

Kosteneffizienz bei Rehabilitation krankheitsbedingter Querschnittslähmung und bei Komplikationsbehandlung

Eine kostenintensive Rehabilitation in Paraplegikerkzentren lohnt sich auch bei krankheitsbedingter Querschnittslähmung und zur Behandlung von Komplikationen bei chronischer Querschnittslähmung. Fünf ExpertInnen begründen ihre Meinung.

Armin Curt, Dieter Michel, Mark Mäder, Regula Spreyermann, Christian Kätterer

Die medizinische Betreuung wie auch die Effektivität der Rehabilitation nach erlittener Querschnittslähmung (QL) sind durch die Paraplegikerkzentren revolutioniert worden [1]. Nicht nur zu überleben, sondern in der Gesellschaft wieder als selbstverantwortlicher Bürger seinen sozialen und finanziellen Beitrag leisten zu können, wurde in den letzten Jahrzehnten selbstverständlich. Die kostenintensive Behandlungskette in den spezialisierten Zentren (von der medizinischen Diagnostik und Behandlung bis zur Wiedereingliederung in den Alltag) kann bei unfallbedingter QL nachhaltig gerechtfertigt werden. Ist eine intensive Rehabilitation jedoch nur bei traumatischer QL sinnvoll, oder lohnt sie sich auch bei krankheitsbedingter QL? Gibt es eine Altersgrenze für die Rehabilitation einer QL? Ist es kosteneffizient, Komplikationen von Paraplegikern in Allge-

meinspitälern zu behandeln? Diese Fragen sollen im vorliegenden Beitrag erörtert werden.

Krankheitsbedingte Querschnittslähmung

Es ist sinnvoll, die Erkenntnisse aus der Rehabilitation von traumatischer QL in angepasster Form auch Patienten mit krankheitsbedingter (nichttraumatischer) QL zugute kommen zu lassen [2, 3]. Hierbei ist zwischen dem Patienteninteresse (medizinisch machbare Leistungen und individuelle Anspruchshaltung) und den medizinisch-gesellschaftlich aufzubringenden Leistungen abzuwägen. Die Aufwendungen und Anforderungen aus dem Bereich der traumatischen QL können nicht einfach übernommen werden. Die Rehabilitationsziele bei einem 20-jährigen Unfallpatienten sind anders als bei einem 60-jährigen Patienten, der aufgrund einer Krankheit gelähmt ist. Das Ziel ist jedoch, im Kontext der gesellschaftlichen Entwicklung auch diese Patientengruppe angepasst zu betreuen und zu behandeln (adäquate Ressourcennutzung und verbesserte Prozessqualität).

Die neurologischen Ausfälle und die damit verbundenen Probleme sind bei traumatischer und nichttraumatischer QL vergleichbar. Die meisten funktionellen Defizite (Paraplegie/Tetraplegie) wie auch die medizinischen Probleme (Herz-Kreislauf-Probleme, Dekubitus¹, neurogene Schmerzen, Spastik², gestörte Blasen-Mastdarm-Funktion, Störung der Atmungsfunktion etc.) sind durch eine Funktionsstörung im Bereich der Rückenmark-Nervenfasern bedingt. Für die Rehabilitation ist die Ursache (Trauma, Tumor, Entzün-

dung, Durchblutungsstörung des Rückenmarks) weniger wichtig.

Die Anforderungen in der Rehabilitation krankheitsbedingter QL ergeben sich weniger durch die Art der neurologisch-funktionellen Ausfälle als durch den Krankheitsprozess. Hierbei ist zwischen chronisch fortschreitenden (zum Beispiel Tumor) und akuten, zeitlich begrenzten Erkrankungen (zum Beispiel Entzündung), welche eine QL auslösen, zu unterscheiden. Ebenso fließt das Erkrankungsalter sowie die Lebenserwartung entscheidend mit ein (das Durchschnittsalter bei krankheitsbedingter QL liegt bei zirka 60 Jahren [4]). Die krankheitsbedingte QL nimmt mit höherem Lebensalter zu. Da die Bevölkerung immer älter wird und die medizinische Anspruchshaltung steigt, wird es bedeutender werden, diese wachsende Patientengruppe zu betreuen. Eine vertretbare und gezielte Behandlung (Aufwand/Nachhaltigkeit der Leistungen, angepasst an die Lebenssituation und an die häusliche medizinische Betreuung) wird notwendig. Wenn die spezialisierten Zentren früh in die Behandlung einbezogen werden, können die Kosten durch eine verbesserte Prozess- und Strukturqualität reduziert werden. Denn wie bei Patienten mit traumatischer QL liegt der überwiegende Kostenteil nicht in der akut-medizinischen Behandlung, sondern ergibt sich aus dem medizinischen und sozialen Betreuungsaufwand danach. Hier zeigen die Paraplegikerkzentren eine nachgewiesene hohe Effektivität so-

¹ Dekubitus: offene Druckstelle der Haut.

