



1 **Ergebnisprotokoll des Workshops zur Umsetzung der Maßnahme 17:**  
2 **„Durchführung eines Workshops zur Entwicklung von Anwendungshinweisen**  
3 **für die Anwendung von Arzneimitteln bei Patientinnen und Patienten mit Leber-**  
4 **zirrhose“**

5  
6 Stand: 25.11.2021

---

7 Datum und Zeit:	Dienstag, 2. November 2021, 10:30–16:00 Uhr
8 Ort:	Hybrid-Meeting, Haus der Bundesärztekammer   Herbert-Lewin-Platz 1, 9 10623 Berlin
10 Teilnehmer:	siehe Anlage 1
11 Moderation:	Prof. Petra Thürmann, Prof. Daniel Grandt, Birgit Vogt
12 Protokoll:	Birgit Vogt, Karoline Luzar

---

13

14 **1. Hintergrund und Ziel**

15 Frau Prof. Thürmann begrüßt die Teilnehmer des Workshops. Die Teilnehmer des Work-  
16 shops können der Anlage des Protokolls entnommen werden (Anlage 1). Mit der Durchfüh-  
17 rung des Workshops wird Maßnahme [17] des [Aktionsplans 2021–2024 des](#)  
18 [Bundesministeriums für Gesundheit \(BMG\) zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicher-](#)  
19 [heit](#) umgesetzt.

20

21 Eine niederländische Arbeitsgruppe hat die Informationen zu über 200 Arzneimitteln hinsicht-  
22 lich einer sicheren Anwendung bei Leberzirrhose analysiert, durch ein Expertengremium be-  
23 wertet und evidenzbasierte Empfehlungen in die in den Niederlanden eingesetzte  
24 Verordnungssoftware implementiert. Ebenso wurde ein Merkblatt der DGIM und der DGVS  
25 mit Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie und Arzneimitteltherapiesicherheit bei Leberzir-  
26 rhose erarbeitet, welches vorgestellt wurde .

27

28 Basierend auf den niederländischen Erfahrungen sollen auf dem Workshop Ansätze zur Ver-  
29 besserung der AMTS bei Patientinnen und Patienten mit Leberzirrhose für Deutschland dis-  
30 kutiert werden. Auch die Frage der Verbreitung und Implementierung in der  
31 Routineversorgung soll dabei thematisiert werden. Das Workshop-Programm kann der An-  
32 lage des Protokolls entnommen werden (Anlage 2).

## 33 **2. Impulsreferate | Vortrag und Diskussion**

34 Anhand von Impulsvorträgen wird die Arzneimittelanwendung bei Leberzirrhose sowohl in  
35 der ärztlichen Routineversorgung als auch aus regulatorischer Sicht beleuchtet. Zudem wer-  
36 den die niederländischen Empfehlungen zur sicheren Arzneimittelanwendung bei Leberzir-  
37 rhose und die Implementierung in die Praxis vorgestellt. Die Workshop-Teilnehmer  
38 diskutieren jeweils im Anschluss der Vorträge relevante Aspekte.

39

### 40 **2.1. Arzneimittelanwendung bei Leberzirrhose und Relevanz des AMTS-Problems in** 41 **der ärztlichen Versorgung**

42 Prof. Grandt (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin –DGIM- und Deutsche Gesellschaft  
43 für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten –DGVS-), beschreibt in sei-  
44 nem Vortrag die Ursachen und Folgen einer Leberzirrhose. Er erläutert die Einteilung der Le-  
45 berzirrhose nach Schweregrad anhand der Child-Pugh-Kriterien und deren Limitationen im  
46 Hinblick auf die Verwendung zu Dosierungsberechnungen bei der Arzneimitteltherapie.

