

## Unser Beirat



Prof. Dr. Reinhard Elke, OrthoMerian, Orthopädische Praxis am Merian Iselin Spital, Basel



Prof. Dr. Markus Furrer, Chefarzt Chirurgie, Kantonsspital Graubünden, Chur



Prof. Dr. Jürg Kesselring, Chefarzt Klinik, ValensKlinik für Neurologie, Valens



Prof. Dr. Reto W. Kressig, Chefarzt Geriatrie, Universitätsspital, Basel



Prof. Dr. Jörg D. Leuppi, Chefarzt der Medizinischen Universitätsklinik Baselland/Liestal



Prof. Dr. Christian Ludwig, ehemaliger Leiter Medizinische Klinik und Chefarzt Onkologie, St. Claraspital, Basel



Prof. Dr. Thomas F. Lüscher, Klinikdirektor Kardiologie, Universitäres Herzzentrum, USZ, Zürich



Prof. Dr. Georg Noll, Hirslandengruppe, Zürich



Prof. Dr. Thomas Peters, Chefarzt Innere Medizin, Endokrinologie mit Ernährungszentrum, St. Claraspital, Basel



Dr. Jürg Schneider, Chefarzt Frauenklinik, Gynäkologische Onkologie, Spital Wetzikon



Prof. Dr. jur. utr. Brigitte Tag, Lehrstuhl für Strafrecht und Medizinrecht, Zürich



Prof. Dr. Robert Theiler, Chefarzt Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Stadtspitals Triemli, Zürich



Prof. Dr. Bernard Waeber, Physiopathologische Klinik, Lausanne

## Kooperationen über die Grenze haben noch Ausbaupotenzial

## Zur Rehabilitation nach Deutschland

**BASEL – Jeden Tag pilgern unzählige Konsumentinnen und Konsumenten aus Grenzregionen der Schweiz nach Deutschland, um sich dort mit kostengünstigeren Waren einzudecken. Im Gesundheitsbereich findet eine solche «Völkerwanderung» dagegen erst auf einem bescheidenen Niveau statt, wie die neuesten Zahlen bestätigen. Aus Schweizer Sicht noch am stärksten gefragt sind Rehabilitationsbehandlungen. So lässt sich rund jeder zehnte Reha-Patient aus der Region Basel in einer der umliegenden Kliniken in Deutschland behandeln. Mit höheren Fallzahlen ist in den Grenzregionen der Schweiz zu rechnen, wenn die geplante Änderung des Krankenversicherungsgesetzes – mutmasslich 2016 – die politischen Hürden geschafft hat.**

«Der Bundesrat der Schweizerischen Eidgenossenschaft und Seine Majestät der Deutsche Kaiser, König von Preussen, haben es für nützlich befunden, gegenseitig die in der Nähe der Grenze wohnhaften Ärzte, Wundärzte, Tierärzte und Hebammen zur Ausübung ihrer Berufstätigkeit zu ermächtigen, und haben zum Zweck des Abschlusses einer dies fälligen Übereinkunft...»

Seit dieser vermutlich ersten Vereinbarung von 1884 über eine regionale Vernetzung im Gesundheitswesen ist sehr viel Wasser den Rhein runtergeflossen. Die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung blieb aber ein Thema, das im Laufe der Zeit konkretere Züge annahm, aber immer noch stark ausbaufähig erscheint.

## Spezielle Vereinbarungen mit Krankenversicherern

Eigentliches Vorzeigeprojekt in der Region Basel ist das Onkologische Zentrum mit Strahlentherapie des Universitätsspitals Basel (USB) in Lörrach: ambulo. Der 2014 eingeweihte Neubau steht auf dem Gelände des Kreiskrankenhauses Lörrach. Während die Patienten früher von Deutschland nach Basel kommen mussten, steht ihnen jetzt die universitäre Medizin direkt in Lörrach zur Verfügung. «Während die Startphase vorwiegend mit Ärzten und medizinisch-technischem Personal aus dem Mutterhaus in Basel bewältigt wurde, werden nun – wenn immer möglich – Mitarbeitende aus dem deutschen Raum rekrutiert», sagt USB-Mediensprecher **Martin Jordan** gegenüber *Hospital Tribune*. Der Bedarf an onkologischer Strahlentherapie sei gross. Das Zentrum

