

Themen dieses Rundbriefs

Fakes statt Fakten:
Gesundheitswerbung
außer Kontrolle?

KI und Desinformation:
Was das EU-Recht regelt

Hitze, Arzneimittel und
soziale Verantwortung:
Die CALOR-Liste

Report: Climate Change,
Armed Conflict, and
Global Public Health

Pharmazie und ethisches
Handeln

Sozialpharmazietagung
2026: Für ein sicheres
Entlassmanagement

Interview zum Positions-
papier des BPhD zur
Sozialpharmazie

Verein demokratischer
Ärzt*innen von der
Gründung bis heute

Militarisierung des Gesundheitswesens



INHALT

- 3** **Grußwort des VdPP-Vorstands**
VdPP-Vorstand
- 4** **Fakes statt Fakten: Gesundheitswerbung außer Kontrolle?**
Regina Schumann
- 6** **Künstliche Intelligenz und Desinformation: Was das EU-Recht dazu sagt** Ulrich Hagemann
- 10** **Militarisierung des Gesundheitswesens. Was heißt das eigentlich?**
Ulrike Faber
- 15** **Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen: Pharmazie als Mitgestalterin der Transformation** Esther Luhmann
- 16** **Hitze, Arzneimittel und soziale Verantwortung: Was die CALOR-Liste für die Pharmazie bedeutet** Esther Luhmann
- 17** **Ph4F und AKNR veröffentlichen Pressemitteilung zum Hitzeaktionstag** Esther Luhmann
- 18** **Literaturhinweis: „Climate Change, Armed Conflict, and Global Public Health: A Reinforcing Cycle of Harm“**
- 20** **Ethik in der Pharmazie und Interprofessionalität**
Udo Puteanus
- 23** **Pharmazie und ethisches Handeln**
Michael Höckel und Jörg Riedl
- 24** **Sozialpharmazietagung 2026: Für ein sicheres arzneimittel-bezogenes Entlassmanagement** Alexandra Peukert
- 25** **Neue Approbationsordnung: Nicht ohne Sozialpharmazie!**
Udo Puteanus
- 26** **Zum Positionspapier des BPhD zur Sozialpharmazie**
Interview mit Christiane Donat
- 28** **Arbeitsgruppe Interprofessionelle Zusammenarbeit – wie ist der Stand?** Udo Puteanus
- 30** **Der Verein demokratischer Ärzt*innen von der Gründung bis heute** Nadja Rakowitz
- 31** **Ich lese den Rundbrief, weil ...**
Jörg Schaaber
- 32** **Gemeinsam für Gesundheitsgerechtigkeit**
Kongress Armut und Gesundheit 2027 in Berlin

Bildnachweise:

S.1: Shutterstock/Nehris. S.3: Privat (Thomas Hecker, Frauke Heller, Udo Puteanus).
S.5: Verbraucherzentrale, privat (Regina Schumann). S. 8: Ulrich Hagemann. S. 9: Tibet Image Bank/Tashimoto. S. 9: Privat (Ulrich Hagemann). S. 11 und 12: Bundeswehr/Christopher Preloznik. S. 14: Privat (Ulrike Faber). S. 15: Privat (Esther Luhmann). S. 16: Dreamstime/Beniamino Forestier. S. 17: Shutterstock/BNP Design Studio. S. 19: Global Climate and Health Alliance, privat (Esther Luhmann). S. 22: Privat (Udo Puteanus). S. 27: Privat (Christiane Donat), privat (Esther Luhmann). S. 29: privat (Udo Puteanus). S. 31: Privat (Nadja Rakowitz), B. Frey.

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

Verein demokratischer
Pharmazeutinnen und
Pharmazeuten e. V.
(Die Bank akzeptiert auch die
Abkürzung VdPP)
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
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. 127 erscheint im Januar 2027.
Redaktionsschluss ist am
30. November 2026.

Grußwort des VdPP-Vorstands

Liebe VdPP-Mitglieder,
liebe VdPP-Rundbrief-Lesende,

wenn ihr diesen Rundbrief lest, wird die Sommerpause weitgehend vorbei sein, und es geht im Berliner Politbetrieb wieder in die Vollen. Inzwischen haben wir mit Dr. Carsten Linne-
mann einen neuen Bundesgesundheitsminister, der bisher wenig durch seinen Einsatz für soziale Fragen bekannt geworden ist. Ganz im Gegenteil steht er für Wirtschaftsliberalisierung, Mittelstand und „einfach mal machen“. Für das Gesundheitswesen verheißt dies nicht Gutes. Aber geben wir ihm eine Chance!

Was steht konkret an:

Gesundheitssicherstellungsgesetz: Auf Seite 10 findet sich ein Artikel von Ulrike Faber mit dem Titel „Militarisierung im Gesundheitswesen“ – konzipiert als eine Bestandsaufnahme bereits durchgeführter Maßnahmen und Aktivitäten. Er kann als eine Grundlage für die bisher noch offene Diskussion im VdPP dienen. Für September ist das lange angekündigte Gesundheitssicherstellungsgesetz zu erwarten. Das wird, wie die anderen Sicherstellungsgesetze, im Spannungs-/Verteidigungs-/Bündnisfall aktiviert und auch für die Pharmazie eine erhebliche Bedeutung haben. Daher müssen wir uns im VdPP mit dem Gesetz und dem Thema auseinandersetzen und eine Position für den Verein finden – ganz im Sinne unserer Vereinsforderungen nach Demokratie, Frieden und sozialer Verantwortung.

Gesetz zur Primärversorgung: Mit Primärversorgung haben wir uns bereits häufiger auseinandergesetzt. Jetzt scheint die Zeit für das Ministerium reif zu sein, die Primärversorgung neu zu ordnen. Damit dies kein Gesetz zur weiteren Reduzierung von Patient:innenrechten und zum Sozialabbau wird, muss eine starke Gegenöffentlichkeit mobilisiert werden. Wir werden versuchen, dies zu unterstützen und Themen der Arzneimittelversorgung und der Apotheker:innen einzubringen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit: An diesem Thema sind wir seit März 2025 dran. Mit der geplanten Neuord-



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

nung der Primärversorgung steht dies wieder ganz vorn auf der aktuellen Themenliste. Zusammen mit vdää* und DBfK (Pflege) bereiten wir gemeinsame Positionen vor und wollen dies auf dem kommenden Kongress „Armut und Gesundheit“ Anfang März 2027 in Berlin zur Diskussion stellen. Dazu ein Sachstandsbericht auf Seite 28.

Sozialpharmazie in der neuen Approbationsordnung: Mit Rückenwind aus Brüssel hat unser Thema nun eine gewisse Chance, in die neue Approbationsordnung aufgenommen zu werden. Inzwischen setzt sich auch der Bundesverband der Pharmaziestudierenden (BPhD) für dieses Fach ein. Leider hört man von Seiten der organisierten Apothekerschaft bislang wenig bis nichts zu dem Thema. Mit der (inzwischen ehemaligen) Public-Health-Vertreterin des BPhD dazu ein Interview auf Seite 26.

Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen: Auch dieses Thema ist drängend. Denn neben allen Chancen müssen wir auch auf die Risiken hinweisen. Von Ulrich Hagemann, unserem Pharmakovigilanzexperten, haben wir dazu einen fundierten Beitrag in unserem Rundbrief auf Seite 6.

Weitere Beiträge zeigen die Bandbreite unserer Arbeit.

Wir hoffen von Seiten des Vorstands, dass die Beiträge euer Interesse wecken können. Vielleicht ergeben sich Anregungen für euch, mitzudiskutieren und zu planen. Wir laden euch herzlich dazu ein. Unsere zentrale Ansprechpartnerin ist Esther Luhmann (referentin@vdpp.de), die alle Anregungen und Kritik sammelt und direkt an uns weitergibt. Zögert nicht, gebt uns gern Rückmeldung.

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.



Fachtagung der Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz

Fakes statt Fakten: Gesundheitswerbung außer Kontrolle

Regina Schumann

Am 18. Mai 2026 veranstalteten die Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz in Berlin eine Fachtagung mit dem Thema „Fakes statt Fakten: Gesundheitswerbung außer Kontrolle?“. Der VdPP hatte bereits

im Februar 2025 ein Seminar mit dem Thema „Influencer – wie sie ticken und tocken. Gute Gesundheitsinformationen oder einfach nur Reklame?“ abgehalten und im Rundbrief Nr. 122¹⁾ ausführlich darüber berichtet.

Bereits in diesem VdPP-Seminar war von der Vertreterin der Verbraucherzentrale NRW gewarnt worden, dass „falls die Kennzeichnungspflicht von Werbung nicht eingehalten wird, dies erhebliche Risiken für den Verbraucherschutz birgt“. Sie forderte vermehrte Anstrengungen der Behörden, die Missstände zu bekämpfen. Diesen meist in den Kommunen verankerten Kontrollinstanzen sind allerdings die Hände gebunden, wenn sie geografisch nicht zuständig sind oder wenn es sich bei den Werbenden eindeutig um Privatpersonen handelt. Außerdem fehlen den Behörden die personellen Möglichkeiten, um die Vielzahl und Vielfalt der Angebote zu prüfen.

Aufklärung durch Internetplattform

Die Verbraucherzentralen betreiben daher mit der Website „Klartext Nahrungsergänzung“ unter www.klartext-nahrungsergaenzung.de eine digitale Aufklärungsplattform, um Verbraucher:innen vor den Gefahren durch falsche Versprechungen bei Nahrungsergänzungsmitteln (NEM) zu warnen.



Für die Überwachung sind die Schnellebigkeit im Internet, der schnelle Wechsel der Angebote und die finanziellen Potenziale der anbietenden Firmen eine besondere Herausforderung.

Der Wunsch vieler Verbraucher:innen, dass unseriöse Angebote und Werbestrategien im Internet rechtlich verfolgt werden, ist nur allzu verständlich. Aber Jurist:innen prüfen Einzelfälle, und bis es zum Abschluss eines Gerichtsverfahrens kommt, vergehen oft viele Jahre. In der Zwischenzeit haben sich eine Menge neuer Anbieter in den digitalen Medien breitgemacht, sodass die Überwachung der Anbieter sowie die juristische Klärung der strittigen Fragen oftmals zu kurz kommt und immer schwieriger wird.

Neben der unzureichenden personellen Ausstattung der Überwachungsbehörden und der Gerichte sind die Schnellebigkeit im Internet, der schnelle Wechsel der Angebote und die finanziellen Potenziale der anbietenden Firmen eine besondere Herausforderung. Verbraucherschutz, Überwachung und Gerichtsbarkeit sind dieser Vielfalt von interessengebundenen Werbemaßnahmen geradezu hilflos unterlegen.

Neuerdings kommen noch Risiken hinzu, wenn Künstliche Intelligenz (KI) zu Irrwegen führt; denn solche Tools erfordern von Verbraucher:innen, dass sie die Fragen an die KI möglichst präzise stellen, um zu vernünftigen Ergebnissen zu kommen. Ansonsten sind die heute verfügbaren Angebote unzureichend und im schlimmsten Fall gesundheitsgefährdend.

Welche Hinweise zum Thema gab es im VdPP-Seminar?

In der VdPP-Veranstaltung von 2025 wurde auch auf gute Informationen über Gesundheitsprodukte für Laien verwiesen, etwa durch das Angebot des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) unter der Webadresse www.gesundheitsinformation.de.

Eine weitere Quelle für Menschen ohne medizinische und pharmazeutische Ausbildung ist die Print- und Onlinezeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pillen“, online unter www.gutepillen-schlechtepillen.de, die als werbefreies Medium regelmäßig Verbraucheraufklärung durch objektive Berichte über Arzneimittel gewährleistet. Auf der letzten Seite jeder Ausgabe findet sich die kritische Analyse einer zweifelhaften Werbung für ein Gesundheitsprodukt.



Ausschnitt aus der Einladung der Verbraucherzentralen

Auch der politische Handlungsbedarf wurde im Influencer-Seminar 2025 angemahnt: Zum einen sollte das Heilmittelwerbe-gesetz an die neuen digitalen Herausforderungen angepasst werden. Zum anderen werden weitaus mehr Überwachungs-kapazitäten und spezialisierte Jurist:innen gebraucht, um ein starkes Signal in den Markt zu senden, dass eine Überschreitung der erlaubten Werbegrenzen Konsequenzen haben wird und zu empfindlichen Strafen führen kann.

Weiterhin muss durch zielgruppen-spezifische Bildungsangebote für Verbraucher:innen deren Gesundheitskompetenz gestärkt werden. Dies darf aber nicht dazu führen, den Verbraucher:innen die Hauptverantwortung zur Bewältigung der Missstände zu übertragen.

Wie sieht die Situation anderthalb Jahre später aus?

Leider nicht besser, im einleitenden Grußwort des Vorstands der Verbraucherzentrale NRW Wolfgang Schuld-zinski wurden alle oben genannten Fehlstellen erneut aufgelistet, auch

wenn in den letzten drei Jahren das Projekt „Faktencheck Gesundheitswerbung“ (Zugang über Kontaktformular, Instagram und TikTok)²⁾ einige Erfolge aufzeigen konnte. Es wurden 3 000 Fälle bearbeitet, wobei sich vier Schwerpunkte in der Arbeit herauskristallisierten:

1. Nahrungsergänzungsmittel
2. Desinformation
3. Heilversprechen
4. Geräte und kosmetische Mittel

Insgesamt wurden mehr als 1 000 Fälle eingehender bearbeitet, in denen wettbewerbsrechtliche Verstöße aufgedeckt wurden. Dies führte zu 47 Abmahnungen und 12 Klageverfahren, die allerdings aus verschiedenen Gründen (schwierige Rechtsdurchsetzung, lange Verfahrensdauer) nicht alle bereits abgeschlossen werden konnten.

Rahmenprogramm und Diskussion

Dr. Eckhard von Hirschhausen berichtete anschließend von seinem Kampf gegen den US-amerikanischen Technologiekonzern Meta wegen der Veröffentlichung eines Deepfakes seiner Person und die dadurch erfolgte Persönlichkeitsverletzung. Er forderte ein Urheberrecht für den Menschen als Individuum, wie es in Dänemark existiert. Er verwies auf den latenten Vertrauensverlust in der Gesellschaft, der durch Deepfakes und Fake News verursacht wird. Er sieht dadurch eine Gefahr für unsere Demokratie und fordert: „Strafverfolgung bei Plattformen jetzt!“

Nach einer Pause gab es eine Performance zweier Wissenschaftsjournalisten³⁾ mit dem Titel „In 5 Schritten zum erfolgreichen Scharlatan“ und eine abschließende Podiumsdiskussion zu „Medfluencing im rechtlichen Niemandsland?“, die Schlaglichter aufwarf, aber nicht wirklich neue, vorher nicht bekannte Forderungen stellte.

Dies verdeutlichte nur noch mehr, dass in der Zwischenzeit trotz Verabschiedung einer KI-Verordnung der EU in 2024⁴⁾ und einer Konvention des

Europarats im selben Jahr⁵⁾ (siehe auch Seite 6) kein rechtlicher und/oder gesellschaftspolitischer Fortschritt erfolgte.

Das hatte ich auch nicht erwartet, schon gar nicht nach dem Grußwort von Frank Schwabe (SPD), parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV), welches das Projekt der Verbraucherzentralen finanzierte. Nicht nur, dass er den Verbraucherzentralen mehr oder weniger ankündigte, dass das Projekt „Faktencheck Gesundheitswerbung“ nicht weiter finanziert werden könnte (!), er zeigte auch in seiner abgelesenen Rede keinen rechten fachlichen Sachverstand zum Thema und verschwand gleich nach diesem Grußwort zu anderen, wohl wichtigeren Terminen.

Noch gibt es das Projekt der Verbraucherzentralen und ich wünsche ihm ein erfolgreiches Weiterbestehen!

Anmerkung der Redaktion: Laut Auskunft der Verbraucherzentrale NRW endete das Projekt am 31.07.2026. Derzeit läuft ein Folgeantrag.

Fußnoten:

- 1) www.vdpp.de/rundbrief/
- 2) www.verbraucherzentrale.de/digitaler-health-style-markt
- 3) www.youtube.com/@quarkssciencecops
- 4) www.bfdi.bund.de/DE/Fachthemen/Inhalte/Technik/KI-Verordnung.html
- 5) <https://rm.coe.int/-1493-10-1b-committee-on-artificial-intelligence-cai-b-draft-framework/1680aee411>

*Über die Autorin
Regina Schumann
ist VdPP-Mitglied
und aktiv in der
Berliner Regional-
gruppe.*



Künstliche Intelligenz und Desinformation: Was das EU-Recht dazu sagt

Ulrich Hagemann

Ich las kürzlich unter der Rubrik „Perspective“ im New England Journal of Medicine einen Diskussionsbeitrag mit dem Titel „Kann Künstliche Intelligenz sagen: ‚Ich weiß es nicht‘?“ Das hat mich irritiert, weil durchgängig der Eindruck besteht, dass Künstliche Intelligenz (KI)

immer eine Antwort gibt, auch wenn der Inhalt falsch ist. Aber wie groß ist das Ausmaß von Desinformation, also von durch KI erzeugten Informationen, die unrichtig, manipulativ, diskriminierend sind, und inwieweit sind wir davor geschützt?

Das Mitte Mai 2026 von Health Action International (HAI) veranstaltete Webinar wurde von Dr. Hannah van Kolschooten geleitet. Sie ist Wissenschaftlerin an der Universität Basel und Expertin auf dem Gebiet der KI und der zugehörigen rechtlichen Vorschriften sowie für den Einfluss der KI auf Grundrechte.