47

48 In der anschließenden Diskussion bezieht sich Prof. Grandt auf die Frage der unterschiedli-  
49 chen Patientengruppen mit Veränderung der Leberfunktion oder einer Leberzirrhose. Dabei  
50 sei die Dunkelziffer schwer einzuschätzen. Ein Merkblatt zur Arzneimitteltherapie wird von  
51 den Teilnehmern befürwortet. Der Fokus der Arzneimitteltherapie läge hier auf Patienten mit  
52 einer gesicherten Leberzirrhose. Da die Pathogenese der Leberzirrhose unterschiedlich aus-  
53 falle, sollte das Merkblatt auf wesentliche Aspekte eingehen mit dem Ziel, gravierende Fehler  
54 zu vermeiden.

55

### 56 **2.2. Niederländische Empfehlungen zur sicheren Arzneimittelanwendung bei Leber-** 57 **zirrhose und die Implementierung in die Praxis**

58 Frau Prof. Taxis von der Rijksuniversiteit Groningen, Niederlande, erläutert in ihrem Vortrag  
59 die Entwicklung der Empfehlungen zum sicheren Einsatz von Arzneimitteln bei Patienten mit  
60 Leberzirrhose (Anlage 3). Dabei beschreibt sie die Methode zur Beurteilung der Sicherheit  
61 von Arzneimitteln und erläutert die verschiedenen Sicherheitskategorien, in die die Arzneimit-  
62 tel eingeordnet wurden. 218 Arzneimittel wurden beurteilt und 60 Arzneimittelgruppen bewert-  
63 et. Die untersuchten Arzneimittel wurden auf der Basis von epidemiologischen Studien  
64 ausgewählt und bilden das Spektrum der Arzneimittel ab, die häufig bei Patienten mit Leber-  
65 zirrhose angewendet werden, z. B. Arzneimittel, die im kardiovaskulären System wirken oder  
66 Antibiotika. Die daraus resultierenden Empfehlungen werden in den Niederlanden z. B. in

67 Verordnungssoftwaresysteme integriert und in Fachzeitschriften publiziert. Als Strategien zur  
68 Implementierung der Empfehlungen nennt Sie die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte  
69 und Apotheker, Stärkung der Gesundheitskompetenz bei den Patienten sowie die Integration  
70 der Empfehlungen in bestehende elektronische Medikationsüberwachungsprozesse. Über  
71 eine Webseite können die Bewertungen abgerufen werden ([https://www.geneesmiddelenbi-  
73 jlevercirrose.nl/](https://www.geneesmiddelenbi-<br/>72 jlevercirrose.nl/)). Die Integration in deutsche Softwareinformationssysteme für das Monitoring  
74 der Arzneimitteltherapie sei denkbar, ebenso eine deutsche Version der Empfehlungen.

75 Die Teilnehmer des Workshops diskutieren im Nachgang insbesondere die Frage nach der  
76 Finanzierung des Projektes, da eine staatliche Unterstützung fehle. Frau Prof. Taxis verweist  
77 auf das Erasmus University Medical Center in Rotterdam, welches das Projekt teilweise  
78 unterstütze sowie auf ein Pilotprojekt in Kooperation mit Hausärzten. Weiterhin wird die  
79 interprofessionelle Zusammenarbeit als relevanter Faktor für die sichere Arzneimitteltherapie  
80 betont.

81

### 82 **2.3. Vorstellung der Initiative der DGIM und DGVS „Merkblatt für Ärzte“**

83 Prof. Holstege, DGIM und DGVS, stellt die gemeinsame Initiative der DGIM und der DGVS  
84 vor, ein Merkblatt für Ärzte zu entwickeln mit Hinweisen für die Anwendung von Arzneimitteln  
85 bei Leberzirrhose (Anlage 4). Er gibt einen Überblick des hepatischen Arzneimittelstoffwech-  
86 sels und erläutert anhand von klinischen Problemen den korrekten und sicheren Einsatz ver-  
87 schiedener Arzneimittelgruppen bei Patienten mit Leberzirrhose. Das Merkblatt soll zur  
88 sicheren Anwendung von Arzneimitteln bei Patienten mit kompensierter bzw. dekompenzier-  
89 ter Leberzirrhose beitragen, medikamentös induzierte Probleme bei der Therapie von Kom-  
90 plikationen der portalen Hypertension vermeiden, auf Medikamente mit spezifischen  
91 pharmakodynamischen Nebenwirkungen bei Leberzirrhose hinweisen und Empfehlungen zu  
92 einer sicheren Therapie von Begleiterkrankungen geben.