² Spastik: unwillkürliche, krampfartig erhöhte Muskelspannung.

Kasten:

Fallbeispiel: Oberschenkelfraktur eines Tetraplegikers mit nachfolgendem Dekubitus

Herr M.S. (37 Jahre, mit einer Querschnittlähmung auf Höhe des 6. Halswirbels seit 11 Jahren) bricht sich bei einem Sturz aus dem Rollstuhl den rechten Oberschenkel. Nach fachgerechter orthopädisch-chirurgischer Versorgung im Regionalspital (Röntgenbild links) kommt es in der postoperativen Behandlungsphase zu einem massiven Dekubitus (Bild rechts). Herr M.S. wird ins Paraplegikerzentrum verlegt zur Lagerungsbehandlung in Kombination mit einem Débridement⁶ und plastischer Deckung³. Drei Monate nach der Versorgung der Oberschenkelfraktur kann der Patient mit ausgeheilter Haut aus dem Paraplegikerzentrum nach Hause entlassen werden und wieder arbeiten. Wäre der Dekubitus bei der ersten orthopädischen Versorgung verhindert worden, hätte man dem Patienten die zweite Hospitalisation ersparen können. Dies wäre zudem volkswirtschaftlich effektiver und für den Kostenträger günstiger gewesen.



wohl bei der Wiedereingliederung als auch bei den Kosten [5].

Angepasste Behandlungskonzepte

Die Rehabilitation einer krankheitsbedingten QL muss gleich ernst genommen werden wie die einer traumatischen QL und ist in diesem Sinne gleichwertig [6, 7]. Bei beiden Patientengruppen ist es notwendig, dass sie adäquat mit einem Rollstuhl oder einer Gehhilfe versorgt und dass Schmerzen oder ein Dekubitus vermieden werden. Ältere Menschen auf diese Weise zu versorgen ist kein unnötiger Luxus, sondern es vermeidet sekundäre Komplikationen. Diese haben bei Patienten mit nicht-traumatischer QL meist noch ausgeprägtere Konsequenzen und Kosten zur Folge, weil im Alter oder bei systemischer Erkrankung (zum Beispiel Krebs) der Körper schlechter kompensieren kann. Die gleichwertige Versorgung gilt ebenso für die Lagerungsbehandlung, die Blasenversorgung oder die Spastik- und Schmerzbehandlung. All dies beeinflusst die

Alltagsfähigkeit und den häuslichen oder pflegerischen Betreuungsaufwand entscheidend. Es ist zwingend, die Reha-Konzepte an die Gegebenheiten der krankheitsbedingten QL-Patienten anzupassen. Dies kann nur durch ein spezialisiertes Behandlungsteam mit strukturellen Voraussetzungen effizient erreicht werden. Welche Mittel notwendig oder überflüssig sind und welcher Betreuungsaufwand effektiv ist, sind dabei die Kernfragen [8]. Hierbei weisen die Paraplegikerzentren eine hohe Fachkompetenz auf und können komplementär die hausärztliche Betreuung sowie die lokalen sozial-medizinischen Hilfseinrichtungen unterstützen.

Komplikationsbehandlungen bei chronischer Querschnittlähmung

Die medizinischen Komplikationen einer QL zu beherrschen ist die Grundlage einer nachhaltigen Rehabilitation. Bei einer QL sind Komplikationen zu berücksichtigen, die entweder fast nur bei Paraplegikern zu einem Problem führen, oder aber bei

diesen Patienten eine veränderte und oft erschwerte Rolle spielen. Die atypische Symptomatik ist oft schwer einzuschätzen, chirurgische Eingriffe müssen der Situation angepasst werden, und die anschließende Heilbehandlung muss sowohl die akute Komplikation als auch die QL-bedingten funktionellen Störungen berücksichtigen.