Wir alle wissen, dass uns durch KI erzeugte Desinformationen täglich im Internet begegnen, und die Intensität steigt fortlaufend. Die Bundesregierung definiert Desinformation folgendermaßen: „Unter Desinformation versteht man die absichtliche Verbreitung falscher oder irreführender Information. Ziel ist es, Meinungen zu beeinflussen, um so einer Person, einer sozialen Gruppe, einer Organisation oder einem Land zu schaden.“⁽¹⁾ Durch KI können Desinformationen auch ohne aktives Handeln oder Eingreifen von Personen gebildet und verbreitet werden. Im öffentlichen Bereich können sie sich auf Tagesnachrichten, Verbrechen, Katastrophen oder Unfälle beziehen. Sie treten auch in Form von Deepfakes auf, also täuschend echten Fotos, Videos etc., die mit KI hergestellt werden. Von großer Bedeutung sind gesundheitsbezogene Desinformationen, etwa zu Gesundheitsrisiken. Auch Deepfakes, die beschönigende oder abschreckende

Bilder enthalten, sind gang und gäbe. Neuer sind sogenannte LLM (Large Language Models), eine Technologie, mit der viele und sehr lange Texte aus dem gesamten Internet zu einer Nachricht oder einem Bericht zusammengeführt werden.

Eine 2025 im British Medical Journal veröffentlichte Studie⁽²⁾ zur Genauigkeit, Lesbarkeit bzw. Verständlichkeit und zum Zugang zu Quellen ergab, dass in Chatbots knapp 50 Prozent der Auskünfte und Antworten „problematisch“ und knapp 20 Prozent „hoch problematisch“ waren. Für die Studie waren in den Chatbots jeweils zehn

scheidungen zu ihrem Gesundheitsverhalten fällen. Das ist besonders für ohnehin gefährdete und verletzte Personen von Bedeutung. Präventionsstrategien können geschwächt oder umgangen werden. Das Vertrauen zu Personen in Gesundheitsberufen kann verloren gehen oder geschwächt werden.

Die EU hat zu sehr vielen der genannten Probleme und Herausforderungen in den vergangenen Jahren mehrere grundlegende Vorschriften in Form von Verordnungen oder Richtlinien erlassen. Sie betreffen verschiedene gesundheitsspezifische Ebenen, näm-

Eine Studie zur Genauigkeit, Lesbarkeit bzw. Verständlichkeit und zum Zugang zu Quellen ergab, dass in Chatbots knapp 50 Prozent der Auskünfte und Antworten „problematisch“ und knapp 20 Prozent „hoch problematisch“ waren.

Fragen zu fünf Erkrankungen oder Arzneimittelgruppen gestellt und die „Antworten“ von Experten bewertet worden.

Welche Folgen können diese Erkenntnisse auf das Gesundheitsverhalten von Menschen haben? Personen können unsichere und gefährliche Ent-

lich Patientensicherheit, Medizinethik sowie individuelle Gesundheitsschäden und Verantwortlichkeiten. Allerdings sind im Moment noch alle Regelungen zu Medizinprodukten ausgenommen. In dem Webinar wurden die bestehenden Regelungen vorgestellt und ihre Vorteile aber auch Mängel benannt.

Verordnung über künstliche Intelligenz (AI Act; Verordnung (EU) 2024/1689)⁴⁾

Diese Verordnung ist seit August 2024 in Kraft und weltweit die erste grundlegende Rechtsvorschrift zur KI. Darin werden KI-Systeme in vier Risikoklassen eingeteilt, wovon die Systeme mit einem „inakzeptablen Risiko“ in der EU verboten sind. Sie enthalten etwa biometrische Daten, Angaben zur Kreditwürdigkeit oder Informationen zur kritischen Infrastruktur. Zur Verdeutlichung der vielen Detailregelungen gebe ich nachfolgend zwei Beispiele:

- Gemäß Artikel 5, Abschnitt a) „Verbotene Praktiken“ sind folgende Praktiken im KI-Bereich verboten: „Das Inverkehrbringen, die Inbetriebnahme oder die Verwendung eines KI-Systems, das Techniken der unterschweligen Beeinflussung außerhalb des Bewusstseins einer Person oder absichtlich manipulative oder täuschende Techniken mit dem Ziel oder der Wirkung einsetzt, das Verhalten einer Person oder einer Gruppe von Personen wesentlich zu verändern, indem ihre Fähigkeit, eine fundierte Entscheidung zu treffen, deutlich beeinträchtigt wird, wodurch sie veranlasst wird, eine Entscheidung zu treffen, die sie andernfalls nicht getroffen hätte, und zwar in einer Weise, die dieser Person, einer anderen Person oder einer Gruppe von Personen erheblichen Schaden zufügt oder mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zugefügt wird ...“

- In Artikel 50 sind Transparenzpflichten für Anbieter und Betreiber bestimmter KI-Systeme benannt: „Die Anbieter stellen sicher, dass KI-Systeme, die für die direkte Interaktion mit natürlichen Personen bestimmt sind, so konzipiert und entwickelt werden, dass die betreffenden natürlichen Personen informiert werden, dass sie mit einem KI-System interagieren ...“

Insgesamt wurde die Verordnung über KI als ein enorm wichtiger Schritt in Richtung Sicherheit bei der Nutzung



Wassily Kandinsky: „Kleine Welten“, Litografie, 1922, Lenbachhaus München

von digitalen Systemen mit KI gewertet. Unter anderem wurde aber auch bemängelt, dass die Vorschriften zur Transparenz nicht ausreichend seien. Die meisten Vorschriften gelten ab August 2026.

In Deutschland ist das Gesetzgebungsverfahren zur Umsetzung dieser Verordnung der Europäischen Union zur künstlichen Intelligenz begonnen worden, die parlamentarischen Beratungen sind jedoch derzeit noch nicht abgeschlossen. Die KI-Verordnung wurde von Seiten der Industrie als zu kompliziert und einschränkend kritisiert. Von Datenschützern dagegen wurde bemängelt, dass sie nicht weitgehend genug sei.

Digital Services Act – Gesetz über digitale Dienste (Verordnung (EU) 2022/2065)⁵⁾

In dieser EU-Verordnung sollen „einheitliche europäische Haftungs- und Sicherheitsvorschriften für digitale Plattformen, Dienste und Produkte [geschaffen werden]. Damit soll die Verbreitung illegaler Inhalte verhindert und Nutzer besser geschützt werden.“ Es werden die systemischen Risiken angesprochen, die mit der Nutzung von digitalen Plattformen verbunden sind, sie beziehen sich aber nicht auf KI-Systeme selbst. Das Gesetz, basierend auf der EU-Verordnung, gilt seit November 2022 für sogenannte „sehr große“ Onlineplattformen wie Amazon, TikTok, Ins-

tagram, Wikipedia oder Facebook. Es sollen Verbraucher und ihre Grundrechte geschützt werden, es soll möglichst große Transparenz geschaffen, aber auch Innovation, Wachstum und Wettbewerbsfähigkeit in der EU gestärkt werden. Es werden die Anforderungen an Plattformen definiert und die Pflichten der Anbieter gegenüber Nutzern und in Bezug auf die Inhalte festgelegt. Die EU-Kommission kann Untersuchungen gegenüber Onlineplattformen einleiten, wenn Verstöße gegen dieses Gesetz vorliegen könnten. Das ist bereits geschehen, zum Beispiel im Zusammenhang mit Wahlen in Rumänien.

Das Gesetz ist aber auch scharf von verschiedenen Bürgerrechtsorganisationen und Einzelpersonen kritisiert worden. Die Kritik beinhaltet vor allem einen zu starken Eingriff in die Meinungsfreiheit Einzelner und von Organisationen. Es müssten von den Betreibern einer Plattform nicht nur rechtswidrige, sondern auch

Es bleibt zurzeit offen, ob Nutzer wirksam vor Täuschung und Verletzung ihrer Rechte geschützt werden oder sich erhebliche Nachteile durch Verletzung von Grundrechten zeigen.

„kritische und nachteilige“ Inhalte entfernt werden.

Aber auch aus den USA kam 2025 öffentlich und medienwirksam vorgebrachte Kritik in deren „Nationaler Sicherheitsstrategie“ wegen „Einschränkung der Meinungsfreiheit und Unterstützung von Exzessen der EU-Zensur durch transnationale Eliteinstitutionen“. „Sollten die aktuellen Trends anhalten, wird der Kontinent in 20 Jahren oder weniger nicht wiederzuerkennen sein.“⁽⁶⁾ Es bleibt zurzeit offen, ob Nutzer wirksam vor Täuschung und Verletzung ihrer Rechte geschützt werden oder sich erhebliche Nachteile durch Verletzung von Grundrechten zeigen. Eine Koordinierungsstelle bei der Bundesnetzagentur erstellt jährliche Erfahrungsberichte zur Umsetzung dieses Gesetzes und der EU-Verordnung. Die Referentin wies darauf hin, dass große Plattformen nicht ausreichend geregelt wurden und deren Verpflichtungen zu einem großen Teil freiwillig seien, niedergelegt in einem „Code of Conduct“.

Verbraucherrecht der Europäischen Union – EU Consumer Law (Richtlinie 2011/83/EU)⁷⁾

Das Verbraucherrecht der EU beinhaltet einen großen und gesamten Komplex von verschiedenen Einzelregelungen. Es hat seinen Ursprung schon im

Jahr 1975 zur schrittweisen Schaffung des Binnenmarktes und wurde immer wieder erweitert, wenn neue Sachverhalte und Regelungsbereiche hinzukamen. Beispiele sind Verkaufs- und Vertragsrecht, Nutzung von Telekommunikation im Ausland und die umfassende Verbraucherrechte-Richtlinie. Digitale Dienste und Datenschutz gehören ebenso dazu, auch die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Europäisches Medienfreiheitsgesetz – EU Media Freedom Act (Verordnung (EU) 2024/1083)⁸⁾

Noch nicht alt ist das aktualisierte EU-Medienfreiheitsgesetz (EMFA), das 2025 verabschiedet wurde und auch in Kraft trat. Das Bindeglied zu KI und Desinformation besteht darin, dass die grundlegenden Rechte der Meinungsfreiheit über den Zugang zu Informationen (außer zu sicherheitsrelevanten Sachverhalten), über den Schutz von Informant:innen und Journalist:innen und über das Verbot der Einflussnahme jeglicher Art auf die Meinungsfreiheit durch offizielle oder kommerzielle Institutionen und Firmen oder Vereinigungen sichergestellt werden müssen. Es soll vertrauenswürdige Personen oder Stellen schützen (dazu gehören auch Whistleblower).

Das EMFA war im Verlauf der Erarbeitung und parlamentarischen Beratung von mehreren Seiten stark umstritten. Einerseits wurde es als Stärkung der Medienaktivitäten gesehen, andererseits als teilweise Einschränkung der Meinungs- und Pressefreiheit oder, seitens einiger Industrieverbände, als Schwächung der Sicherung von echten Betriebsgeheimnissen. Der für 2028 vorgesehene Bericht über die Erfahrungen wird dazu mehr Klarheit bringen.

EU Aktionsplan für Cybersicherheit und künstliche Intelligenz

Das neueste Dokument dazu ist der EU-Aktionsplan für Cybersicherheit aus dem Jahr 2026. Dieser Aktionsplan schließt eine Lücke zur Verord-



Gefahren der Desinformation vor Augen: Wie können wir sie abwehren? (Japanische Gottheit, Kyoto)



Der richtige Weg gegen Desinformation bleibt unbestimmt, also Augen auf! (Tibetische Postkarte)

In Bezug auf das Vorhandensein von Desinformation weist sie darauf hin, dass die EU-Regelungen „indirekt“ wirken: Anbieter von Informationen müssen Standards einhalten, es besteht aber für sie keine Pflicht oder kein Recht, Informationen zu korrigieren.

Die Regelungen beziehen sich auf die jeweiligen Systeme, nicht auf die Qualität der Inhalte. Es ergibt sich aus den Wortlauten nur ein schwacher Schutz vor gesundheitsspezifischen Risiken. Und im Moment bestehen noch Lücken bei den mit KI genutzten Chatbots und sogenannten „wellbeing tools“.

nung über KI. Wenn die Anforderungen an Systeme der KI festgelegt sind, sind damit verbundene Risiken nicht ausgeschlossen.

KI-Instrumente könnten auch Sicherheitslücken in digitalen Plattformen und Systemen ausfindig machen und darüber „eingreifen“. Das ist beispielsweise für die Infrastruktur in Staaten von Bedeutung. Der Aktionsplan sieht zum Beispiel Bewertungen und Testungen von KI-Modellen vor. Die Cybersicherheit soll damit insgesamt und EU-weit hergestellt werden. Eine zentrale Rolle spielt die Agentur der EU für Cybersicherheit (ENISA) in Athen.

Resümee der Referentin van Kolfschooten

Ihre Antwort darauf, was das EU-Recht liefert und gewährleistet, war, dass die EU eine ziemlich strenge Grundlage zum Erhalt grundlegender Rechte auf dem Gebiet der digitalen Systeme und Anwendungen bereitstellt. Das Gesetz über KI und alle begleitenden Vorschriften in verschiedenen Richtlinien oder Verordnungen seien ein starkes Recht. Die EU habe einen „holistischen, mehrschichtigen“ Rahmen entwickelt, in dem alle systemischen Risiken berücksichtigt worden seien.

Aus der Diskussion zum Webinar ergaben sich noch Hinweise darauf, dass personenbezogene Daten noch nicht befriedigend geschützt sind. Die Nutzung fremder Bilder berührt natürlich Urheberrechte, wie dazu ein machbarer Schutz erreicht werden kann, ist noch unklar.

Mein Resümee

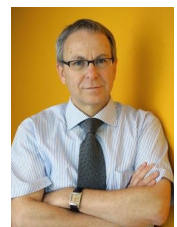
Ich bin einigermaßen beeindruckt, wie viele und welche Regelungen unterschiedlicher Strenge in der EU bereits bestehen. Wenn wir im Internet Informationen suchen oder soziale Medien nutzen, besteht im Hintergrund ein Universum von technischen und rechtlichen Vorschriften, von denen wir keine Notiz nehmen. Sie bestehen zum Schutz von Verbraucher:innen, also Nutzer:innen, aber auch zum Schutz übergeordneter Werte. Für mich ist das beruhigend. Die schon bestehenden Risiken sind bekannt (und zum Teil auch durch einen selbst vermeidbar). Aber das Ausmaß zukünftiger Risiken oder der im Hintergrund vorhandenen ist Grund zu großer Besorgnis.

Fußnoten:

- 1) www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/was-ist-desinformation-1875148
- 2) Tillerfi NB, et al. BMJ Open 2026;16:e112695. doi:10.1136/bmjopen-2025-112695
- 3) <https://de.wikipedia.org/wiki/Chatbot>
- 4) https://de.wikipedia.org/wiki/Verordnung_%C3%BCber_k%C3%BCnstliche_Intelligenz
- 5) https://de.wikipedia.org/wiki/Gesetz_%C3%BCber_digitale_Dienste
- 6) https://de.wikipedia.org/wiki/Gesetz_%C3%BCber_digitale_Dienste
- 7) [https://de.wikipedia.org/wiki/Richtlinie_2011/83/EU_\(Verbraucherrechte-Richtlinie\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Richtlinie_2011/83/EU_(Verbraucherrechte-Richtlinie))
- 8) https://de.wikipedia.org/wiki/Europ%C3%A4isches_Medienfreiheitsgesetz

Über den Autor

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



Überblick zur Militarisierung

Militarisierung des Gesundheitswesens. Was heißt das eigentlich?

Ulrike Faber

Militarisierung bedeutet, sein Denken und Handeln an den Erfordernissen des Militärs auszurichten und zu priorisieren. Trifft das aktuell auf uns und unser Gesundheitswesen zu? Ich will hier aufzeigen, mit welcher Entwick-

lung wir es zu tun haben, sie zugleich einordnen und kritisch hinterfragen – ohne Anspruch auf Vollständigkeit und als Anregung für die Diskussion.

Was im „Zeitenwende-Deutschland“ bereits entwickelt wurde

2023: Nationale Sicherheitsstrategie der Bundesrepublik Deutschland „Wehrhaft. Resilient. Nachhaltig. Integrierte Sicherheit für Deutschland“

Dieses strategische Dokument der Bundesregierung legt die Leitlinien der deutschen Sicherheits- und Verteidigungspolitik fest. Es verzahnt bisher getrennte Bereiche wie Diplomatie, Verteidigung, Polizei, Katastrophenschutz, Wirtschaft und Entwicklungszusammenarbeit. Es setzt eher auf militärische Stärke und Abschreckung, weniger auf Diplomatie und internationale Friedenspolitik.

www.auswaertiges-amt.de/resource/blob/2604006/857b2e75fade2a89cc5232a59fca997b/nationale-sicherheitsstrategie-data.pdf

2024: Expert:innenrat Gesundheit und Resilienz durch Bundeskanzler Scholz berufen

Fachexpert:innen, Behörden, Bundeswehr, Bundesamt für Bevölkerungsschutz haben bis zur Abberufung am Ende der Legislatur neun Stellungnahmen vorgelegt, u.a. auch für die Verstärkung der zivilisatorischen Zusammenarbeit und die Umsetzung eines Gesundheitssicherstellungsgesetzes schon in Friedenszeiten – bei einem sehr weit gefassten Krisenbegriff von Naturkatastrophe über nukleare Unfälle bis zu kriegerischen Konflikten.