93

94 Im Anschluss diskutieren die Teilnehmer unter anderem, ob es hilfreich sei, die Wirkstoffe in-  
95 nerhalb einer Gruppe feiner zu differenzieren. Der Aufwand, Empfehlungen zu erstellen, sei  
96 erheblich und es stellt sich die Frage der Bekanntmachung des Merkblattes. Prof. Grandt  
97 stellt den Entwurf des Merkblattes vor (Anlage 5).

98

99 **2.4. Berücksichtigung der AMTS bei Leberzirrhose aus regulatorischer Sicht**

100 Frau Dr. Dedorath vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukt (BfArM) erläutert  
101 in ihrem Vortrag die gesetzlichen Bestimmungen, die für die Zulassung von Arzneimitteln un-  
102 erlässlich sind (Anlage 6). Über ein Internetportal werden Informationen über die Erteilung  
103 der Zulassung zusammen mit dem Beurteilungsbericht, der Packungsbeilage und der  
104 Fachinformation der Öffentlichkeit zugänglich gemacht, z. B. [https://www.pharmnet-](https://www.pharmnet-bund.de/static/de/index.html)  
105 [bund.de/static/de/index.html](https://www.pharmnet-bund.de/static/de/index.html).

106  
107 Fachinformationen müssen klinische Angaben über Dosierung und Art der Anwendung, so-  
108 wie Gegenanzeigen und besondere Warn- und Vorsichtshinweise beinhalten, insbesondere  
109 auch für spezielle Patientengruppen wie Patienten mit Leberzirrhose. Zusätzliche regulatori-  
110 sche Maßnahmen, wie z.B. besondere Anwendungshinweise, gewährleisten die sichere An-  
111 wendung von Arzneimitteln bei Leberzirrhose, während fehlende Informationen bei dieser  
112 Patientengruppe durch zusätzliche beauftragte Studien erhoben werden können. Trainings-  
113 präsentationen über geeignete Angaben in den Fachinformationen werden seitens der Euro-  
114 pean Medicines Agency (EMA) im Internet zur Verfügung gestellt.

115  
116 Frau Dr. Dedorath beschreibt die Informationen in der Summary of Product Characteristics  
117 (SmPC) für Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion. Die Datengrundlage habe sich  
118 durch die „Hepatic-Impairment-Guideline“ der EMA und durch die zentrale Zulassung für  
119 neue Produkte und Stoffe sehr verbessert. Die regulatorische Bewertung anhand der EMA-  
120 Guidelines führe zu klareren und einheitlicheren Angaben der SmPC.

121  
122 Die Teilnehmer diskutieren geeignete Begriffe, um z. B. Dosierungsanleitungen, Warnhin-  
123 weise für die Anwendung der Arzneimittel bei eingeschränkter Leberfunktion in der Fachin-  
124 formation treffend zu beschreiben. Unklar sei in der Praxis häufig, ob Patienten mit erhöhten  
125 Leberwerten oder Patienten mit Leberzirrhose gemäß Child-Pugh-Kriterien adressiert sind.  
126 Aus regulatorischer Sicht verdeutlicht dies die Komplexität der Thematik, da erhöhte Leber-  
127 werte während der Arzneimittelanwendung häufig auch Nebenwirkungen sind. Es wird sei-  
128 tens der Teilnehmer vorgeschlagen, die Anwendung bei Patienten mit erhöhten Leberwerten  
129 als Unterpunkt in die Fachinformationen aufzunehmen.