verfüge zudem über eine ausgebaute Praxis der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Die Zusammenarbeit sehe im Detail so aus, dass die im ambulo ansässige Onkologiepraxis ihre Patienten bei Bedarf zur Strahlentherapie ans MVZ Lörrach zuweise. Die Planung der Bestrahlung erfolge unter Aufsicht des USB-Chefarztes durch Fachärzte am MVZ in Zusammenarbeit mit Strahlenphysikern. In komplexen Fällen erfolge die Überweisung unmittelbar ans Universitätsspital Basel. Mit einigen Krankenversicherern (z.B. AOK) hätten Vereinbarungen getroffen werden können, dass in einem solchen Fall der schweizerische Tarif angewendet werden kann. Sofern eine Versicherung die Kosten nicht übernehmen wolle, müssten Patienten in komplexen Fällen nach Freiburg überwiesen werden. Das ziehe längere Wartezeiten und hohe Transportkosten nach sich. Jordan macht noch auf einen weiteren Knackpunkt aufmerksam: «Problematisch sind vor allem die deutlich unterschiedlichen Anerkennungsverfahren für die hochspezialisierten Fachleute zwischen Deutschland und der Schweiz sowie Restriktionen in den nationalen arbeitsrechtlichen Bestimmungen.» Dadurch werde die Entsendung von medizinischem Personal über die Grenze beinahe verunmöglicht.

## Pilotprojekt zur Wahlbehandlung im Ausland

Nicht nur bezüglich des onkologischen Zentrums in Lörrach hat Basel in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen Neuland betreten. Ein anderes Thema in diesem Zusammenhang



heisst «GRUEZ» (Grenzüberschreitende Versorgung CH-D). Vor acht Jahren wurden in der Schweiz und in Deutschland die Gesetze so angepasst, dass Kooperationen zwischen diesen beiden Ländern leichter möglich gemacht wurden. Das Pilotprojekt «GRUEZ» ermöglicht seither gesetzlich versicherten Personen im Landkreis Lörrach und in den Kantonen Basel-Stadt und Baselland eine grenzüberschreitende Wahlbehandlung im wohnortsnahen Ausland.

## Mehr Planungssicherheit für die Zusammenarbeit

Wie stark wurde von dieser neuen Freiheit bis jetzt Gebrauch gemacht? Die aktuellsten Zahlen von Mitte August 2015 verdeutlichen, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im Grenzverkehr von der Schweiz in Richtung Deutschland noch ziemlich bescheiden ist und zudem fast ausschliesslich (zu 97%) Rehabilitationsleistungen betrifft.

In umgekehrter Richtung ist die Nachfrage grösser. Aus dem im August 2015 publik gewordenen Schlussbericht zur zweiten Phase des Pilotprojektes geht hervor, dass die Lörracher Spitäler und Kliniken im Jahre 2013 Daten zu insgesamt 765 Behandlungen lieferten, die Basler Spitäler zu 8721 Behandlungen. Ein

Drittel der grenzüberschreitenden deutschen Patienten sind Grenzgänger.

Laut dem seit Kurzem vorliegenden Monitoring-Bericht zum Pilotprojekt sind respektive wären im Kanton Basel-Stadt 90% und im Kanton Baselland 85% der Versicherten berechtigt, sich im grenznahen Deutschland in einer von zwölf beteiligten deutschen Kliniken behandeln zu lassen. Das Gros der Kassen hat Verträge, aber nur ein Bruchteil der hiesigen Versicherten macht von der Möglichkeit einer Reha-Behandlung in Deutschland Gebrauch.

So startete das im Jahre 2007 lancierte Pilotprojekt «GRUEZ» mit 91 Fällen und erreichte 2012 einen vorläufigen Höhepunkt mit 269 Fällen, was ungefähr einem Zehntel aller klinisch behandelten Reha-Fälle entspricht. Danach gingen die Fallzahlen wieder leicht zurück. Im Jahre 2014 wurden noch 233 Fälle registriert. Die Zuweisung erfolgt in aller Regel über Akutkrankenhäuser im Anschluss an eine stationäre Behandlung.