2024: Rahmenrichtlinie Gesamtverteidigung (RRGV). Beschluss des Bundeskabinetts

Die Richtlinie bildet den konzeptionellen Rahmen für zivil-militärische Verzahnung: wie das Militär (Bundeswehr) mit Zivilschutzbehörden, zivilen Organisationen und der gesamten Bevölkerung zusammenzuarbeiten hat. Ein Beispiel: „Mit den für die Gesundheitsversorgung der Bundeswehr zuständigen Stellen ist eng zusammenzuarbeiten. Dazu wirken die gesetzlichen Berufsvertretungen der Ärzte,

Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und der Pflegeberufe, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Träger der Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und ihre Verbände bei der Planung und Bedarfsermittlung mit und unterstützen die Behörden.“

www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/themen/sicherheit/RRGV.html

2024/2025: Operationsplan Deutschland

Der OPLAN DEU ist ein geheimes Dokument, das vom Generalinspekteur der Bundeswehr gebilligt wurde. Der 1000-seitige Plan umfasst konkret den Einsatz der Bundeswehr in Deutschland in Frieden, Krise und Krieg und damit die Bandbreite von Heimatschutz bis zur Nationalen Territorialen Verteidigung. Er führt die zentralen militärischen Anteile der Landes- und Bündnisverteidigung in Deutschland mit den erforderlichen zivilen Unterstützungsleistungen zusammen. Im Verteidigungsfall ist die Zivilbevölkerung ein aktiver Teil der gesamtstaatlichen Verteidigungsfähigkeit.

www.bundeswehr.de/resource/blob/5920008/5eb62255741addec3f38d49a443d0282/booklet-operationsplan-deutschland-data.pdf
<https://oplan.de/zivilbevoelkerung/>

2025: Grünbuch ZMZ 4.0 Strategiepapier

Die Denkfabrik Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit e.V. (ZOES) hat diese „Situationsbeschreibung, Analyse und Handlungsempfehlungen“ vorgelegt.

Grundgedanke: Gesamtverteidigung als Aufgabe der Zivilgesellschaft und der Bundeswehr bedeutet für alle Akteure im Gesundheitswesen, am Bedarf der Streitkräfte zu planen. Zuverlässige Leistungen des Gesundheitswesens sind ein wichtiger Faktor für Moral und Resilienz in Krisen- und Konfliktfällen. Zu erwarten sind 1 000 Patient:innen pro Tag, davon 300 intensivpflichtig, 220 vermehrt pflegebedürftig. Die Bevölkerung ist auf Versorgungsdefizite vorzu-

bereiten. Erwogen wird auch, ob zur Aufrechterhaltung des allgemeinen Versorgungsniveaus im Gesundheitswesen Apotheken eingebunden werden können.

https://zoes-bund.de/wp-content/uploads/2025/03/250306_Gruenbuch_ZMZ_digital.pdf
www.n-tv.de/politik/Bundeswehrarzt-rechnet-im-Kriegsfall-mit-bis-zu-1000-verletzten-Soldaten-taeglich-article26049231.html

2025: Rahmenplan Zivile Verteidigung Krankenhäuser Berlin (Rahmenplan ZVKH Berlin)

Dieses geheime „regionale Arbeitspapier“ wurde auf Basis der Rahmenrichtlinien Gesamtverteidigung von Berliner Senat, Bundeswehr, Krankenhausgesellschaft, Berliner Kliniken erarbeitet. Es wurde geleakt. Einige Details:

- Szenarien über Wochen und Monate bis zur vollständigen Evakuierung des betroffenen Gebiets (ganz Berlins)
- Versorgung von 100 Verwundeten pro Tag
- Entlassung stationärer Patienten oder Verlegung in niedrigere Versorgungsstufen
- Vorbehalt von Rehakliniken für das Militär
- Priorisierung von militärischem Personal gegenüber Zivilisten (Triage)
- Keine Inanspruchnahme der Notaufnahmen für Pflegebedürftige ohne notfallmedizinischen Bedarf
- Einbindung der Bundeswehr in zivile Entscheidungsstrukturen
- Umstellung von Individual- auf Katastrophenmedizin
- Verpflichtende Übungen zu neuen Verletzungsmustern
- Vorbereitung des Bestattungswesens auf Massenansturm von Verstorbenen
- Beteiligung der Apothekerschaft an den weiteren Beratungen (bei Bedarf)
- Ungeklärte Finanzierung

<https://fragdenstaat.de/dokumente/273086-raahmenplan-zvkh-berlin/>

www.aerzteblatt.de/news/berliner-krankenhauser-bereiten-sich-auf-kriegsfall-vor-ce425772-c169-40c0-954e-de93b553d42a

www.berliner-zeitung.de/article/exklusives-dokument-so-werden-berliner-kliniken-auf-krieg-vorbereitet-2360385

2026: Rahmenplan ZVKH Hamburg

Entspricht dem Berliner Plan. Finanzbedarf: 134 Mio. Euro Investitionen und 30 Mio. Euro Betriebskosten; noch keine verbindlichen Zusagen.

Der NDR berichtet: „Hamburg: Krankenhäuser sollen auf Kriegsfall vorbereitet werden“.

Die taz titelt: „Plan für Kliniken im Krisenfall – Hamburg will Krankenhäuser kriegstüchtig machen“.

<https://dokumente.hamburg.de/resource/blob/1195138/9fe0a28976467c32c6b5bd9d1b2604ce/d-raahmenplan-zvkh-broschuere-data.pdf>

<https://taz.de/Plan-fuer-Kliniken-im-Krisenfall!/6195630/>



Bundeswehr-Übung Medic Quadriga 2026: Die Bundeswehr und zivile Hilfsorganisationen betreiben den Aufnahme- und Transportpunkt der Medical Task Force auf dem Flughafen BER in Schönefeld. In der Übung ist er der zentrale Knotenpunkt für die Verteilung und den Weitertransport Verwundeter.

Gesundheitssicherstellungsgesetz (angekündigt für September 2026)

Es wäre das elfte der sogenannten Sicherstellungsgesetze. Sie werden mit Feststellung des Verteidigungs-/Bündnisfalls ausgelöst oder bereits im Spannungsfall mit 2/3-Mehrheit des Deutschen Bundestages. Das bedeutet Einschränkungen der Grundrechte (bezüglich Arbeit, Freizügigkeit, Dienstverpflichtung, Wehrpflicht, Kommandostrukturen etc.). Auch Maßnahmen zur Bevorratung von Arzneimittel- und Medizinprodukten sowie regelmäßige Ernstfallübungen für das Personal sind zu erwarten. Eine Einbindung der Apotheken in die Erstversorgung könnte Thema werden.

www.aerzteblatt.de/archiv/titel/dae/2026/7/resilienz-des-gesundheitswesens-krisenfeste-strukturen-schaffen-a47c4b4d-b6a6-4e28-85f2-5bf7dc84ca07

Mein Kommentar: Diese Dokumente stehen inhaltlich/politisch in einer Entwicklungsreihe, die sich aus der Einzelbetrachtung in ihrer Bedeutung kaum erschließt. Sie liegen den nachfolgend dargestellten Aktivitäten zugrunde, und sie sind durch diese Klammer verbunden: Der völkerrechtswidrige russische Angriffskrieg auf die Ukraine. Dazu unsere Position im vdä*-Arbeitskreis gegen Militarisierung, in dem ich mitarbeite: „Wir teilen die Sorgen und Ängste, die der Angriff auf die Ukraine bei vielen Menschen auslöst. Plötzlich ist der Krieg in Europa ganz nah und besonders bedrohlich Die Angst ist real und berechtigt. Wir dürfen uns aber nicht die Fähigkeit zum klaren Denken und besonnenen Handeln nehmen lassen. ... die wichtigste Herausforderung [ist], ein Ende des Krieges in der Ukraine zu erreichen und den Nahen Osten zu befrieden“. Dies gebietet allein schon das Leid der von den Kriegen so schwer betroffenen Menschen. „Die einzige Möglichkeit, Leid, Tod und Verwüstung durch Kriege zu verhindern, ist Friedenssicherung.“ Niemand behauptet, es sei einfach.

In den Dokumenten finde ich keine ernst gemeinte Forderung nach Frieden und vermisste strategische Weitsicht und kluge Diplomatie, ebenso in der Politik. Der „CDU-Sicherheitsexperte“ Roderich Kiesewetter hingegen: „Das Gesülze von Friedensverhandlungen muss aufhören.“ (Der Spiegel 10.9.2025). Zudem hat er gefordert, den Spannungsfall auszurufen (Der Spiegel 29.9.2025). Die Planungen treffen auf ein unterfinanziertes und überfordertes Gesundheitswesen. Dazu Prof. Umgelter, Leiter einer Berliner Notaufnahme: „Wir müssen dafür sorgen, dass die Kapazitäten im Frieden ausreichen. Die Belastungsgrenzen sind aktuell bereits überschritten. Wir verletzen täglich die Menschenwürde und etablierte Standards der Medizin und der Hygiene. Notaufnahmen sind zu klein, veraltet, unterbesetzt und mangelhaft ausgestattet“. Die Genfer Konvention zum Schutz von Zivilpersonen verbietet eine Benachteiligung ziviler Personen.

www.nd-aktuell.de/artikel/1194549.aufruestungsrahmenplan-fuer-krankenhaeuser-luftschloesser-fuer-den-kriegsfall.html

Der aktuelle soziale Kahlschlag wird unverblümt mit Haushaltskonsolidierung und zwingenden Rüstungsausgaben begründet. Wir erleben einen Angriff der Großen Koalition auf den Sozialstaat: Kinder, Jugendliche, Rentner, GKV-Versicherte, Alleinerziehende, Menschen mit Behinderung werden angegriffen durch Leistungseinschränkungen, steigende Belastungen, Abbau sozialer Rechte und kultureller Vielfalt. Der soziale Frieden ist bedroht. Maßnahmen für Klimaschutz werden zurückgefahren. Die enorme Klimabelastung durch Kriege und Militär wird ignoriert.

Zivil-militärische Aktivitäten in aller Öffentlichkeit

Role2Sea in Rostock 2025: Militärische und zivile Einsatzkräfte üben Rettungsketten von See bis ins zivile Krankenhaus bei Massenanfällen von Verletzten (MANV).
www.bundeswehr.de/de/auftrag/uebungen/quadriga/quadriga-2025/role2sea/uebung-role2sea-zivil-militaerische-zusammenarbeit

Red Storm Bravo in Hamburg 2025: Die größte innerstädtische Militärübung der Bundeswehr in Hamburg seit dem Ende des Kalten Krieges.
www.bundeswehr.de/de/organisation/operatives-fuehrungskommando-der-bundeswehr/landeskommando/hamburg/red-storm-bravo

Medic Quadriga 2026: Von der NATO-Ostflanke (Litauen) über Berlin BER bis in zivile Krankenhäuser Berlin/Brandenburg, die größte und komplexeste Übung des Sanitätsdienstes seit Jahrzehnten.



Versorgung von Verwundeten während der zivil-militärischen Übung Medic Quadriga 2026 in Berlin

www.bundeswehr.de/de/auftrag/uebungen/quadriga/quadriga-2026/medic-quadriga
www.nd-aktuell.de/artikel/1197967.militarisierung-kriegsfall-zivilisten-bleiben-im-flur-liegen.html

Die Bundeswehrkrankenhäuser pflegen 270 feste Kooperationen mit zivilen Gesundheitseinrichtungen im Bundesgebiet

Das Uniklinikum Schleswig-Holstein (Campus Kiel), das Mitteldeutsche Zentrum für Katastrophenmedizin/Krisenresilienz in Halle, die Universitätsmedizin Magdeburg, die Charité Berlin, die Medizinische Hochschule Hannover mit Bundeswehrkrankenhaus Westerstede: Ausbildung in Katastrophenmedizin, Triage (die Priorisierung Verwundeter nicht nach medizinischem Bedarf, sondern nach militärischer Logik), zivil-militärische Zusammenarbeit, taktische Medizin, sicherheitspolitische Krisen, Wehrmedizin, militärische Forschung usw.

www.bwkrankenhaus.de/de/ueber-uns/kooperationspartner-der-bundeswehrkrankenhaeuser
www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/mhh-und-bundeswehr-in-westerstede-kooperieren-fuer-krisenforschung-54829
www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/deutschlands-krankenhaeuser-nicht-ausreichend-auf-krieg-und-krisen-vorbereitet-53549
www.med.ovgu.de/-p-44342.html

Ausbildungen nach militärischem Bedarf: Military and Disaster Nursing 2025

Workshop der Bundeswehr auf dem Deutschen Pflgetag. Das steht für sie im Kriegsfall an: Hunderttausende Streitkräfte im Bündnisfall von West nach Ost transportieren, Verletzte von der Front in die Kliniken verteilen, Zivilisten versorgen, zuströmende Flüchtlinge aufnehmen.
www.aerztezeitung.de/Politik/Pflegefachkraefte-sollen-fit-fuer-Kriseneinsaetze-sein-460959.html?bPrint=true

Unterirdische Intensivstation in Köln (bis 2031?)

Geplant wird ein Krisenzentrum für den Kriegsfall im Tiefgaragenbereich nach israelischem Vorbild. „Mit Köln-Wahn haben wir einen der größten NATO-Umschlagstützpunkte vor der Tür, bei einem NATO-Bündnisfall wäre dort ein militärischer Dreh- und Angelpunkt.“

www.welt.de/vermishtes/article255752976/Koeln-plant-Klinik-fuer-den-Kriegsfall-Tiefgarage-soll-zur-Intensivstation-umfunktioniert-werden.html

Einstimmung auf militärischen Bedarf: Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung

Jährliche Symposien mit Bundeswehr, Behörden, ziviler Gesundheitsversorgung, Bundesapothekerkammer. Die PZ berichtet vom ersten Symposium 2025: Generaloberstabsarzt Dr. Hoffmann fordert mit Blick auf ein Kriegsszenario engere Zusammenarbeit zwischen zivilem Gesundheitswesen und Militär. Der Workshop „Resiliente Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten“ wird moderiert vom Präsidenten der Bundesapothekerkammer, Armin Hoffmann.

www.bundeswehr.de/resource/blob/6001406/badda37108b51bf7c8ee191c391ce0b2/bericht-symposium-gesundheitsversorgung-in-der-landesverteidigung-data.pdf
www.pharmazeutische-zeitung.de/fileadmin/jahrgangspdf/2025/PZ_23_2025.pdf

Mein Kommentar: Die ausgewählten Beispiele zeigen den laufenden Prozess der Militarisierung. Wurde anfänglich ein weiter Krisenbegriff benutzt (Naturkatastrophen, chemische und nukleare Unfälle, Epidemien, Pandemien, Terrorismus, militärische Konflikte etc.), so wird nun meist offen vom „Kriegsfall“ gesprochen, „Atomkrieg“ aber ausgespart. Der Begriff „Katastrophe“ sollte wohl eher verharmlosend wirken, denn niemand zweifelt an der Notwendigkeit von Katastrophenschutz. Ein wichtiger Unterschied: Zivile Katastrophen dauern akut Stunden bis Wochen, kriegsartige aber Monate bis Jahre – bei intaktem oder völlig zerstörtem Umfeld. Geübt werden kriegstypische Verletzungsmuster wie Hochgeschwindigkeits-Schusswunden, großflächige Verbrennungen, schwere Splitterverletzungen, abgerissene Gliedmaßen. Unfallchirurg Prof. Pennig: Es braucht etwa 3 000 Ärzte, welche Kriegsverletzungen behandeln können.
www.merkur.de/wirtschaft/bundeswehr-braucht-mehr-aerzte-fuer-den-kriegsfall-unfallchirurg-schlaegt-alarm-zr-93830994.html

Militarisierung in der Pharmazie?

