisch eine Bescheinigung.



Neu im Vorstand: Thomas Hecker

Mein Name ist Thomas Hecker. Ich bin seit 1994 Apotheker und habe 1998 die Weiterbildung zum Fachapotheker für Toxikologie und Umweltschutz abgeschlossen. Zudem habe ich im Bereich Pharmazeutische Chemie promoviert. Von 2002 bis 2007 war ich als GMP-/GCP-Inspektor im Freistaat Thüringen tätig. Seit 2007 arbeite ich beim European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) im Bereich Zertifizierung von pharma-

zeutischen Substanzen. Ich bin dort als GMP-Inspektor aktiv und inspiziere vorrangig Wirkstoffhersteller in Indien und China. In dieser Funktion verrete ich EDQM unter anderem in Arbeitsgruppen wie der Inspectors Working Group der Europäischen Arzneimittel-Agentur.

Ich freue mich sehr, nunmehr im Vorstand des VdPP aktiv sein zu dürfen und meine Erfahrung im Sinne der Pharmazie in sozialer Verantwortung einzubringen.



Willkommen und Abschied

Nicht mehr im Vorstand: Thomas Hammer



Er meint: „Nach 12 Jahren im Vorstand heißt es nun: Abschied nehmen. Deswegen möchte ich die Gelegenheit nutzen, mich bei allen, mit denen ich in den letzten Jahren im Vorstand war, zu bedanken für den angenehmen Umgang miteinander. Für mich war die Mitarbeit im Vorstand eine gute Gelegenheit, Informationen zu den unterschiedlichsten Themen zu bekommen und das eine oder andere Mal selbst die Meinung des Vorstands zu beeinflussen. Das war für mich eine wertvolle Erfahrung. Gerade neue Vereinsmitglieder sollten sich überlegen, im Vorstand mitzuarbeiten. Es muss ja nicht für 12 Jahre sein.“

Ebenfalls ausgeschieden: Daniel Fleer

Er sagt zum Abschied: „Die Arbeit des Vorstandes und alle Vereinsaktivitäten wären undenkbar ohne die permanente engagierte Mitarbeit von Vorstandsreferentin, Geschäftsstellenmitarbeiterin und rund 15 aktiven Vereinsmitgliedern. Daher möchte ich euch allen herzlich danken und habe keine Zweifel, dass ihr auch dafür sorgen werdet, dass das neue Vorstandsmitglied einen reibungslosen Einstieg in sein Amt finden wird.“



Bericht von der VdPP-Fachtagung

Sucht trifft Pharmazie

Frauke Heller und Esther Luhmann

Arzneimittelmissbrauch und Arzneimittelabhängigkeit begegnen dem pharmazeutischen Personal in der Apotheke fast jeden Tag. Insbesondere Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Schmerzmittel spielen dabei eine

große Rolle. Was kann die Apotheke und die Apothekerschaft als Ganzes gegen Arzneimittelmissbrauch und Arzneimittelabhängigkeit tun?

Am Samstag, 28. Juni 2025, trafen sich in Frankfurt/Main und online Apotheker:innen, um über das Thema „Pharmazie und Sucht“ zu diskutieren. Der VdPP hatte zur Fachtagung mit dem Titel „Gefährliche Vertrautheit – wenn Konsum zur Abhängigkeit wird“ geladen. Sozialpharmazeutische Perspektiven auf Missbrauch, Prävention und interprofessionelle Zusammenarbeit waren weitere Themen, die etwa 30 Interessierte miteinander diskutierten.

Dr. Rüdiger Holzbach, Psychiater und erfahren im Umgang mit Benzodiazepinen, stellte in seinem Vortrag „Langzeitverschreibung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen – fort- oder absetzen?“ die spannende Frage, wie mit Suchterkrankungen umzugehen sei. Durch seine langjährige Erfahrung nahm er die Anwesenden mit in den Alltag und die Herausforderungen, die er als Chefarzt in der Klinik täglich erlebt.

Insbesondere warb er bei den Apotheker:innen dafür, die Patient:innen beim Versuch zu unterstützen, Benzodiazepine und Z-Drugs abzusetzen oder deren Dosierung zu reduzieren und dabei unbedingt die Erfahrungen aus dem Projekt „Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt“ zu nutzen. Hilfreich für die tägliche Arbeit sei auch der „Lippstädter Benzo-Check“¹.

Dr. Christian Ude, Apothekeninhaber und Präsident der Landesapothekerkammer Hessen, ging in seinem Vortrag „Apotheke als Schutz vor Sucht und Arzneimittelmissbrauch“ auf die Risiken von Opioiden, insbesondere Fentanyl ein, betonte aber gleichzeitig die therapeutische Bedeutung dieser Substanzgruppe für die Patient:innen.

„Als niedrigschwellige Anlaufstelle im Gesundheitssystem und durch ihre Fachexpertise sind Apotheken bestens geeignet, sich sowohl auf individueller Ebene als auch gesamtgesellschaftlich für die Suchtprävention zu engagieren.“

Frauke Heller

Die Apotheker:innen hätten durch ihre niedrigschwellige Erreichbarkeit und ihre vielen Patient:innenkontakte gute Chancen, mit den Menschen ins Gespräch zu kommen. Dabei dürfe man auch das Thema „Selbstmedikation“ nicht vergessen, denn im Vergleich zu Versandapotheken hätten Präsenz-Apotheken die besseren Voraussetzungen für eine gute Beratung der Patient:innen.

Unterschiedliche sozialpharmazeutische Aspekte

In der Diskussion wurden die unterschiedlichen sozialpharmazeutischen Aspekte anhand der drei Substanzklassen (Benzodiazepine, Cannabis, Fentanyl) besprochen. Wichtige Ergebnisse der Diskussion fasste Frauke

Heller, VdPP-Vorstandsmitglied und Moderatorin der Fachtagung so zusammen: „Als niedrigschwellige Anlaufstelle im Gesundheitssystem und durch ihre Fachexpertise sind Apotheken bestens geeignet, sich sowohl auf individueller Ebene als auch gesamtgesellschaftlich für die Suchtprävention zu engagieren. Gerade in Zeiten, in denen viele Apotheken vor existenziellen Herausforderungen stehen, ist es auch eine Frage des Systems, wie diese Rolle mit Leben gefüllt und die Position der Vor-Ort-Apotheke als wichtiger Akteur im Gesundheitssystem gestärkt werden kann.“ Im interprofessionellen Kontext (hier Medizin und Pharmazie) stelle sich

heraus, dass eine gute Kommunikationsgrundlage zwischen beiden Berufen vor Ort notwendig sei, um die kritischen Arzneimittelverbräuche mit betroffenen Patient:innen zu thematisieren, was ebenfalls von Versandapotheken nicht geleistet werden könne.

Nach der Mittagspause fanden zwei World Cafés statt. Im ersten World Café „Substitutionstherapie – Quo vadis“ besprach Apothekerin Frauke Repschläger die Zukunft der Substitutionstherapie. Die Krankenkassenapothekerin wies darauf hin, dass aufgrund zu beobachtender altersbedingter Abgänge von Substitutionsärzt:innen andere Berufe mit ausreichender Qualifikation einspringen müssten. Auch stellte sie die Frage, ob

vor dem Hintergrund sich verändernder Konsumprofile („Polysubstanzkonsum“ und vermehrte Abhängigkeiten von anderen Substanzklassen) eine reine Fokussierung auf Opioide noch zeitgemäß sei.

Das zweite World Café sollte ursprünglich von zwei Vertreter:innen des Bundesverbands der Pharmaziestudierenden (BPhD) zum Thema Drug-Checking moderiert werden. Leider waren sie verhindert, und Tim Inhoff, Apotheker aus Berlin, sprang spontan ein und teilte mit den Teilnehmenden seine Erfahrungen unter dem Titel „Drugchecking und Safer Use – eine Perspektive aus einer Apotheke in der Partyhauptstadt“.

In der abschließenden Diskussion sprachen die Teilnehmenden über die Verantwortung der Apotheker:innen bei der Selbstmedikation und ihre Möglichkeiten, Arzneimittelmisbrauch zu

reduzieren. Außerdem problematisierten sie, ob Apotheker:innen bei der Substitutionstherapie mit Methadon mehr als bisher die Ärzt:innen entlasten können und wollen.

Auf der am Sonntag folgenden Mitgliederversammlung des VdPP wählten die Mitglieder mit Frauke Heller, Dr. Thomas Hecker und Dr. Udo Puteanus den Vorstand neu. Dr. Daniel Fler und Thomas Hammer legten nach langjähriger Vorstandsarbeit ihre Vorstandsposten nieder. Als neues Vorstandsmitglied kommt Dr. Thomas Hecker hinzu, Apotheker und GMP-Inspektor, ansässig in Straßburg.

Der VdPP dankt den Referierenden für die wertvollen und informativen Beiträge, Daniel Fler und Thomas Hammer für die langjährige Vorstandsarbeit und medico international für die angenehme Zusammenarbeit vor Ort.

Fußnote:

1) https://klinikum-hochsauerland.de/fileadmin/user_upload/Kliniken_und_Zentren/Klinik_fuer_Psychatrie/Lippstaedter_Benzo-Check/BenzoCheck-Download_A4_2-Seiter.pdf

Über die Autorinnen

Frauke Heller ist Mitglied im VdPP-Vorstand. Sie ist Apothekerin und Referentin für Globale Gesundheit bei medico international.



Esther Luhmann ist Apothekerin, VdPP-Vorstandsreferentin und aktiv bei Pharmacists for Future.



Apotheke und Sucht

Kommentar von Tim Inhoff

Heute lese ich beim RBB, dass die Zahl der Drogentoten in Berlin auf einem neuen Höchststand ist. Leider ist diese Meldung überhaupt nicht überraschend für mich, denn ich komme gerade vom 25. Interdisziplinären Suchtkongress aus München. Neben spannenden Vorträgen und Workshops von Antistigmatisierung über die Frage nach einer Drogenepidemie nach amerikanischen Verhältnissen in Deutschland bis hin zu neuen Kokain- oder Psychedelika gestützten Therapieansätzen aus der Schweiz wurde hier viel Relevantes diskutiert. Aber es gibt auch alarmierende Warnungen. Durch die politischen Turbulenzen in Afghanistan findet immer weniger Heroin seinen Weg auf die deutschen Straßen. Was sich erstmal wie eine erfreuliche Meldung anhört, birgt extrem große Risiken. Das aus Schlafmohn halbsynthetisch gewonnene Heroin wird durch vollsynthetische Opioide mit teils hundertfacher Potenz ersetzt. Das Risiko einer lebensbedrohlichen Intoxikation besteht hier nicht nur für Konsument:innen, sondern auch für alle anderen, die mit Spuren in Kontakt kommen können.

Allerdings wurde eine Frage für mich noch nicht endgültig beantwortet, die ich von der Fachtagung des VdPP zum Thema Missbrauch, Prävention und interprofessionelle Zusammenarbeit mitgenommen habe. Welche Verantwortung haben denn wir Pharmazeutinnen und Pharmazeuten in dieser zunehmenden Gesundheitskrise? Haben wir nicht ein noch flächendeckendes Netzwerk an Apotheken? Haben wir

nicht einen besonderen Zugang zu unseren Kund:innen und deren Vertrauen? Und haben wir nicht das Wissen über die Stoffe von Genussmitteln, OTC-Arzneimitteln bis hin zu Betäubungsmitteln und die Folgen des Konsums?

Ich sehe hier nach wie vor eine Lücke, die wir füllen sollten, nicht nur aus der Verantwortung für die öffentliche Gesundheit, sondern auch um uns abzugrenzen gegenüber Online-Apotheken und Drogerieketten.

Nutzen wir unsere Fähigkeiten, um der Öffentlichkeit einen weiteren Grund aufzuzeigen, was mit den Vor-Ort-Apotheken möglich ist, und bringen uns ein. Etwa mit einem niedrigschwelligen Beratungsangebot zu Abhängigkeit und Safer Use. Klären wir Konsument:innen, Angehörige, Erziehungsberechtigte oder Angehörige anderer Gesundheitsberufe gut auf und bringen uns verstärkt ein in die interdisziplinäre Arbeit. Der Bedarf ist da!

