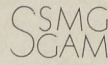


47/2005

Hausarztmedizin
Médecine de Premier recours
Medicina di base
Primary Care Medicine



Offizielles Organ / Organe officiel / Bollettino ufficiale

Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM
Société Suisse de Médecine Générale SSMG
Società Svizzera di Medicina Generale SSMG



Kollegium für Hausarztmedizin KHM
Collège de médecine de Premier recours CMPR
Collegio di medicina di base CMB



Schweizerische Gesellschaft für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SGPPM
Société Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale SSMP
Società Svizzera di Medicina Psicosomatica e Psicossociale SSMP



Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM
Académie de Médecine Psychosomatique et Psychosociale AMPP
Academia di Medicina Psicosomatica e Psicossociale APPM

- **Der SGAM-Kongress 2005 in Luzern**
- **Le congrès SSMG 2005 à Lucerne**
- **Wonca Europe Conference 2009 en Suisse**
- **Exigences administratives pour le maintien du permis de conduire**
- **Früherfassung beim Prostatakarzinom**
- **Qualität als das Andere der Quantität**

PrimaryCare

KASSENZULÄSSIG



**AZICLAV: DAS ANTIBIOTIKUM MIT DER SCHLAUEN TAKTIK
BREIT IN DER WIRKUNG, SCHMAL IM PREIS**

AZICLAV: Z: AMOXICILLIN, CLAVULANSÄURE. I: Tonsillitis, Pharyngitis, Laryngitis, Otitis media, Sinusitis, akute und chronische Bronchitis, bakterielle Pneumonie, Empyem, Pyelonephritis, Zystitis, Urethritis, Typhus, Paratyphus, Shigellose, Gonorrhö, Haut- und Weichteilinfektionen, gynäkologische Infektionen. **D:** 3 x 375 mg, bei schweren Infektionen 3 x 625 mg täglich oder 2 x 1 g täglich. Kinder je nach Körpergewicht, siehe Kompendium. **KI:** Bekannte Überempfindlichkeit auf einen Inhaltsstoff, Ikterus oder hepatische Dysfunktion bei einer früheren Einnahme; infektiöse Mononukleose, lymphatische Leukämie; bei eingeschränkter Nierenfunktion Dosierungsintervall verlängern. Schwangerschaftskategorie B; Anwendung in der Stillzeit möglich. **NW:** Überempfindlichkeitsreaktionen, reversible Blutbildveränderungen, interstitielle Nephritis, Nausea, Erbrechen, Diarrhö, weiche Stühle, Anstieg von Leberenzymen, reversible Hyperaktivität, Erregung, Angst, Schlaflosigkeit. **IA:** Probenecid, bakteriostatische Antibiotika, Digoxin, Allopurinol. **Liste A. www.spirig.ch**



Editorial / Éditorial / Editoriale

Der SGAM-Kongress 2005 in Luzern – Impressionen	Bruno Kissling	963
Le congrès SSMG 2005 à Lucerne – impressions	Bruno Kissling	964
Früherfassung bei Prostatakrebs: Was soll man empfehlen?	Hans Stalder	965

Aktuelles/Standespolitik / Actualités/Politique professionnelle / Attualità/Politica professionale

Rapport du comité de la SSMG, octobre 2005	Rolf Naegeli	966
Wonca Europe Conference 2009 in Switzerland	Bruno Kissling	967
Zum Pressecommuniqué der SGAM	Michael Nüscherer	968
Was wollen die Politiker und die Patienten denn für eine Medizin?	Albert Naterop-Perroud	968
Wertschätzung statt Wertschöpfung	Christian Ludwig	968
IV-Berichte: Lernen Sie Ihren Regionalen Ärztlichen Dienst kennen	Paul J. Vogt	968
Wohltuende Statements	Riccarda Bianchi Schneeberger	969

Continuous professional development / Développement professionnel continu / Sviluppo professionale continuo

Comparaison des exigences administratives cantonales suisses pour le maintien du permis de conduire chez la personne âgée	Pierre Dizerens, Jean-Marc Wandeler	970
Früherfassung beim Prostatakarzinom	Patrick Guilbert, Chris de Wolf, Hans-Jürg Leisinger, Hans Stalder	973
Qualität als das Andere der Quantität: Wie bildet sich «Sinn für Qualität»?	Philipp Stoellger	979