Pharmazeutische Zeitung PZ (2026): „Bei der Arzneimittelversorgung ziemlich blank“

Veranstaltung der Landesapothekerkammer Hessen mit Oberfeldapotheker Dr. Ünver. Schlagworte: Deutschland als „Drehscheibe Europas“ ist Angriffsziel, Durchzugs- und Stationierungsgebiet. Hessen liegt in der Mitte Europas mit

wichtigster Infrastruktur. Im Kriegsfall 760 000 NATO-Soldaten von öffentlichen Apotheken zu versorgen. Massive Flüchtlingsströme. 1 000 Verwundete täglich. Zivilmilitärische Zusammenarbeit mit Vor-Ort-Apotheken für Patientensteuerung. 16 600 dezentrale Apothekenlabore nutzen. Wirkstoffgranulate und Hartgelatine kapseln für Herstellung vor Ort bevorraten.

www.pharmazeutische-zeitung.de/bei-der-arzneimittelversorgung-ziemlich-blank-165837/

PZ (2026): „Risiken müssen wir annehmen. Die Rolle der öffentlichen Apotheken in Krise, Spannungsfall, Krieg“

Symposium der Apothekerkammer Baden-Württemberg mit der Bundeswehr. „Ohne mentale Stabilität gibt es keine Wehrhaftigkeit.“

www.pharmazeutische-zeitung.de/risiken-muessen-wir-annehmen-165913/
www.lak-bw.de/presse-medien/news/detail/symposium-krisenpharmazie-was-tun-im-ernstfall

PZ (2025): „Ohne funktionierende Apotheken wird es nicht gehen“

Interview mit Generaloberstabsarzt Dr. Hoffmann. Er fragt: Was wollen wir bevorraten? Was benötigen wir für eine Krisensituation und in welchem Umfang? Wer beschafft es? Wer lagert es ein? Wer bezahlt dafür? Welche Aufgaben übernehmen die Apotheken? Was muss zentral gelagert werden? Wer priorisiert, welches Material wohin geht? ... Wir werden in einer Krise auf das Netz der Apotheken zurückgreifen müssen. „Leider kann ich da noch keine fertigen Lösungen präsentieren.“

www.pharmazeutische-zeitung.de/ohne-funktionierende-apotheken-wird-es-nicht-gehen-157910/

PZ (2026): „Krisenfestigkeit: Lieferprobleme könnten im Krisenfall explodieren“

ABDA-Präsident Preis: In Vorbereitung auf ein Gesundheitsgesetz im Kriegsfall ist die Apothekerschaft in einen Bund-Länder-offenen Arbeitsgruppenprozess einbezogen. Andreas Münch, Präsident der Apothekerkammer Sachsen-Anhalt: Flächendeckende Apothekenstruktur wichtig für Krisenvorsorge. „Doch bisher scheinen wir in diesen wichtigen Überlegungen nicht eingebunden zu sein.“

www.pharmazeutische-zeitung.de/lieferprobleme-koennten-im-krisenfall-explodieren-163115/

PZ (2026): „ABDA in Erarbeitung des GeSiG eingebunden“

Die Apothekerschaft äußert sich zu Ausnahmen für Krisenzeiten im Apothekengesetz, Bevorratung der benötigten Arzneimittel, keine Konzentration auf „Krisenapotheken“. Seit Oktober 2025 besteht eine Arbeitsgruppe „Krisenvorsorge“ der Bundesapothekerkammer.

www.pharmazeutische-zeitung.de/abda-in-erarbeitung-des-gesig-eingebunden-166512/

Lesen Sie bitte weiter auf Seite 14.

PZ (2026) ADKA-Kongress Düsseldorf: „Krisenresilienz: Wie lange halten die Arzneimittelvorräte?“

Oberstabsapotheker Dr. Klaubert trägt vor: Bei Stromausfall, Hackerangriff, Naturkatastrophen, militärischem Ernstfall – zivile Apotheken und Krankenhausapotheken sind auf sich allein gestellt, die Bundeswehr ist dann nicht da. ADKA und Bundeswehrpharmazie stehen in engem Austausch.

www.pharmazeutische-zeitung.de/wie-lange-halten-die-arzneimittelvorräte-166027/

PZ (2026) Hauptstadtkongress: „Gesundheitssicherungsgesetz ist historische Lücke“

Die Zivilbevölkerung und das Militär müssen die gleiche Sprache sprechen. Panel u.a. „Resilient, robust, bereit? Wie versorgen wir uns im NATO-Bündnisfall“. In Berlin seit 2023 die AG Zivile Verteidigung. Generalstabsarzt Zallet: „Der Operationsplan Deutschland muss mit Leben geweckt werden.“

www.pharmazeutische-zeitung.de/gesundheits-sicherungsgesetz-ist-historische-luecke-166279/

DAZ (2026): „Wenn die zivile Versorgung zur Fahne tritt“

Frühlingsfest von Progenerika. Björn Stahlhut, Experte für gesundheitlichen Bevölkerungsschutz und zivile Verteidigung, stimmte die Zuhörer auf einen drohenden militärischen Ernstfall ein.

www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2026/04/22/wenn-die-zivile-versorgung-zur-fahne-tritt

Rundschreiben der AK Berlin 1/2026

Gespräch der Kammerpräsidentin Dr. Lucas mit Oberst Armin Schaut: Aktuelle Bedrohungslage, Operationsplan Deutschland für Apotheker, Resilienz der AM-Versorgung. Ihr Fazit: „Vielversprechend und lösungsorientiert“.

Rundschreiben der AK Berlin 2/2026:

■ Bericht über Fachtagung KRITIS 2026: „Das Gesundheitswesen in der Gesamtverteidigung: resilient und sicher.“

Dr. Lucas sprach über pharmazeutische Versorgung in Krisenzeiten: Apotheken müssen im Krisenfall mitgedacht werden... sie entlasten heute schon das Gesundheitswesen und „rufen im Ernstfall selbst den Rettungsdienst.“ (Das KRITIS-Dachgesetz reguliert seit 2026 die Resilienz und physische Sicherheit Kritischer Infrastrukturen.)

■ Treffen mit dem Regierenden Bürgermeister in Berlin 2026

Die Beteiligten tauschten sich über die Einbindung der Kammer und Vor-Ort-Apotheken in Bevölkerungsschutzkonzepte des Landes aus.

■ Gesundheitsforum der Landesgesundheitskonferenz 2026: „Resilient in der Krise – Wege zu einem gerechten Gesundheitssystem in Notlagen“

„Der Vizepräsident Joachim Stolle vertrat die Berliner Kammer und brachte die Perspektive der Berliner Apothekerschaft ein.“

■ Bundesapothekerkammer (BAK)

Mitgliederversammlung Hamburg (Bericht)

Keine Erwähnung des Themas rund um Krisen und Krieg, obwohl in die Beratungen einbezogen.

■ Delegiertenversammlung der AK Berlin am 16.6.2026

Bericht der Präsidentin: „... dass auch andere Themen wie die stärkere Einbindung in die ambulante Versorgung auch im Krisenfall ... hohe Priorität hätten.“

Mein Kommentar: In unserer Fachpresse wird des Öfteren berichtet, aber so gut wie gar nichts mitgeteilt. Auch Veranstaltungen der LAKs bleiben trotz vieler Themen sehr allgemein. Noch auffälliger ist unsere Standesvertretung (Beispiel Berliner Kammer, Bundesapothekerkammer, ABDA) in ihrem dröhnenden Nichtssagen. Wie kann das sein? Habe ich etwas übersehen? Was kommt im „Ernstfall“ auf uns zu? Was konkret plant die Bundeswehr? Wer hat das Sagen? Gibt es eine Kommunikation hinter verschlossenen Türen? Gibt es politische Schweigeauflagen? Oder geht es nur um das von der Bundeswehr geforderte „Mindsetting“, also den Mentalitätswandel in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen im Sinne von Kriegstüchtigkeit und Akzeptanz des „Zeitenwechsels“? Zu klären wäre auch: Welche Erfahrungen gibt es in anderen Kammerbereichen, in anderen pharmazeutischen Berufssparten, etwa Krankenhausapotheken?

„Die Vorbereitung auf einen militärischen Konflikt provoziert den Krieg.“

(Albert Einstein)

Als Verein mit dem Slogan „Pharmazie in sozialer Verantwortung“ sollte der VdPP alle diese Fragen konsequent klären und seine eigene Position entwickeln. Die Hauptfrage bleibt: Ist die angedeutete Versorgung machbar? Können wir unseren Auftrag zur Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln aufrechterhalten?

Weitere Infos:

Die IPPNW lädt jeden ersten Mittwoch im Monat zu einer Onlinefortbildung „Militarisierung und Gesundheit“ ein: <https://www.ippnw.de/aktiv-werden/termine/onlinefortbildungsreihe-militarisierung-und-gesundheit.html>



Der vdäa* hat eine 84-seitige Broschüre gegen die Militarisierung des Gesundheitswesens veröffentlicht. Sie kann bestellt oder heruntergeladen werden unter: www.vdaae.de/publikationen/broschuere-militarisierung-im-gesundheitswesen/

Über die Autorin

Dr. Ulrike Faber ist Apothekerin, VdPP-Mitglied und organisiert die Berliner Regionalgruppe des VdPP. Außerdem ist sie bei den Pharmacists for Future aktiv.



Aus der Planetary Health Community (Teil 1)

Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen: Pharmazie als Mitgestalterin der Transformation

Esther Luhmann

Mit dem Eckpunktepapier „Nachhaltigkeit im deutschen Gesundheitssystem – Eckpunkte für eine Strategie“ fordern mittlerweile (Stand Juli 2026) 57 Organisationen aus Gesundheitswesen, Wissenschaft und Industrie erstmals gemeinsam eine verbindliche Nachhaltigkeitsstrategie

für das deutsche Gesundheitswesen. Zu den Unterzeichnenden gehören unter anderem der BKK Dachverband, die Bundesärztekammer, die ABDA, der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, die Pharmacists for Future sowie der VdPP.

Das Papier versteht Nachhaltigkeit ausdrücklich nicht als ökologische Zusatzaufgabe, sondern als Voraussetzung für ein resilientes, leistungsfähiges und langfristig finanzierbares Gesundheitssystem. Die Autor:innen benennen neun zentrale Handlungsfelder – von Governance und Prävention über die ambulante und stationäre Versorgung bis hin zu Arzneimitteln, Medizinprodukten, Digitalisierung, Transport und Abfallvermeidung. Nachhaltigkeit soll dabei systematisch in gesundheitspolitischen Entscheidungen verankert werden und ökologische, soziale und ökonomische Ziele gleichermaßen berücksichtigen. Versorgungssicherheit, Gesundheitsgerechtigkeit und Klimaschutz werden nicht als konkurrierende, sondern als zusammengehörige Ziele verstanden.

Für die Pharmazie eröffnet das Papier wichtige Perspektiven. Arzneimittel sollen entlang ihres gesamten Lebenszyklus ressourcenschonender und umweltverträglicher werden, ohne Kompromisse bei Qualität, Wirksamkeit, Patient:innensicherheit oder Versorgungssicherheit einzugehen. Dafür werden mehr Transparenz über Umweltwirkungen, belastbare Daten sowie nachhaltigkeitsorientierte Beschaffungs- und Versorgungsstrukturen gefordert.

Arzneimittel sollen entlang ihres gesamten Lebenszyklus ressourcenschonender und umweltverträglicher werden, ohne Kompromisse bei Qualität, Wirksamkeit, Patient:innensicherheit oder Versorgungssicherheit einzugehen.

Aus Sicht des VdPP reicht die Verantwortung der Pharmazie jedoch über Herstellung und Logistik hinaus. Apotheker:innen sind Teil der Primärversorgung und können durch evidenzbasierte Beratung, die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung, die Förderung einer rationalen Arzneimitteltherapie sowie die fachgerechte Entsorgung von Arzneimitteln einen wichtigen Beitrag zu einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung leisten. Gleichzeitig braucht die Profession eine stärkere Ausrichtung auf Planetary Health: Nachhaltigkeit, Klimaresilienz und Krisenvorsorge sollten fester Bestandteil von Aus-, Fort- und Weiterbildung werden. Nur wenn sich die Pharmazie aktiv an der Transformation des Gesundheitswesens beteiligt, kann sie ihrer sozialen Verantwortung gerecht werden und

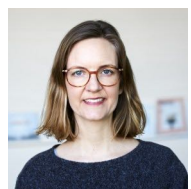
dazu beitragen, die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung auch unter den Bedingungen der Klima- und Umweltkrise langfristig sicherzustellen.

Das Eckpunktepapier ist als Einladung zum gemeinsamen Handeln zu verstehen. Es formuliert noch keinen konkreten Maßnahmenplan, schafft aber einen breit getragenen strategischen Rahmen, auf dessen Grundlage Politik und Akteur:innen des Gesundheitswesens eine verbindliche Nachhaltigkeitsstrategie entwickeln sollen. Für den VdPP ist dies ein wichtiger Schritt, denn Gesundheitsschutz, soziale Gerechtigkeit und Klimaschutz lassen sich nur gemeinsam denken.

Zum Nachlesen:

www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/2026/Eckpunkte_Nachhaltigkeitsstrategie_Gesundheitssystem.pdf

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





Aus der Planetary Health Community (Teil 2)

Hitze, Arzneimittel und soziale Verantwortung: Was die CALOR-Liste für die Pharmazie bedeutet

Esther Luhmann

Mit der neuen CALOR-Liste liegt erstmals eine umfassende deutschsprachige Handlungshilfe für den Umgang mit Arzneimitteln bei Hitze vor. Entwickelt wurde sie im Rahmen des Projekts ADAPT-HEAT unter Leitung des Instituts für Allgemeinmedizin der Uniklinik Köln, veröffentlicht im Juli 2026.

Die Liste fasst für 27 Wirkstoffklassen Empfehlungen zusammen, wie hitzebedingte Risiken erkannt und Arzneimitteltherapien sicher begleitet werden können. Grundlage sind eine systematische Evidenzarbeit, Routinedatenanalysen und ein Delphi-Konsens mit Expert:innen aus Medizin, Pharmazie und Pflege. Die CALOR-Liste macht deutlich, dass die Klimakrise längst im Versorgungsalltag angekommen ist. Hitze erhöht nicht nur das Risiko für Dehydratation, Elektrolytstörungen oder Nierenversagen, sondern verändert auch die Wirkung und Verträglichkeit zahlreicher Arzneimittel. Besonders gefährdet sind ältere Menschen, multimorbide Patient:innen und Menschen mit chronischen Erkrankungen – also ge-

nau jene Bevölkerungsgruppen, die ohnehin häufig auf eine kontinuierliche pharmazeutische Betreuung angewiesen sind.

Apotheke als Teil der Klimaresilienz

Gerade hier zeigt sich die soziale Verantwortung der Pharmazie. Apotheken sind oft die niedrigschwelligste Anlaufstelle im Gesundheitswesen und können hitzebedingte Risiken früh erkennen. Medikationsanalysen, Beratung zur ausreichenden Flüssigkeitszufuhr, Hinweise zur sachgerechten Lagerung temperaturempfindlicher Arzneimittel oder die rechtzeitige Rücksprache mit den behandelnden Ärzt:innen können dazu beitragen, Krankenhauseinweisungen und gesundheitliche Schäden zu vermeiden.

Die CALOR-Liste verdeutlicht zugleich, dass sich die Rolle der Pharmazie verändert. Die Anpassung an den Klimawandel wird zunehmend Teil der Arzneimitteltherapiesicherheit und damit auch der pharmazeutischen Kernaufgaben. Klimaassoziierte Gesundheitsrisiken sollten deshalb stärker in Studium, Fort- und Weiterbildung sowie

in Leitlinien und Versorgungsprozessen verankert werden. Die Apotheke vor Ort kann so einen wichtigen Beitrag zur Klimaresilienz des Gesundheitswesens leisten.

Evidenzbasierte Hilfestellung oder zu komplex für den Alltag?

Neben viel Zustimmung hat die CALOR-Liste auch kritische Stimmen hervorgerufen. Das arznei-telegramm würdigt den Versuch, Orientierung für den Umgang mit Arzneimitteln bei Hitze zu schaffen, bemängelt jedoch, dass die Empfehlungen nicht immer ausreichend nach Evidenzgrad differenzieren. Kritisiert wird zudem, dass zahlreiche Hinweise überwiegend auf Expertenkonsens beruhen und die umfangreiche Darstellung die Anwendung im Versorgungsalltag erschweren könnte. Die Redaktion plädiert für klarere Prioritäten und transparentere Angaben zur wissenschaftlichen Grundlage der einzelnen Empfehlungen. Diese Kritik schmälert jedoch nicht die grundsätzliche Bedeutung der CALOR-Liste. Vielmehr macht sie deutlich, dass die Entwicklung praxisnaher und evidenzbasierter Instrumente ein fort-

Aus der Planetary Health Community (Teil 3)

laufender Prozess ist. Angesichts zunehmender Hitzewellen braucht das Gesundheitswesen Handlungsempfehlungen, die wissenschaftlich fundiert und gleichzeitig im Alltag gut umsetzbar sind.

Anpassung reicht nicht – auch Klimaschutz ist pharmazeutische Verantwortung

Die CALOR-Liste ist ein wichtiger Baustein, um die Arzneimitteltherapiesicherheit unter den Bedingungen der Klimakrise zu verbessern. Sie darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass Anpassungsmaßnahmen allein nicht ausreichen. Jede Hitzewelle, auf die sich das Gesundheitswesen vorbereiten muss, ist zugleich Ausdruck einer fortschreitenden Klimakrise. Die Pharmazie trägt daher eine doppelte Verantwortung: Einerseits muss sie Patient:innen besser vor den gesundheitlichen Folgen extremer Hitze schützen, andererseits sollte sie aktiv zur Reduktion der ökologischen Auswirkungen des Gesundheitswesens beitragen. Dazu gehören ein rationaler Arzneimittel Einsatz, die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung, ressourcenschonende Versorgungsstrukturen sowie die Unterstützung klimapolitischer Maßnahmen, die Gesundheit schützen.

Für den VdPP ist die CALOR-Liste deshalb mehr als eine fachliche Handlungsempfehlung. Sie macht deutlich, dass sich das Berufsbild der Pharmazie weiterentwickeln muss: Arzneimitteltherapiesicherheit, Klimaanpassung und Klimaschutz sind keine getrennten Aufgaben, sondern Ausdruck einer gemeinsamen sozialen Verantwortung. Eine zukunftsfähige Pharmazie trägt dazu bei, die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen – heute durch gute Versorgung in Hitzeperioden und langfristig durch ihren Beitrag zur Transformation hin zu einem nachhaltigen Gesundheitssystem.