Infos zum Kongress:

<https://xn--suchtkongressmünchen-jbc.de/>

Zum Autor: **Tim Inhoff** ist seit 2022 approbierter Apotheker und arbeitet in einer Apotheke mit Schwerpunkt Substitution in Berlin. Darüber hinaus arbeitet er eng mit öffentlichen Einrichtungen der Drogenberatung zusammen. Er ist Mitglied im VdPP und möchte gern das Thema Sozialpharmazie in der öffentlichen Apotheke voranbringen.

Ein Kommentar zum ABDA-Zukunftskonzept

Von Zukunft keine Spur

Ingeborg Simon

Empfehlungen zur Zukunftsorientierung sind in heutigen Zeiten ein Muss – auch für die Pharmazie! Zeitenwende, Klimawandel, sozio-ökologische Transformation, Kran-

ken- und Pflegekassen in finanzieller Notlage, Regierungswechsel – da kommt das ABDA-Positionspapier als Diskussionsangebot gerade recht.

Es stellt unter dem Titel „In eine gesunde Zukunft mit der Apotheke“ die von der ABDA entwickelten Forderungen und Empfehlungen vor. Das Papier wird getragen von der Überzeugung der Standespolitik: „Wir können mehr als wir dürfen“ und verweist zum Beweis auf erfolgreich bestandene Herausforderungen während der Coronazeit. Hier haben unbestritten die Kolleg:innen der Vor-Ort-Apotheken bewiesen, dass sie auch unter Ausnahmesituationen handlungsfähig sind. Sie beteiligten sich beim Impfen, stellten Desinfektionsmittel und Fiebersäfte für Kinder her. Bei drohenden Arzneimittellieferengpässen suchten sie erfolgreich nach Alternativen. Das erlebten Kund:innen und Patient:innen als echte Hilfen und zeigten sich dankbar dafür.

Die Ziele des Papiers umfassen neben der Kernaufgabe der Apotheken zur ordnungsgemäßen Versorgung mit Arzneimitteln noch weitere Versorgungsleistungen: Schnelle

Arzneimittelversorgung ohne Umwege, Prävention und Früherkennung direkt vor Ort und mehr Unterstützung für eine sichere Arzneimitteltherapie. Konkret: Nach den Vorstellungen der ABDA sollen Apotheker:innen in der Zukunft bei leichten akuten Erkrankungen (etwa Harnwegsinfektionen, Bindehautentzündung) verschreibungspflichtige Arzneimittel verordnen können. Sie sollen Wieder-

holungsverordnungen für chronisch Kranke ausstellen dürfen, und für Kinder sollen Eltern direkt in der Apotheke eine definierte Auswahl rezeptfreier Arzneimittel zur Behandlung akuter Erkrankungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Impfangebote sollen ausgebaut werden, es gibt Unterstützungsangebote zur sicheren Anwendung von Arzneimitteln.

Insbesondere die Vorschläge zur Lockerung der Verschreibungspflicht stoßen bei der Ärzteschaft auf Widerstand. Sie sehen hier einen Angriff auf die Einschränkung ihrer Therapiefreiheit. Der Vorsitzende der Kassenärztli-

Das vom VdPP seit Jahren verfolgte Ziel, die Vor-Ort-Apotheken als kompetente niedragschwellige Netzwerkpartner in der Kommune zu etablieren, müsste eigentlich ganz im Sinne der ABDA sein.

chen Bundesvereinigung, Andreas Gassen, hat seine Ablehnung schon deutlich gemacht. In der Behandlung von Patienten hätten die Apotheker schlicht keine Kompetenz, sagte er anlässlich einer Veranstaltung des Deutschen Apothekerverbandes (DAV). Die Geschäftsführung der ABDA hat Konflikte mit den Ärzt:innen erwartet. Sie nimmt das aber in Kauf in der Hoffnung, die Arztpraxen würden letztlich dankbar dafür sein, dass die Apotheke

in Wohnortnähe für eine schnelle Versorgung bei geschlossener Praxis im Nacht- und Notdienst bereitsteht.

Wie beurteilt der VdPP das ABDA-Zukunftskonzept?

Von einem Zukunftskonzept erwartet der VdPP die Nennung von neuen zukunftssträchtigen Zielen, die einerseits die Apotheken vor Ort als wichtige niedragschwellige Anlaufstelle im Rahmen eines Primärversorgungssystems sichern und andererseits ihr Aufgabenprofil als integrierte Partner eines interprofessionellen Versorgungskonzeptes erweitern. Neben ihrer Kernaufgabe, die sichere und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung zu gewährleisten, kommen ergänzende Aufgaben dazu, die sich aus der allgemeinen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und/oder aus den besonderen kommunalen Erfordernissen ergeben.

Das vom VdPP seit Jahren verfolgte Ziel, die Vor-Ort-Apotheken als niedragschwellige Netzwerkpartner mit ihrer pharmazeutischen Kompetenz in der Kommune zu etablieren, müsste eigentlich ganz im Sinne der ABDA sein. Ihr Wunsch ist die enge Zusammenarbeit zwischen allen Professionen des Gesundheitswesens, „um eine nachhaltige, zukunftsorientierte und patientenzentrierte Weiterentwicklung des gesamten Gesundheitswesens voranzutreiben“, so das Fazit im ABDA-

Zukunftskonzept. Das Ansinnen ist unterstützenswert, aber leider bietet es dafür keinerlei diskutierbare Anregungen oder Ansätze.

Die Vor-Ort-Apotheken können in Konkurrenz mit ausländischen Versandapotheken und Onlinebestellungen per E-Rezept nur weiter bestehen, wenn sie durch Alleinstellungsmerkmale – wie etwa als Netzwerker im Verbund mit weiteren gesundheitlichen Dienstleistern – Leistungen anbieten können, die nur durch ihre Präsenz und kommunale Verankerung ermöglicht werden. Gleichzeitig bieten diese Leistungen im Netzwerk Planungssicherheit und existenziellen Schutz durch die regionale Vernetzung mit anderen Leistungsträgern.

In einem Primärversorgungssystem ermöglicht die regionale Vernetzung den Apotheken auch Tätigkeiten außerhalb des Apothekenumfeldes, zum Beispiel in Beratungsstellen zur Gesundheitsförderung, in Arztpraxen, im Öffentlichen Gesundheitsdienst, in Bildungsstätten, in gesundheitspolitischen Gremien der Kommune, bei Hausbesuchen zur Beratung und Aufklärung.

Was muss ein Zukunftskonzept aus Sicht des VdPP bieten?

Gerade hat der AOK-Bundesverband seine Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland veröffentlicht. Darin heißt es einleitend: „Die Primärversorgung koordiniert alle Maßnahmen, die für eine patientenorientierte Versorgung notwendig sind und führt die Patienten und Patientinnen bedarfsgerecht durch das Gesundheitssystem. Die AOK-Gemeinschaft strebt gemeinsam mit den Leistungserbringenden an, mehr vernetzte und aufeinander abgestimmte Strukturen zu schaffen.“

Der VdPP vermisst hier die Nennung der Leistung erbringenden Apotheken mit ihren Aufgaben in der Arzneimittelversorgung. Wie so oft, werden sie auch hier nicht mitgedacht, obgleich die Pharmakotherapie in der Arznei-



Einen Plan für eine sichere Reise in die Zukunft bietet das ABDA-Zukunftskonzept aus Sicht des VdPP leider nicht.

mittelversorgung von größter Bedeutung ist. Wie kann das sein?

Um endlich als wichtiger Partner in der Primärversorgung wahrgenommen und angenommen zu werden, müsste die Berufspolitik insgesamt und müssten die Landesapothekerkammern als „Vor-Ort“-Institutionen im Besonderen mit ihren Mitgliedern auf kommunaler Ebene erkennbar und nachvollziehbar Angebote rund um das Kerngeschäft der Arzneimittelversorgung machen, einschließlich ergänzender bedarfsgerechter Leistungen – und zwar mit dem Ziel der Gesundheit der Bevölkerung (Public Health). Welche spezifischen pharmazeutischen Dienstleistungen sollten unbedingt Teil eines Zukunftskonzeptes werden, die bisher im ABDA-Vorschlag fehlen?

Leistungen für ältere Menschen

Ganz oben im Zukunftskonzept der ABDA werden zwar der demografische Wandel und seine Auswirkungen auf

das Versorgungssystem als große Herausforderung für das Gesundheitswesen benannt, aber im Positionspapier selbst sucht man vergeblich nach Lösungsvorschlägen, die sich um eine Verbesserung der Qualität der Arzneimittelversorgung der Älteren und Hochbetagten sorgen. Die Dringlichkeit dafür unterstreicht der neue AOK-Qualitätsatlas zur Pflege in Heimen. Hier werden als ungelöste Probleme für die Heimbewohner:innen unter anderem die seit langem kritisierte Dauermedikation mit Beruhigungs- und mit Schlafmitteln mit drohender Abhängigkeit genannt, ebenso die höhere Sturzgefahr

bei einer Risikomedikation. Die dazu präsentierten Zahlen sind deprimierend und klagen die dafür Verantwortlichen an. Die AOK fordert darum, die Versorgungsqualität umfassender über alle Berufsgruppen und Sektorengrenzen hinweg zu betrachten.

Die Vor-Ort-Apotheken mit Heimverträgen sollten sich besonders angesprochen fühlen. Hier könnten die Weiterbildungsangebote der Landesapothekerkammern zur geriatrischen und palliativen Pharmazie helfen, entsprechende Leistungen mit den Pflegeheimen vertraglich im Versorgungsvertrag festzuschreiben.

Gesundheitsförderung, Prävention

Als für ein Zukunftskonzept völlig unzureichend kritisiert der VdPP die Beratungsangebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im ABDA-Papier. Als Maßnahmen zur Prävention und Früherkennung sind hier lediglich Impfungen, Screenings, Beratungsangebote und Leistungen

im Bereich des Monitorings vorgesehen. Das ist aus Sicht des VdPP viel zu eng gedacht. Verbesserungen der Lebensqualität im Rahmen präventiver Angebote können mit den von der ABDA vorgeschlagenen Dienstleistungen in der Offizin nicht erreicht werden. Ziel muss sein – auch für die Pharmazeut:innen – im Rahmen der Primärversorgung im Wohnumfeld Bemühungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu unterstützen, und zwar durch Aufklärung, Beratungsangebote und Bildungsveranstaltungen rund um das Arzneimittel sowie durch Teilnahme an Kampagnen zur Prävention und Gesundheitsförderung der Gesundheitsämter sowie anderer gemeinnütziger Organisationen.

Maßnahmen zum Hitzeschutz

Ein Zukunftskonzept ohne ein einziges Wort zum Klimawandel geht gar nicht! Vor allem die Hitze stellt die größte weltweite Gefahr für die Gesundheit dar. Gesundheitsschutz geht nicht ohne Klimaschutz. Insbesondere die vulnerablen Gruppen sind extrem gefährdet. 2023 gab es in Deutschland zwischen 3 000 und 6 000 Hitzetote.¹⁾ Neben einer dringend in den Apotheken anzubietenden Beratung im Umgang mit der Medikation bei Hitze – unbedingt auch im Rahmen von Hausbesuchen – wären die Schaufensterflächen der Apotheken attraktive Orte zur Aufklärung über die gesundheitlichen Gefahren bei Extremtemperaturen. Hier könnten ABDA-Plakat-Aktionen das Thema Hitzeschutz und Klimawandel einschließlich seiner Folgen in Verbindung mit Infomaterial aus der Apotheke anschaulich präsentieren. Nebenbei wäre es eine öffentlichkeitswirksame Imagekampagne, die die Apotheken auch einmal flächendeckend als Orte der Information und Unterstützung ihrer Patient:innen ausweisen könnte. Pharmazeut:innen könnten ihr konkretes Wissen über Klima- und Umweltbelastungen auch durch ihre Mitarbeit bei der Erstellung kommunaler Hitzeschutzpläne einbringen, die für die Menschen lebensrettend sein können. Hier besteht ein großer Nachholbedarf.