Weiterführende Informationen
siehe Arzneimittelkompendium

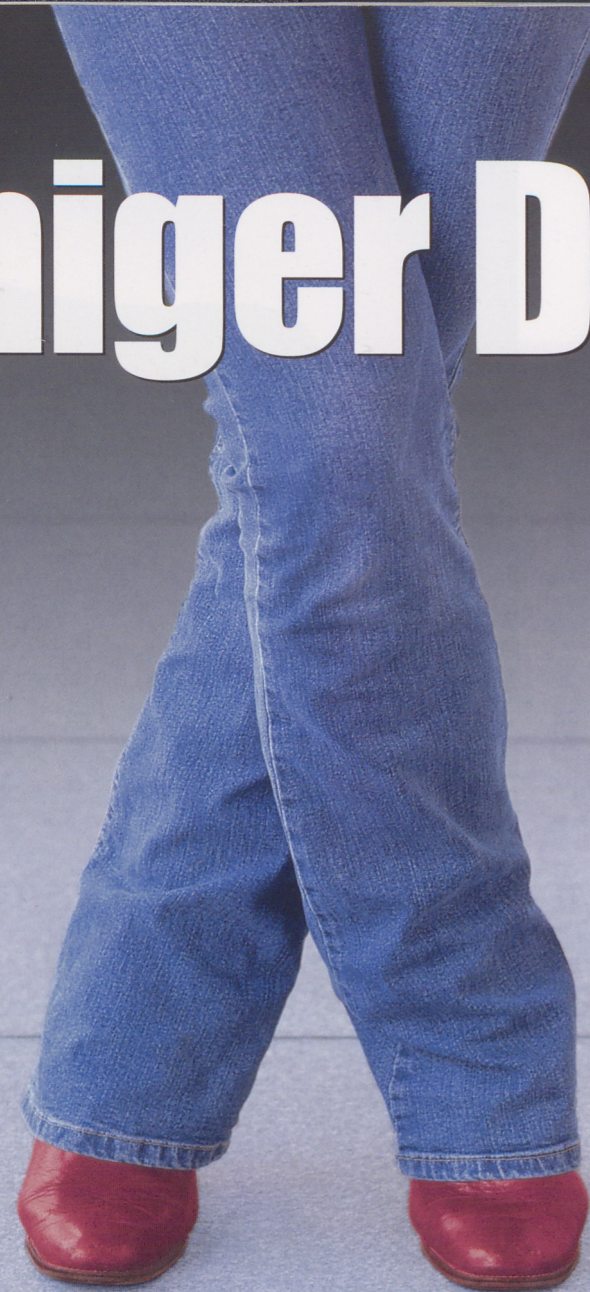


Neu von Mepha

Die mit dem Regenbogen



Weniger Drang



**Blasenselektive
Wirkung¹**

**1 x täglich
4 mg SR**

Mehr Freiheit

KASSENZULÄSSIG
Detrusitol[®] SR
Tolterodin
1 x täglich – UNGENIERT LEBEN

Detrusitol[®] SR, Retard-Kapseln. Zusammensetzung: Wirkstoff: Tolterodin 2 bzw. 4 mg. **Indikationen:** Hyperaktive Blase (imperativer Harndrang, Pollakisurie oder Dranginkontinenz). **Dosierung:** 1 x 4 mg/Tag; bei eingeschränkter Leber- oder Nierenfunktion: 1 x 2 mg/Tag. **Kontraindikationen:** Harnretention, schwere Kolitis ulcerosa, toxisches Megakolon, unbehandeltes Engwinkelglaukom, Myasthenia gravis, Überempfindlichkeit gegen Tolterodin oder Hilfsstoffe. **Vorsicht bei:** Obstruktionen im Blasenbereich (Harnverhalt) und im Gastrointestinaltrakt (Pylorusstenose), Hiatushernie, autonome Neuropathie. Bei gleichzeitiger Behandlung mit starken CYP3A4-Inhibitoren, so wie mit Makrolidantibiotika (z.B. Erythromycin und Clarythromycin) oder Antimykotika (z.B. Ketoconazol, Itraconazol und Miconazol): Tagesdosis von 2 mg nicht überschreiten. Akkommodationsstörungen und Beeinflussung der Reaktionszeit möglich. Schwangere und stillende Frauen sollten nicht mit Detrusitol[®] SR behandelt werden. **Interaktionen:** Möglich mit Substanzen, die ebenfalls von CYP2D6 oder CYP3A4 metabolisiert werden, bzw. solchen, die diese Enzyme hemmen.

Unerwünschte Wirkungen: Vor allem solche, die mit dem anticholinergen Wirkmechanismus in Zusammenhang stehen, Überempfindlichkeitsreaktionen. **Packungen:** Detrusitol[®] SR Retard-Kapseln 2 mg: Blisterpackung zu 28 Kapseln. Detrusitol[®] SR Retard-Kapseln 4 mg: Blisterpackungen zu 14*, 28 und 56* Kapseln. **Verkaufskategorie:** B. Für weitere Informationen siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. *Kassenzulässig (FI 17JAN05)

Referenz: 1 Nilvebrant L et al., Tolterodine – a new bladder-selective antimuscarinic agent, European J of Pharmacology (1997), 327:195-207

Pfizer AG
Schärenmoosstr. 99
Postfach
8052 Zürich

Continuous professional development

Qualität in Hausarztmedizin

Primary
Care

Qualität als das Andere der Quantität: Wie bildet sich «Sinn für Qualität»?

Erster von drei Teilen

Philipp Stoellger¹

Qualität ist nicht Quantität. Das weiss jeder Mensch – und jeder Arzt. Qualität zu quantifizieren, ist der Mainstream von Industrie, Politik, Management und Evaluationen. Daran leidet der Arzt wie der Patient. Diesem Leiden an der Quantifizierung kann geholfen werden: mit «Sinn für Qualität». Dieser ist nicht durch Ausbildung allein zu haben, sondern durch Bildung und Erfahrung. Weil der Erfahrenste nicht immer der Beste ist, bedarf es auch der Nachdenklichkeit: mit Messer und Gabel darüber nachzudenken, was das genau ist, die Qualität.

La qualité et la quantité sont deux choses bien différentes, comme le sait tout un chacun – et tout médecin. Cependant, quantifier la qualité est une tendance dominante dans l'industrie, la politique, le management et les évaluations. Le médecin souffre de cette situation autant que le patient. On peut remédier à cette quantification en développant le «sens de la qualité». Celui-ci peut s'apprendre mais il doit aussi être acquis à l'aide de culture et d'expérience. Comme l'expérience la plus grande n'est pas forcément la meilleure, il faut encore s'attaquer à la réflexion suivante: qu'est-ce c'est exactement, la qualité?

«Die Kunst des Arztes besteht darin,
den Kranken so lange zu amüsieren,
bis die Natur ihn geheilt hat.»

Voltaire

Als Theologe und Hermeneut etwas zur Qualität zu sagen mit Blick auf die Medizin, ist so heikel, dass es für jeden Mediziner vorab manch gute Gründe geben dürfte, den ganzen Versuch zurückzuweisen. Aber da Irritationen gelegentlich auch produktiv werden können, wäre vielleicht nicht die schlechteste aller Möglichkeiten, sich das Folgende gefallen zu lassen und zu schauen, ob es die eine oder andere Anregung bieten kann.

Es gehört zu den Segnungen der Reflexion, von etwas reden zu können, ohne es gleich sein zu müssen – auch in Fragen der Qualität. In diesem Sinne sei im folgenden versucht, auf die mir zugespielte Frage nach Sinn und Bedeutung von «Qualität» Antwort zu geben. Nicht weil ich im Besitz von Antworten wäre, die ich Ihnen als Geheimwissen meiner Zunft zu offenbaren hätte, sondern um Ihnen die **eine oder andere Unterscheidung zur Hand zu geben**, mit der Sie Ihre Frage vielleicht genauer bearbeiten können. Wenn es gut geht, wäre das ein Beitrag zur Qualität der Arbeit an der Qualität – nach dem Motto, es könnte sich lohnen «mit Messer und Gabel zu denken».