Zum Nachlesen:

www.arznei-telegramm.com/de/6510/calor-liste-hilfreiche-informationen-bei-hitze
CALOR-Liste Allgemeinmedizin

Ph4F und AKNR veröffentlichen PM zum Hitzeaktionstag

Esther Luhmann

Die gemeinsame Pressemitteilung der Apothekerkammer Nordrhein (AKNR) und der Pharmacists for Future (Ph4F) markiert einen wichtigen Schritt für die Profession: Erstmals positioniert sich eine Apothekerkammer gemeinsam mit einer klimapolitisch engagierten Initiative und macht deutlich, dass Klimawandel und Gesundheit untrennbar zusammengehören. Im Mittelpunkt stehen die gesundheitlichen Folgen zunehmender Hitze sowie die Verantwortung der Apotheken, Patient:innen durch Beratung, Prävention und Arzneimitteltherapiesicherheit besser auf klimabedingte Gesundheitsrisiken vorzubereiten.

Aus sozialpharmazeutischer Sicht ist diese Entwicklung ausdrücklich zu begrüßen. Die Pressemitteilung verdeutlicht, dass die gesellschaftliche Verantwortung der Pharmazie über die sichere Abgabe von Arzneimitteln hinausgeht. Apotheken sind wohnortnahe Einrichtungen der Primärversorgung und erreichen insbesondere ältere Menschen, chronisch Kranke und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen – jene Menschen also, die von Hitzewellen und anderen Folgen der Klimakrise besonders betroffen sind. Klimakompetenz wird damit zunehmend zu einer Kernkompetenz pharmazeutischer Berufsausübung.

Gleichzeitig sollte die Debatte nicht bei der Anpassung an die Folgen des Klimawandels stehen bleiben. Sozialpharmazeutisch betrachtet umfasst die Verantwortung der Pharmazie



auch den Beitrag zur Vermeidung weiterer Klimaschäden. Dazu gehören ein rationaler Arzneimittel Einsatz, die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung, eine ressourcenschonende Arzneimittelversorgung sowie die Berücksichtigung ökologischer Aspekte in Ausbildung, Fortbildung und Berufspolitik. Die Kooperation zwischen AKNR und Ph4F kann hierfür ein wichtiges Signal sein: Klimaschutz ist keine Zusatzaufgabe einzelner Engagierter mehr, sondern entwickelt sich zu einem integralen Bestandteil professioneller Verantwortung in der Pharmazie.

Zum Nachlesen:

https://pharmacistsforfuture.org/2026/06/11/pm_aknr-ph4f/

Esther Luhmann (Hrsg.): Die nachhaltige Apotheke. Deutscher Apotheker Verlag 2022. 214 Seiten, 38,00 Euro.

Literaturhinweis

Report „Climate Change, Armed Conflict, and Global Public Health: A Reinforcing Cycle of Harm“

Esther Luhmann

Am 21. Juli 2026 veröffentlichte die Global Climate and Health Alliance (GCHA) in Zusammenarbeit mit Ärzten ohne Grenzen (MSF), European Public Health Association (EUPHA) und der International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) den wichtigen Report „Climate Change, Armed Conflict, and Global Public Health:

A Reinforcing Cycle of Harm“. Er fasst den aktuellen Wissensstand zu den Wechselwirkungen zwischen Klimawandel und bewaffneten Konflikten sowie deren Folgen für die globale öffentliche Gesundheit zusammen und zeigt, dass beide Krisen eng miteinander verflochten sind und sich gegenseitig verstärken.

Worum geht es in dem Report?

Dieser Bericht stellt den aktuellen Wissensstand über die Wechselwirkungen zwischen Klimawandel und bewaffneten Konflikten sowie deren Auswirkungen auf die globale öffentliche Gesundheit dar. Das Jahr 2026 war geprägt von weltweiten Turbulenzen. Der Klimawandel verschärft sich und trifft diejenigen unverhältnismäßig stark, die am wenigsten zu dieser Krise beigetragen haben, wodurch sich die Ungleichheit unter den Menschen weiter verschärft.

Unterdessen ist die globale Sicherheitslage durch eine Rekordzahl an bewaffneten Konflikten gekennzeichnet, die eine erhebliche Bedrohung für die globale öffentliche Gesundheit darstellen. Erschwerend kommt hinzu, dass militärische Aktivitäten, die weitgehend von internationalen Mechanismen zur Klimaverantwortlichkeit ausgenommen sind, Schätzungen zufolge etwa 5,5 % der weltweiten Treibhausgasemissionen ausmachen – ein Wert, der während aktiver bewaffneter Konflikte stark ansteigt.

Inmitten dieser beiden Krisen verändert eine sich rasch wandelnde digitale Landschaft die Art und Weise, wie Informationen und Desinformation verbreitet werden. In Konfliktgebieten

verzerrt die gezielte Verbreitung falscher Informationen die öffentliche Wahrnehmung, untergräbt das Vertrauen und behindert humanitäre Hilfsmaßnahmen. Gleichzeitig entwickelt sich Desinformation im Zusammenhang mit dem Klimawandel rasant weiter, nutzt die Ängste und Verunsicherungen der Bevölkerung aus und behindert so das gemeinsame Handeln, das für eine wirksame Reaktion erforderlich ist.

Die in diesem Bericht untersuchten Erkenntnisse zeigen, dass diese Krisen nicht isoliert auftreten. Vielmehr verschmelzen sie zu einer Polykrise – einem Zustand, in dem Klimawandel und bewaffnete Konflikte miteinander interagieren und sich gegenseitig verstärken, was eine erhebliche Bedrohung für die globale öffentliche Gesundheit darstellt. Bevölkerungsgruppen in prekären Lebenssituationen sind mit einer Vielzahl von Gefährdungen konfrontiert, wobei Flüchtlinge, Asylsuchende und Binnenvertriebene, Frauen und Mädchen, Kinder, ältere Menschen, abgelegene und ländliche Gemeinden sowie indigene Gemeinschaften eine unverhältnismäßig hohe Last dieser Mehrfachbelastung tragen.

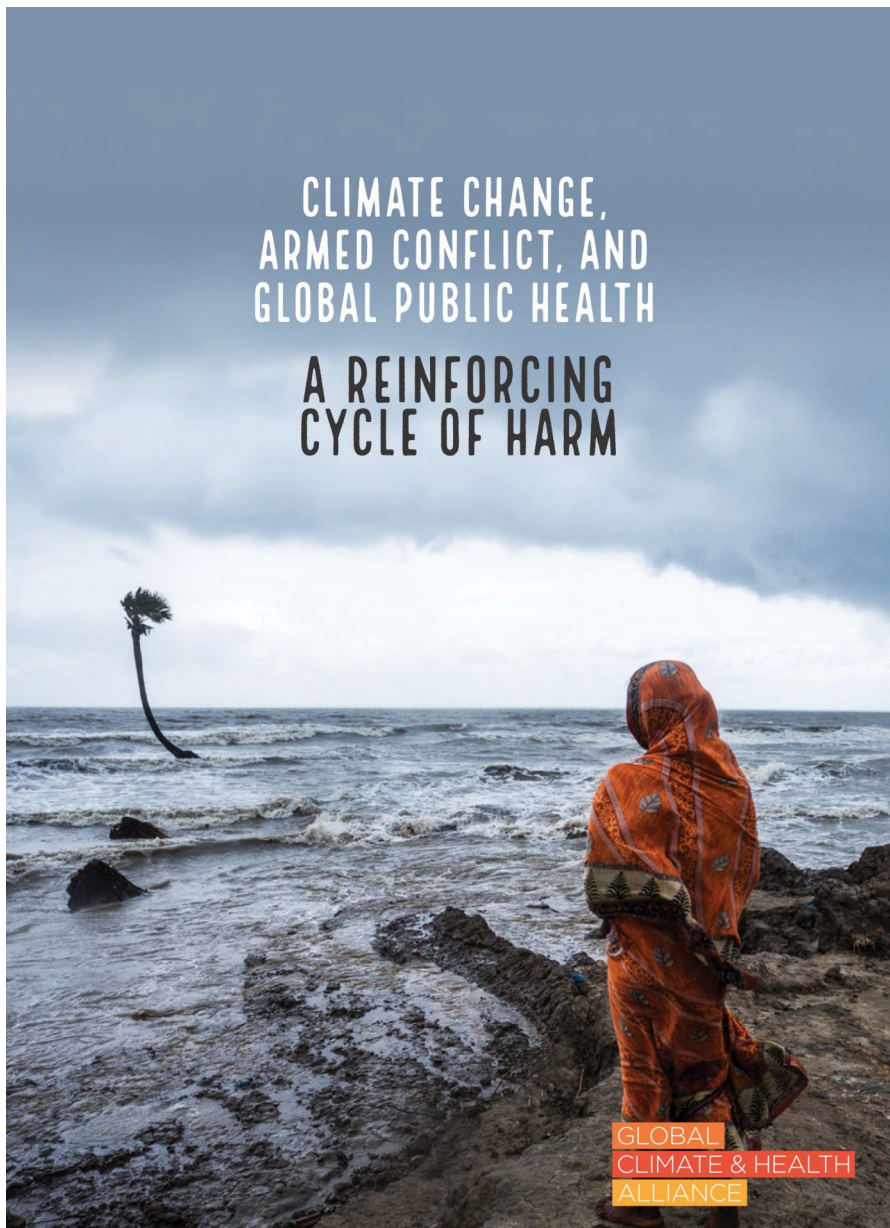
Diese Mehrfachkrise ist kein Zukunftsszenario. Sie ist die gegenwärtige Rea-

lität für Millionen von Menschen auf der ganzen Welt. Wie die Welt darauf reagiert und für wen sie dies tut, wird die Gesundheit und die Menschlichkeit des 21. Jahrhunderts bestimmen.

Vor diesem Hintergrund fordert die GCHA integrierte Ansätze in den Bereichen Klima, Gesundheit und Friedensförderung, darunter nachhaltige Investitionen in klimaresiliente Gesundheitssysteme, eine verstärkte multilaterale Zusammenarbeit, eine gerechte Energiewende und einen universellen Zugang zu sauberer Energie, die Einhaltung des humanitären Völkerrechts, den Schutz des Gesundheitspersonals, der Gesundheitsinfrastruktur sowie kritischer Infrastrukturen und eine stärkere Rechenschaftspflicht für Treibhausgasemissionen aus militärischen Aktivitäten, um eine nachhaltige Zukunft für künftige Generationen zu sichern.

Den Report auch als Herausforderung für die Pharmazie verstehen

Die vom VdPP immer wieder diskutierte und dringend notwendige Kooperation der Pharmazie mit anderen Gesundheitsberufen und -institutionen muss geschaffen und genutzt werden, auch um die auf uns zukommenden Bedrohungen abzuwenden bzw. abzumildern.



Klimawandel und bewaffnete Konflikte verstärken sich gegenseitig, was eine erhebliche Bedrohung für die globale öffentliche Gesundheit darstellt. Bevölkerungsgruppen in prekären Lebenssituationen sind mit einer Vielzahl von Gefährdungen konfrontiert, wobei Flüchtlinge, Asylsuchende und Binnenvertriebene, Frauen und Mädchen, Kinder, ältere Menschen, abgelegene und ländliche Gemeinden sowie indigene Gemeinschaften eine unverhältnismäßig hohe Last dieser Mehrfachbelastung tragen.

Das heißt, die Nachhaltigkeit im Arzneimittelwesen zu verbessern (wozu die Pharmacists for Future kontinuierlich wichtige Vorschläge liefern). Das heißt auch, auf allen Ebenen für eine friedliche Welt und ein ziviles Gesundheitswesen zu streiten (was der VdPP im Sinne von Frieden und sozialer Verantwortung immer wieder thematisiert).

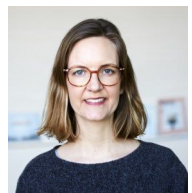
Dazu ist die gesamte Pharmazie gefordert – von der adäquaten pharmazeutischen Ausbildung, auch Fort- und Weiterbildung, über die Arzneimittelherstellung und -lieferung bis zu sicheren Arzneimittelversorgung.

Von unseren Berufsvertretungen müssen wir erwarten, dass sie die Themen ernst nehmen und aktuelle politische Konzepte entwickeln, welche kooperativ, aktiv und verantwortlich umgesetzt werden. Es geht für uns alle darum, den Report nicht in die Schublade zu legen, sondern die Daten des Reports in die notwendigen Taten umzusetzen!

Mehr Infos:

Report: [Climate Change, Armed Conflict, and Global Public Health: A Reinforcing Cycle of Harm - The Global Climate and Health Alliance](#) (kostenloser Download)

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



Onlineveranstaltung des VdPP

Ethik in der Pharmazie und Interprofessionalität

Udo Puteanus

Wie lassen sich ethische Aspekte im täglichen Alltag von Apotheker:innen erkennen und ethisches Handeln daraus ableiten? Wie kann interprofessionelle Kommunikation auf der Grundlage ethisch begründeter Entscheidungen

ausgebaut werden? Dies waren zwei wesentliche Themen, die Michael Höckel am 20. Juli 2026 in einer vom VdPP spontan angesetzten Onlineveranstaltung des VdPP ansprach.

Ethische Konflikte können im Berufsalltag – im Krankenhaus, wie auch in der öffentlichen Apotheke – belastend sein; etwa wenn ein Arzneimittel knapp ist und priorisiert werden muss, welcher Patient das Medikament kurzfristig bekommt, während andere warten müssen. Oder wenn sehr teure Arzneimittel im Krankenhaus die beste Lösung wären, die Verwaltungsleitung aber auf der Grundlage wirtschaftlicher Schwierigkeiten des Krankenhauses Druck ausübt, solche Arzneimittel möglichst selten einzusetzen. In solchen Situationen fehlt es an ethischen Richtlinien für Pharmazeut:innen, mit der Folge, dass Entscheidungen zwar getroffen werden müssen, dass aber in solchen Situationen Unzufriedenheit und Frust oftmals die Folge ist.

Ethik in der Pharmazie – eine Leerstelle im Pharmaziestudium

Für Michael Höckel ist es schwer hinnehmbar, dass sich die Pharmazie bislang zu wenig mit ethischen Fragen auseinandergesetzt hat. Deshalb ist er bereits vor Jahren selbst aktiv geworden und hat sich in das Thema eingearbeitet. Heute ist er in Marburg im Studium der Pharmazie als Dozent tätig und versucht, diese Lücke für die Pharmaziestudierenden zu schließen.

Nicht nur in der direkten Kommunikation mit Patient:innen in öffentlichen Apotheken ist die Leerstelle bei ethischen Fragen in der Pharmazie eine Belastung, auch im Krankenhaus ist es aus seiner Erfahrung schwer, in inter-

Gerade ethische Fragen beschäftigen Pharmaziestudierende sehr.

professionellen Teams aus Medizin, Pflege und Pharmazie eigene Standpunkte überzeugend zu vertreten. Denn nach seiner Erfahrung in öffentlichen Apotheken und in Krankenhausapotheken ist es in der interprofessionellen Zusammenarbeit ein Störfaktor, wenn zwar pharmazeutische Argumente dargestellt werden, das Verständnis bei den anderen Professionen aber dadurch geschmälert wird, dass ethische Fragen nicht berücksichtigt werden bzw. in der interprofessionellen Diskussion als Basis einer guten Argumentation nicht erkennbar werden. So wie auch die anderen Berufe sich mit ethischen Fragen in Aus-, Fort- und Weiterbildung beschäftigen, so müsse dies auch für den pharmazeutischen Nachwuchs selbstverständlich werden.

„Aber wer sagt Ihnen eigentlich, was richtiges Handeln ist?“

„Sie lernen alles über Wirkmechanismen, Pharmakokinetik und Leitlinien. Aber wer sagt Ihnen eigentlich, was richtiges Handeln ist?“, so zitiert Höckel die Autor:innen Dennis M. Sullivan et al. aus der Publikation „Ethics in Pharmacy Practice: A Practical Guide“. Dieses Buch ermöglicht einen guten Überblick über die ethischen Fra-

gen in der Pharmazie und in der Lösung ethischer Probleme im pharmazeutischen Berufsalltag.

Gerade ethische Fragen beschäftigen Pharmaziestudierende sehr. Sein Lehrangebot für den Nachwuchs am pharmazeutischen Institut in der Universität Marburg werde sehr gut angenommen, so Höckel. Denn diejenigen, die Pharmazie studieren, hätten fast immer dieses Fach gewählt, weil sie einerseits naturwissenschaftlich stark interessiert sind, weil sie aber andererseits mit Menschen und deren gesundheitlichen Problemen beruflich arbeiten möchten. Und gerade an dieser Schnittstelle zwischen Naturwissenschaft und menschlicher Gesundheit fehle die Möglichkeit im Studium, ethische Fragen zu reflektieren und verantwortungsbewusste Entscheidungen zu treffen; letztlich auch mit der Folge, dass im interprofessionellen Dialog die pharmazeutischen Argumente als zu weit entfernt von den Lebenswelten der Patient:innen empfunden werden.