Verbesserung der Ausbildung

Die derzeit gültige Approbationsordnung für Apotheker (AAppO) stammt aus dem Jahr 2001. Sie kann daher den Ansprüchen an den heutigen Apotheker:innenberuf nicht mehr gerecht werden. Die seit Jahren sich beschleunigenden Entwicklungen in (Digital-) Technik und Naturwissenschaften zwingen auch die ABDA, politisch Druck zu machen, um die Ausbildungssituation endlich den aktuellen Bedarfen anzupassen. Ohne die seit Jahren überfällige Novellierung lassen sich die gestiegenen Anforderungen an die fachlichen und strukturellen Aufgaben der Zukunft nicht angemessen umsetzen. Zukunftskonzepte brauchen – beginnend mit dem Studium – ein solides Fundament, auf dem alle an den späteren Beruf gestellten Anforderungen auch qualifiziert eingelöst werden und bei Bedarf durch Fort- und Weiterbildungsangebote flexibel und bedarfsgerecht ergänzt werden können.

Fazit

Auch der VdPP vertritt die Auffassung, dass die Pharmazie und ihre Einrichtungen mehr für die Gesellschaft leisten könnten, wenn die wachsenden Ansprüche das erforderlich machen. Mehr Verantwortung in der Arzneimittelversorgung zu übernehmen und darum auch über neue Versorgungsmodelle nachzudenken, ist berechtigt.

Entscheidend dabei wird aber sein, neue und erweiterte gesundheitliche Versorgungsstrukturen nicht isoliert, sondern in einem koordinierten interprofessionellen Rahmen zu prüfen – nicht durch Konkurrenz, sondern durch Kooperation der Gesundheitsberufe. In einem solchen Rahmen lassen sich dann auch Überlegungen über erweiterte oder neue Kompetenzen für Apotheker:innen anstellen. Das jetzt von der ABDA gewählte Verfahren, über ihr Zukunftskonzept einen eigenmächtigen Vorstoß auf Kosten des Verschreibungsrechts der Ärzt:innen zu initiieren, ist nicht nur kontraproduktiv und zum Scheitern verurteilt. Diese nicht abgestimmte

Vorgehensweise mit dem Verweis auf den „prescribing pharmacist“ in anderen Ländern macht zukünftig alle Bemühungen um das Erreichen kooperativer Formen der Zusammenarbeit sehr viel komplizierter.

Jenny Schönborn, Beauftragte des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland (BPhD) für Gesundheitspolitik, hat auf der Grundlage eines Positionspapiers des BPhD die Erweiterung der Befugnisse von Apotheker:innen für die Verschreibung von Arzneimitteln in einen richtigen Rahmen gesetzt: Sie kam zu dem Schluss, dass sich ein Gesundheitssystem nur gemeinsam gestalten lässt. Dabei wird entscheidend sein, „dass dieser Wandel ... in einem koordinierten, interprofessionellen Rahmen getragen von klaren rechtlichen Strukturen ... und gegenseitigem Vertrauen zwischen den Gesundheitsberufen gewollt wird.“²⁾ Dem ist nichts hinzuzufügen.

1) www.mdr.de/wissen/medizin-gesundheit/rki-schaetzt-zahl-der-jaehrlichen-hitzetoten-100.html

2) www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2025/06/10/zwischen-versorgungsluecke-und-verantwortung-die-rolle-der-apothekerinnen-neu-denken

*Über die Autorin
Ingeborg Simon ist
Apothekerin, VdPP-
Mitglied und im
Landessenioren-
beirat Berlin
politisch aktiv.*



Seminarreihe von VdPP und BPhD

Pharmazeutische Berufsfelder und Public Health

Udo Puteanus

Im vergangenen Sommersemester 2025 fanden vier Onlineveranstaltungen der Seminarreihe „Pharmazeutische Berufsfelder und Public Health“ statt. VdPP und Bundesverband der Pharmaziestudierenden Deutschland (BPhD) organisierten gemeinsam diese Veranstaltungsreihe.

- 10. April 2025:**
 - Sozialpharmazie (Udo Puteanus)
 - Amtsapothekerin (Ilka Fleer)
- 15. Mai 2025:**
 - Medizinjournalismus (Marius Penzel),
 - Apotheker:innen in der Wissenschaft (Frauke Assmus)
- 12. Juni 2025:**
 - Apotheker:innen in einem Sozialverband (Ilias Essaida)
 - Apothekerin bei Apotheker ohne Grenzen (Dorothee Giese)
- 03. Juli 2025**
 - Apothekerin ehrenamtlich in einer Apothekerkammer (Petra Kolle)
 - Apotheker im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG (Daniel Fleer)

Die Berichte zu den Veranstaltungen, wie auch die der vorhergehenden Veranstaltungen finden sich auf der VdPP-Seite www.vdpp.de/pharmazie-und-public-health/

Wie geht es weiter?

Insgesamt 17 Onlineveranstaltungen zum Thema „Pharmazeutische Berufsfelder und Public Health“ stellten VdPP und BPhD in den Jahren 2022 bis heute auf die Beine. Sie informierten vor allem die höheren Semester der Pharmaziestudierenden bzw. die frisch Approbierten über die vielen spannenden Berufsfelder für Apotheker:innen und was sie mit Public Health zu tun haben.

Nun wird, wie schon 2023/24, wieder eine einjährige Pause folgen, bis in den Semestern 2026/2027 neuer pharmazeutischer Nachwuchs angesprochen werden kann – so jedenfalls ist die Planung. In der Zwischenzeit wollen wir aber nicht völlig untätig sein, sondern gemeinsam mit dem BPhD überlegen, welche aktuellen Themen anstehen, die es wert sind, aus der Perspektive einer besseren Zusammenarbeit von Pharmazie und Public Health beleuchtet zu werden.

Weiteres Onlinetreffen

Netzwerk Pharmazie und Public Health

Nicht nur für die jüngeren Apotheker:innen: Am 3. September um 18:00 Uhr trifft sich das Netzwerk Pharmazie und Public Health im VdPP zum vierten Mal online. Thema wird sein: Warum nimmt Public Health so wenig Notiz von den Herausforderungen der Arzneimittelversorgung und von den Sorgen und Möglichkeiten der Apotheken? Frau Prof. Dagmar Starke, kommissarische Leiterin der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, wird in einem Impulsreferat Diskussionsanregung geben.

Gerne nehmen wir weitere an dem Thema Interessierte in unsere Arbeitsgruppe auf.

Christiane Donat (BPhD) (publichealth@bphd.de)
Esther Luhmann (VdPP, Ph4F) (referentin@vdpp.de)
Udo Puteanus (VdPP) (puteanus@vdpp.de)



In der links abgebildeten vom VdPP herausgegebenen Publikation beschreiben Apotheker:innen den Bezug zu Public Health aus unterschiedlichen Perspektiven entsprechend ihren Berufen und Tätigkeiten. Sie kann heruntergeladen werden unter www.vdpp.de/pharmazie-und-public-health/

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Zweites und drittes Treffen der „AG Arzneimittelversorgung interprofessionell“

Udo Puteanus

Nach Gründung der Arbeitsgruppe Arzneimittelversorgung interprofessionell von DBfK (Deutscher Berufsverband der Pflegeberufe), vdää* und VdPP am 13. März 2025 (siehe VdPP-Rundbrief 122, S. 19) trafen sich die Teilnehmenden am 27. Mai und am 9. Juli 2025 zu weiteren Austauschgesprächen.

In der Mai-Veranstaltung berichtete Prof. Dr. Hanna Seidling (Universität Heidelberg) über die wissenschaftlichen Erkenntnisse aus Projekten zur interprofessionellen Zusammenarbeit.

In Deutschland finden sich nach Seidling nur sehr wenig Studien zur interprofessionellen Zusammenarbeit, die gut evaluiert sind und den Patient:innen bei den entscheidenden Outcomes (Mortalität, Krankenhauseinweisungen, Nebenwirkungsrate) signifikante Vorteile bringen. Das liegt meist an den zu kurzen Projektzeiten mit zu wenigen Patient:innen, aber auch an der Fokussierung auf Polypharmazie bei älteren, multimorbiden Patient:innen. In Zukunft sollte man ihrer Meinung nach mehr einzelne Erkrankungen in den Blick nehmen, um zu klären, ob sie durch interdisziplinäre Zusammenarbeit besser therapiert werden können.

Wichtig ist auch, dass man die Menschen erreicht, die am dringendsten Unterstützung brauchen. In vielen Fällen werden nur diejenigen in Studien eingeschlossen, die bereits ein gewisses Maß an Gesundheitskompetenz haben.

In den Aktionsplänen zur Arzneimitteltherapiesicherheit des BMG¹⁾ gibt es einige Maßnahmen, die die Zusammenarbeit verbessern sollen. 2018 wurde von Praktiker:innen in Zusammenarbeit mit AMTS-Forschung das Dokument „Interprofessionelle Zusammenarbeit bei Medikationsanalyse und Medikationsmanagement“⁽²⁾ unter Beteiligung aller Berufsgruppen erstellt, allerdings ohne Einfluss von Interessenvertreter:innen. Aufgrund nachfolgender Kritik wurde es nicht umgesetzt. Im neuen Aktionsplan soll weiter an dem Thema gearbeitet werden. Diesmal sind die Interessenvertreter:innen und auch Vertreter:innen der Patient:innen dabei.

Digitale Tools geben vor, wer im Medikationsprozess welche Aufgabe übernimmt.

In der Zukunft muss die Entwicklung digitaler Tools durch Software-Entwickler:innen genauer beobachtet werden, denn diese geben heute bereits vor, welche Berufsgruppe bzw. Institution welche Aufgaben im Medikationsprozess übernimmt und welche nicht. Damit stehen plötzlich nicht mehr die Heilberufe an der Schaltstelle, sondern die Entwickler:innen digitaler Lösungen. Das ist allerdings nicht im Sinne der Heilberufe, die nun anstreben, die Entwicklung wieder in eigene Hände zu übernehmen.

Das Gespräch in der Arbeitsgruppe im Juli 2025 diente dem Austausch darüber, welche politischen Veränderun-

gen notwendig sind, um die interprofessionelle Zusammenarbeit voranzutreiben. Dazu besprachen die Teilnehmenden in Anwesenheit zweier in der Poliklinik Hamburg-Veddel beschäftigten Community Health Nurses (CHN) die in der Praxis mögliche Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen, CHN und Apotheker:innen.

In einem weiteren Schritt sollen nun die notwendigen Voraussetzungen erarbeitet werden, die eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglichen. Dazu soll ein entsprechendes Positionspapier erarbeitet werden, das auf der Grundlage des bereits 2021 von vdää*, VdPP und Solidarisches Gesundheitswesen veröffentlichten Papiers „Ambulante Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Bestandsaufnahme und Veränderungsbedarf“⁽³⁾ aufbaut.

1) www.akdae.de/amts/aktionsplan

2) www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/AMTS/Aktionsplan/Aktionsplan-2016-2020/docs/M29-Workshop-Diskussionspapier.pdf

3) www.vdaae.de/wp-content/uploads/2024/01/SG_Ambulante-Versorgung_07-2022.pdf

Über den Autor

Dr. Udo Puteanus ist Apotheker, Vorstandsmitglied des VdPP und arbeitete beim Landeszentrum Gesundheit NRW im Bereich Sozialpharmazie.



Gastbeitrag

Direkt-to-Consumer Advertisement (DTCA) in Deutschland: Nur ein bisschen verboten?

Niklas Schurig

Wer kennt diese Werbungen nicht: Plakate an Bushaltestellen, die mit angstauslösenden Bildern vor schlimmen Schmerzen durch Gürtelrose warnen. Radiospots und ganzseitige Zeitungsanzeigen, die zur Impfung gegen Lungenentzündung aufrufen.

