

## **Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung**

Für die Gebiete Allgemeinmedizin, Anästhesie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Neurologie, Kinder- und Jugendmedizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie wird seitens der klinischen Pharmakologie vorgeschlagen, dass

„bis zu 12 Monate Weiterbildung in Klinischer Pharmakologie für die Weiterbildung in den genannten Gebieten angerechnet werden können“, um vertiefte Einblicke in die Möglichkeiten und Risiken der Arzneimitteltherapie als Basis einer Evidenz basierten Medizin zu erhalten.

### Begründung

1. Laut Gutachten des Sachverständigenrates zur Beguachtung des Gesundheitswesens (SVR) 2007 sind 0,1 % der 17 Mio Krankenhaus-Patienten, konkret 17.000 Todesfälle auf vermeidbare unerwünschte Ereignisse zurückzuführen, davon ca. 49,6 % auf Grund inkorrektter Arzneimittel-Anwendung. Und die Kosten für durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen induzierte Hospitalisierungen werden für Deutschland auf 350 bis 400 Mio € pro Jahr geschätzt.

Daten des Jahres 2010 bestätigen die o.g. Zahlen, danach kam es in 17.800 Fällen (0,1 % der Hospitalisierungen) zu tödlichen unerwünschten Ereignissen, von denen zwei Drittel auf fehlerhaften Verordnungen und 6 bis 30 % auf Arzneimittel-Interaktionen beruhten. Als Vergleich dazu: im Straßenverkehr waren im gleichen Zeitraum 3600 Todesfälle zu beklagen.

2. Darüber hinaus sind laut SVR-Gutachten Medikationsfehler und Arzneimittel-immanente (Neben-) Wirkungen für 2 bis 5 % aller Krankenhaus-Einweisungen verantwortlich. 25 % davon gelten laut Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) als vermeidbar.

Ursächlich sind danach Wissensdefizite in 9 % und Ausführungsdefizite in 42 % der Fälle.

3. Die Anforderungen an die Arzneimitteltherapie werden zunehmend komplexer, zum einen durch differenzierte Therapie-Möglichkeiten (Stichworte individualisierte Medizin, EbM), zum anderen wird die Multimorbidität u.a. auf Grund der demografischen Entwicklung zunehmen: 2011 waren 21 % der Bevölkerung älter als 65 Jahre, laut Statistischem Bundesamt werden es 2060 34 % sein. Und gemäß der DETECT-Studie wiesen z.B. 68 % der Diabetiker mehr als 4 Risikofaktoren / Begleiterkrankungen auf, die zumeist auch einer Medikation bedürfen. So nehmen bereits heute 40 % der über 65jährigen täglich 5 oder mehr Arzneimittel ein, mit entsprechend hohem Potential für Arzneimittel-Wechselwirkungen.

Andererseits liegt der Anteil der Patienten mit koronarer Herzerkrankung, die Leitlinien-gerecht behandelt werden, noch unter 50% (LIMA-Register).

4. Aus den Punkten 1 bis 3 ergeben sich die Notwendigkeit und ein erhebliches Potential zur Verbesserung. Der SVR empfahl daher 2007, dass klinische Pharmakologen in therapeutische

Entscheidungen eingebunden werden sollten, um Häufigkeit und Ausmaß von Medikationsfehlern zu reduzieren.

Da diese Forderung u.a. wegen der begrenzten Zahl klinischer Pharmakologen in der Breite nicht realisierbar ist, sollte zumindest ermöglicht werden, vertiefte Kenntnisse in klinischer Pharmakologie während der Weiterbildung zur Fachärztin / zum Facharzt in den o.g. Gebieten zu erlangen.

5. Die oben genannten Facharztgruppen führen vielfach klinische Prüfungen der Phase 1 bis 3 nach dem Arzneimittelgesetz durch. Da die Expertise zur Durchführung von klinischen Prüfstudien beim Facharzt für Klinische Pharmakologie liegt, ermöglicht eine Weiterbildungszeit in der Klinischen Pharmakologie das Erlernen von vertieften Kenntnissen, was über die Durchführung einer klinischen Studien weit hinausgeht.

PD Dr. K. Bestehorn

Prof. Dr. M. Schwab

DGPharMed, VkliPha

DGKliPha

5.Mai 2013