Einleitung

Qualitätsprobleme

Anfang April 2005 ging kurz und folgenlos eine bemerkenswerte Meldung durch die Medien²: Forscher des amerikanischen «Institute of Medicine» haben herausgefunden, dass in den USA jährlich ca. 98000 Menschen an Fehlern bei ihrem Krankenhausaufenthalt sterben. Studien aus England und Australien hätten ergeben, dass zwischen 12 und 16% aller Klinikpatienten bei ihrer Behandlung «ein unerwünschtes Ereignis widerfährt». An Kunst- und Behandlungsfehlern im Krankenhaus zu sterben, gehöre zu den zehn häufigsten Todesarten – noch vor Aids und Brustkrebs.

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Prof. Dr. Matthias Rothmund, meinte (ohne dass es für Deutschland gesicherte Zahlen gibt): Jede Woche werden in Deutschland 122000 Menschen operiert. Wenn zu 99% alles richtig gemacht wird, dann heisst das, dass wöchentlich bei

¹ Nach einem Referat anlässlich des Kaderseminars der SGAM auf dem Bürgenstock, 29.4.2005.

² Vgl. http://www.sueddeutsche.de/wissen/artikel/566/50516/4.4.2005,Mehr_Tote_durch_Arztfehlern_als_im_Strassenverkehr.

WARTezimmer

1200 Patienten Operations- oder Behandlungsfehler gemacht werden. Kunstfehler kosten mehr Menschenleben als der Strassenverkehr. Ca. 6700 Menschen sterben jährlich in Deutschland durch Auto-unfälle. Noch mehr Tote gibt es jedes Jahr durch ärztliche Kunstfehler und Behandlungsfehler im Krankenhaus.³ Das Risiko, eine schwere oder tödliche Komplikation zu erleiden, liege im Krankenhaus bei 1 : 200, im Luftverkehr dagegen bei 1 : 2000000.

Antworten auf das Qualitätsproblem

Nun wird man aufgrund dieser Zahlen einen Patienten wohl kaum auf eine Fernreise schicken, statt ihn ins Krankenhaus zu überweisen. Aber die Zahlen stimmen doch einigermaßen nachdenklich. Wer mag sich da noch in die Hände der Ärzte begeben. Nicht nur vor Gericht und auf hoher See scheint man in Gottes Hand zu sein.

Was soll man auf diese Zahlen antworten?

1. Rothmund meinte, in Deutschland gebe es «eine Politik des Schweigens». Über Fehler müsse im Sinne einer «Fehlerkultur» geredet werden, damit sie in Zukunft vermieden werden können.⁴ Ärzte müssten die Möglichkeit – und wohl auch die Fähigkeit – haben, offen Fehler eingestehen zu können. Zugleich aber gelte es auch, die Patientenrechte zu stärken.
2. Viele Fehler liessen sich vermeiden, indem Chirurgen ihre handwerklichen Fähigkeiten besser trainieren, bevor sie Patienten operieren.
3. Verwechslungen von Namen, Medikamenten oder der richtigen Dosis könne man vermeiden, wenn man anstelle der oft schwer leserlichen Handnotizen bei der Visite «Laptops am Krankenbett» einsetzte.
4. Ferner müsse die Fort- und Weiterbildung besser kontrolliert und effizienter werden.
5. Ärzte wie Personal dürften nicht überlastet werden: «Das kostet Geld», betonte der Chirurgen-Präsident.

Die Therapie des Qualitätsproblems ist nachvollziehbar: Verschrieben werden Thematisierung, Training, Effizienzsteigerung, Kontrolle (statt Vertrauen) und schliesslich das Recht als Ultima ratio.

Therapie vor Diagnose?

Die vorgeschlagenen «Medikamente» sind nicht besonders spezifisch – und wie zu erwarten auch nicht frei von Risiken und Nebenwirkungen. Dasselbe könnte auch einer Firma oder einer Universität verschrieben werden, um die Qualität des Betriebs zu steigern. Die Therapievorschläge kommen auch erstaunlich schnell. Jedenfalls kommen sie der eingehenden Diagnose *zuvor*. Das ist einigermaßen ungewöhnlich. Ein Arzt jedenfalls würde so wohl kaum

mit seinen Patienten umgehen. Täte er es, gäbe es sicherlich ein «Qualitätsproblem».

Bemerkenswert ist die *Quelle* der Krisendiagnose: Eine *Fehlerstatistik*. Lassen sich mit statistischen Mitteln Krankheiten *diagnostizieren*? Was Zahlen zeigen können, sind interpretierbare Korrelationen, genauer gesagt: Konditionalverhältnisse (wenn ..., dann ... – wie das zusammenhängt, ist eine offene Frage), keine Kausalrelationen (*weil* dies, dann das). Zahlen einer Statistik können einen Hinweis geben, *dass* etwas nicht in Ordnung ist, aber ersetzen keine Diagnose.

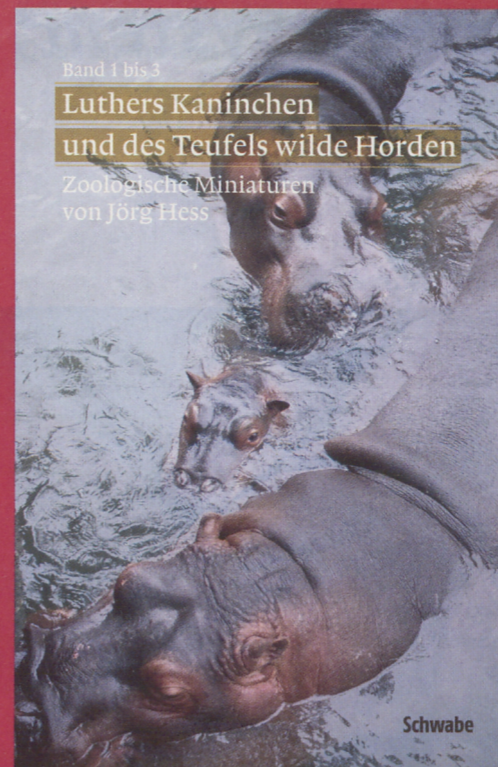
Das Problem scheint mir diesseits der konkreten Qualitätsprobleme darin zu bestehen, dass für so komplexe Organismen wie ein Gesundheitssystem oder auch das Wissenschaftssystem keine etablierten *Diagnostika* zur Verfügung stehen. Wie soll man hier den Puls messen, die Blutwerte kontrollieren oder die Reflexe prüfen? Wenn man überlegt, wie lange es dauerte, bis man für die heute diagnostizierbaren Krankheiten des Menschen zuverlässige Diagnostika entwickelt hatte, wie lange dürfte das dann für hoch komplexe kulturelle «Organismen» dauern? Wer entwickelt die, und gibt es entsprechende Feldversuche? Das den Statistikern zu überlassen, wäre jedenfalls so, als würde man die Kranken zählen, statt sie zu untersuchen.