Wer weiter forscht, findet professionell gemachte Filme auf YouTube von Müttern mit durch Meningokokken verstümmelten Kindern, die wohl bei allen Müttern und Vätern Angst und Impfdruck auslösen. Erkrankungen wie Adipositas werden im Netz bedrohlich dargestellt und die schnelle Heilung mit Abnehmspritzen versprochen.

Das Muster dieser seit einigen Jahren deutlich zunehmenden Werbekampagnen ist immer gleich und ähnelt den klassischen Pharma-Werbestrategien der „Disease Awareness“:

- Mache die Bevölkerung darauf aufmerksam, dass es sich um eine ernst zu nehmende Erkrankung handelt und nutze Angst als Mechanismus.
- Biete in derselben Werbebotschaft eine einfache Lösung für dieses Übel an: das pharmazeutische Produkt.

Bekanntere Beispiele für solche Kampagnen waren etwa „Libidoverlust der Frau“, „Prä-Diabetes“, „Vorzeitiger Samenerguss beim Mann“, „Fettstoffwechselstörungen“. Je nach beworbenem Präparat kann das Ziel beispielsweise darin bestehen, „auffällige“ Laborwerte zu pathologisieren, Befindlichkeitsstörungen ohne Krankheitswert als relevante Erkrankungen darzustellen oder breitere Bevölkerungsgruppen zu Screeningmaßnahmen zu verleiten.

Gefährdet sind hier alle Menschen, die sich durch die erzeugten Ängste oder Heilsversprechen unter Druck setzen und unter Umständen irrational bis panisch reagieren. In den USA, wo die „Direct-to-Consumer“-Werbung für Arzneimittel noch erlaubt ist, starben und sterben immer noch Hunderttausende durch geschickt beworbene hoch potente Opioide, die als sichere Schmerzmittel ohne Abhängigkeitspotential angepriesen wurden. Ein ähnlich unbesonnenes und uninformiertes Verbraucher:innenverhalten ist in Deutschland im riesigen und nicht

In Deutschland sind Werbungen, die sich direkt an Patient:innen richten durch das Heilmittelwerbegesetz eigentlich verboten.

wirkungsvoll regulierten Markt der „Nahrungsergänzungsmittel“ zu beobachten. Der Gesetzgeber und die Verbraucherschutzorganisationen haben bis heute kein Rezept gegen diese Art der Werbung gefunden. In Deutschland sind Werbungen, die sich direkt an Patient:innen richten, aus oben genannten Gründen durch das Heilmittelwerbegesetz eigentlich verboten. Eigentlich – und das ist die Gesetzeslücke, die geschickt genutzt wird – ist nur die Nennung von Produktnamen verboten, nicht aber Wer-

bung zu einer Krankheit. Bei den aktuellen Werbekampagnen gibt es laut Zulassung in Deutschland immer nur exakt ein zugelassenes Präparat der „informierenden“ Firma – und so läuft das Heilmittelwerbegesetz ins Leere.

Unübersichtliche Ausgangslage durch Gesetze auf EU-, Bundes- und Landesebene

Hinzu kommt noch, dass verschiedene Gesetzesgrundlagen auf EU-, Bundes- und Landesebene eine unübersichtliche Ausgangslage bilden. Auf EU-Ebene wurden zwei Vorstöße der EU-Kommission, „Direct-to-Consumer“-Werbung zu erlauben, abgewehrt, somit ist immer noch die Richtlinie 2001/83/EG die Rechtsgrundlage¹⁾. Ob die Verbreitung von Informationen ein Werbeziel beinhaltet, ist jedoch durch eine konkrete Prüfung aller maßgeblichen Umstände des Einzelfalls zu ermitteln. Dies ist wiederum Sache des nationalen Gerichts.

Auf Bundesebene kommt § 3 des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) eine zentrale Bedeutung zu.²⁾ Zu berücksichtigen ist ferner, dass die „Information und Aufklärung der Allgemeinheit über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und die Möglichkeiten zu deren Verhütung“ bei Impfstoffen nach Infektionsschutzgesetz eine „öffentlichen Aufgabe“ ist. Das HWG untersagt „irreführende Werbung“. Das Oberlandesgericht Oldenburg

urteilte dazu im Jahr 2005: „Eine darauf bezogene, in den Anwendungsbereich des HWG fallende Werbung ist dann irreführend, wenn sie in den angesprochenen Verkehrskreisen bei einem durchschnittlich informierten, aufmerksamen und verständigen Durchschnittsverbraucher zu unzutreffenden, von der Wirklichkeit abweichenden Vorstellungen führt oder zumindest führen kann.“⁽³⁾

Werbung mit Wiedergabe von Krankengeschichten

Nach § 11 Abs. 1 Nr. 3 HWG darf auch nicht geworben werden „... mit der Wiedergabe von Krankengeschichten sowie mit Hinweisen darauf, wenn diese in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise erfolgt oder durch eine ausführliche Beschreibung oder Darstellung zu einer falschen Selbstdiagnose verleiten kann.“ Das Problem dabei ist, dass es noch keine Rechtsprechung zu einer Darstellung in missbräuchlicher Weise gibt.

Zudem fällt eine Werbeaussage, die geeignet ist, Angstgefühle hervorzurufen oder auszunutzen, seit 2012 nicht mehr unter das HWG, sondern unter das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG)⁽⁴⁾. Auch dort gilt wieder der Einzelfall, bei dem die Werbung zunächst erst einmal derart unangemessen Einfluss ausüben muss „... um die freie Entscheidung der Verbraucher zu beeinträchtigen ...“, was wiederum am Einzelfall zu prüfen ist.

Aus dieser sicherlich unvollständigen Übersicht wird deutlich, dass die juristischen Voraussetzungen denkbar ungünstig sind, um durch Klagen, die über eine konkrete Werbekampagne hinaus gültig sind, allgemein gültige Klärungen zu erzielen.

Was tun?

MEZIS und andere Organisationen⁽⁵⁾ versuchen deshalb seit 2023, für diese Art der unlauteren Werbung zu sensibilisieren. Als Präzedenzfall wählten wir die GSK-Werbung für die Gürtelrose-Impfung.

Der von uns angefragte „Beauftragte der Bundesregierung für Belange der Patientinnen und Patienten“ fühlte sich nicht zuständig und verwies an das Bundesgesundheitsministerium. Die Verbraucher- und Wettbewerbszentrale schrieb uns, dass sie keinen Verstoß erkennen könne, „da ein Medikament nicht genannt wird“. Und die für den Impfstoffhersteller GSK zuständige Aufsichtsbehörde, die Regierung von Oberbayern, wollte auch auf mehrfache Nachfragen bis Mai 2024 keine weitergehenden Informationen preisgeben.

Trotz all der Absagen und Vertröstungen ergab sich aus dem Workshop „Direkt-to-Consumer Advertisement (DTCA) in Deutschland: Nur ein bisschen verboten?“ bei der gemeinsamen MEZIS und VdPP-Fachtagung 2024 „Medikalisierung, Übertherapie, Pathologisierung“⁽⁶⁾ ein erneuter Aktionswille. Auf Vorschlag einer in diesem Bereich erfahrenen Bundestagsabgeordneten starteten wir im Juli 2025 eine Bundestagspetition⁽⁷⁾. Denn obwohl das Thema für die Bereiche Patient:innen- und Bevölkerungssicherheit, Verbraucher:innen- und Umweltschutz von hoher Relevanz ist, bekommt es aufgrund der juristischen Komplexität bisher nicht die für eine Aktion notwendige öffentliche Aufmerksamkeit.

Die Petition muss zumindest von den beteiligten Ministerien gelesen werden und soll als gut dokumentierter Ausgangspunkt das Problembewusstsein bei den beteiligten Playern im Gesundheitswesen schärfen.

Quellen:

- 1) [https://de.wikipedia.org/wiki/Richtlinie_2001/83/EG_\(Gemeinschaftskodex_f%C3%BCr_Humanarzneimittel\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Richtlinie_2001/83/EG_(Gemeinschaftskodex_f%C3%BCr_Humanarzneimittel)) (Zugriff am 10.07.2025)
- 2) www.gesetze-im-internet.de/heimwerb/BJNR006049965.html (Zugriff am 10.07.2025)
- 3) Zusammenfassung verschiedener Urteile: www.omsels.info/die-verbote-oder-was-darfen-nicht-2-heilmittelwerbegesetz/3-irrefuehrende-werbung (Zugriff am 10.07.2025)
- 4) www.gesetze-im-internet.de/uwg_2004/BJNR141400004.html (Zugriff am 10.07.2025)
- 5) Die Petition wird von folgenden Organisationen mitgezeichnet:
BUKO Pharma-Kampagne, www.bukopharma.de
BUND, www.bund.net
MEZIS e.V., www.mezis.de
NABU BFA – Umweltchemie und Ökotoxikologie, www.nabu-bfa-oekeotox.de
Pharmacists for Future, www.pharmacistsforfuture.org
Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, www.vdpp.de
Verein Demokratischer Ärzt:innen, www.vdaee.de
- 6) mezis.de/direkt-to-consumer-advertisement-dtca-in-deutschland-nur-ein-bisschen-verboten/
- 7) mezis.de/mezisbundestag/

Über den Gastautor

Dr. med. Niklas Schurig ist als Facharzt für Allgemeinmedizin in einer Gemeinschaftspraxis in Rastatt niedergelassen. Seit 2012 engagiert er sich im Vorstand der bundesweiten Ärzteinitiative MEZIS e.V. insbesondere für die Themen ärztliche Fortbildung und Digitalisierung. Er ist Mitglied bei der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und Mitglied im Fortbildungsausschuss der ÄKBW.



MEZIS@Bundestag

Petition zum Heilmittelwerbegesetz



Bundestagspetition

„Arzneimittelwerbung stärker regulieren“

Für die Weiterentwicklung des Heilmittelwerbegesetzes

Der Deutsche Bundestag möge beschließen, dass

das Heilmittelwerbegesetz (HWG) dahingehend konkretisiert und weiterentwickelt wird, dass die Bevölkerung vor irreführender und Angst erzeugender Werbung für Arzneimittel, Impfstoffe und Medizinprodukte effektiv geschützt wird. Denn irreführende Werbung kann zum Mehr- und Fehlgebrauch solcher Präparate und Medizinprodukte führen. Darüber hinaus müssen Einträge von Arzneimitteln und deren Transformations-/Abbauprodukten in die Ökosysteme verhindert werden.

Dies wird erzielt durch

- eine Erweiterung des HWG-Wirkungsbereiches auf Informationen zu Erkrankungen, die den Nutzen eines konkreten Produktes nahelegen, selbst wenn dieses Produkt nicht namentlich genannt wird.
- eine Erhöhung der Bußgelder auf einen für pharmazeutische und Medizinproduktehersteller spürbaren Maximalbetrag.

Die ausführliche Begründung ist nachzulesen unter

https://mezis.de/wp-content/uploads/2025/06/Bundestagspetition-Heilmittelwerbegesetz-Endfassung_2025-06-14.pdf

Unterzeichnende Organisationen sind bisher (Stand 1. August 2025):

BUND, BUKO Pharmakampagne, MEZIS, NABU, Pharmacists for Future, VdPP, vdää*

Unterstützung ist gefragt

In einem Schreiben an die MEZIS-Mitglieder heißt es unter anderem:

„Gemeinsam mit anderen Organisationen aus dem Gesundheits- und Umweltbereich haben wir am 20. Juni 2025 die Petition „Arzneimittelwerbung stärker regulieren – Für die Weiterentwicklung des Heilmittelwerbegesetzes“ an den Petitionsausschuss des Bundestages versandt. Ziel ist eine Gesetzesverschärfung, um die Bevölkerung vor irreführender und angsterzeugender Werbung für Arzneimittel, Impfstoffe und Medizinprodukte besser zu schützen, denn die aktuellen gesetzlichen Vorgaben lassen auch weiterhin eine indirekte Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel außerhalb von Fachkreisen zu ... Die Petition liegt dem Petitionsausschuss derzeit zur Prüfung vor. Dies kann bis zu drei Wochen dauern. Wir informieren Euch, sobald die Petition zum Mitzeichnen online ist.