130

131 **3. Themencafé – Diskussion in zwei Gruppen**

132 Die Teilnehmer des Workshops werden in zwei Gruppen aufgeteilt und ermitteln jeweils An-  
133 satzpunkte zum Erstellen der Informationsgrundlagen sowie deren Implementierung. Die

134 Gruppen bearbeiten nacheinander beide vorgegebenen Themen. Die Ergebnisse werden an-  
135 schließend im Plenum vorgestellt und diskutiert.

136

### 137 **3.1. Thema 1: Informationsgrundlagen schaffen**

138 Moderation: Frau Prof. Thürmann, Frau Luzar

139 Die Teilnehmer setzen sich mit dem Thema auseinander, Informationsgrundlagen über die  
140 evidenzbasierte Arzneimitteltherapie bei Patienten mit Leberzirrhose zu erstellen. Insbeson-  
141 dere stehen dabei die nachfolgenden Leitfragen im Vordergrund:

- 142 • Wer soll in welcher Art informiert werden, z. B. Empfehlungen, Listen, Datenbanken?
- 143 • Wo liegen jeweils die Herausforderungen bei der Erstellung, z. B. Evidenz, redaktioneller  
144 Aufwand, regulatorische Rahmenbedingungen, Aktualisierung?
- 145 • Welche Lösungsmöglichkeiten sind denkbar?

146 Das Ergebnis der Gruppenarbeit ist Seite 2 der Fotodokumentation zu entnehmen (An-  
147 lage 7). Nachfolgende Ansätze sowie damit einhergehende Herausforderungen werden ins-  
148 besondere diskutiert:

149

- 150 • **Erstellung eines Merkblatts mit Empfehlungen:**

151 Empfehlungen zur Berücksichtigung der AMTS bei der Arzneimitteltherapie von Patien-  
152 ten mit Leberzirrhose sollten kompakt und öffentlich zugänglich in einem Merkblatt zur  
153 Verfügung gestellt werden. Die indikationsbezogene bzw. Substanzgruppen-spezifische  
154 Einteilung sei sinnvoll. Ergänzend könnte ggf. das therapeutische Drug-Monitoring emp-  
155 fohlen werden.

156 Herausforderungen: Möglicherweise sei ein universeller Ansatz für alle am Medikations-  
157 prozess Beteiligten nicht sinnvoll und es müssten Empfehlungen bzw. Informationen für  
158 unterschiedliche Zielgruppen erarbeitet werden, z. B. für Ärzte und Apotheker im statio-  
159 nären bzw. im niedergelassenen Bereich. Weiterhin sei die Beeinträchtigung der Leber-  
160 funktion bzw. die Leberzirrhose ein komplexes Krankheitsbild. Allgemeine Empfehlungen  
161 könnten nicht immer auf alle Patientensituationen übertragen werden. Ggf. greifen die  
162 Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften das dargelegte AMTS-Problem bereits  
163 auf. Zudem sei teilweise die Ausarbeitung arzneistoffspezifischer Empfehlungen notwen-  
164 dig.

- 165 • **Bereitstellung von Listen bzw. Datenbanken:**

166 Informationen bzw. Empfehlungen über evidenzbasierte Dosierungsangaben der Arznei-  
167 mittel, die bei Patienten mit Leberzirrhose angewendet werden, könnten in öffentlich ab-  
168 rufbaren Listen oder Datenbanken bereitgestellt werden. Es sollten hierbei auch OTC-