Kontrolle und Verrechtlichung?

Als *Diagnostikum* dienen dem Chirurgenpräsidenten Elemente der derzeit so erstaunlich florierenden Evaluationspraxis: Professionalisierung, Ausdifferenzierung, Spezialisierung, Fortbildung, Kommunikation über Probleme, Kontrollmechanismen etc. Im Grenzwert und als harter Rahmen dient die *Verrechtlichung* (Patienten- und Ärzterechte). Letzteres scheint ein Mainstream der «Krisenbewältigung» und Problembearbeitung zu sein, die «ultima ratio» soweit ich sehe in allen Bereichen unserer Kultur. Überall, wo der tragende Konsens erodiert, «das Universum an Selbstverständlichkeiten» (wie Husserl die «Lebenswelt» nannte), treten explizite Regeln an die Stelle dessen. Da Regeln aber nur eingehalten werden, wenn sie überwacht und sank-

³ Am Rande des Chirurgenkongresses, der vom 5. bis 8. April 2005 im Kongresszentrum ICM in München stattfand, sagte Rothmund, dass das Thema Ärztepufsch in Deutschland bisher unter den Teppich gekehrt werde. Um dem entgegen zu wirken, steht der diesjährige Kongress unter dem Motto «Patientensicherheit».

⁴ «Wir dürfen Fehler nicht mehr unter den Teppich kehren und so tun, als wenn keine passieren würden.» Es seien vor allem die kleineren, aber oft verhängnisvollen Fehler, die leicht vermieden werden könnten, wie Verwechslung von Namen der Patienten oder Verwechslung von Medikamenten.

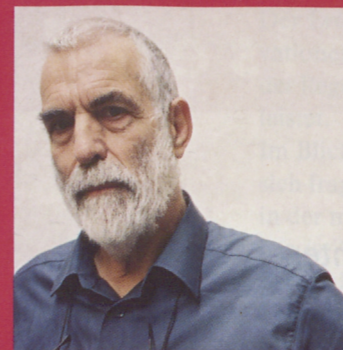


Band 1 bis 3
**Luthers Kaninchen
und des Teufels wilde Horden**
Zoologische Miniaturen
von Jörg Hess

2005. 3 Bände, 443 Seiten
mit 103 Fotografien des Autors.
Fr. 57.– / € 40.–
ISBN 3-7965-2191-6
Die Bände sind nicht einzeln erhältlich.

Jörg Hess

Geboren 1936 in Basel. Studium der Zoologie und Spezialisierung im Fach Verhaltensforschung. Jörg Hess arbeitet als freiberuflicher Zoologe, Tierfotograf und Autor.



Zoologie für das Wartezimmer

Drei Bücher für den Lesetisch im Wartezimmer: Alle Geschichten sind zweieinhalb Seiten lang und mit einer doppelseitigen Fotografie illustriert. Genau das richtige, um die Wartezeit auf unterhaltsame Weise zu überbrücken.

Seine Leidenschaft für Tiere ist ansteckend. Wie kein zweiter versteht es Jörg Hess, wissenschaftliche Neugier mit sprachlicher Finesse zu koppeln. Auf diese Weise sind hundert zoologische Lesestücke entstanden, die für Tiere, ihr Wesen, ihr Verhalten und für die kaum überschaubare Vielfalt ihrer Eigenarten sensibilisieren sollen. Die drei Bände geben uns kleine Einblicke in natürliche Lebensräume und in uns oft sehr fremde Lebenswelten.

«... Seine Beiträge sind durchkomponiert bis ins letzte Detail, Kleinkunstwerke eines Sorgfaltsrigoristen, der eine der wunderbarsten, einfühlsamsten und kenntnisreichsten Tier-Kolumnen schreibt, die man sich vorstellen kann. Ich werde ihm dafür immer dankbar sein.»
Roger Köppel, Die Welt (ehemaliger Chefredaktor der Weltwoche)

«Es gibt Leidenschaften, die sind ansteckend. Etwa jene von Jörg Hess für Tiere. Sie hat bei mir dazu geführt, dass ich Tiere nicht mehr als Rohstoffe für die Speisekarte, Kolonnen für pharmazeutische und kosmetische Versuche oder Dekor für Zookäfige ansehe. Jörg Hess gibt ihnen die Subjektivität zurück. Mehr kann ein Zoologe nicht erreichen.»
Res Strehle, Tages-Anzeiger, Das Magazin

Bestellung

(bitte senden an Fax 061 467 85 76
oder an untenstehende Postfach-Adresse)

Ich bestelle gerne folgendes Buch:

- Luthers Kaninchen
und des Teufels wilde Horden Fr. 57.–

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.
Preise exkl. Versandkosten

Titel/Vorname/Name _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Tel. _____ E-Mail _____

Datum/Unterschrift _____

Zoladex[®]