Als Beispiele führen die Unterzeichnenden bundesweite Plakatwerbungen von Pharmafirmen an, die mit angst-erzeugenden Bildern von entstellten Kindern oder Erwachsenen mit Hautausschlägen für Impfungen gegen Hirnhautentzündung oder Gürtelrose werben. Ganz aktuell wirbt z. B. die Firma Novo Nordisk auf einer Webseite, die sich an Übergewichtige richtet, für ihre „Abnehm-Spritzen“ (www.ueber-gewicht.de).

Wir sind auf der Suche nach weiteren Beispielen, die aus unserer Sicht gegen das Heilmittelwerbesetz verstoßen, und möchten Euch auffordern, uns weitere, Euch bekannte Fälle zuzusenden, gerne als Link, Foto oder Screenshot. Diese möchten wir sammeln und ggf. auf unserer Webseite veröffentlichen. Dort sind bereits einige Werbebeispiele online: <https://mezis.de/mezisbundestag/#beispiele>

MEZIS-Petition: Zu kurz gesprungen

Kommentar von Ulrich Hagemann, Apotheker und VdPP-Mitglied, Berlin

MEZIS hat im Juni 2025 eine Petition an den Deutschen Bundestag gerichtet, in der eine Änderung des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) gefordert wird. In der Folge soll der Eintrag von Wirkstoffen nach ihrer Anwendung in die Umwelt vermindert werden. Kern des Anliegens ist, dass untersagt werden soll, die Anwendung bestimmter verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu bewerben mit Bezug auf die Erkrankung oder die Körperfunktion, und zwar ohne Nennung des Arzneimittelnamens. Die Petition mit ihren Anliegen Werbebeschränkungen und Umweltschutz springt meiner Meinung nach viel zu kurz und geht ins Leere.

Sie rüttelt nicht an der Zulässigkeit von Arzneimittelwerbung, sei es für rezeptfreie Arzneimittel gegenüber Laien oder rezeptpflichtigen bei sogenannten Fachkreisen. Werbung hat immer einen Zweck, nämlich die Steigerung des Verkaufs. Werbung für konkrete Arzneimittel hat nie den Zweck, korrekte und verständliche Informationen über die Eigenschaften des Arzneimittels zu vermitteln. Deshalb ist es seit vielen Jahren die Auffassung des VdPP, Werbung für alle Arzneimittelgruppen völlig zu verbieten. Für eine begründete Arzneimittelinformation stehen die Apotheker:innen zur Verfügung, und in Deutschland und in anderen Ländern sind auf unterschiedliche Personengruppen zugeschnittene, unabhängige und geprüfte Informationen verfügbar.

Mit der Petition wird an Symptomen laboriert. Es fehlt eine notwendige Differenzierung. Man kann durchaus der Meinung sein und befürworten, dass Impfungen im Kindes- oder Jugendlichenalter allgemein beworben, eigentlich propagiert werden. Das gilt auch für bestimmte saisonale Impfungen oder im Alter. Das ist relevant bei zu erkennender „Impfmüdigkeit“ oder Ablehnung von Impfungen und um einen benötigten, hohen Impfstatus zu erreichen oder zu erhalten.

Das Heilmittelwerbegesetz, 2023 novelliert, ist auch nicht ganz zahnlos. Es gilt für Arzneimittel und „andere Mittel, Verfahren, Behandlungen und Gegenstände, soweit sich die Werbeaussage bezieht a) auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden beim Menschen ...“. Damit ist ein Rahmen für die Humanmedizin abgesteckt. Es gilt nicht für Nahrungsergänzungsmittel, für die man täglich gesundheitsbezogene Werbung sehen und lesen kann, deren Wirkungen sehr oft wissenschaftlich nicht belegt sind – aber das ist ein weites Feld.

Eine Werbung für „Arzneimittel, Verfahren, Gegenstände und andere Mittel“ mit einer Beschreibung „mit einer bildlichen Darstellung, die in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise Veränderungen des menschlichen Körpers auf Grund von Krankheiten oder Schädigungen oder die Wirkung eines Arzneimittels im menschlichen Körper oder in Körperteilen verwendet“, ist nicht erlaubt.

Das Thema „Abnehmspritze“ muss man gesondert werten und fragen, ob die Pharmafirma einer Off-Label-

Anwendung nicht aktiv entgegenwirken muss. Arzneimittelrechtlich trägt sie auch Verantwortung für die Minderung eines erkennbaren und häufigen Fehlgebrauchs.

Die Crux liegt ganz woanders. Obwohl Verstöße gegen Vorschriften des HWG strafbar oder in der Mehrzahl eine Ordnungswidrigkeit sind, werden sie faktisch nicht geahndet. Wie auch? Man muss einen Verstoß finden, dann dahingehend belegbar bewerten, ob und dass die Werbung irreführend ist und dann an die verantwortliche Firma herantreten. Schon immer, und nicht nur in unseren heutigen elektronischen Medien, war eine irreführende Werbung „vorbei“, nicht mehr gedruckt oder geschaltet. Bei dieser Sachlage macht sich keine Überwachungsbehörde noch die Mühe aufwendiger Recherchen, Bewertungen und rechtlicher Verfahren mit Firmen. Gerade deshalb ist es sinnlos, einige detaillierte Änderungen im HWG zu fordern, weil sie zu keiner Änderung der Werbepaxis und der Überwachungs- und Sanktionsmöglichkeiten führen.

Ein gesondertes Problem sind Auftritte von Influencern. Diese widmen sich bestimmten Erkrankungen oder Beschwerden und schließen „verschlüsselt“ Arzneimittel- bzw. Produktwerbung ein. Der VdPP hat sich ausgiebig mit diesem Problem in seinem Frühlingsseminar befasst (siehe VdPP-Rundbrief 122). Hier handelt sich um ein „weiches Tätigkeitsfeld“, weil wir unspezifische Gesundheitsaussagen täglich und oft, auch im öffentlichen Raum sehen, ohne dass es Einwände gibt. Wir sind daran gewöhnt! Es gibt bisher meines Wissens keine schlüssigen Konzepte oder effektive Maßnahmen, dieser Praxis ein Ende zu bereiten.

Auch das Einbringen von Stoffen aus Arzneimitteln in die Umwelt (Wirkstoffe, Hilfsstoffe, Verpackungen) muss dringend differenziert beurteilt werden. Es ist ein Unterschied, ob von Biologika und Phytopharmaka die Rede ist oder von chemisch-synthetischen Stoffen oder Hydrargyrum cyanatum D3. Wir wissen um die Risiken des Einbringens von Antibiotika oder Abbauprodukten nach Anwendung in der Tiermedizin. Analysen von unterschiedlichen Gewässern in allen Kontinenten zu den darin enthaltenen Arzneimitteln – sei es im Umfeld von chemischen Fabriken oder „in der freien Natur“ – ergeben ein besorgniserregendes Bild (siehe www.globalpharms.org/). Aber es gibt noch wenige Kenntnisse darüber, ob originäre Wirk- oder Hilfsstoffe umweltschädlich sind oder die Gesundheit von Menschen schädigen, oder ob es eher die Abbauprodukte (Metabolite) sind und in welchem Ausmaß und in welcher Art.

Übrigens: Bei Änderungen von Arzneimittelverpackungen muss man sicher über neue Materialien sprechen, muss aber auch an Kindersicherungen, Fälschungsvermeidung und Braille-Schrift auf Verpackungen denken. Eine Änderung des Verpackungsmaterials bedarf einer Änderung der amtlichen Zulassung, oft auf EU-Ebene. Der Aufwand ist nicht unerheblich.

Gastbeitrag

Zwischen Selbsthilfe und Systemkritik: Die Frauengesundheitsbewegung in Deutschland

Franziska Max

Die Frauengesundheitsbewegung ist eine soziale Bewegung, die in den 1970er-Jahren in Deutschland entstand. Inspiriert vom Women's Health Movement aus den USA – das seinerseits durch die Bürgerrechtsbewegung, gesellschaftliche Umbrüche und eine starke Selbsthilfe-

bewegung geprägt war – entstanden auch in Deutschland, getragen vom Schwung des sogenannten Zweite-Welle-Feminismus, immer mehr Gruppen, die sich mit dem Thema Frauengesundheit auseinandersetzen.

Ihre Betätigungsfelder waren vielfältig: Während die „Rote Zora“, eine militante feministische Gruppe, 1977 einen Sprengstoffanschlag auf die Bundesärztekammer verübte, um deren misogynen Politik zu kritisieren, gab es zugleich große Demonstrationen und Kampagnen zur Streichung des § 218 und damit zur Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen. Darüber hinaus gründeten sich in ganz Deutschland Selbsthilfegruppen und (feministische) Frauengesundheitszentren. Letztere waren Beratungsstellen, die von Aktivistinnen gestaltet wurden, deren Angebote jedoch allen Frauen offenstanden.

So auch das Feministische Frauengesundheitszentrum in Frankfurt am Main, das 1987 – nach Berlin – als zweites FFGZ in Deutschland gegründet wurde. Im FFGZ Frankfurt gab es acht Teilbereiche, die eng und interdisziplinär zusammenarbeiteten: Notruf für vergewaltigte Frauen, § 218, Selbstuntersuchung und Gesundheitsberatung, Geburtsvorbereitung, Beratung für misshandelte Frauen, Beratung von Angehörigen und Betroffenen von sexuellem Missbrauch, feministische Therapie sowie Kritik an Gen- und Reproduktionstechnologien.

Insbesondere die Selbstuntersuchungsgruppen wurden als zentral

und prägend für die Bewegung beschrieben. Die vaginale Selbstuntersuchung mit Spekulum und Spiegel war der Versuch, Gesundheit in die eigenen Hände zu nehmen – ein Protest gegen ein männlich dominiertes Gesundheitssystem und Ausdruck des Anspruchs auf Selbstbestimmung.

Auch das Thema Pharmazeutika spielte eine große Rolle: Der Contergan-Skandal erregte Aufsehen und die Antibabypille wurde kontrovers diskutiert. Anfangs war diese streng reglementiert und in den 1960er-Jahren nur verheirateten Frauen zugänglich, sodass sich Feministinnen zunächst für eine Liberalisierung und den allgemeinen Zugang einsetzten. Als die oftmals schweren Nebenwirkungen der Pille bekannt wurden, mehrten sich mit der Zeit jedoch kritische Stimmen.

Frauengesundheit als Gerechtigkeitsthema

Das Thema Frauengesundheit und die Kämpfe der Frauengesundheitsbewegung lassen sich als fortdauernder Einsatz für Gerechtigkeit verstehen. Sämtliche Akteur:innen der Bewegung einte die Forderung nach Selbstbestimmung, die Kritik an einer profitorientierten Pharmaindustrie und die Infragestellung der Machtasymmetrien zwischen Ärzteschaft und Patientinnen.

Um diese oft impliziten Forderungen explizit zu beschreiben, eignet sich die Gerechtigkeitstheorie der US-amerikanischen Philosophin Iris Marion Young. Young, selbst geprägt durch die feministische Bewegung der 1960er-Jahre, entwickelte in ihrem Buch „Justice and the Politics of Difference“ ein Konzept, das nicht die Gleichmachung, sondern den Respekt vor Differenz von Gruppen, in dem Fall Frauen, betont. Sie setzt sich für eine Erweiterung des Gerechtigkeitsbegriffs um den Aspekt der „kulturellen Gerechtigkeit“ ein, da der Fokus herkömmlicher Verteilungsgerechtigkeit zu sehr auf der Verteilung materieller Güter zwischen isolierten Individuen liegt.

Tatsächlich aber, und dies zeigt sich besonders im Zusammenhang mit Frauengesundheit, geht es bei Gerechtigkeit auch um immaterielle Güter wie Macht, Rechte, Selbstachtung und kulturelle Repräsentanz – Güter, die prozesshaft, strukturell und relational, also in sozialen Beziehungen, entstehen.