Die Paraplegikerzentren haben über Jahrzehnte eine spezifische Kompetenz bei der Behandlung der QL erworben, und sie haben eine multidisziplinäre Rehabilitation aufgebaut. Diese Kompetenzen sollten in einem interdisziplinären Vorgehen berücksichtigt werden. Dies stellt nicht die Fähigkeit der externen Versorger in Frage, sondern führt bei einer frühen interdisziplinären Absprache zu einer besseren Versorgung. Die Erfahrungen zeigen, dass meist nicht das operative Verfahren selbst (plastische Deckung³, Osteosynthese⁴), als vielmehr vermeidbare Komplikationen in der Anschlussbehandlung (Urosepsis⁵, Dekubitus, neurogene Schmerzen, Mobilisation, Rollstuhlversorgung) die Behandlung unnötig verlängern und die Kosten steigern (siehe Fallbeispiel im *Kasten*). Wenn die Behandlungspflege bei den QL-Patienten nicht routiniert abläuft, können sich einfach zu beherrschende Komplikationen zu ausgeprägten Problemen entwickeln.

Zwei Beispiele:

■ Ein Paraplegiker mit einer akuten Entzündung der Gallenblase braucht nicht nur in einem Paraplegikerzentrum betreut zu werden, weil er gelähmt ist. Sondern weil er Probleme entwickeln kann, welche QL-bedingt sind. Ein Darmstillstand nach einer Gallenblasen-Operation ist bei einem Paraplegiker einfach zu beherrschen, wenn die übliche Medikation und die Defäkationsmassnahmen bekannt sind und richtig angewendet werden.

3 Plastische Deckung: Operation, um offene Hautstelle zu verschliessen.

4 Osteosynthese: Operation, bei der z.B. mit Metall ein Bruch stabilisiert wird.

5 Urosepsis: Blasenentzündung mit Blutvergiftung.

6 Débridement: chirurgische Abtragung von abgestorbener Haut.

■ Auch der tetraplegische Patient mit Lungenentzündung braucht nicht nur wegen seiner Arm- und Beinlähmungen in einem Paraplegikerzentrum betreut zu werden. Sondern weil ein erfahrenes und darauf ausgerichtetes Team Komplikationen wie eine Atemverschlechterung verhindern kann oder sie rascher erkennt und schneller reagiert (Atemhilfen).

Nicht nur die Lähmung an sich, sondern auch die QL-spezifischen Probleme sollten bei einer Komplikationsbehandlung bei QL-Patienten Gewicht haben. Hier können die Paraplegikerzentren im Gegensatz zu anderen Kliniken eine zielgerichtete Brücke zwischen Akutversorgung und Wiedereingliederung anbieten. Sie verfügen sowohl über eine akutmedizinische Behandlungskompetenz (Akutversorgung und Intensivmedizin) als auch über ein komplettes Rehabilitationsangebot. ■

AutorInnen:
PD Dr. med. Armin Curt
 Leitender Arzt
 Paraplegikerzentrum
 Universitätsklinik Balgrist
 Forchstrasse 340
 8008 Zürich
 E-Mail: armin.curt@balgrist.ch

Dr. med. Dieter Michel
 MBA HSG
 Institut für Physikalische Schmerz-
 und Rehabilitationsmedizin, Bern

Dr. med. Mark Mäder
Dr. med. Regula Spreyermann
Dr. med. Christian Kätterer
 REHAB Basel, Zentrum für Quer-
 schnittgelähmte und Hirnverletzte

Literatur:

1. Guttmann L.: Spinal cord injuries: comprehensive management and research. Oxford Publishing House, Blackwell Scientific Publications. 1976; 731.
2. Moore A.P., Blumhardt L.D.: A prospective survey of the causes of non-traumatic spastic paraparesis and tetraparesis in 585 patients. *Spinal Cord* 1997; 35: 361-367.
3. Curt A.: Differentialdiagnose der akuten Rückenmarkerkrankungen. In: Rückenmarkerkrankungen. Therapeutische Umschau (Hrsg. V. Dietz, A. Cavigelli) Band 57, Heft 11, 2000.
4. McKinley W.O., Seel R.T., Hardmann J.T.: Nontraumatic spinal cord injury: incidence, epidemiology and functional outcome. *Arch Phys Med Rehab* 1999; 80: 619-623.
5. Managed Care. Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie. Heft 2, 2004.
6. E. Critchley and A. Eisen (Eds): *Spinal Cord Disease: Basic Science, Diagnosis and Management*. Springer Verlag Berlin. 1997.
7. Iseli E., Cavigelli A., Dietz V., Curt A.: Prognosis and recovery in ischaemic and traumatic spinal cord injury: clinical and electrophysiological evaluation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 67: 567-71.
8. International Classification of Functioning, Disability and Health. A new World Health Organization (WHO) publication <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/pr2001-48.html>