Ist der Höhepunkt bereits überschritten? **Dr. Peter Indra**, Leiter des Bereichs Gesundheitsversorgung im Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, verneint. Der kleine Einbruch in den vergangenen ▶▶

## HOSPITAL TRIBUNE

Zeitung für Spitalärztinnen und -ärzte  
© 2015

Verlag und Herausgeber:  
swissprofessionalmedia AG

Geschäftsleitung:  
Oliver Kramer

Verlagsleitung:  
Dr. med. Theo Constanda

Chefredaktor:  
Winfried Powollik

Medizinische Fachredaktion:  
Dr. med. Petra Genetzky, Dr. med. Tobias Hottiger

Lektorat:  
Dr. phil. Regine Schrickler

## Ständige Korrespondenten:

Dr. med. Ulrich Castelberg, Dr. rer. nat. Klaus Duffner,  
Dr. med. Arnd Fussinger, Dr. med. Susanne Kammerer,  
Jacques Rossier, Arzt, Dr. rer. nat. Renate Weber,  
Dr. med. André Weissen, Dipl. pharm. Alexandra Werder,  
Dr. med. Christian Werler

Generalsekretärin Prix Gallien:  
Dr. med. Petra Genetzky

## Marketing &amp; Creative Director:

Anette Klein  
Layout:  
Holger Göbel, Richard Hoppe, Mira Vetter

Verkaufsleitung:  
Antonino Diaco, Tel.: 058 958 96 17  
Key Account Manager

Biagio Ferrara, Tel.: 058 958 96 45  
Key Account Manager

Marc Philipp, Tel.: 058 958 96 43  
Key Account Manager

## Anzeigenadministration:

Marianne Vogt  
Tel.: 058 958 96 10  
Preisliste vom 01.01.2015

## Vertriebsleitung:

abo@medical-tribune.ch  
Tel.: 058 958 96 49  
Fax: 058 958 96 90

## Marketing:

Andrea Evelin Colaci, andrea.colaci@s-p-m.ch

## Adresse:

swissprofessionalmedia AG  
Grosspeterstrasse 23  
Postfach  
CH-4002 Basel, Switzerland  
Telefon 058 958 96 00  
Telefax 058 958 96 60  
Medical Tribune-Online: www.medical-tribune.ch  
E-Mail: kontakt@medical-tribune.ch

## Druck:

Printec Offset Medienhaus  
Ochshäuser Strasse 45  
D-34123 Kassel

## Bankverbindung:

Postcheck Basel, Kto.-Nr. 40-27 104-5

## Bezugsbedingungen:

Einzelpreis Fr. 12.–, Jahresabonnement Fr. 115.–.  
Das Abonnement kann mit einer Frist von vier Wochen zum Jahresende schriftlich gekündigt werden.

Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt sich der Urheber damit einverstanden, dass sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Ausgaben, Sonderproduktionen und elektronischen Medien der Medical Tribune Group und der verbundenen Verlage veröffentlicht werden kann.

ISSN: 0170-1894

Moderne Linsen ermöglichen Sehen wie in der Jugend

# Kataraktoperation erfolgt häufig zu spät

**DÜSSELDORF** – Die Kataraktoperation ist heute ein sehr erfolgreicher und für den Patienten wenig belastender Eingriff. Viele Patienten sehen nach der Operation wieder so gut wie in der Jugend – manche sogar noch besser.