Young schlägt vor, Gerechtigkeit als Abwesenheit von Herrschaft und Unterdrückung zu verstehen. Um nicht unterdrückt zu sein, müsse eine Person frei sein von den fünf von ihr benannten „Gesichtern der Unter-

drückung“: Ausbeutung, Marginalisierung, Machtlosigkeit, kultureller Imperialismus und Gewalt.

Vor allem die Aspekte Ausbeutung, kultureller Imperialismus und Gewalt spielen im Kontext der Frauengesundheit eine zentrale Rolle. Die Ausbeutung von Frauen bezieht sich auf die (oft nicht oder nur schlecht bezahlte) Sorgearbeit – ein Thema, das die Frauengesundheitsbewegung sowohl praktisch als auch theoretisch aufgriff. Einerseits durch antikapitalistische und feministische Kritik an der Doppelbelastung von Frauen, andererseits durch konkrete Initiativen, wie etwa die Gruppe „Frau und Beruf“ im FFGZ Frankfurt, in der Probleme wie ungleiche Bezahlung, Sexismus im Arbeitsalltag und Überlastung thematisiert wurden.

Kultureller Imperialismus beschreibt die Unsichtbarmachung und Stereotypisierung marginalisierter Gruppen – auch das ein zentrales Thema der Bewegung. Frauen aus dem FFGZ Frankfurt betonten dies in Interviews immer wieder. So sagte etwa Karin Kraus im Interview: „Wir haben eigentlich gegen die Unterdrückung durch Nichtsichtbarkeit gekämpft. Also diese Frage von Frauengesundheit überhaupt – also dieses Nicht-Repräsentiertsein.“ Es ging um Deutungshoheit über den weiblichen Körper, um Selbstbestimmung und Sichtbarkeit.

Auch das Thema Gewalt ist – damals wie heute – für die feministische Bewegung von zentraler Bedeutung. Belästigung im Alltag, Gewalt im Kontext Gynäkologie und Geburtshilfe, häusliche Gewalt und sexualisierte Gewalt haben unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen. Die Frauengesundheitsbewegung begegnete diesen Formen von Gewalt mit verschiedensten Angeboten und Aktionen – von direkten Aktionen der Roten Zora gegen Vergewaltiger und übergreifende Gynäkologen bis zu Beratungsangeboten in den FFGZ, die bis heute etwa durch den Frauennotruf oder Wildwasser e.V. weitergeführt werden.

Young betont, dass jene Gewalt nicht allein durch Umverteilung oder Strafverschärfungen bekämpft werden kann, sondern als „soziale Praxis“ zu begreifen ist – getragen durch kulturelle Bilder, Sprache und institutionelle Untätigkeit.

Ausblick

Die Frauengesundheitsbewegung existiert weiter – in ihrem Protest, in ihren Institutionen und in ihren Themen. Feministischer Widerstand, insbesondere gegen patriarchale Gewalt und für die Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen sowie das Recht auf körperliche Selbstbestimmung, hat in den letzten 50 Jahren nicht an Relevanz verloren. Im Gegenteil: Der momentane (globale) Backlash gegen sexuelle und reproduktive Rechte macht die Kämpfe aktuell und notwendig.

Viele der damaligen Frauengesundheitszentren existieren heute nicht mehr in ihrer ursprünglichen Form. Jedoch haben andere Organisationen wie Pro Familia, Wildwasser e.V. oder der Frauennotruf Funktionen übernommen. Auch die Gendermedizin versucht die bislang am männlichen Körper und an männlicher Sozialisation orientierte Medizin aufzubrechen – etwa durch Kritik an einer unzureichenden Arzneimittelforschung für Frauen. Dennoch besteht durch den Wegfall vieler Zentren, insbesondere als politische Akteurinnen, in ihrer Radikalität und in der Vielfältigkeit der Angebote an einem Ort, eine Leerstelle.

Inhaltlich haben sich einige Diskurse weiterentwickelt. Das Ausmaß der Binarität zwischen Männern und Frauen wird heute zunehmend hinterfragt – auch von feministischer Seite. Trans-, intergeschlechtliche und nicht-binäre Menschen werden zunehmend in Fragen der Frauengesundheit mitgedacht. Zudem wird die Gruppe „der Frauen“ heute differenzierter betrachtet, unter Berücksichtigung weiterer Diskriminierungsformen wie Rassismus oder Ableismus, die unterschiedliche Erfahrungen und Bedarfe hervorgerufen – gerade auch im Kontext von Gesundheit.

Gleichzeitig sind viele der zentralen Themen gleich geblieben: Gewalt, kultureller Imperialismus und Ausbeutung bleiben Formen von Unterdrückung, die es damals wie heute mit vereinten Kräften und auf allen Ebenen zu bekämpfen gilt.

Quellen

- Boehm, S. (2024). Die Frauengesundheitsbewegung: Kritik als Politikum. transcript Verlag.
 FFGZ (1988). 10 Jahre Feministisches Frauengesundheitszentrum Frankfurt 1978-1988
 Young, I. M. (1990). Justice and the politics of difference. Princeton Univ. Press.

Über die Gastautorin

Franziska Max arbeitet als Studienkordinatorin für den Masterstudiengang Sozialethik im Gesundheitswesen an der Goethe Universität in Frankfurt. Sie interessiert sich für Gesundheit als Menschenrecht, Zugänge zum Gesundheitswesen, Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte sowie für Public-Health-Ethik.

Im Rahmen ihrer Abschlussarbeit hat sie sich mit der Frauengesundheitsbewegung und ihren Gerechtigkeitskonzeptionen auseinandergesetzt und dafür unter anderem Interviews mit den Gründungsmitgliedern des FFGZ in Frankfurt geführt.



Kurzmitteilung

Ausbruch der Masern in den USA

Ulrich Hagemann

In den USA galten die Masern etwa seit dem Jahr 2000 als ausgerottet. Nunmehr traten seit 2024, und nochmals vermehrt im Frühjahr 2025, Ausbrüche in mehreren Bundesstaaten auf, und zwar konzentriert in einigen Regionen und bestimmten Bevölkerungsgruppen. Der Impfstatus der Erkrankten wird zu 95% als ungeimpft oder mit unklarem Impfstatus angegeben.

Allein 2025 gab es bisher 28 Ausbrüche in 40 Bundesstaaten mit etwa 1300 Erkrankten. Der Impfstatus liegt in diesen Regionen deutlich unter den notwendigen 95 Prozent. Es gibt zusätzlich Ausbrüche in Mexiko und Kanada (www.cdc.gov/measles/data-research/index.html; zuletzt gelesen 23.07.2025).

Der US-Gesundheitsminister Robert F. Kennedy Jr. wird nicht müde, missverständliche Äußerungen und Empfehlungen hinsichtlich Masernimpfungen und zu Impfungen insgesamt zu geben. Die Masern-Mumps-Röteln-(MMR)-Impfungen seien gefährlich, auch wegen

der Hilfsstoffe; Eltern und Betreuer von Kindern sollen selbst entscheiden, was sie für richtig halten (also keine deutlichen Impfeempfehlungen) und ob ihre Kinder geimpft werden. Und darüber hinaus: Kennedy hat alle 17 Mitglieder des bisherigen nationalen Beratungsgremiums (CDC Vaccine Advisory Committee on Immunization Practices) in Impffragen wegen angeblicher Interessenkonflikte entlassen und die Posten neu mit auf diesem Gebiet wenig erfahrenen Personen besetzt. Die möglichen negativen Folgen dieses Vorgehens in der Zukunft sind noch unklar.

Solche Äußerungen wie die oben genannten einer immerhin einflussreichen Person haben natürlich Fernwirkungen in anderen Ländern, also auch bei uns in Deutschland. Es wird an diesem Fall deutlich, wie wichtig eine



Der US-Gesundheitsminister Robert F. Kennedy Jr. setzt immer wieder fragwürdige Äußerungen und Empfehlungen zu Masernimpfungen in die Welt.

korrekte, klare und verständliche Information über Impfungen ist, damit schwere Erkrankungs- und Todesfälle vermieden werden – eine bedeutende Aufgabe für Apotheker:innen! Der vor Jahren verbreitete und nunmehr gut widerlegte Verdacht, der MMR-Impfstoff könne Autismus auslösen, hat leider noch langdauernde Auswirkungen.

Kongressankündigung

32. Jahrestagung der GAA in Jena

Am 13. und 14. November 2025 findet die 32. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimitteltherapieforschung und Arzneimittelepidemiologie (GAA) in Jena statt. Die GAA widmet sich vor allem pharmakologischen und epidemiologischen Fragestellungen. Dazu gehören etwa Untersuchungen zu Art und Umfang des Arzneimittelgebrauchs sowie zu den Faktoren, die über die Arzneimittelverordnung bestimmen. Auch der Nutzen und die Risiken von Arzneimitteln nach ihrer Marktzulassung werden betrachtet. Weitere wichtige Themen sind gesundheitsökonomische Aspekte und die Qualitätssicherung der Verordnung und Arzneimitteltherapie. Das wissenschaftliche Programm der diesjährigen Tagung umfasst folgende Schwerpunktthemen:

- **Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Arzneimitteltherapie:** In Deutschland erhalten viele Patient:innen medizinische Leistungen, die mehr schaden als nützen –

darunter auch unnötige oder unangemessene Arzneimittelverordnungen.

- **AMTS und interprofessionelle Zusammenarbeit:** Die Arzneimitteltherapie ist ein mehrschrittiger Prozess, an dem verschiedene Akteure beteiligt sind.
- **Innovative Arzneimittel und Therapieoptionen:** Innovationen erfordern Forschung und Entwicklung in Kooperation mit Klinik und Praxis.
- **Datenquellen und Auswertungstools (KI) für die Arzneimitteltherapieforschung:** Je nach Forschungsfrage werden unterschiedliche Datenquellen für die Beantwortung benötigt.

Eine Eingabemaske für die Online-Registrierung ist auf der Webseite der GAA unter www.gaa-ev.de zu finden.

Hier findet die Veranstaltung statt:
Rosensäle Universität Jena, Fürstengraben 27, 07743 Jena

Kurzm Mitteilung

Ending nuclear weapons, before they end us

Ulrich Hagemann

Die 78. Weltgesundheitsversammlung (WHA) der WHO hat im Mai 2025 die schon wiederholt vorgebrachte Forderung nach vollständiger Beseitigung und Vernichtung von Atomwaffen erneut aufgegriffen. Ein Resolutionsvorschlag von Burkina Faso, Ecuador, Fiji, Guatemala, Irak, Kasachstan, Marshall Inseln, Mikronesien (Federated States of), Neuseeland, Peru, Samoa und Vanuatu wurde verabschiedet.

Vor 80 Jahren wurde die erste Atombombe im Rahmen eines Krieges über Hiroshima und Nagasaki abgeworfen und gezündet. 213 000 Menschen starben sofort, Zehntausende später an den Folgen dieser Katastrophe. Im Dezember 2024 erhielt die Vereinigung der Opfer des Atombombenabwurfs, Nihon Hidankyo, den Friedensnobelpreis für ihr unermüdliches Eintreten für eine atomwaffenfreie Welt. Atomwaffen sollten nie wieder eingesetzt werden, weil es um das fundamentale Menschenrecht gehe: das Recht auf Leben. Ein nuklearer Krieg zerstört die Lebensgrundlage der Menschen durch weitreichende Folgen auf das Klima, Hunger und die Unmöglichkeit, wirksame humanitäre Hilfe zu bieten.

Aber wo sind wir heute? Die Zahl der vorhandenen Atomwaffen hat zwar durch einzelstaatliche Verträge abgenommen. Aber ein nukleares Wettrüsten ist wieder aufgenommen worden und geht voran. Die Verringerung der Zahl der Atomwaffen geht einher mit einer Modernisierung der vorhandenen. Die Welt ist in diesem Zusammenhang nicht sicherer geworden. Leichtfertig wird aktuell vom Einsatz taktischer Atomwaffen gesprochen, so als wäre das eine verkraftbare kleine Übung im Vergleich zu einem globalen Einsatz von Atomwaffen. Wenn auch nur 2 Prozent der vorhandenen nuklearen Waffen tatsächlich eingesetzt würden, hätte das klimatische Folgen, die zu etwa zwei Milliarden Hungernden oder Hungertoten führen würden.