Goserelin

Zoladex[®] LA

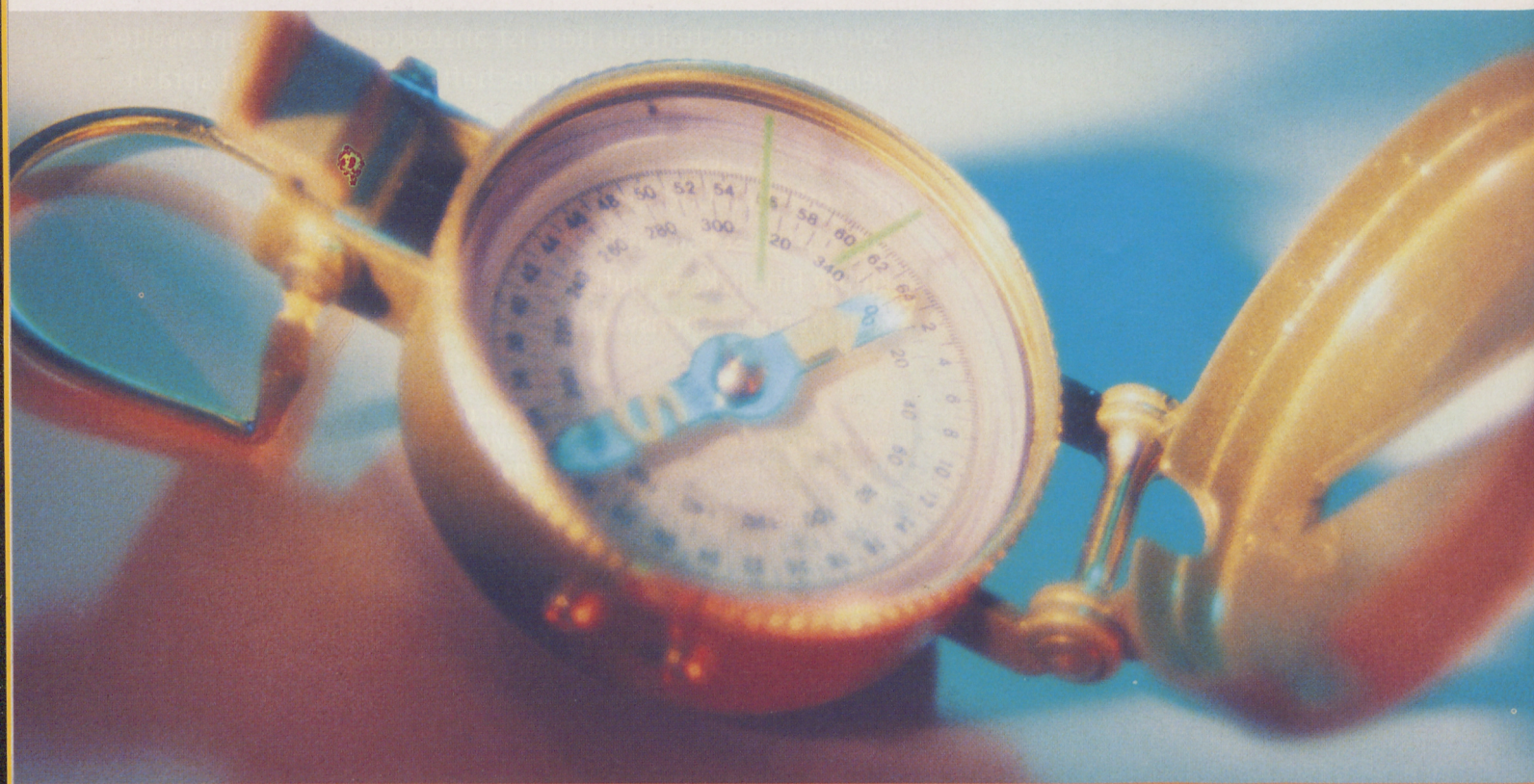
Goserelin

SafeSystem[™]

Continuous professional development

Qualität in Hausarztmedizin

Primary
Care



Richtungsweisend

beim Prostatakarzinom

- der LHRH-Agonist mit dem signifikanten Überlebensvorteil^{*1,2}
- als patientenfreundliche Therapieoption – für eine einfache, schnelle und praktische Anwendung
- mit einer weltweit identischen Dosierung – zuverlässige Testosteronsuppression³ – umfassende, überzeugende Datenlage¹⁻³

* beim lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinom adjuvant zur Radiotherapie versus Radiotherapie allein

Zoladex[®] SafeSystem[™]

Z: Goserelinum; Fertigspritze à 3,6 mg mit Sicherheitssystem; Liste A. I: fortgeschrittenes, hormonabhängiges Prostatakarzinom; adjuvante Hormontherapie beim lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinom (Stadium T₃₋₄) kombiniert mit Strahlentherapie; Endometriose; Uterusmyom; endometriale Ablatio; adjuvante Therapie des Mammakarzinoms und Therapie des metastasierenden Mammakarzinoms bei prä- und perimenopausalen Patientinnen; assistierte Reproduktionsmedizin. D: Injektion s.c. 3,6 mg alle 28 Tage. KI: Überempfindlichkeit auf LHRH oder LHRH-Analoga; nicht abgeklärte vaginalblutungen; Schwangerschaft und Stillzeit. V: Ureterobstruktion; Rückenmarkskompression; Therapiezyklen länger als 6 Monate bei Endometriose; ovarielle Hyperstimulation; polyzystisches Ovarialsyndrom; nicht bei Kindern anwenden. IA: keine klinisch relevanten bekannt. UEW: Hitzewallungen, Potenzverminderung, Libidoänderung, Veränderung der Brustgröße, Kopfschmerzen, nicht-spezifische Parästhesien, Stimmungsveränderungen, Scheidentrockenheit, Amenorrhoe, Reduktion der Knochenmineralisation.

Zoladex[®] LA SafeSystem[™] Z: Goserelinum; Fertigspritze à 10,8 mg mit Sicherheitssystem; Liste A. I: fortgeschrittenes, hormonabhängiges Prostatakarzinom; adjuvante Hormontherapie beim lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinom (Stadium T₃₋₄) kombiniert mit Strahlentherapie; Endometriose; Uterusmyom. D: Injektion s.c. 10,8 mg alle 12 Wochen in der Gynäkologie, 10,8 mg alle 3 Monate in der Urologie. KI: siehe Zoladex[®], hormonunabhängiges Prostatakarzinom. IA: siehe Zoladex[®]. V: siehe Zoladex[®]. UEW: siehe Zoladex[®]. Weitere Informationen: Arzneimittel-Kompodium der Schweiz oder AstraZeneca AG, 6301 Zug, www.astrazeneca.ch.

I. Pilepich M.V. et al. Androgen suppression adjuvant to definitive radiotherapy in prostate carcinoma – Long-term results of phase III RTOG 85-31. Intern. J. Radiation Oncol. Biol. Phys. Vol 61, No 5, p. 1285-1290. 2005. 2. Balla M. et al. Long-term results with immediate androgen suppression and external irradiation in patients with locally advanced prostate cancer (an EORTC-Study): a phase III randomised trial. The Lancet, Vol. 360, p. 103-108, July 13, 2002. 3. Dijkman GA, et al. A Randomised Trial Comparing the Safety and Efficacy of the 'Zoladex' 10,8-mg Depot, Administered Every 12 Weeks, to That of the 'Zoladex' 3,6-mg Depot, Administered Every 4 Weeks, in Patients with Advanced Prostate Cancer. European Urology 27 (1) p. 43-46. 1995.