169 Arzneimittel berücksichtigt werden. Weiterhin sollten in solchen Listen bzw. Datenbanken  
170 auch generelle Therapieempfehlungen hinsichtlich der Arzneimitteltherapie bei Patienten  
171 mit Leberzirrhose berücksichtigt werden. Listen bzw. Datenbanken könnten zum Zeit-  
172 punkt der Versorgung mittels gezielter Hinweise für Ärzte oder Apotheker dazu beitragen,  
173 für das AMTS-Problem zu sensibilisieren, etwa wenn sie direkt in die Softwaresysteme  
174 integriert werden. Ggf. könnten evidenzbasierte Informationen über die Anwendung von  
175 Arzneimitteln frei zugänglich, gebündelt über eine zentrale Plattform bereitgestellt wer-  
176 den. Ergänzend könnte die Drug-Safety-Mail (DSM) der AkdÄ auf aktuell bekannt gewor-  
177 dene Probleme hinweisen.

178 Herausforderungen: Zu bedenken sei der finanzielle und redaktionelle Aufwand zur Er-  
179 stellung und kontinuierlichen Aktualisierung von Listen bzw. Datenbanken sowie die da-  
180 mit verbundene Verstetigung und Evaluation. Weiterhin dürften Warnmeldungen auf  
181 Grundlage von Datenbanken nicht zu einem „Information-over-alert“ führen. Die korrekte  
182 Codierung der Leberzirrhose bzw. relevanter Dekompensationszeichen, etwa in der  
183 elektronischen Patientenakte, ist die Grundlage von Warnmeldungen. Dosierungsemp-  
184 fehlungen, die von der SmPC abweichen, sind aus regulatorischer Sicht eine Herausfor-  
185 derung, z. B. aufgrund wenig verfügbarer Daten über die Pharmakokinetik bei „Multiple-  
186 Dose-Anwendung“ bei Leberzirrhose. Software, die etwa auf patientenindividueller Ebene  
187 Empfehlungen generiert, muss ggf. als Medizinprodukt zugelassen werden.

188 • **Evidenzbasierte Entscheidungshilfen:**

189 Empfehlungen, Listen bzw. Datenbanken müssen auf Grundlage von Evidenz erstellt  
190 werden, z. B. mittels Konsens- bzw. Delphi-Verfahren im Expertengremium.

191 Herausforderungen: Veröffentlichte Empfehlungen, die auf der Basis mangelnder Evi-  
192 denz erstellt wurden sowie Expertenmeinungen sind angreifbar. Weiterhin sollten die evi-  
193 denzbasierten Empfehlungen vor dem Hintergrund der klinischen Relevanz praktisch  
194 umsetzbare eingeordnet werden.

195 • **Zusammenarbeit bzw. Forschung auf europäischer Ebene:**

196 Für zentral zugelassene Arzneimittel sollten europäische Lösungsansätze verfolgt wer-  
197 den, etwa im Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) bzw. Committee  
198 for Medicinal Products for Human Use (CHMP) der EMA, hier läge auch die Zuständig-  
199 keit für die einheitlichen Zulassungsunterlagen für die Erstellung der SmPC bzw. Fachin-  
200 formationen. Im Zulassungsverfahren sollten die Daten von Patienten mit Leberschäden  
201 vollständig berücksichtigt werden. Zudem sei die Ausweitung des Projekts aus den Nie-  
202 derlanden auf Deutschland bzw. die Zusammenarbeit mit den Projektverantwortlichen  
203 sinnvoll. Ggf. sei die Beauftragung eines pharmazeutischen bzw. medizinischen Instituts

204 zum Aufbau und zur Aktualisierung einer Datenbank sinnvoll.  
205 Herausforderungen: Um das Projekt aus den Niederlanden auf Deutschland zu übertra-  
206 gen, müsse eine Forschungsgruppe dauerhaft eingerichtet und unabhängig von der phar-  
207 mazeutischen Industrie finanziert werden. Konkrete Daten über die Relevanz des AMTS-  
208 Problems bzw. das Auftreten der Leberzirrhose müssten hierfür zur Verfügung stehen.  
209