Umso bedeutsamer ist die Initiative einiger Pazifik-Staaten, weiterer Unterstützerländer und von IPPNW, das Mandat der Weltgesundheitsorganisation zu erneuern (vgl.: The Lancet, Vol. 405 vom 28. Juni 2025). Die WHO hatte seit 1983 schon drei Resolutionen zur vollständigen nuklearen Abrüstung verabschiedet, aber die Arbeit an diesem fundamentalen Thema ging nicht richtig und entscheidend voran. Diese Resolutionen mit Forderungen

nach Bewertung der gesundheitlichen Folgen und der Folgen für die Umwelt gründeten sich auf umfassende wissenschaftliche Arbeiten.

Jedoch gibt es sehr unterschiedliche Auffassungen der WHO-Mitgliedsländer, wodurch politische Vorhaben blockiert werden können. Nun hat die WHA eine neue Resolution verabschiedet, in der die WHO und ihr Generalsekretär aufgefordert werden, bis 2029 einen aktuellen Bericht in Zusammenarbeit mit NGOs, anderen UN-Organisationen und internationalen Organisationen vorzulegen. Den kleinen Initiatoren-Staaten gebührt großer Dank, dieses Thema einer globalen Bedrohung wieder ans Licht gezerrt zu haben.

Über den Autor
Dr. Ulrich Hagemann,
 Apotheker und Biochemiker, bis 2011
 Leiter der Abteilung
 Pharmakovigilanz
 des BfArM



Aufruf

Bundesweite Demonstration am 3. Oktober 2025 in Berlin und Stuttgart



Gemeinsam mit anderen Organisationen ruft die Initiative „Nie wieder Krieg – die Waffen nieder!“ für den 3. Oktober 2025 zu zwei zentralen Demonstrationen in Berlin und Stuttgart auf. Die Veranstaltungen beginnen jeweils um 13 Uhr. Für Berlin ist ein Sternmarsch geplant. Im Anschluss gibt es in beiden Städten eine Schlusskundgebung. Der VdPP hat den Aufruf zur Demonstration nicht unterschrieben. Genauere Informationen, auch zu Rednerinnen und Rednern sowie zu den Unterstützerinnen, und Unterstützern unter:

<https://nie-wieder-krieg.org/>

Sozialpharmazie in NRW

ÖGD-Gesetz novelliert

Udo Puteanus

Seit 1998 verpflichtet das „Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen“ (ÖGDG) die Kreise und kreisfreien Städte in NRW, sozialpharmazeutisch tätig zu sein. Die in NRW in den Gesundheitsämtern beschäftigten Apotheker:innen, die als

„Amsapotheker:innen“ in erster Linie Überwachungsaufgaben zu erfüllen haben, sollen seitdem zusätzlich sozialpharmazeutische Aufgaben übernehmen. Nun ist das ÖGDG novelliert worden¹⁾ und trat am 10. Juni 2025 in Kraft. Was bedeutet dies für die Sozialpharmazie?

Schon bei der allgemeinen Aufgabenbeschreibung der Gesundheitsämter im Gesetz (hier in den §§2 und 6) lässt sich gut erkennen, worauf es dem Gesetzgeber ankommt: „Die Kernaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung, Beratung und Information sowie Koordination und Steuerung.“ Dazu zählt der Gesetzgeber auch die „Beobachtung, Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Verhältnisse und der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung einschließlich der Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden sowie der Auswirkungen von Umwelteinflüssen und der Folgen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit“. Außerdem gehört es zu den Kernaufgaben „die Arzneimittel- und Medizinprodukteüberwachung ... und die Aufklärung der Bevölkerung über Nutzen und Risiken des Arzneimittelgebrauchs“. In §6 mit den Themen Gesundheitsförderung, gesundheitliche Prävention sowie Gesundheitskompetenz zeigen sich weitere Anknüpfungspunkte für sozialpharmazeutisches Handeln des ÖGD.

Pharmazeutisch spannend ist die erstmalige Verankerung des Arbeitsgebietes Sozialpharmazie in einem eigenen Paragraphen im Gesetz (§ 16 ÖGDG NRW). Das kann man durchaus als Aufwertung betrachten, war die Sozialpharmazie bislang doch nur als Abs.2 im §20 des alten ÖGDG verankert.

Die Rolle der Amsapotheker:innen

Außerdem wird Sozialpharmazie im novellierten Gesetz etwas anders buchstabiert als in der Vorgängerversion. Hieß es früher: Die Untere Gesundheitsbehörde (Gesundheitsämter, hier die Amsapotheker:innen) soll „... anhand der ihr zur Verfügung stehenden Daten den Arzneimittelkonsum der Bevölkerung beobachten, dokumentieren, analysieren und bewerten“ heißt es heute: Die Amsapotheker:innen „beobachten ... anhand der in dem Zusammenhang zur Verfügung stehenden Daten den Arzneimittelgebrauch der Bevölkerung. Sie dokumentieren, analysieren und bewerten die beobachteten Sachverhalte...“. Zusätzlich wird in der Begründung des Gesetzesentwurfs darauf hingewiesen, dass Arzneimittelgebrauch „insbesondere im Sinne der Arzneimitteltherapiesicherheit“ zu verstehen ist.

Der kleine, aber feine Unterschied zeigt an, wie sich das pharmazeutische Arbeitsgebiet im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) weiterentwickelt hat. Stand bei den Beratungen zum ersten ÖGDG in den neunziger Jahren die Beobachtung der Selbstmedikation und deren Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung im Vordergrund, was insbesondere aus der Begründung des damaligen Gesetzesentwurfs hervorging, ist heute von Arzneimittelgebrauch und Arzneimitteltherapiesicherheit die Rede; damit werden eindeutig auch die verschrei-

bungspflichtigen Arzneimittel einbezogen. Sicherlich lässt sich an der Erweiterung auch erkennen, dass der NRW-Gesetzgeber hiermit die – auch international beobachtbare – Weiterentwicklung des Apotheker:innenberufs zu einem wichtigen Akteur für mehr Arzneimitteltherapiesicherheit aufgreift und auf das Aufgabengebiet des ÖGD überträgt.

Weiterhin zeigt sich die Weiterentwicklung in Verbindung mit dem §25 Abs. 5. Dieser Paragraph legt die Aufgaben des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz (LfGA) fest. Hier heißt es in Satz 2: „Es (das LfGA als Nachfolgeinstitution des Landeszentrums Gesundheit, LZG) beobachtet und bewertet mit Unterstützung der Amsapothekerinnen und Amsapotheker und erforderlichenfalls im Austausch mit weiteren Arzneimittelbehörden die Arzneimittelversorgung auf örtlicher sowie überörtlicher Ebene und berichtet hierzu dem für Gesundheit zuständigen Ministerium.“ Mit dieser Formulierung lässt sich eine Umkehrung der Initiativverpflichtung erkennen. Waren im alten Gesetz die Amsapotheker:innen in erster Linie in der Pflicht, aktiv zu werden und wurden dabei durch das Landeszentrum Gesundheit unterstützt, ist es heute das Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz (LfGA), das aktiv werden soll und dabei von den Amsapothekerinnen und Amsapothekern unterstützt wird. In der Begründung zum

Gesetzentwurf finden sich aber keine Hinweise zu den Gründen dieser Regelung, und es bleibt abzuwarten, wie sich dies in der Praxis auswirken wird.

Berichtspflicht des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz

Außerdem ist in dem Gesetz von „Arzneimittelversorgung“ die Rede, womit endgültig von der Engdefinition des alten Gesetzes Abstand genommen wird. Mit der Berichtspflicht des LfGA an das zuständige NRW-Gesundheitsministerium wird ein weiterer Bedeutungszuwachs für die bisherige Arbeit dokumentiert.

Allerdings verzichtet der Gesetzestext an dieser Stelle (§ 25 Abs. 5) auf den Begriff „Sozialpharmazie“ zugunsten des Begriffs „Arzneimittelversorgung“. Welche Absicht dahinter steht, wird in der Begründung zum Gesetzentwurf ebenfalls nicht erläutert.

Gleichzeitig wird die bisher zuständige Fachgruppe im LfGA umbenannt: aus Fachgruppe „Internationale Zusammenarbeit und Sozialpharmazie“ wird Fachgruppe „Arzneimittelsicherheit und -versorgung“. Allerdings erscheint der Begriff „Sozialpharmazie“ derzeit noch auf den „Übergangsseiten“ des alten LZG. Auch hier bleibt abzuwarten, wie sich das Zusammenspiel von Gesundheitsämtern und dem Landesamt entwickelt.

Dem Gesetzentwurf der Landesregierung war zudem zu entnehmen, dass Sozialpharmazie als „Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung“ angedacht war, dass also das Ministerium bzw. die für die Fachaufsicht zuständige Behörde (hier das LfGA in Abstimmung mit dem Ministerium) die Marschrichtung, die Inhalte und die Geschwindigkeit der sozialpharmazeutischen Arbeit bestimmen sollte. Diese Absicht wurde allerdings im parlamentarischen Prozess herausverhandelt – wahrscheinlich auf Initiative der kommunalen Spitzenverbände, die eine zu intensive Einführung der Gesundheitsämter durch das Ministerium auf diesem Arbeitsgebiet nicht akzeptieren wollten. Vergleichbares

konnte bereits in den neunziger Jahren bei der ersten Fassung des ÖGDG beobachtet werden.

Jetzt wird es darauf ankommen, wie die Gesetzesänderungen umgesetzt werden. Und wie so häufig wird es wahrscheinlich heißen: Der Teufel steckt im Detail.

1) https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?anw_nr=6&vd_id=22322&vd_back=N530&sg=0&menu=1

Über den Autor

Dr. Udo Puteanus ist Apotheker, Vorstandsmitglied des VdPP und arbeitete beim Landeszentrum Gesundheit NRW im Bereich Sozialpharmazie.



Kommentar: Ein schöner Erfolg

Mit der Novellierung des ÖGDG in Nordrhein-Westfalen ergibt sich für die Sozialpharmazie auf der Grundlage des Gesetzestextes eine Besserstellung gegenüber dem alten Gesetz. Mit der Heraushebung durch einen eigenen Paragraphen im Gesetz sowie durch die Ausweitung auf die Arzneimittelversorgung und die Arzneimitteltherapiesicherheit, AMTS, folgt der Gesetzgeber der 25-jährigen Entwicklung der sozialpharmazeutischen Arbeit im ÖGD in NRW.

Herauszuheben ist die eindeutige Positionierung des NRW-Gesundheitsministeriums, das Sozialpharmazie sogar als eine „Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung“ im Gesetz verankern wollte, was aber im parlamentarischen Prozess nicht durchgesetzt werden konnte.

Der Landtag hat dieses Gesetz verabschiedet, sodass sowohl die NRW-Landesregierung wie auch der NRW-Landtag das Arbeitsgebiet Sozialpharmazie für die Gesundheitsämter (Amsapotheker:innen) aufgewertet sehen wollen. Ein schöner Erfolg und sicherlich auch eine Anerkennung der bisherigen Arbeit auf diesem Gebiet.

Dies sollte eigentlich dazu animieren, dass auch andere Bundesländer mal darüber nachdenken, Sozialpharmazie dem bisherigen Aufgabenportfolio der Gesundheitsämter hinzuzufügen.

Für NRW ergibt sich die Chance, noch intensiver als bisher die Arzneimittelversorgung vor Ort nach der Methodik des Public Health Action Cycles²⁾ zu verbessern und dabei die Vorteile der Unabhängigkeit und der gesetzlichen Verpflichtung der Gesundheitsämter zur Sozialpharmazie zum Wohle der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung zu nutzen.