Entscheidungen am Wohl der Patient:innen ausrichten

Hier setzt für Höckel eine wesentliche Richtschnur ethischen Handelns für Pharmazeut:innen an: Die Entscheidungen müssen sich in erster Linie am Wohl der Patient:innen orientieren; andere Aspekte, wie naturwissenschaftlich pharmazeutische Argumente, medizinische oder pflegerische Aspekte oder gar wirtschaftliche Argumente müssten sich diesem Primat

Integrierte Darstellung: SBAR + Fünf-Schritte-Modell

SBAR	Fünf-Schritte-Modell	Klinisch-fachlicher Inhalt	Ethische Bewertung
S - Situation	1. Irritation wahrnehmen	Patient zur abdomino-thorakalen Ösophagusresektion aufgenommen. Im pharmazeutischen Aufnahmebüro zeigt sich, dass Empagliflozin noch am Morgen des OP-Tages eingenommen wurde.	Es entsteht eine unmittelbare ethische Irritation, weil eine potenziell relevante perioperative Risikokonstellation vorliegt, eine nicht leitliniengerechte Fortführung eines SGLT-2-Inhibitors unmittelbar vor einer großen Operation.
B - Background	2. Informationen sammeln	Laut aktueller Leitlinien sollen SGLT-2-Inhibitoren vor größeren Eingriffen mindestens 3 Tage pausiert werden; dies wurde im Aufnahmegespräch bereits thematisiert. Der geplante Eingriff ist eine große, belastende Tumoreroperation mit perioperativem Stoffwechsel- und Komplikationsrisiko	Die Informationen sprechen für eine hohe Vulnerabilität des Patienten. Ethikrelevant sind hier Patientensicherheit, Aufklärung, Medikationsanamnese und die Verpflichtung, vermeidbare Risiken frühzeitig zu minimieren.
A - Assessment	3. Ethisches Problem benennen	Die Einnahme von Empagliflozin am OP-Tag widerspricht der empfohlenen Pausierung vor großen Operationen. Bei fortgesetzter Einnahme ohne Pause steigt das Risiko perioperativer Stoffwechselentgleisungen, insbesondere einer euglykämischen Ketoazidose.	Das ethische Kernproblem liegt im Konflikt zwischen geplanter operativer Behandlung und vermeidbarem medikamentenassoziiertem Schadensrisiko. Hier überwiegt das Prinzip der Nichtschädigung klar gegenüber einem bloßen Fortführungsinteresse der Dauermedikation.
R - Recommendation	4. Handlungsoptionen abwägen	Für die Falldiskussion wird die Annahme gesetzt, dass der Patient die Medikation ohne Pause weiter einnimmt und die OP trotzdem stattfindet. Ethisch und klinisch wäre in dieser Konstellation die operative Planung kritisch zu hinterfragen, die Anästhesie und Chirurgie sofort zu informieren und das weitere Vorgehen abhängig von Risiko, Dringlichkeit und metabolischer Kontrolle neu zu bewerten.	Die Option „OP trotz weitergeführtem SGLT-Inhibitor“ ist ethisch nur dann vertretbar, wenn das Risiko aktiv adressiert, dokumentiert und interdisziplinär abgesichert wird. Ohne diese Absicherung wäre das Vorgehen wegen vermeidbarer Gefährdung nicht verantwortbar.
	5. Gemeinsame Vorgehensweise festlegen	Es sollte eine gemeinsame Entscheidung zwischen Chirurgie, Anästhesie, Pharmazie und ggf. Innerer Medizin/Diabetologie getroffen werden: Operation verschieben, engmaschige metabolische Überwachung, ketonbezogene Diagnostik und klare Dokumentation der Abwägung.	Die ethisch angemessene Vorgehensweise ist die interprofessionell getragene Risikoentscheidung mit transparenter Dokumentation. Nur so werden Autonomie, Fürsorge, Nichtschädigung und Verantwortlichkeit in Balance gehalten.

Das SBAR-Schema ist ein Schema für die Strukturierung von Kommunikationsabläufen bei der Krankenversorgung; hier mit Bezug zur ethischen Fragestellung an einem praktischen Beispiel (Quelle: Vortrag von Michael Höckel auf der VdPP-Veranstaltung am 20. Juli 2026).

unterordnen. Wenn es allen beteiligten Professionen gelänge, dies konsequent zu leben, dann könne man von gelungener professioneller Zusammenarbeit reden.

Ethik in neuer Approbationsordnung?

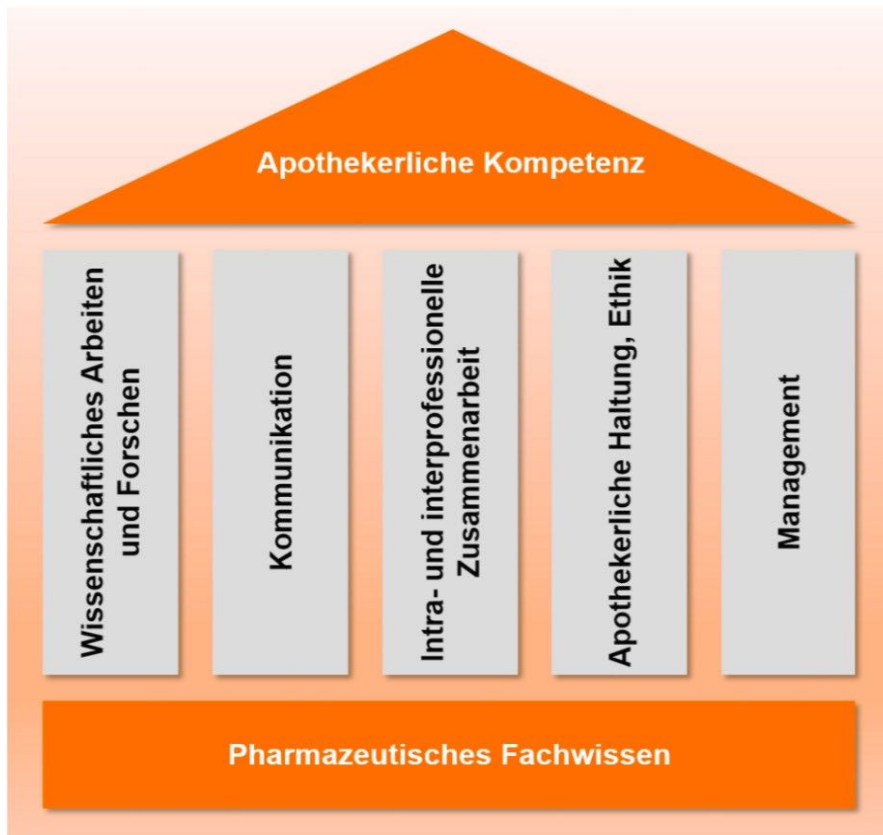
Michael Höckel ist zuversichtlich, dass es bei der Novellierung der Approbationsordnung für Apotheker:innen gelingt, ethische Fragestellungen in die Ausbildung zu integrieren. Dies sei auch aus internationaler Perspektive dringend notwendig. In vielen Ländern würden schon heute ethische

Fragestellungen im Studium integriert und ermöglichten interprofessionelles Handeln „auf Augenhöhe“. Seine Hoffnung, dass sich die nachrückende pharmazeutische Generation in der Bundesrepublik bald mit ethischen Themen beschäftigen könnte, stützt der Referent auf die Tatsache, dass im „Kompetenzorientierten Lernzielkatalog Pharmazie“ das Thema „Apothekerliche Haltung, Ethik“ bereits als eine Säule für apothekerliche Kompetenz aufgeführt werde. Zudem sei in der internationalen pharmazeutischen Vereinigung, der FIP, das Thema Ethik gut verankert. Auch die von

der EU geforderte Novellierung der Ausbildung von Pharmazeut:innen beinhalte das Thema Ethik in der Pharmazie.

Das Dilemma: Ethik und Monetik

In der Diskussion zum Vortrag von Michael Höckel ging es vor allem um das Dilemma zwischen der Apotheke als Ort heilberuflicher Tätigkeit und der Apotheke als wirtschaftlich zu führendem Gewerbebetrieb, also um „Ethik oder Monetik“. Für viele sind ethische Entscheidungen nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich, solange das wirtschaftliche Handeln



Apothekerliche Haltung und Ethik als tragende Säule im „Kompetenzorientierten Lernzielkatalog Pharmazie“ (Quelle: <https://myinkl.de/nklp/kapitel/61>).

dominiert; einerseits um den Betrieb zu erhalten, andererseits um als Apothekenleiter:in ein auskömmliches bis gutes oder sogar sorgenfreies Leben genießen zu können.

Aber auch im Krankenhaus werden Entscheidung stark von wirtschaftlichen Erwägungen beeinflusst. Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist zwar auf der Grundlage der gemeinsamen Struktur „Krankenhaus“ einfacher (im Gegensatz zur Vereinzelung unterschiedlicher wirtschaftlicher Betriebe im ambulanten Sektor), letztlich droht aber häufig eine Einschränkung ethischer Handlungsoptionen durch den wirtschaftlichen Überlebenskampf der Krankenhäuser. Das Thema Ethik in der Pharmazie bekommt nicht nur viel Aufmerksamkeit bei Studierenden; das Interesse zeigte sich auch in der relativ hohen Teilnehmendenzahl bei der Onlineveranstaltung des VdPP, obwohl im Vorfeld nur eine mäßige Werbung dafür

stattgefunden hatte. Vortrag und Diskussion haben auf jeden Fall dazu beigetragen, Ethik als Bezugspunkt in den pharmazeutischen Berufsfeldern zukünftig stärker in den Blick zu nehmen.

Weiterführende Literatur:

Astbury JL, Gallagher CT (2020): Moral distress among community pharmacists: Causes and achievable strategies for improvement. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 16: 321-328.
Buerki RA, Vottero LD (2013): *Pharmacy Ethics: A Foundation for Professional Practice*. American Pharmacists Association, Washington DC.
<https://pharmacylibrary.com/doi/book/10.21019/9781582121796>
Bundesvereinigung deutscher Krankenhausapotheker, ADKA (2025): Impulse und Perspektiven. Abschlussbericht: Projektgruppe Ethik in der Krankenhauspharmazie. Unter:

www.adka.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=5708&token=252274a4ca98d64b8fab48257632ecd0ee250f6d

Heide R (2019). *Pharmazie und Ethik*. Berlin. Springer Verlag 2019. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-26484-0>

Helmstädter A, Höckel M (Hg.) (2026): *Ethik in der Pharmazie. Grundlagen, Herausforderungen und Praxis*. Eschborn. Govi-Verlag. www.govi.de/ethik-in-der-pharmazie

Höckel M, Riedl J (2026): Krankenhausapotheker. Ethik und pharmazeutisches Handeln. *PharmZtg*. online.

Unter: www.pharmazeutische-zeitung.de/ethik-und-pharmazeutisches-handeln-164900/
Kruijtbosch M, Göttgens-Jansen W, Floor-Schreuderling A et al. (2018): Moral dilemmas of community pharmacists: a narrative study. *International Journal of Clinical Pharmacy* 40 (2018), 74–83.

Pharmaceutical international Federation, FIP (2014): International für die Zukunft: FIP-Erklärung zu Berufsstandards. Ethik-Kodex für Apotheker. Unter: www.fip.org/file/1588

So B, Tuche M, King MA et al (2021): Hospital pharmacists' ethical exposure and decision-making. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 17:372–380.

Sullivan DM, Anderson DC, Cole JW (2021): *Ethics in Pharmacy Practice: A Practical Guide* Springer Nature Switzerland AG 2021. Beschreibung unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-72169-5>
Veatch RM, Haddad A. (2017): *Case Studies in Pharmacy Ethics*, Oxford University Press 2017. Oxford University Press.

Über den Autor

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



Artikel aus der Pharmazeutischen Zeitung

Pharmazie und ethisches Handeln

Michael Höckel und Jörg Riedl

Krankenhausapotheken arbeiten heute unter spürbarem Druck: Fachkräftemangel, Reformstau, Unterfinanzierung, Defizite in der Digitalisierung und starre Sektorengrenzen erschweren den Informationsfluss. In dieser

Situation reicht es nicht aus, Arzneimittel korrekt zu verwalten. Pharmazeutisches Handeln muss darüber hinaus nachvollziehbar, verantwortbar und im Team vermittelbar sein.

Ethische Fragestellungen sind kein Randthema, sondern integraler Bestandteil des Alltags. Das ist ein zentrales Ergebnis eines Berichts der ADKA-Projektgruppe „Ethik in der Krankenhauspharmazie“, die auf der ADKA-Website und in der Zeitschrift „Krankenhauspharmazie“ veröffentlicht wurde. Lieferengpässe, der Umgang mit knappen Ressourcen, Off-Label-Anwendungen sowie Kommunikations- und Priorisierungsfragen prägen die tägliche Praxis. Entscheidungen müssen oft unter Zeitdruck getroffen werden – und zugleich fachlich wie ethisch tragfähig sein.

Die ADKA-Leitlinie und die Empfehlungen der Bundesapothekerkammer beschreiben den Versorgungsauftrag umfassend: Betriebsorganisation, Abgabe und Beratung, Herstellung, Prüfung und Lagerung, klinisch-pharmazeutische Dienstleistungen, Risikomanagement und Notfallversorgung greifen ineinander. Im Alltag bedeutet das, kontinuierlich Entscheidungen zu treffen, die nicht nur korrekt, sondern auch begründbar sind.

Ethik als Ausdruck professioneller Sorgfalt

Diese Anforderungen werden im Klinikbetrieb schnell konkret: Fehlt ein Arzneimittel, müssen Prioritäten gesetzt werden. Unklare Verordnungen erfordern Rückfragen und sorgfältige Abwägung. Beratung auf Station erfolgt häufig unter Zeitdruck und muss dennoch belastbar sein. Bei der Herstellung sensibler Zubereitungen hat

die Patientensicherheit stets Vorrang vor Effizienz. Ethik ist damit kein Zusatz, sondern Ausdruck professioneller Sorgfalt.

Der Bericht beschreibt zentrale Spannungsfelder entlang der Aspekte Menschenwürde und Autonomie, Gerechtigkeit und Fairness, Verantwortung und Sicherheit, Nachhaltigkeit sowie interprofessionelle Zusammenarbeit. Diese Prinzipien können miteinander in Konflikt geraten: Eine sichere Patientenversorgung ist oberstes Ziel, gleichzeitig sind Ressourcen begrenzt. Leitlinien und Qualitätsmanagementsysteme bieten Orientierung, erfassen jedoch nicht jeden Einzelfall.

Pharmazeutische Ethik unterstützt dabei, Entscheidungen anhand klarer Kriterien zu strukturieren, Risiken offen zu benennen und Verantwortung gemeinsam zu tragen. Sie schafft die Grundlage für eine nachvollziehbare Kommunikation – innerhalb der Apotheke ebenso wie gegenüber Stationen und anderen Berufsgruppen. Besondere Bedeutung kommt dem Notfallmanagement zu. Krankenhausapotheken tragen auch in Ausnahmesituationen Verantwortung für die Versorgung und müssen Priorisierungen transparent und tragfähig treffen.

Auch in klinischen Ethikkomitees und mobilen Ethikberatungsteams leisten Krankenhausapotheker einen wichtigen Beitrag. Sie bringen spezifische Expertise zu Arzneimittelwirkungen, Interaktionen und zur Angemessenheit von Therapien ein – insbesondere bei komplexen Medikationsentschei-

dungen oder in der Palliativversorgung. Ihre Perspektive ergänzt die medizinische und pflegerische Sicht und unterstützt patientenorientierte Lösungen.

Pharmazeutische Expertise einbinden

Am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, ist seit 2020 ein Krankenhausapotheker mit abgeschlossener Qualifikation als Ethikberater im Gesundheitswesen (Kompetenzstufe 1) festes Mitglied im klinischen Ethikkomitee und nimmt regelmäßig an ethischen Fallbesprechungen teil. Das Beispiel zeigt, wie pharmazeutische Expertise strukturiert in ethische Entscheidungsprozesse eingebunden werden kann.

Fazit: Ethik ist ein integraler Bestandteil des pharmazeutischen Handelns in Krankenhausapotheken. Sie unterstützt dabei, unter komplexen Rahmenbedingungen nachvollziehbare, sichere und verantwortbare Entscheidungen zu treffen. Die Einbindung in Ethikstrukturen stärkt die interprofessionelle Zusammenarbeit und erweitert den Blick auf eine patientenorientierte Versorgung.

Hinweis:

Dieser Artikel ist als Teil einer Serie zur Krankenhauspharmazie in der Pharmazeutischen Zeitung vom 14.5.2026, 176. Jahrgang, 20. Ausgabe erschienen.

Alle Artikel der Serie unter www.pharmazeutische-zeitung.de/serien-pz/krankenhauspharmazie/

Sozialpharmazie – in Nordrhein-Westfalen weiterhin präsent

Sozialpharmazietagung 2026: Für ein sicheres arzneimittelbezogenes Entlassmanagement

Alexandra Peukert

Seit inzwischen 28 Jahren gibt es im Öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW das Arbeitsgebiet Sozialpharmazie. Hier der Bericht über eine Sozialpharmazietagung der NRW-Amtsapotheker:innen zum arzneimittelbezogenen Entlassmanagement.

Im Mittelpunkt der diesjährigen Sozialpharmazietagung an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen stand das arzneimittelbezogene Entlassmanagement – ein Thema von zentraler Bedeutung für die Patientensicherheit an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Vertreter:innen aus öffentlichem Gesundheitsdienst, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Ärzteschaft und Wissenschaft kamen zusammen, um Erfahrungen auszutauschen und gemeinsam Perspektiven für eine sichere Arzneimittelversorgung nach der Krankenhausentlassung zu entwickeln.

Die Sozialpharmazie ist in Nordrhein-Westfalen gesetzlich im öffentlichen Gesundheitsdienst verankert. Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker in NRW übernehmen dabei eine wichtige Brückenfunktion zwischen Arzneimittelsicherheit, Verbraucherschutz und praktischer Gesundheitsversorgung.