AstraZeneca



ZOLU_1_4_8_1005

tioniert werden, braucht es letztlich eine rechtliche Regelung mit den riskanten Nebenwirkungen von «Überwachen und Strafen». Kurz gesagt: Was sich nicht mehr von selbst versteht, wird rechtlich geregelt. Das führt zu einer ungeheuren – mir jedenfalls nicht ganz geheuren – Regelungswut. Die EU ist ein groteskes Beispiel dafür, nicht nur mit ihren Nahrungsmittelnormierungen. Alles zu regeln, um überall dieselben Standards zu haben zur vermeintlichen «Qualitätskontrolle», soll zur Vergleichbarkeit, Durchlässigkeit, Transparenz und «Vereinigung» führen – aber es führt zu einem Kontrollwahn mit ständigen Problemen der Koordinierung.

Steigerung der Kontrolle ist m.E. kontraproduktiv. Die derzeit grassierende Studienreform à la bolognaise ist ein Beispiel dafür. Wenn man alles mit einer Ordnung regeln will, führt das zu unendlichen Regelungsproblemen. Einen überall geltenden «Bildungsseuro» einzuführen und jeder Fakultät das Münzprägerecht zu überlassen, führt zu Konvertibilitätsproblemen und Inflationserscheinungen. Der Blick für die Phänomene wie das gesunde Augenmass und Ermessensspielräume gehen dann ebenso verloren wie das Spiel von Vertrauen und intrinsischer Motivation. Seitens der Ökonomie würde man von einem Raubbau am «Sozialkapital» sprechen. Wenn auf Kontrolle vor Vertrauen gesetzt wird, macht sich die Voraussetzung dieser Einstellung selbständig: Der Erosion von Selbstverständlichkeiten und Motivationen, auf die man sich verlassen kann, wird mit der Regel von Kontrolle und Misstrauen Vorschub geleistet.

Im Blick auf die Kultur, in der wir leben, sollte man sich fragen: Wollen wir das? Wollen wir eine Kultur, in der möglichst alles rechtlich geregelt und einklagbar ist? Patientenrecht ist gut und recht – aber ist der Ruf danach nicht eher eine Problemanzeige? Vertrauen ist gut und schön, aber Kontrolle ist besser – kann das ein Grundsatz der Qualität sein? Qualitätskontrolle statt -vertrauen? An der Differenz zeigt sich, dass die Kontrollmechanismen ein Anzeichen sind für den Verlust dessen, was «eigentlich» selbstverständlich sein sollte. Und je mehr Kontrolle, desto weniger wird man sich auf das Vertrauen verlassen. Das Therapeutikum der Qualitätskontrolle könnte auch die Krankheit verschlimmern.

Ein Effekt von Kontrollen ist, dass sie zur «Produktion nach Vorschrift» führen, etwa «Dienst nach Vorschrift» – und das ist in den meisten Zusammenhängen faktisch weniger (quantitativ wie qualitativ), als ohne die Kontrolle geleistet würde. Für Motivation, Einstellung und Kommunikation ist Kontrolle in der Regel kontraproduktiv. Kontrolle dient bestenfalls dazu, Probleme zu entdecken, aber keineswegs, sie zu beheben, und erst recht nicht, die Qualität zu ver-

bessern. Kontrollierte Qualität ist nicht gesicherte Qualität, sondern vor allem Qualität unter Verdacht.

Morbus Evaluitis

Derzeit wird alles und jeder evaluiert in einer so epidemischen Breite, dass man geneigt sein könnte, von einem akuten Morbus Evaluitis zu sprechen.⁵ Morbus, weil dieses Diagnostikum selber kaum kontrollierbar ist. Hier kehrt die antike Frage wieder «Quis enim custodiet custodes ipse?» (Wer wacht über die Wächter?) – wer evaluiert die Evaluatoren? Das drängendere Problem ist aber, ob Evaluationen etwas über die Qualität sagen können? Das wird gemeinhin unterstellt – seltsam selbstverständlich – aber ich jedenfalls habe bisher keine im Ernst so zu nennende qualitätssensible Evaluation kennen gelernt. Um es am Beispiel der Wissenschaften zu verdeutlichen: Gemessen und bewertet werden die Effizienz (der Absolventenproduktion und der Kosten), Zahl und Ort von Publikationen (nach dubiosen Ratings der Organe), öffentliche Resonanzen (Auflagen, Zitationen) und das Design, die Oberfläche eines Instituts (oder einer Fakultät). Darauf beruht die öffentliche Wahrnehmung und Einschätzung, der zuliebe dann Öffentlichkeitsarbeit nötig ist, mit der möglichst eindrucksvoll zu präsentieren ist, was alles geleistet wurde.

Der implizite Wirklichkeitsbegriff dieser Evaluitis ist an der Sichtbarkeit für Aussenstehende orientiert: «Was nicht sichtbar ist (auch für Ahnungslose), ist nicht». Es gilt das Prinzip der Visibilisierung. Worüber sich nicht berichten lässt, was sich nicht Unkundigen zeigen lässt, ergo was nicht sichtbar wird, ist wie nicht gewesen.

Dahinter steht eine Hermeneutik des Verdachts, desjenigen Verdachts, der die Wissenschaften für einen modernen Priesterbetrug hält, solange sich nicht «an ihren Früchten» erkennen lässt, was sie nützt.

Quantität statt Qualität?

Im wesentlichen geht es in der Perspektive der Evaluitis um Quantitäten:

1. Um Effizienz in Kosten-Nutzen-Relationen – wobei die Definition der Nutzen das eigentliche Herrschaftsinstrument ist. Wer darüber entscheidet, entscheidet über das höchste Gut, sei es das des Gesundheitssystems oder das der Wissenschaft.
2. Um Aussenwahrnehmung bzw. Aussendarstellung – und das ist wohl oder übel eine Frage des «Scheins», des Anscheins, eine Frage des Designs.