### 210 **3.2. Thema 2: Informationsangebote implementieren**

211 Moderation: Prof. Grandt, Frau Vogt

212 Die Teilnehmer diskutieren, in welcher Art die Informationsangebote in die Gesundheitsver-  
213 sorgung verankert werden können und somit am „Point-of-Care“ zur Verfügung stehen. Ins-  
214 besondere nachfolgende Leitfragen stehen dabei im Vordergrund:

- 215 • Wie können Informationsangebote in der Gesundheitsversorgung bekannt gemacht wer-  
216 den?
- 217 • Wo liegen jeweils die Herausforderungen, z. B. Finanzierung?
- 218 • Welche Lösungsmöglichkeiten sind denkbar?

219 Das Ergebnis der Diskussion ist den Seiten 3 bis 5 der Fotodokumentation zu entnehmen  
220 (Anlage 7). Nachfolgende Aspekte und damit verbundene Herausforderungen werden her-  
221 vorgehoben:

222

- 223 • **Bekanntmachung und Verbreitung:**

224 Folgende Anknüpfungspunkte zur Implementierung der Informationsangebote werden  
225 aufgezeigt: Berichterstattung in der Fachpresse bzw. Fachzeitschriften, Berücksichtigung  
226 in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte und Apotheker, Erstellung von Patientenin-  
227 formationen und damit Stärkung der Gesundheitskompetenz. Mit Blick auf die Fortbildung  
228 sei eine gemeinsame Veranstaltung auf dem Kongress der DGIM bzw. eine Vortrags-  
229 reihe im Zusammenhang der Fortbildungsveranstaltungen der Apothekerkammern über  
230 die Information und Beratung dieser besonderen Patientengruppe in der öffentlichen  
231 Apotheke denkbar.

232 Herausforderungen: In Bezug auf die Ausbildung der Ärzte und Apotheker, sollte das  
233 AMTS-Problem dieser besonderen Patientengruppe nicht nur Lehrinhalt der Vorlesungen  
234 im Studium sein, sondern zusätzlich im Praktischen Jahr verankert und auf die zur Verfü-  
235 gung stehenden Informationen hingewiesen werden. Für das Erstellen von Informations-  
236 materialien für Patienten sollten Patientenorganisationen einbezogen werden.

- 237 • **Interprofessionelle Gesundheitsversorgung:**

238 Informationen über diagnostizierte Beeinträchtigungen der Leberfunktion von Patienten

239 sollten auch sektorenübergreifend in der Versorgungssituation zur Verfügung stehen. Die  
240 interprofessionelle Zusammenarbeit aller Beteiligten sollte gefördert werden. Ergänzend  
241 zum Arzt, der die Patienten in die Therapieentscheidung einbezieht und über den poten-  
242 ziellen Nutzen und über mögliche Risiken der Arzneimitteltherapie aufklärt, sei beispiels-  
243 weise auch die Einrichtung eines „Liver-Pharmacist“ auf Station denkbar, der über die  
244 adäquate Arzneimitteltherapie informiert und berät. Die Information und Beratung könne  
245 ebenfalls über die öffentliche Apotheke erfolgen.

246 Herausforderungen: Die Verantwortlichkeiten bei der Zusammenarbeit zwischen Ärzten  
247 und Apothekern sind derzeit nicht abschließend festgelegt. Gleichermaßen ist der struk-  
248 turierte Informationsaustausch zwischen den Sektoren nicht standardisiert. Die Zusam-  
249 menarbeit zwischen den Professionen erfolgt überwiegend regional, projektbasiert und  
250 auf freiwilliger Basis.

251 • **Einsatz von EDV und Software:**

252 Entsprechende Funktionen der Praxis-, Krankenhaus- bzw. Apothekenverwaltungs- und -  
253 informationssysteme sollten am „Point-of-Care“ auf potenzielle AMTS-Probleme bei Le-  
254 berzirrhose hinweisen. Weiterhin könnte perspektivisch die elektronische Patientenakte  
255 mittels Verknüpfung der darin hinterlegten Funktionen mit der Software dazu beitragen,  
256 die AMTS bei der besonderen Patientengruppe verbessern.