Ein Wermutstropfen bleibt: Der Begriff „Sozialpharmazie“ wird in Verbindung mit dem Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz (LfGA) nicht mehr an herausgehobener Stelle im Organigramm erwähnt, auch nicht im Paragraphen 25 Abs. 5 des Gesetzes, der die Aufgaben des Landesamtes beschreibt. Stattdessen wird der Begriff „Arzneimittelversorgung“ eingeführt. Über die Hintergründe dieser Änderung macht die Gesetzesbegründung der Landesregierung keine Aussage. Es bleibt insofern nur die Hoffnung, dass das LfGA weiterhin im Bereich Sozialpharmazie initiativ bleibt und die notwendige Unterstützung für die Amsapotheker:innen bei ihrer Aufgabenerfüllung im Fachgebiet Sozialpharmazie gewährleistet.

2) „Idealtypisches Vier-Phasen-Modell, das zur theoretischen Analyse sowie zur Planung, Umsetzung und Bewertung von Gesundheitsinterventionen ... einsetzbar ist“ <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/public-health-action-cycle-gesundheitspolitischer-aktionszyklus/>

Sozialpharmazie – wie wurde dieses Arbeitsfeld bislang umgesetzt?

Sozialpharmazie gibt es als Aufgabe der Gesundheitsämter und der dem Gesundheitsministerium unterstellten Landesbehörde derzeit nur in Nordrhein-Westfalen.

Aufgrund der Verortung der Sozialpharmazie im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen, ÖGDG NRW, alter und neuer Fassung, ist dieses Arbeitsgebiet in das Gesamtportfolio des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) eingebettet. Das heißt, Sozialpharmazie soll der pharmazeutische Teil einer guten Gesundheitsversorgung und eines guten Gesundheitsschutzes sein. Sozialpharmazie sollte aber auch Teil der Gesundheitsberichterstattung, der Prävention und Gesundheitsförderung sein. Ganz wichtig ist der sozialkompensatorische Auftrag des ÖGD, also die Sorge um sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

In den vergangenen Jahren stand insbesondere die Arzneimittelversorgung älterer und meist multimorbider Menschen im Vordergrund der Sozialpharmazie der Gesundheitsämter in NRW. Es wurden – auch in Zusammen-

arbeit mit Apotheken – Daten zur Qualität der Versorgung in Alten- und Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten sowie zum Krankenhaus-Entlassmanagement erhoben und ausgewertet. Damit standen den Gesundheitsämtern aus den eigenen Kommunen generierte Erkenntnisse zur Verfügung, die sie in die Lage versetzten, Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung vor Ort zu entwickeln und alle direkt in den Städten und Kreisen aktiven Expert:innen einzubeziehen.

Zudem wurden die Themen Pharmakovigilanz, Arzneimittelversorgung von Menschen in prekären Lebenssituationen, Arzneimittelimporte, und „Problemarmittel“ (insbesondere Benzodiazepine/Z-Drugs und Methylphenidat) behandelt. Es konnte gezeigt werden, dass sozialpharmazeutische Projekte als eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsämter konkret umgesetzt werden können.

Eine umfassende Darstellung der von den Amtsapotheker:innen und dem Landeszentrum Gesundheit geleisteten sozialpharmazeutischen Arbeit steht aber noch aus.

Zur Novellierung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) vom 10. Juni 2025

Die Novellierung des ÖGDG NRW ist Teil eines Artikelgesetzes, mit dem der NRW-Gesetzgeber Lehren aus der Corona-Pandemie zieht und u. a. Zentralisierung und bessere Durchgriffsmöglichkeit des Ministeriums erreichen will (die öffentliche Verwaltung wird „effizienter“). In einer Pressemitteilung vom 4. Juni 2025 stellt das NRW-Gesundheitsministerium fest:

- „Mit dem Gesetz werden das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) und das Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsgestaltung (LIA) zu einer neuen Landesoberbehörde fusioniert. ... Damit entsteht eine neue leistungsstarke Behörde in Bochum, die die vielfältigen Aufgaben des LZG sowie des LIA gebündelt wahrnimmt.“ Die Abteilung „Pharmazie“ hat allerdings weiterhin ihren Sitz in Münster.
- „Durch die Schaffung des LfGA (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz) wird die öffentliche Verwaltung in den Bereichen Gesundheit und Arbeitsschutz insgesamt effizienter. Zusätzlich wird die bisher bei den Bezirksregierungen verortete Aufsicht über die unteren Gesundheitsbehörden auf das neue Landesamt übertragen. Durch die Bündelung kann insbesondere bei überregionalen Herausforderungen, wie etwa einer Pandemie, schneller und landesweit abgestimmt reagiert und informiert werden.“
- Neu kommt hinzu: „Zudem sollen auch bei der Kinder- und Jugendgesundheit und beim Hitzeschutz die guten gemeinsamen Standards weiterentwickelt werden.“

„Mit dem neuen Landesamt ziehen wir eine wichtige Konsequenz aus den Lehren der Corona-Pandemie.“

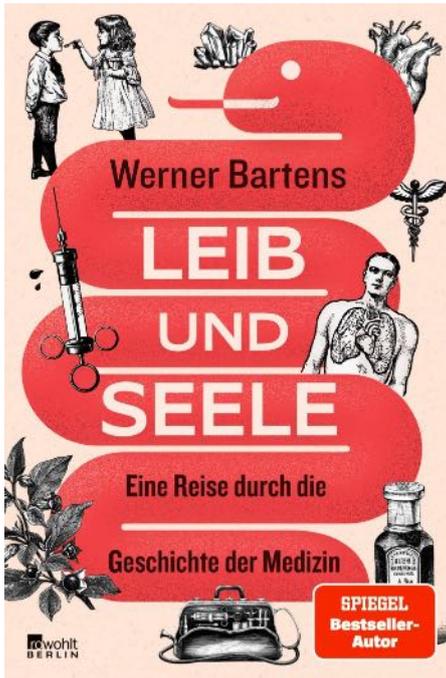
NRW Gesundheitsminister Laumann (CDU)

■ „Das Landesamt versteht sich dabei auch als Dienstleister der Kommunen. Insbesondere die Kommunen erhalten eine zentrale Ansprechstelle mit hoher Fachkompetenz.“

■ „Neben der Errichtung des neuen Landesamtes sieht das Gesetz zudem eine Novellierung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst vor. Unter anderem sollen bisher bereits pflichtige Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörden zu Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung werden. Dies stellt insbesondere sicher, dass notwendige Maßnahmen im Krisenfall schnellstmöglich umgesetzt werden.“

Das NRW-Landesgesundheitsministerium hat aufgrund der zusätzlichen Verantwortungsübertragung damit zukünftig mehr als bisher die Möglichkeit, in „Krisenfällen“ direkt durchzugreifen und kann auf den Umweg über die Mittelbehörden (Bezirksregierungen) verzichten. („Vereinheitlichung in der Krisensteuerung: In Krisen (z. B. Krankheitsausbrüchen) können durch die Umwandlung von bisherigen Erfüllungsaufgaben in ‚Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung‘ einheitliche Handlungsweisen und schnelle Anordnungen durchgesetzt werden.“)

Hier ist zu beachten, dass bei „Krisenfällen“ zukünftig die „Krisensteuerung“ möglicherweise nicht nur auf „Krankheitsausbrüche“ beschränkt bleibt. Ist hier eine Tür geöffnet worden, um auch eine einheitliche „Krisensteuerung“ bei militärischen Auseinandersetzungen vorzubereiten?



Leib und Seele: Eine Reise durch die Geschichte der Medizin.
Wolfgang Bartens
Rowohlt Berlin, Berlin 2025.
32,00 Euro
ISBN 978-3-7371-0179-0

Buchbesprechung

Leib und Seele

Ulrich Hagemann

Der Mediziner, Historiker und Medizinjournalist Werner Bartens hat ein neues Buch veröffentlicht unter dem Titel „Leib und Seele – eine Reise durch die Geschichte der Medizin“

In dem „Arzneimittelbrief“ (Ausgabe 6 vom Juni 2025) ist folgende Beschreibung zu finden (Auszug): „... Sein aktuelles Buch behandelt in einem Vorwort ‚Gesundheit – das Schweigen der Organe‘ in 8 Kapiteln anhand vieler Beispiele sehr kurzweilig und kenntnisreich die Menschheits- und Medizingeschichte.“ und „... In Bezug auf die Arzneimitteltherapie erinnert Bartens an den Schriftsteller Ambrose Bierce (1842-1914), für den ein Rezept

nur ‚die ärztliche Vermutung darüber (war), wie der Krankheitszustand eines Patienten mit dem geringsten Schaden aufrecht zu erhalten ist‘“.

Im Nachwort schreibt Werner Bartens, dass die Geschichte der Medizin als großartige Erfolgsgeschichte gelesen werden kann, allerdings dabei nicht verschwiegen werden sollte, das heute selbstverständliche Errungenschaften wie Anästhesie und Antisepsis, Antibiotika und Antikörper-Therapien anfänglich mit heftigen Nebenwirkungen oder sogar Todesfällen erkaufte wurden.

Ein amüsanter Buch – vielleicht auch für die Ferien!

Rundbrief-Leser:innen

Ich lese den Rundbrief, weil ...

... ich gerne einen Überblick haben möchte, wie in unserer Berufsgruppe von Pharmazeut:innen der Bereich Pharmakovigilanz, mein früheres Arbeitsgebiet, betrachtet wird. Es geht darum zu lernen und zu verstehen, ob und warum eine gute patientenorientierte Risikoinformation bei der Anwendung von Arzneimitteln so schwierig ist. Neuartige Versorgungsformen, denen sich der VdPP intensiv widmet, in sogenannten „sozialen Brennpunkten“, aber auch darüber hinaus, bieten dazu gute Möglichkeiten.

Dr. Ulrich Hagemann, Apotheker und Biochemiker, bis 2011 Leiter der Abteilung Pharmakovigilanz des BfArM



In dieser kleinen Kategorie äußern sich Rundbrief-Leser:innen und VdPP-Mitglieder, warum sie den Rundbrief lesen und was ihnen wichtig ist.



Da war doch noch was!

Danke lieber Thomas Hammer, danke lieber Daniel Fler, jahrelang habt ihr als Vorstandsmitglieder die Arbeit des VdPP mitgeprägt. Es ist schade, dass ihr aus privaten Gründen nicht weitermachen könnt. Aber danke, dass ihr auch weiterhin dem Vorstand mit Rat und Tat zur Seite stehen werdet. Ich weiß, dass ihr auch zukünftig aktiv mit guten Ideen die Vereinsarbeit unterstützen werdet.

Danke auch an Frauke Heller und Udo Puteanus, dass ihr bereit seid, weiter Vorstandsarbeit zu leisten. Wir brauchen auch zukünftig euer Engagement und euren Arbeitseinsatz!

Danke an Thomas Hecker, sich zum neuen Mitglied des Vorstandes wählen zu lassen. Viel Freude und wenig Stress wünsche ich dir in deinem neuen Betätigungsfeld!

Ohne Menschen, die bereit sind, ehrenamtlich diese Vorstandsarbeit zu übernehmen, könnte kein Verein existieren – nicht nur aus rechtlicher Sicht.

Danke an alle Mitglieder, die es durch ihre Ideen und Beiträge, durch Arbeitseinsatz und Organisation ermöglichen, das Ziel unseres Vereins für eine Pharmazie in sozialer Verantwortung voranzutreiben.

Danke aber auch an all die, die nicht aktiv mitarbeiten im Vereinsalltag. Ohne euren Mitgliedsbeitrag und eure Spenden könnten wir zum Beispiel keine Fortbildungen anbieten, keine Vorträge organisieren, keinen Rundbrief herausbringen, keine Pressearbeit betreiben.

Eure Heidi Sauer

Über die Autorin

Heidi Sauer ist Apothekerin und war an einer PTA-Schule, in öffentlichen Apotheken und als Herstellungsleiterin in der pharmazeutischen Industrie tätig. Sie ist VdPP-Mitglied und aktiv in der Hamburger Regionalgruppe.