Die Expertenfachgruppe Sozialpharmazie der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker NRW beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit den Herausforderungen des Entlassmanagements. Im Rahmen der Tagung wurden die Ergebnisse einer landesweiten

Befragung von 756 vollstationären Pflegeeinrichtungen vorgestellt. Nur drei Prozent der Einrichtungen gaben an, dass Bewohner:innen nach einer Krankenhausentlassung stets ausreichend mit Arzneimitteln versorgt waren. Entlassrezepte, insbesondere für Betäubungsmittel, wurden nur selten ausgestellt. Häufig mussten Pflegeeinrichtungen, Angehörige, Hausarztpraxen oder Apotheken Versorgungslücken schließen, insbesondere vor Wochenenden oder Feiertagen.

Perspektiven aus Pflege, Krankenhausmanagement, Medizin und Selbstverwaltung

Die Fachvorträge machten deutlich, dass ein sicheres arzneimittelbezogenes Entlassmanagement nur durch eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten gelingen kann. Aus rechtlicher Sicht wurden die gesetzlichen Grundlagen erläutert und das Spannungsfeld zwischen Wirtschaftsgebot, rechtssicherer Verordnung und einer lückenlosen Patientenversorgung aufgezeigt. Gleichzeitig wurde aber betont, dass eine kontinuierliche Arzneimittelversorgung nach Krankenhausaufenthalt gesetzlich ausdrücklich vorgesehen ist.

Wie sich diese Vorgaben auf den Versorgungsalltag auswirken, zeigten die Perspektiven aus Pflege, Krankenhausmanagement und klinischer Geriatrie. Krankenhausaufnahmen und insbesondere Entlassungen zählen zu den größten Risikosituationen für Medikationsfehler. Fehlende Rezepte, unvollständige Medikationspläne und

unzureichende Informationen erschweren eine sichere Weiterbehandlung erheblich. Frühzeitige Kommunikation, standardisierte Übergabestrukturen und vollständige Medikationsinformationen wurden daher als wesentliche Erfolgsfaktoren benannt.

Ergänzend wurde deutlich, dass die praktische Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben häufig an organisatorischen und formalen Hürden scheitert. Kurzfristige Entlassungen, Regelungen zu Packungsgrößen oder Besonderheiten bei Betäubungsmittelverordnungen verursachen zusätzlichen bürokratischen Aufwand und können Versorgungslücken begünstigen.

Aus geriatrischer Sicht wurde hervorgehoben, dass insbesondere ältere und multimorbide Patient:innen durch komplexe Medikationspläne, Herstellerwechsel oder kognitive Einschränkungen einem erhöhten Risiko für Medikationsfehler ausgesetzt sind. Daher sollte die Entlassplanung bereits mit der Krankenhausaufnahme beginnen. Als ein notwendiger Ansatz wurde die frühzeitige digitale Übermittlung von Medikationsplänen an öffentliche Apotheken vorgestellt, damit Arzneimittel rechtzeitig bereitgestellt werden können.

Engagement aus der Praxis

Aus der Pharmazie wurden zahlreiche erfolgreiche Praxisbeispiele vorgestellt. Medikationsanalysen, pharmazeutische Beratung und interdisziplinäre Arbeitskreise leisten bereits heute einen wichtigen Beitrag zu einem

sicheren Entlassmanagement. Besonders hervorgehoben wurden regionale Netzwerke, in denen Krankenhäuser, öffentliche Apotheken, Pflegeeinrichtungen und niedergelassene Ärzt:innen sektorenübergreifend zusammenarbeiten.

Ergänzt wurden diese Erfahrungen durch wissenschaftliche Erkenntnisse zur Arzneimitteltherapiesicherheit. Vorgestellt wurden multiprofessionelle Versorgungsmodelle, digitale Medikationsprozesse und standardisierte Verfahren des pharmazeutischen Entlassmanagements. Zudem wurden Zukunftsperspektiven, flexiblere Sektorengrenzen und ein digital verfügbarer wirkstoffbasierter Medikationsplan diskutiert.

Den Abschluss bildete ein gemeinsamer Workshop, in dem Vertreter:innen aller Berufsgruppen Lösungsansätze für die Weiterentwicklung des Entlassmanagements erarbeiteten. Im Mittelpunkt standen der Ausbau regionaler Netzwerke, eine verbesserte Kommunikation sowie standardisierte Prozesse. Zudem wurde die von den Amtsapothekerinnen und Amtsapothekern NRW gemeinsam mit dem Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW entwickelte Handreichung zum arzneimittelbezogenen Entlassmanagement vorgestellt. Sie fasst die wichtigsten rechtlichen Rahmenbedingungen zusammen und gibt praxisnahe Empfehlungen, insbesondere zur Ausstellung von Entlassrezepten.

Die Sozialpharmazietagung 2026 hat eindrucksvoll gezeigt, dass die Herausforderungen des arzneimittelbezogenen Entlassmanagements nur gemeinsam bewältigt werden können. Besonders wertvoll waren der interprofessionelle Austausch, die Bereitschaft voneinander zu lernen und das gemeinsame Ziel, erfolgreiche Lösungsansätze über Berufs- und Sektorengrenzen hinweg weiterzuentwickeln.

Alexandra Peukert, Amtsapothekerin für die Städte Mülheim, Essen und Oberhausen, stellvertretend für die Expertenfachgruppe Sozialpharmazie der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker NRW.

Onlineveranstaltung des VdPP

Neue Approbationsordnung: Nicht ohne Sozialpharmazie!

Udo Puteanus

Sozialpharmazie als neues Fach im pharmazeutischen Curriculum der Approbationsordnung für Apotheker:innen (AAppO), das fordert der Bundesverband der Pharmaziestudierenden (BPhD) in seinem Positionspapier vom 15.5.2026. Christiane Donat, Pharmaziestudierende in

Leider sei das Fach derzeit auch unter den Pharmaziestudierenden noch zu wenig bekannt, was einer der wesentlichen Beweggründe war, sich bei diesem Thema als BPhD zu positionieren. Donat hob hervor, dass Fragen der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit und Ungerechtigkeit, des Zusammenspiels aller Versorgungsinstitutionen im Gesundheitswesen, sozialer Determinanten von Gesundheit (zum Beispiel Herkunft, Bildung, sozialer Status, finanzielle Möglichkeiten) und Fragen der Umweltrelevanz von Arzneimitteln und ihren Metaboliten bereits im Studium gelehrt werden müssen.

Letztlich müssten sich alle nach dem Studium bewusst sein, dass sie mit Ausübung des Berufs als Apotheker:in eine große pharmazeutische Verantwortung haben und einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die Gesundheitskompetenz des Einzelnen wie auch der Bevölkerung insgesamt zu stärken.

Dabei reiche es nicht aus, wenn Themen der Sozialpharmazie hin und wieder im praktikumsbegleitenden Unterricht während des Praktischen Jahrs aufgegriffen werden. Auch reiche es nicht aus, wenn es den Fortbildungsabteilungen der Apothekerkammern überlassen bleibt, ob und wie

Jena und beim BPhD zuständig für Public Health, erläuterte am 29. Juni 2026 auf einer Onlineveranstaltung des VdPP Beweggründe des BPhD für ein solches Papier, seinen Werdegang und mögliche weitere Schritte zu diesem Thema.

sie sozialpharmazeutische Themen in das Fortbildungsangebote aufnehmen. Weiterhin sei in der Auseinandersetzung mit dem Thema Sozialpharmazie deutlich geworden, dass eine erfolgreiche pharmazeutische Arbeit nur möglich ist, wenn sie in einem interprofessionellen Kontext eingebunden ist.

Präventive und gesundheitsfördernde Strukturen gefordert

Vor allem präventive und gesundheitsförderliche Strukturen, Voraussetzungen und Maßnahmen seien selten allein einer Profession zugeordnet, sondern sie könnten nur dann erfolgreich sein, wenn viele unterschiedliche Kompetenzen berücksichtigt und eingebunden werden.

Im Verlauf der Veranstaltung wurden weitere Aspekte des Themas angesprochen, etwa die Möglichkeiten, wie Sozialpharmazie in das Studium eingebaut werden kann, welche Anknüpfungspunkte an andere Disziplinen existieren und wie es gelingen kann, das Thema „Sozialpharmazie in der neuen Approbationsordnung“ in die fachpolitische Diskussion zu tragen.

Weitere Informationen finden sich auf der VdPP-Website www.vdpp.de unter Themen / Berufspolitik.

Interview

Positionspapier des BPhD zur Sozialpharmazie

Für den VdPP: Esther Luhmann; für den BPhD: Christiane Donat

Der Bundesverband der Pharmaziestudierenden Deutschlands (BPhD) verabschiedete auf seiner 140. Bundesverbandstagung in Freiburg im Mai 2026 ein Positionspapier zur Sozialpharmazie und eröffnete damit vielen Pharmaziestudierenden eine neue Perspektive auf die gegenwärtige Pharmazie. Der BPhD fordert, Sozialpharmazie als

neues Fach in das pharmazeutische Curriculum der Approbationsordnung aufzunehmen. Christiane Donat ist Pharmaziestudentin in Jena und unterstützte den BPhD im vergangenen Jahr als Beauftragte für Public Health. Sie beantwortet nachfolgend die Fragen von Esther Luhmann.

VdPP: Der BPhD hat erstmals im Mai 2026 ein eigenes Positionspapier zur Sozialpharmazie verabschiedet. Das freut den VdPP sehr, zumal wir uns seit über 35 Jahren mit dem Thema beschäftigen. Warum war dieser Schritt aus eurer Sicht notwendig?

BPhD: In einer Zeit der multiplen Krisen kommen neue Herausforderungen auf das Gesundheitssystem zu. Sowohl für Deutschland als auch global. Es ist wichtig, dass die Gesellschaft versteht, was es bedeutet, gesund zu sein, und was das Individuum einmal für sich und seine eigene Gesundheit tun kann, aber auch wie die Gesundheit und die Gesundheitskompetenz des Individuums das Wohlbefinden der Gesamtbevölkerung beeinflussen kann.

Das Positionspapier betont, dass Gesundheit nicht allein durch Arzneimittel oder medizinische Versorgung bestimmt wird. Welche gesellschaftlichen Faktoren spielen aus eurer Sicht die größte Rolle?

BPhD: Neben Armut eindeutig Stigmatisierung und ein fehlender Zugang zu gesundheitlicher Bildung. Gesundheit darf kein Privileg für Gutverdiener:innen sein. Jede Person, die in Deutschland lebt, sollte unabhängig von ihren Lebensumständen den gleichen hochwertigen Zugang zu medizinischer und pharmazeutischer Versor-

gung genießen. Ebenso dürfen wir nicht vergessen, dass nicht alle Personen die zur Verfügung stehenden Versorgungsangebote wahrnehmen können. Sei es, weil sie in ländlichen Gebieten leben und zu lange Wegstrecken zurücklegen müssen, deren Kosten sie sich möglicherweise auch gar nicht leisten können, sie krankheits- oder altersbedingt mobilitätseingeschränkt sind oder Sprachbarrieren vorliegen, die eine adäquate Beratung zu Therapie oder Prävention verhindern.

Aber auch fehlende Bildungsangebote oder sich verbreitende Fehlinformation können dazu beitragen, dass sich das Wohlbefinden der Bevölkerung verschlechtert.

Welche Bedeutung haben soziale Ungleichheit und Armut für die Arzneimittelversorgung und den Therapieerfolg?

BPhD: Therapieerfolg ist häufig mit Regeneration durch ausreichend lange Krankschreibungen, das Wahrnehmenkönnen von Kontrollterminen und weiteren nichtmedikamentösen Therapieoptionen, wie Psychotherapie, einer Ernährungsumstellung oder hochpreisigen Nahrungsergänzungsmitteln, verbunden. Auch ein gesundes Wohnumfeld, wie eine Wohnung ohne hohe Lärmbelastung oder Schimmelbefall, ist notwendig, um die Genesung zu fördern. All das setzt ein

solides Einkommen voraus, welches ermöglicht, diese Zusatzkosten neben den Lebenshaltungskosten zu tragen. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland findet dank der Krankenkassen flächendeckend statt, jedoch stehen der soziale Status und die Lebenserwartung nach wie vor in direkter Beziehung zueinander. Diese Ungleichheit muss aufgelöst werden. Alltags- und Mehrfachdiskriminierung gefährden die physische und psychische Gesundheit. Apotheken können hier eingreifen, indem sie eine Anlaufstelle für vulnerable, chancenbeschnittene Personen darstellen.

Welche Rolle spielt Sozialpharmazie derzeit im Pharmaziestudium, und wie sollte sich die Ausbildung verändern, um angehende Apotheker:innen besser auf sozialpharmazeutische Fragestellungen vorzubereiten?

BPhD: Sozialpharmazie findet schon oft statt, ohne dass Studierende wissen, dass sie sich sozialpharmazeutischer Ansätze bedienen, beispielsweise der Steigerung der Pharmakovigilanz und Adhärenz oder der Untersuchung von Lagerungsbedingungen der Arzneimittel. Was jedoch fehlt, ist die Einordnung in den gesellschaftlichen Kontext. Im Rahmen der Lehre der Klinischen Pharmazie könnte die Sozialpharmazie Einzug in das Curriculum erhalten.

Aktuell wird viel über Primärversorgung (PM des VdPP vom 29.6.26) und neue Aufgaben der Apotheken diskutiert. Welchen Beitrag kann die Sozialpharmazie zu dieser Debatte leisten?

BPhD: Die öffentliche Apotheke nimmt bereits einen hohen Stellenwert in der Primärversorgung ein. Über sozialpharmazeutische und Public-Health-Ansätze kann dieser noch gesteigert werden. Besonders viel Potenzial liegt in der Präventionsarbeit, welche niedrigschwellig und akut in der Apotheke erfolgen kann. Entweder durch eine ausführliche Beratung zur korrekten Einnahme und Lagerung, Impfungen oder durch eine gemeinsame einfache Medikationsanalyse mit Patient:innen vor Ort, wodurch sie ihre Therapie nachvollziehen können. Die Apotheken stellen eine der ersten Anlaufstellen bei gesundheitlichen Beschwerden dar. Entsprechend sind sie in der Position, erste Trends zum allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung zu erkennen. Ebenso stellen sie eine gute Schnittstelle in der Gesundheitskommunikation zwischen der Bevölkerung und gesundheitspolitischen Akteuren dar, wie beispielsweise bei der Vermittlung der Hygieneauflagen oder offenen Fragen zu Schutzimpfungen während der Coronapandemie. Auch durch Schnelltests zu Bagatellerkrankungen (unkomplizierter Harnwegsinfekt) oder der allgemeinen Untersuchung (Blutzuckerbestimmung, Blutdruckmessung) könnten Apotheken hausärztliche Praxen entlasten und somit Versorgungslücken im Gesundheitssystem schließen.

Wenn ihr euch eine Veränderung für die Pharmazie der nächsten zehn Jahre wünschen könntet: Welche wäre das?

BPhD: Der BPhD fordert ein zukunfts-gewandtes Berufsbild mit interprofessioneller Zusammenarbeit und Kompetenzerweiterung durch z.B. eine höhere Eigenständigkeit in der Abgabe von Dauermedikation oder in der

deutschlandweiten Etablierung von Impfstellen in Apotheken. Aber vor allem wünschen wir uns die Fokussierung auf die Patient:innen und dass eine patient:innenindividuelle Betreuung ein Standard wird, den sich alle Apotheken unabhängig von der Größe, dem Standort und der Arbeitskraftdichte leisten können, sodass pharmazeutisches Personal auch wirklich pharmazeutisch und patient:innennah arbeiten kann.

Liebe Christiane, danke für das Interview.

***Christiane Donat** studiert Pharmazie in Jena und ist aktiv im BPhD. Im vergangenen Jahr unterstützte sie den Verband als Beauftragte für Public Health.*



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



Zum Nachlesen: www.bphd.de/wp-content/uploads/2026/05/Positionspapier-Sozialpharmazie.pdf

Quellen:

www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloadsJ/Focus/JHealthMonit_2026_11_03_Diskriminierung.html

www.nap-gesundheitskompetenz.de/2021/01/22/zweiter-health-literacy-surveygermany-hls-ger-2-veroeffentlicht/

www.tum.de/aktuelles/alle-meldungen/pressemitteilungen/details/gesundheitskompetenz-in-deutschland-weiter-gesunken

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741110001415?via=ihub

www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Aktionsplan_AMTS_2026-2029.pdf

Neuwahl beim BPhD

Im Juli hat der BPhD gewählt. Das Amt für Public Health hat nun Leonie Schulz inne. Hier stellt sie sich kurz vor:

„Lieber VdPP, mein Name ist Leonie Schulz und ich habe das Amt der Beauftragten für Public Health des BPhD im Juli übernommen. Ich freue mich schon darauf, Inhalte zu verschiedenen Gesundheitstagen auszuarbeiten, den Vampire Cup zu organisieren und weiter auf soziale Gesundheitsthemen aufmerksam zu machen. Auch freue ich mich, mit euch zusammenzuarbeiten!

Viele Grüße
Leonie Schulz“

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Arbeitsgruppe Interprofessionelle Zusammenarbeit – wie ist der Stand?