257 Herausforderungen: Die zahlreichen Softwareanbieter sollten auf die gleiche Daten-  
258 grundlage zur Implementierung entsprechender Funktionen zurückgreifen. Möglicher-  
259 weise könnte dies in der Zertifizierung durch die KBV berücksichtigt werden.

260 Warnmeldungen sollten nicht zu einem „Information-over-alert“ führen. Weiterhin darf der  
261 Einsatz entsprechender Softwarefunktionen nicht zu einer finanziellen Mehrbelastung bei  
262 den Anwendern führen.

263 • **Regulatorische Maßnahmen:**

264 Möglicherweise könnten bestimmte regulatorische Maßnahmen dazu beitragen, in den  
265 Fachkreisen auf das AMTS-Problem bei der Arzneimitteltherapie der Patienten mit Leber-  
266 zirrrose hinzuweisen, etwa unter Einbeziehung der Fachinformationen oder des behörd-  
267 lich genehmigten Schulungsmaterials.

268 Herausforderungen: Die zuständigen Bundesoberbehörden können an dieser Stelle auf  
269 Grundlage der rechtlichen Rahmenbedingungen nur unterstützend mitwirken.

270 • **Forschungsprojekte:**

271 Die Forschung auf diesem Gebiet sollte ausgeweitet werden. Möglicherweise könnten  
272 Krankenkassendaten zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt werden und zum Er-  
273 kenntnisgewinn des AMTS-Problems im Hinblick auf die klinische Relevanz beitragen.



274 Ergänzend sollte mittels begleitender Implementationsforschung die Akzeptanz bzw. Ef-  
275 fekte entsprechender Informationsangebote untersucht werden.

276 Herausforderungen: Die Krankenkassendaten müssten für Forschungszwecke freigege-  
277 ben sowie dauerhaft Forschungsgruppen eingerichtet und finanziert werden.

278

#### 279 **4. Abschlussdiskussion**

280 In der Abschlussdiskussion heben die Workshop-Teilnehmer mittels Wichtung der vorgestell-  
281 ten Ergebnisse folgende Schwerpunkte hervor, die im weiteren Vorgehen als besonders rele-  
282 vant betrachtet werden:

283 • Berücksichtigung der Evidenz, klinischen Relevanz sowie pragmatischer Ansätze bei der  
284 Entwicklung von Empfehlungen.

285 • Aktualisierung, Verstetigung und Evaluation von Informationsgrundlagen bzw. Datenban-  
286 ken im kontinuierlichen Prozess.

287 • Industrieunabhängige Finanzierung der Aktualisierung bzw. begleitenden Forschung.

288 • Implementierung entsprechender Lernziele in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte  
289 und Apotheker.

290 • Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

291 • Förderung der Zusammenarbeit auf europäischer Ebene, insbesondere mit der nieder-  
292 ländischen Arbeitsgruppe.

293

#### 294 **5. Weiteres Vorgehen**

295 Die Ergebnisse des Workshops werden mit dem vorliegenden Protokoll an das BMG weiter-  
296 geleitet. Prof. Grandt wird das von der DGVS und DGIM erarbeitete Merkblatt mit der Bitte  
297 zur Kommentierung den Teilnehmern des Workshops und der Koordinierungsgruppe AMTS  
298 zur Verfügung stellen (Anlage 5). Frau Vogt wird die eingegangenen Kommentare gebündelt  
299 an Prof. Grandt weiterleiten.

300

301 Frau Prof. Thürmann und Prof. Grandt bedanken sich bei den Teilnehmern für die konstruktivi-  
302 ven und weiterführenden Beiträge und die offene Diskussion sowie beim BMG und bei der  
303 AkdÄ für die Ermöglichung und Organisation des Workshops.