VERANSTALTUNGSBERICHT

Ökonomie im Gesundheitswesen

Die Gesundheit und das Gesundheitswesen sind uns lieb und teuer. Vor allem teuer, behaupten einige. Geht es nicht auch günstiger? Am ersten Kongress für Gesundheits- und Pharmakoökonomie in Bern zeigten Ökonomen auf, wie dies zu bewerkstelligen wäre.

Lorenz Borer

Welche Rolle könnte die Ökonomie bei Entscheiden im Gesundheitswesen spielen? Darüber reflektierten über 200 Exponenten aus dem Gesundheitswesen am ersten Schweizerischen Kongress für Gesundheits- und Pharmakoökonomie¹ am 18. Juni 2004 in Bern. Unbestritten war, dass die zeitlichen und materiellen Ressourcen im Gesundheitswesen nicht nur grundsätzlich begrenzt sind, sondern in letzter Zeit auch knapper werden. Mehr Markt-

elemente sollen dem Gesundheitswesen nun Heilung bringen. Aber wie könnten diese aussehen? Und was können wir von ihnen erwarten?

¹ Der 1. Schweizerische Kongress für Gesundheits- und Pharmakoökonomie wurde von MSD (Merck Sharp & Dohme-Chibret AG) initiiert und finanziell unterstützt.

² Plaut Studie: Vaterlaus S., Telser H., Zweifel P., Eugster P. (2004): Was leistet unser Gesundheitswesen? Internetbezug: www.plaut-economics.ch

Anreize anders setzen

Der Hebel ist bei den Anreizsystemen anzusetzen, dies zeigte Bernd Schips auf, Leiter der Konjunkturforschungsstelle der ETH. Weder für Patienten noch für Leistungserbringer zahlt es sich heute aus, sich kosteneffizient zu verhalten. Deshalb ist es gemäss Schips folgerichtig, dass unter den aktuellen Rahmenbedingungen das medizinisch Mögliche veranlasst wird, um einem Patienten zu helfen. Bei Einzelleistungshonorierung wird dieses Verhalten – selbst wenn es im Einzelfall nicht effizient ist – finanziell sogar belohnt. In einem aus ökonomischer Sicht idealen System, so Schips, sollten die Kostenbeteiligung der Versicherten tendenziell ausgebaut und pauschale Vergütungssysteme gefördert werden. Dass dabei pflegeintensive Patienten zu den Leidtragenden gehören könnten, verhehlte Schips nicht. Entsprechend wären gesetzliche Leitplanken gegen Missbräuche und Unterversorgung zu treffen.

Auch brach Schips eine Lanze für eine monistische Spitalfinanzierung. Nebst der Zusammenführung von Entscheidungs- und Finanzungsverantwortung hätte sie den Vorteil, dass die Versicherer ein grösseres Interesse am Spitalsektor entwickeln würden und dass die Kantone Transparenz in der Objektfinanzierung her-

stellen müssten. Schips: «Damit entfielen ebenfalls der unselige Trend, die Kosten ständig einem anderen «Käseli» zu belasten.»

Kosten und Nutzen erforschen

Eine ökonomisch ganzheitliche Sicht hob Thomas Szucs hervor, Co-Direktor am European Center for Pharmaceutical Medicine der Universität Basel: Eine teure Intervention könne kosteneffektiver sein als eine billige, besonders, wenn dadurch an den Hospitalisationen gespart werden kann. Der alleinige Fokus auf Kosten – und dabei den Nutzen ausblenden – mache uns sehr kurzsichtig. Zudem sei auch unzulässig, sich nur auf klinische Studien zu beschränken, wie das in der Medizin so oft geschehe: Diese seien darauf getrimmt, eine Forschungshypothese unter möglichst kontrollierten Bedingungen zu beantworten. Mit der Realität habe dies oft wenig gemeinsam, so Szucs. Erst wenn klinische Studien mit Ergebnisforschung und Gesundheitssystemforschung ergänzt würden, ergäben sich ausreichende Entscheidungsgrundlagen.