Udo Puteanus

Seit März 2025 existiert eine Arbeitsgruppe „Arzneimittelversorgung interprofessionell“, initiiert vom VdPP. Vertreter:innen des vdää*, des DBfK (Pflege) und des VdPP beraten darüber, wie die interprofessionelle

Zusammenarbeit verbessert werden kann. Nach dem ersten Bericht über die Arbeitsgruppe im Rundbrief 123 (September 2025) hier eine Übersicht zum aktuellen Stand der Arbeit.

Was ist die zu berücksichtigende Ausgangslage?

Viele Krankenhauseinweisungen und Todesfälle wären vermeidbar, wenn Medikationen möglichst risikoarm wären, Medikationsprozesse optimal funktionieren würden und die medizinischen, pflegerischen und pharmazeutischen heilberuflichen Tätigkeiten interprofessionell angelegt und optimiert würden. Dabei müssen die jeweiligen Interessen und Möglichkeiten der Patient:innen berücksichtigt werden, damit diese die Arzneimittel richtig anwenden können.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit muss deswegen zur Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit und zur Stärkung des Empowerments der Patient:innen verbessert werden. Darauf haben Expert:innen aus verschiedenen Bereichen, u.a. aus dem Sachverständigenrat Gesundheit, mehrfach hingewiesen.

Was soll durch eine Zusammenarbeit von DBfK, vdää* und VdPP erreicht werden?

Übergeordnetes Ziel von VdPP, vdää* und DBfK ist die Verbesserung der Medikationen und der Medikationsprozesse durch interprofessionelle Zusammenarbeit in barrierearmen Versorgungsstrukturen. Es sollen Perspektiven entwickelt und politische

Diskussionen vorangetrieben werden, wie die bestehenden Hürden abgebaut und gutes interprofessionelles Arbeiten selbstverständlich werden können.

Gleichzeitig müssen die Bedürfnisse der Patient:innen aufgegriffen werden, damit sie von ihrer Seite den Medikationsprozess im Sinne des shared decision making begleiten können.

Dazu muss

- einerseits und in erster Linie die Diskussion auf die mangelhaften Strukturen gelenkt werden, die es zu verbessern und zu verändern gilt,
- andererseits auf die spezifischen Kompetenzen der einzelnen Berufe fokussiert und ausgelotet werden, wer, wie und an welcher Stelle die Patient:innen bei der Arzneimittelversorgung am besten unterstützen kann.

Wie lässt es sich umsetzen?

VdPP, vdää* und DBfK sind in erster Linie politisch aktive Verbände. Sie bereiten ein Arbeitspapier vor, auf dessen Grundlage kurzfristig gemeinsame Stellungnahmen und Positionen zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung erarbeitet werden können.

Die drei Berufsverbände schaffen damit Grundlagen zum Verständnis der

Rollen der jeweiligen Professionen in der Patient:innenversorgung mit Arzneimitteln, entwickeln Vorschläge zur Überwindung von versorgungskritischen und nicht notwendigen Hürden der interprofessionellen Zusammenarbeit und formulieren politische Forderungen zur Verbesserung einer interprofessionell getragenen Arzneimittelversorgung für Patient:innen.

Welche positiven Folgen einer gemeinsamen Diskussionsgrundlage werden erwartet?

Eine gute interprofessionelle und patient:innenorientierte Zusammenarbeit der drei Verbände führt zu wachsendem Verständnis für die anderen Professionen; dadurch wird eine Zusammenarbeit sichtbar und attraktiv,

- die nicht auf der Grundlage eigener finanzieller Vorteile und Machtansprüche des jeweiligen Berufs beruht,
- die vielmehr am Gemeinnutz und an den Bedarfen und Bedürfnissen der einzelnen Patienten orientiert ist.

Eine Arzneimittelversorgung und eine Arzneimitteltherapiesicherheit wird gefördert, die die bestmögliche Integration der jeweiligen Kompetenzen für die Patient:innengesundheit zum Ziel hat. Eine schnelle Verständigung auf gemeinsam zu verantwortende politische Reaktionen wird möglich.

Den Patient:innen eröffnen sich dadurch Chancen, in Medikationsprozesse besser eingebunden zu werden und dadurch mehr Verantwortung bei der Arzneimittelanwendung übernehmen zu können.

Wie geht es weiter?

Das Arbeitspapier wird weiterentwickelt und konsentiert.

Das Bundesgesundheitsministerium bereitet einen Gesetzentwurf zur Primärversorgung vor. Er soll im Herbst 2026 vorgestellt werden. Zu diesem Entwurf werden die drei Verbände aus ihrer jeweiligen Sicht Stellungnahmen erarbeiten. Gleichzeitig soll in der Arbeitsgruppe „Arzneimittelversorgung interprofessionell“ speziell zum Thema Arzneimittelversorgung eine gemeinsame Stellungnahme auf der Grundlage des Arbeitspapiers erarbeitet und an das Bundesgesundheitsministerium geschickt werden.

Darüber hinaus plant die Arbeitsgruppe die Teilnahme am Public-Health-Kongress „Armut und Gesundheit“ Anfang März 2027 in Berlin mit einem Workshop. Derzeit ist ein Abstract für einen Workshop in Arbeit, das bis Ende August eingereicht werden muss. Der Kongress hat das Motto: „Gemeinsam für Gesundheitsgerechtigkeit“. Dazu liegt ein Diskussionspapier der Kongressleitung vor (siehe „Weitere Infos“), das bei der Gestaltung der Beiträge berücksichtigt werden sollte. Der Workshop wird dieses Motto aufgreifen und die bisherigen Ergebnisse der Zusammenarbeit in der Arbeitsgruppe präsentieren und zur Diskussion stellen.

Wer Interesse an der Mitarbeit hat, melde sich bei referentin@vdpp.de

Weitere Infos:

Diskussionspapier des Kongresses Armut und Gesundheit 2027:

www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2027/Diskussionspapier_2027.pdf

Schulte FC, Seidling HM, Thürmann PA, Vogt B (Hrsg.) (2026): Arzneimitteltherapiesicherheit. Evidenzbasiert, versorgungsnah, patientenzentriert. Berlin. Springer-Verlag.

Ergebnisse der bisherigen Zusammenarbeit von VdPP, vdäa* und zum Teil DBfK

Zum Apothekenversorgung-Weiterbildungsgesetz (ApVWG):

www.vdpp.de/app/download/5818095059/26-01-05_PM_vdaae_vdpp_ApoVWG.pdf

Zum Pflegekompetenzgesetz:

www.vdpp.de/app/download/5817649220/24-10-29-PM_vdaae_DBfK_VdPP_Pflegekompetenzgesetz.pdf

Zu Primärversorgungszentren:

www.vdpp.de/app/download/5818064850/25-08-29-Positionspapier_Prim%C3%A4rversorgungszentren_DBfK_vd%C3%A4a_VdPP_final.pdf

Zur Apothekenreform: [www.vdpp.de/app/download/5817649277/24-07-12-Apore-](http://www.vdpp.de/app/download/5817649277/24-07-12-Apore-form+Gemeinsame+Stellungnahme_dbfk_vdpp-vd%C3%A4a_VdPP.pdf)

[form+Gemeinsame+Stellungnahme_dbfk_vdpp-vd%C3%A4a_VdPP.pdf](http://www.vdpp.de/app/download/5817649277/24-07-12-Apore-form+Gemeinsame+Stellungnahme_dbfk_vdpp-vd%C3%A4a_VdPP.pdf)

Zur ambulanten Versorgung: www.vdaae.de/wp-content/uploads/2024/01/SG_Ambulante-Versorgung_07-2022.pdf

Das Bundesgesundheitsministerium bereitet einen Gesetzentwurf zur Primärversorgung vor. Er soll im Herbst 2026 vorgestellt werden. Zu diesem Entwurf werden die drei Verbände DBfK, vdäa* und VdPP aus ihrer jeweiligen Sicht Stellungnahmen erarbeiten. Gleichzeitig soll in der Arbeitsgruppe „Arzneimittelversorgung interprofessionell“ speziell zum Thema Arzneimittelversorgung eine gemeinsame Stellungnahme auf der Grundlage des Arbeitspapiers erarbeitet und an das Bundesgesundheitsministerium geschickt werden.



Über den vdää*

Der Verein demokratischer Ärzt*innen von der Gründung bis heute

Nadja Rakowitz

Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte wurde 1986 gegründet, zum einen als Dachorganisation der Listen demokratischer Ärzte (später Ärztinnen und Ärzte) bzw. links-oppositioneller Listen anderen Namens und

zum anderen als übergreifender Diskussionszusammenhang für gesundheitspolitische Probleme und Strategien in der Tradition der kritischen Medizin, wie sie sich seit den 1970er Jahren herausgebildet hatte.

Die Namensgebung knüpfte an den „Verein sozialistischer Ärzte“ aus der Weimarer Republik an und signalisierte mit der expliziten Erwähnung von „Ärztinnen“ im Namen der oft männerbündischen konservativen Ärzteschaft, dass mit der Demokratie die Gleichberechtigung von Männern und Frauen notwendig einhergeht. Die Namensumbenennung 2019 in „Verein demokratischer Ärzt:innen“(vdää*) spiegelt den Stand der Debatten über dieses Verhältnis zum Ende der 2010er Jahre und soll signalisieren, dass Menschen allen Geschlechts gleichgemeint und gleichberechtigt sind.

Kritische Stimme der Ärzteschaft

Der vdää* will gegenüber der Ärzteschaft sowie den anderen Gesundheitsprofessionellen und der Gesellschaft eine linke kritische Stimme der Ärzteschaft darstellen. Noch zur Gründungszeit in den 80er Jahren gehörte hierzu explizit das Aufbrechen des von den Standesorganisationen vertretenen Einzeltäter-Narrativs im Zusammenhang mit den ärztlichen Verbrechen im Nationalsozialismus und eine kritische Diskussion der Rolle der großen Mehrheit der Ärzteschaft in diesem Zusammenhang.

Aber nicht nur dies. Es gehörte dazu auch die Entzauberung der „Halbgötter in Weiß“, als welche sich

Gesundheitspolitisch sorgte der Kampf gegen die ökonomisierte Medizin, die in den Anfangszeiten zunächst im ambulanten Sektor herrschte, für das größte Aufsehen und die größte Provokation gegenüber der Ärzteschaft.

Ärzt:innen damals und viele auch heute noch verstehen. Weitere Themen waren der Kampf gegen Militarisierung und Atomkrieg, gegen Rassismus etwa der Ärztekammer, wenn diese zum Ärztetag die südafrikanische Apartheid reproduzierte und nur den Ärztebund einlud, der schwarze Südafrikaner:innen ausschloss. Aber auch eine andere Arbeitsteilung und multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen stand und steht auf der Tagesordnung, dazu gehört die Zusammenarbeit mit dem Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten und dem Verein demokratischer Zahnmedizin.

Gesundheitspolitisch sorgte allerdings der Kampf gegen die ökonomisierte Medizin, die in den Anfangszeiten zunächst im ambulanten Sektor herrschte, für das größte Aufsehen und die größte Provokation gegen-

über der Ärzteschaft. Dort waren mit der Einzelleistungsvergütung der Ärzt:innen, die in Einzelpraxis als Kleinunternehmer:innen arbeiteten, die medizinischen Entscheidungen so unmittelbar ans Geld gebunden, dass die niedergelassene Medizin davon stark geprägt war und sich bei den Ärzt:innen bis heute die Vorstellung hält, dass mehr Geld alle Probleme in der ärztlichen Versorgung löse (auch indem sie etwa IGeL erfinden). Auch deshalb hält die organisierte Ärzteschaft an der Trennung von privaten und gesetzlich Versicherten fest. Der vdää* kämpft dagegen für eine solidarische Bürger:innenversicherung und die Ausweitung der Solidarität.

Anfang der 2000er Jahre ging die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit zurück

In den ersten Jahren, also in den späten 1970er und 1980er Jahren, konnte der vdää* mit seinen Ansichten als alternative Stimme der Ärzteschaft auch in die Öffentlichkeit vordringen. Nachdem der vdää* seit seiner Gründung gewachsen war, kehrte sich diese Tendenz wie bei vielen linken Organisationen spätestens Anfang der 2000er um und auch die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit ging stark zurück.

Die Frage stellte sich also, wie man einerseits wieder politisch Gehör finden und damit gleichzeitig neue junge

Mitglieder gewinnen konnte – oder umgekehrt: Sollte sich der vdä* in die liberale Mitte öffnen, dabei linke, aber Anfang der 2000er Jahre „unmoderne“ Positionen aufweichen, oder sollte er an berechtigter linker Kritik festhalten und seine Positionen angesichts aktueller Problemlagen konkretisieren und sogar zuspitzen? Die richtige Entscheidung für Letzteres bedeutete den Verlust weniger Altmitglieder, aber längerfristig den Gewinn vieler neuer, vorrangig junger Mitglieder und eine Verdoppelung der Mitgliedszahlen. Die Gründe hierfür liegen in der drastischen Ökonomisierung des Gesundheitswesens, vor allem der Krankenhäuser, im Neoliberalismus und in der immer schärferen Ungleichbehandlung bis hin zu Ausschlüssen von Menschen.

Viele junge Mitglieder kommen zu Studienzeiten aus Medinetz- oder Medibüro-Zusammenhängen, die sich um die Ausgeschlossenen und Illegalisierten kümmern. Die linke Politisie-

rung führte sie an den Unis zur Gründung von Gruppen Kritischer Mediziner:innen, die sich inzwischen an sehr vielen medizinischen Fakultäten selbst organisieren und bundesweit vernetzen.

Generationswechsel geschafft

Der vdä* suchte den Kontakt zu diesen Gruppen und diese den Kontakt zu uns. Seitdem hat der vdä* den Generationswechsel geschafft und sich verjüngt, was sich im Vorstand wie in den Publikationen spiegelt. Die erfreuliche neue Mitgliederstruktur führt zu neuen Regionalgruppen und vielen neuen Aktivitäten. Zentrale Themen der letzten Jahre sind die Krankenhausfinanzierung (Gründung von und Mitarbeit im Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“), der Umbau der ambulanten Versorgung zu einem multiprofessionellen Primärversorgungssystem – und seit der „Zeitenwende“ der Kampf gegen Aufrüstung und Krieg und gegen die Militarisierung des Gesundheitswesens.

verein
demokratischer
ärzt*innen



Über die Autorin

Nadja Rakowitz, geb. 1966, ist Politologin und Medizinsoziologin. Sie ist seit 2006 Geschäftsführerin des Vereins demokratischer Ärzt*innen und macht Bildungsarbeit für ver.di und die Rosa-Luxemburg-Stiftung.



Rundbrief-Leser:innen

Ich lese den Rundbrief, weil ...



... er mir zeigt, dass kritische Pharmazie so viel mehr bedeutet als Medikamentenschachteln über die Theke zu schieben. Die Themenvielfalt ist immer wieder überraschend. Der Einsatz für rationale Arzneimitteltherapie ist so wichtig und macht auch vor Kritik an der eigenen Profession nicht halt. Die Beiträge bieten häufiger Anregungen für unsere Arbeit und Gelegenheit zur Zusammenarbeit, so zum Beispiel zum Thema Arzneimittel und Umwelt. Ich wünsche dem Rundbrief mehr Leser:innen, er hat es verdient.

Jörg Schaaber ist Soziologe und Gesundheitswissenschaftler. Er arbeitet für die BUKO Pharma-Kampagne und ist verantwortlich für den Pharma-Brief und für die Verbraucher:innenzeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pillen“, die sich auch als werbefreie Alternative für Apothekenkund:innen anbietet.

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

Ankündigung

Kongress Armut und Gesundheit 2027 in Berlin

Der nächste Kongress Armut und Gesundheit findet am 2. und 3. März 2027 an der Freien Universität in Berlin statt. Die seit 1995 stattfindende Veranstaltung soll mehr Problembewusstsein für gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland schaffen. Dazu treffen sich jedes Jahr Vertreter:innen aus Wissenschaft, Gesundheitswesen, Politik, Praxis und Selbsthilfe.

Ausgangspunkt ist der immer wieder deutlich werdende Befund, dass Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status deutlich häufiger von gesundheitlichen Problemen und schweren chronischen Krankheiten betroffen sind als diejenigen, die sozial bessergestellt sind. Dies führt zu der Forderung, dass das Thema Gesundheit in möglichst allen Bereichen des öffentlichen Handelns mitberücksichtigt werden sollte. Menschen sollten faire Chancen auf Gesundheit haben, unabhängig von ihrer sozialen oder wirtschaftlichen Lage, ihrer Herkunft oder Bildung. Dies bedeutet gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen, gesundheitsfördernde Lebensbedingungen und Abbau von Benachteiligungen.

Ein durchgängiges Merkmal des Kongresses ist die besondere Zusammensetzung der inhaltlich Beteiligten. So kann etwa die Mitarbeiterin einer Notunterkunft mit einem Stadtplaner, einem Mitarbeiter der regionalen Wohnungsbaugesellschaft und einer Bezirkspolitikerin zusammenkommen.

„Gemeinsam für Gesundheitsgerechtigkeit“

Motto der Veranstaltung 2027 ist „Gemeinsam für Gesundheitsgerechtigkeit“, denn gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist eine Querschnittsaufgabe. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie Bündnisse und Kooperationen dazu beitragen können, Gesundheitsgerechtigkeit nachhaltig zu fördern.

Weitere Informationen:

Webseite Armut und Gesundheit

www.armut-und-gesundheit.de/

Diskussionspapier 2027

www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2027/Diskussionspapier_2027.pdf