⁵ Vgl. A. Koschorke, Wissenschaftsbetrieb als Wissenschaftsvernichtung. Einführung in die Paradoxologie des deutschen Hochschulwesens. In: Kimmich D, Thumfart A. (Hrsg.). Universität ohne Zukunft. Frankfurt a.M. 2004, 142-157.

Zoladex LA

Der Blick einer Evaluation ist der Blick eines Beobachters, von aussen, mit dem Ideal der Neutralität.

Gesehen wird, was sichtbar ist, was sich für aussenstehende Beobachter zeigen und darstellen lässt – und das ist *Quantität* als Index (Anzeichen) für das, was der Fall ist. Aber ob diese Anzeichen für die *Qualität* signifikant sind (geschweige denn valabel und reliabel), bleibt Interpretationssache. Ein Beispiel der *quantitativen* Analyse von Qualitätsfragen verdeutlicht das Problem. An den Universitäten wird die Qualität eines Forschers bemessen nach Zitationsstatistiken und der Publikationszahl. So gesehen würde ein Bestseller zur Weltliteratur gehören. Da mag man noch so viel «literarisches Quartett» spielen, den Streit um Qualität wird man damit nicht beilegen können.

Evaluation als Diagnostikum und Therapeutikum?

Irritierend ist am so beliebten Diagnostikum der Evaluation, dass es nicht selten zugleich für ein *Therapeutikum* gehalten wird. Wenn man nur oft genug evaluiert, würde die Qualität schon besser werden. Das scheint der fromme Wunsch zu sein, den man sich einiges kosten lässt. Investiert wird auf diese Weise vor allem in die Kontrolle und das Design – nicht in das Vertrauen und die konkrete Arbeit. Und das scheint mir der Qualität nicht besonders zuträglich zu sein.

Krisendiagnostik kann nicht nur auf der statistischen bzw. sichtbaren Oberfläche bleiben, sondern wird das methodisch Ausgeblendete zu thematisieren haben. Methodisch ausgeblendet wird hier die Dimension der Qualität, die nur «von innen» wahrnehmbar ist, die nur von Betroffenen und Teilnehmern wahrgenommen wird.

Als vorbildlich gilt die möglichst neutrale Beobachterperspektive, und die leidet an professioneller Erblindung, oder zumindest an gravierender Sehschwäche – ohne dass es Augenärzte gäbe, die die Wahrnehmungsfähigkeit messen und korrigieren könnten. Zum Qualitätsbewusstsein gehört auch, sich nicht über die Qualität von Diagnosen zu täuschen, keine falschen Hoffnungen in deren Qualitätssensibilität zu setzen. Um Qualität zu «verbessern» bedarf es gründlicher Kritik – auch der Kritik an den Kontroll- und Evaluationsmitteln.

(Fortsetzung in der nächsten Nummer)

Dr. theol. Philipp Stoellger
Institut für Hermeneutik und Religionsphilosophie
Kirchgasse 9
CH-8001 Zürich
stollger@theol.unizh.ch

PHARMA-NEWS

Informationen nach Selbstangabe der Industrie
Informations selon autoindication de l'industrie

Für den Inhalt der Texte übernimmt die Redaktion keine Verantwortung.
La rédaction n'assume aucune responsabilité pour le contenu des textes.

Vorgaben für die Einreichung der Texte erhalten Sie bei:
Pour des informations concernant la soumission des textes veuillez contacter:
pharma media promotion, Lättichstrasse 6, 6342 Baar 2,
E-Mail: info@pharma-media-promotion.ch

Kardiovaskuläre Basistherapie mit Aspirin Cardio®: Wirksam, verträglich und kosteneffektiv

Aspirin Cardio® (ASS) ist Standard bei der Prävention von kardiovaskulären Ereignissen: Zahlreiche Studien [1] haben belegt, dass der Plättchenhemmer nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall das Risiko für ein erneutes Ereignis stark senkt. Aufgrund der starken Wirksamkeit, der guten Verträglichkeit und nicht zuletzt der Kosteneffektivität ist Aspirin Cardio® bei Patienten mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko die Basistherapie. Aspirin Cardio® ist zur Prävention eines vaskulären Ereignisses nach vorangegangenen oder beim akuten Herzinfarkt, bei PAVK oder auch nach vorangegangenen oder beim akuten Schlaganfall inklusive TIA zugelassen. Zudem verhindert es thromboembolische Komplikationen nach vaskulären Operationen und verbessert das Outcome nach Bypass-Operationen und PTCA [2]. Auch der Einsatz von Aspirin Cardio® bei Patienten mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko in der Primärprävention wird durch Studien gestützt [3] und ist weit verbreitet. Risikofaktoren sind Diabetes, Hypertonie, Hypercholesterinämie, Übergewicht, erbliche Vorbelastung und auch das Alter. Die Women's Health Study konnte eindrücklich zeigen, dass Aspirin bei gesunden Frauen ab 45 Jahren das Risiko eines Schlaganfalls reduzieren konnte. Bei Frauen ab 65 wurde zusätzlich auch die Herzinfarktquote gesenkt [4]. Unerwünschte Nebenwirkungen sind selten: Die Verträglichkeit von Aspirin® wurde durch eine spezielle Galenik verbessert: Aspirin Cardio® hat eine magensaftresistente Ummantelung die bewirkt, dass der Wirkstoff nicht im Magen, sondern erst im Dünndarm freigesetzt wird. Dies verhindert den direkten Kontakt des Wirkstoffs mit der Magenschleimhaut, was das Risiko für gastrointestinale Blutungen reduziert [5].