Peter Zweifel, Professor am Sozialökonomischen Institut der Universität Zürich, plädierte für mehr empirische Forschung in der Gesundheitsökonomie. Die Nutzenmessung auf Patienten- oder Bürgerebene



Bernhard Güntert, Professor für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen an der Privaten Universität Tirol.



Bernd Schips, Leiter der Konjunkturforschungsstelle der ETH.



Fritz Britt, ehemaliger Vizedirektor des Bundesamts für Gesundheit.



Thomas Szucs, Co-Direktor am European Center for Pharmaceutical Medicine der Universität Basel.



Peter Zweifel, Professor am Sozialökonomischen Institut der Universität Zürich.

Szenarien «Gesundheitswesen 2014»

Im Workshop «Gesundheitswesen 2014» entwickelten die Teilnehmenden Szenarien für das Gesundheitswesen in zehn Jahren. Unter der Leitung von Gesundheitsökonom Willy Oggier ergaben sich folgende Perspektiven:

- Für die Spitäler wurde eine Zentralisierung und Spezialisierung prophezeit, was bedeutet, dass die Zahl der Häuser weiter abnehmen wird. Ausserdem werde sich der Trend zur Mehrklassenmedizin fortsetzen, im Bereich der Hotellerie transparent, im medizinischen Bereich vermutlich versteckt.
- Die Ärzteschaft in der Praxis wird einen anhaltenden Druck erleben. Eine weitere Vernetzung der Ärzte ist unabdingbar. Der Grundversorger wird als Gesundheitslotse den Patienten aktiv führen, weil der Arzt auch in Zukunft über den grössten Vertrauensbonus für den Patienten verfügen wird. Daneben spielen unternehmerische Belange in der Arztpraxis eine grössere Rolle.
- Im Bereich der Medikamente werden individuellere Therapien dank Pharmacogenetics möglich sein. Die Therapie wird dank früherer Diagnose früher einsetzen können, der kurative Bereich verschiebt sich in Richtung Prävention. Gleichzeitig wird die Rolle der Generika viel wichtiger, und nationale Zulassungsbehörden werden durch supranationale abgelöst. Schliesslich wird der Patient unbegrenzten Zugang zu Information erhalten, und das Patient Empowerment wird verstärkt.
- Patientenorganisationen werden im Jahre 2014 schlagkräftig und kämpferisch sein. Nebst rechtlichen Belangen ist eines der grossen Themen der Zugang zu neuen Therapien. Einig waren sich alle Workshopteilnehmer, dass sich die grössten Fortschritte im Bereich der integrierten Versorgung und des optimierten Schnittstellenmanagements zeigen werden.

schaft Informationen, die sonst im Gesundheitswesen nicht verfügbar sind, so Zweifel. Diese können für die Steuerung des Systems eminent bedeutend sein. Beispielhaft führte Zweifel die kürzlich publizierte Untersuchung von Plaut Economics² an. In dieser wurde unter anderem ermittelt, wie viel Kompensation die Bürger erhalten müssen, damit sie sich in der Gesundheitsversorgung einschränken lassen: Die monatlichen Krankenversicherungsprämien müssten um 85 Franken gesenkt werden, damit die Bürger bei neuen Therapien eine zweijährige Wartefrist in Kauf nähmen. Eine eingeschränkte Arztwahl nach Kostenkriterien müsste den Versicherten mit monatlich 103 Franken Reduktion versüsst werden. Diese so genannte «marginale Kompensationsforderung» schwankt selbstverständlich zwischen den befragten Individuen recht stark, so Zweifel. Das gebe jedoch Raum, gewisse Versicherungsmodelle anzubieten, die durchschnittlich zwar nicht so attraktiv seien, aber immerhin eine Anzahl Bürger ansprechen würden.