Auch in den kürzlich herausgegebenen AGLA-Richtlinien hat niedrig dosierte Acetylsalicylsäure ihren Platz in der Behandlungsstrategie bei kardiovaskulären Risikofaktoren [6]. Bayer (Schweiz) AG, 8045 Zürich; www.bayer.ch, bayerpharma@baynet.ch

- 1 Antithrombotic Trialists' Collaboration. BMJ 2002;324:71–86.
- 2 Arzneimittelkompendium der Schweiz.
- 3 Eidelmann R.S. et al: Arch. Int. Med.;163: 2006–2010 (2003).
- 4 Paul M Ridker et al. N Engl J Med 2005;352:1366.
- 5 Dammann H G. Gastroenterology International;11:205–16 (1998).
- 6 www.agla.ch

Gekürzte Fachinformation **Aspirin Cardio®. Zusammensetzung: Aspirin Cardio 100/300.** 1 Tablette enthält 100 mg bzw. 300 mg ASS mit magensaftresistentem Überzug (enteric coated). **Eigenschaften/Wirkungen:** Thrombozyten-Aggregationshemmung: ASS wirkt antithrombotisch durch Hemmung der Thromboxan-A2-Synthese in den Thrombozyten. Dieser Vorgang ist irreversibel. Die für die Blutstillung verantwortlichen Plättchenfunktionen werden nicht wesentlich beeinflusst. **Indikationen und Dosierungen:** Falls vom Arzt nicht anders verordnet: Prophylaxe von zerebrovaskulären Insulten 3mal 100 mg/Tag oder 1mal 300 mg/Tag. Reinfarktprophylaxe, instabile Angina pectoris: 1–3mal 100 mg/Tag oder 1mal 300 mg/Tag. Thromboseprävention nach Bypass, arteriovenöser Shunt bei Dialysepatienten und nach PTCA: 1mal 100 mg/Tag. Prävention von Gefässverschlüssen bei arterieller Verschlusskrankheit: 1mal 100–300 mg/Tag. **Anwendungseinschränkungen:** Kontraindikationen wie Ulcus ventriculi und duodeni, hämorrhagische Diathese, Überempfindlichkeit gegen Salicylate, schwere Lebererkrankungen, schwere Niereninsuffizienz. Erhöhte Vorsicht bei vorgeschädigter Niere, bei chronischen oder rezidivierenden Magen- oder Duodenalbeschwerden, bei Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel und bei Asthma, bei Überempfindlichkeit gegen andere allergene Stoffe und bei gleichzeitiger Anwendung von Antikoagulantien (Ausnahme: Low-dose-Heparin). **Interaktionen:** Erhöht werden die Wirkungen gerinnungshemmender Arzneimittel (z.B. Cumarinderivate und Heparin), das Risiko einer gastrointestinalen Blutung bei gleichzeitiger Behandlung mit Kortikoiden, die Wirkung und unerwünschten Wirkungen aller nichtsteroidalen Antirheumatika, die hypoglykämische Wirkung von Sulfonylharnstoffen und die unerwünschten Wirkungen von Methotrexat

und Phenytoin. Stand: Dez. 1999. Liste B. Ausführliche Angaben bezüglich ASPIRIN CARDIO® 100/300 entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. Kassenzulässig.

Megafusion von Fujisawa und Yamanouchi zum zweitgrössten Pharmakonzern Japans: Astellas

Die beiden japanischen Pharmaunternehmen Fujisawa und Yamanouchi fusionierten per Anfang April 2005 zur Astellas Pharma Inc. Mit einem weltweiten Umsatz von über 7 Milliarden US-Dollar ist Astellas das zweitgrösste japanische Pharmaunternehmen. Der Konzern entwickelt und vermarktet Arzneimittel in den Bereichen Urologie, Transplantationsmedizin und Dermatologie. Die Schweizer Tochtergesellschaften Fujisawa AG und Yamanouchi Pharma AG fusionieren zu Astellas Pharma AG. Die beiden japanischen Pharmaunternehmen Fujisawa Pharmaceutical Co., Ltd. und Yamanouchi Pharmaceutical Co., Ltd. fusionierten per Anfang April 2005 zur Astellas Pharma Inc. Durch diese Fusion entsteht das zweitgrösste japanische Pharmaunternehmen. Mit einem Umsatz von über 7 Milliarden US-Dollar rangiert der Astellas-Konzern weltweit auf Rang 15.

Schweizer Tochtergesellschaften zu Astellas Pharma AG fusioniert

Die Schweizer Tochtergesellschaften Fujisawa AG und Yamanouchi Pharma AG haben fusioniert und sind neu unter dem Namen Astellas Pharma AG tätig. Der Hauptsitz ist in Villars-sur-Glâne, Marketing, Verkauf und Verwaltung befinden sich in Wallisellen. Das wichtigste Produkt von Fujisawa ist Prograf®, welches in der Transplantationsmedizin zum Einsatz kommt. Yamanouchi weltweit wichtigster Umsatzträger ist Omix®, das bei der gutartigen Prostatavergrößerung (Benigne Prostata-Hyperplasie, BPH) eingesetzt wird. General Manager von Astellas Pharma AG ist die bisherige Geschäftsführerin von Fujisawa AG, Frau Susanne Höppner.

Jährlich über 1,3 Milliarden US-Dollar für Forschung und Entwicklung

Astellas Pharma Inc. blickt auf eine langjährige Erfolgsgeschichte in den Bereichen Urologie, Transplantationsmedizin und Dermatologie zurück. Dies verdankt sie ihren sehr hohen Investitionen im Bereich Forschung und Entwicklung. Allein 2005 werden über 1,3 Milliarden US-Dollar in die bestehenden Franchise-Bereiche Urologie, Transplantationsmedizin und Dermatologie investiert. Zusätzlich sollen neue Forschungsgebiete wie Herz-Kreislauf, Diabetes, Magen-Darm und neurologische Erkrankungen erschlossen werden. Standort der europäischen Zentrale für Forschung und Entwicklung ist Leiderdorp in den Niederlanden. In München ist das Zentrum für die Transplantationsforschung.

Über Astellas Pharma Inc.

Astellas Pharma Inc. beschäftigt in Europa über 3000 Mitarbeiter in den Bereichen Forschung und Entwicklung, Marketing, Vertrieb und Produktion. Mit einem Umsatz von über 7 Milliarden US-Dollar ist Astellas das zweitgrösste japanische Pharmaunternehmen. Der Hauptsitz befindet sich in Tokyo, der europäische Hauptsitz Astellas Pharma Ltd. ist im englischen Staines. Der Konzern entwickelt und vermarktet Arzneimittel in den Bereichen Urologie, Transplantationsmedizin und Dermatologie. Mit 18 nationalen Marketing- und Vertriebsniederlassungen, 6 Produktions- sowie 2 Forschungs- und Entwicklungsstandorten ist Astellas Pharma Inc. in Europa flächendeckend vertreten. Weitere Informationen: www.astellas.ch
Medienkontakt Schweiz, Dr. Peter P. Knobel AG, Jacqueline Wettstein, Tel. +41 (0)41 768 99 47, E-Mail: j.wettstein@knobel.ch.