Schnittstellen verbinden

Das Augenmerk im aktuellen System liege darauf, einzelne Einrichtungen (zum Beispiel das Spital) zu optimieren, oder allenfalls die Interaktion zwischen Patient und Leistungserbringer zu verbessern. Dies stellte Bernhard Güntert fest, Professor für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen an der Privaten Universität Tirol. Das müsse aber Stückwerk bleiben, weil dabei der Behandlungskette und der Patientenkarriere viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt werde. Entsprechend liegen gemäss Güntert die Lösungsansätze darin, die Schnittstellen wirkungsvoll zu verbinden, beispielsweise mit Gatekeeping durch den Hausarzt oder mit Managed-Care-Modellen. Es dürfe aber keinesfalls vergessen werden, dass dem Patienten die entscheidende Rolle als Co-Produzent seiner Gesundheit zukomme, so Güntert. Deshalb sei sowohl dem Patienten im Speziellen als auch der gesunden Bevölkerung im Allgemeinen der Zugang zu adäquater Information, Schulung und Beratung zu ermöglichen und zu erleichtern. Das Informationsdefizit zwischen Healthcare-Professional und

Bürger und Patient sei wenig hilfreich, die Rationalisierungspotenziale auszuschöpfen. Zudem habe paternalistisches Verhalten keine Zukunft.

Güntert legte den Finger auf einen weiteren wunden Punkt: Das Gesundheitssystem bietet heute keinerlei Anreize für Prävention oder gar Gesundheitsförderung. Hier ortet Güntert ein grosses – auch ökonomisches – Potenzial. Das Bewusstsein, dass Gesundheit endlich ist und gepflegt werden muss, sei stark unterentwickelt.

Wahrscheinlichkeiten abwägen

Dem widersprach indirekt Peter Zweifel. Er sei nicht überzeugt, dass der Bürger nicht ständig seine Handlungsvarianten ökonomisch abwäge. Zeit sei dabei eine eminent wertvolle Ressource. Und so komme es eben vor, dass man sich gegen den morgendlichen Waldlauf entscheide: Das Verhältnis von zeitlichem Aufwand (für den Lauf) und Ertrag in Form von verlängertem Leben erscheint nämlich sehr ungünstig oder mindestens ungewiss.

Überhaupt müssten wir uns ehrlicherweise eingestehen, so Zweifel, dass wir in der Medizin häufig Ereignisse als unabänderlich auf uns zukommende, gewissermassen schicksalhafte Tatsachen darstellen. Richtig sei jedoch vielmehr, in Wahrscheinlichkeiten zu denken. Diese Wahrscheinlichkeiten könne man verändern und beeinflussen. Zweifel: «Für den Menschen ist es absolut alltäglich, die Veränderungen der Wahrscheinlichkeiten gegenüber anderen Zielen abzuwägen.»

Ökonomie des Stillstands

Weshalb ist im Gesundheitswesen so wenig Dynamik in der Systemverbesserung zu beobachten? Diese Frage klärte Fritz Britt, scheidender Vizedirektor des Bundesamt für Gesundheit, auf seiner Tour d'horizon: Allen Akteuren gehe es recht gut im gigantischen Wachstumsmarkt «Gesundheitswesen». Und alle hätten sich mehr oder weniger mit der Situation arrangiert. Britt stellt einen Reformstau fest: Die Politiker streben keine Lösungen an, weil jede Lösung angesichts der Kostensteigerung unpopulär sein muss. Die Kantone sträuben sich vor Änderungen, weil sie sichtbar machen würden, wie schlecht die Gesundheitsinstitutio-

nen bisher geführt wurden. Zudem kämen die Kantone dabei in erster Linie unter Kostendruck und müssten abbauen, so Britt. Die Leistungserbringer ihrerseits profitieren davon, dass der Gesundheitsmarkt allen ein gutes Einkommen bietet: Deshalb sei Marktdruck unerwünscht. Zudem wirken sich schlechte politische Entscheidungen erst in der nächsten Generation aus. Zusammen mit dem Primat der Finanz- vor der Gesundheitspolitik führt dies gemäss Britt dazu, dass im Bereich Public Health auf allen Ebenen konstant abgebaut wird.

Trotzdem zieht Fritz Britt ein versöhnliches Fazit aus seiner Amtstätigkeit: Im Ausland werde die anhaltend hohe Qualität unseres Versorgungssystems anerkennend gelobt. Die «Abstimmung mit den Füßen» unter Grenzgängern spreche hier Bände. Er forderte deshalb dazu auf, dem herausragenden Niveau Sorge zu tragen und bei allen Reformen das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten: «Der Stimmbürger würde das nicht goutieren.» ■

Bericht und Fotos:

LORENZ BORER, MSc, BBA
MANAGER HEALTHCARE AFFAIRS
MERCK SHARP & DOHME-CHIBRET AG
E-MAIL: LORENZ.BORER@MERCK.COM