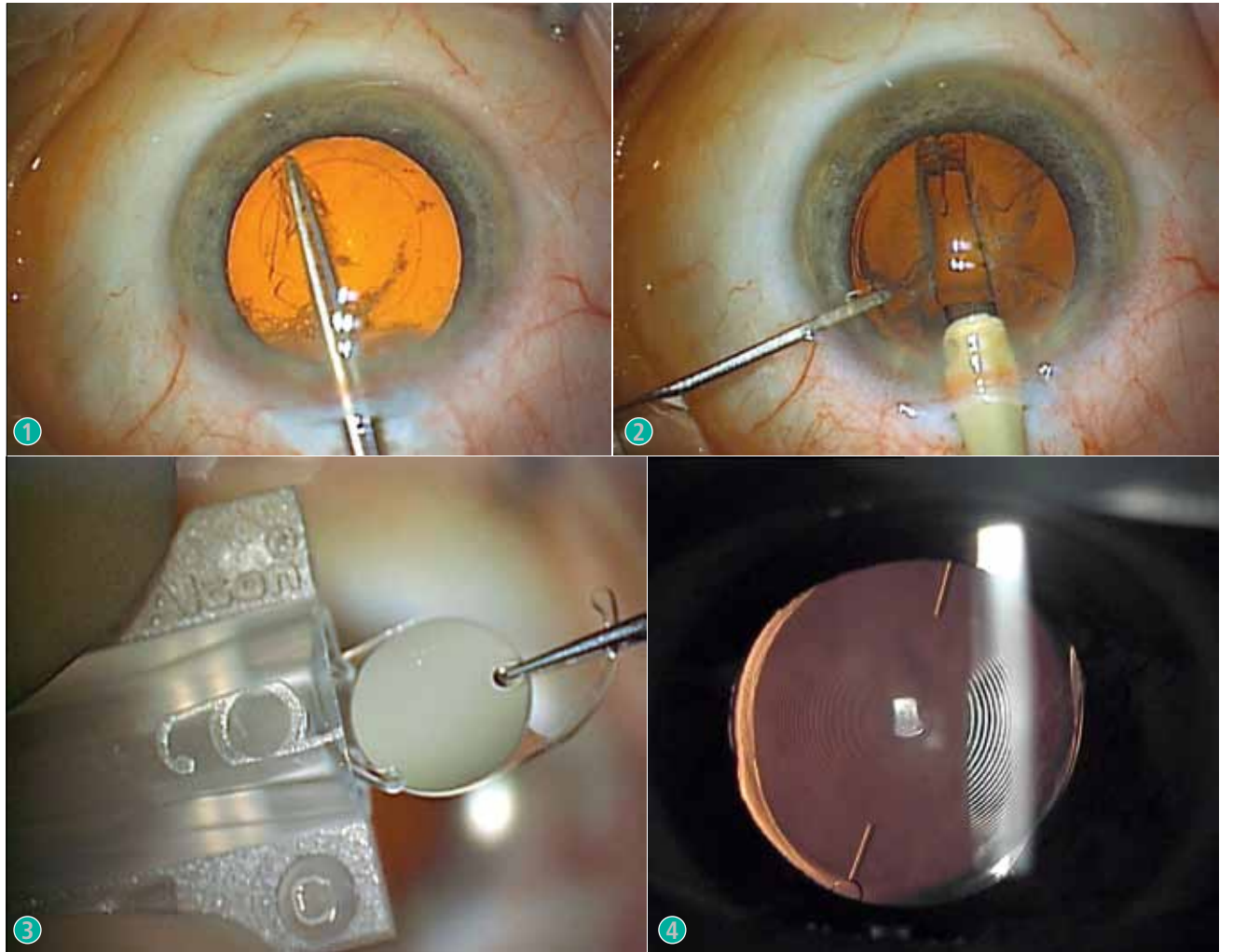
Oft wird das menschliche Auge mit einem Fotoapparat verglichen. Die Linse entspricht dem Objektiv, die Iris der Blende und die Netzhaut dem Film bzw. dem Chip. Alterungsprozesse im menschlichen Auge lassen häufig die Linse eintrüben. Therapeutisch besteht die einzige Möglichkeit im operativen Ersatz durch ein Kunststoffimplantat, analog würde man beim Fotoapparat also das Objektiv austauschen. Die Kataraktoperation stellt heute mit 650 000–800 000 Eingriffen pro Jahr den häufigsten Eingriff in Deutschland dar, Tendenz steigend, erklärte Professor Dr. Gerhard K. Lang von der Universitäts-Augenklinik. Um den Austausch weicher Linsen möglich

Da die Trübung irreversibel ist und in der Regel immer weiter fortschreitet, stellt sich für viele Patienten die Frage nach dem richtigen Operationszeitpunkt. Während man früher warten musste, bis die alte Linse reif für die Entfernung war, also eine gewisse Härte aufwies, ermöglichen moderne Ope-

rationen heute auch den Austausch weicher Linsen. Sobald das Sehen bei schlechten Lichtverhältnissen stark eingeschränkt ist oder der Patient nicht mehr Auto fahren kann, entscheidet er sich häufig für die Kataraktoperation. Diese gilt als sehr sicher und erfolgt meist ambulant.

## Multifokallinsen gegen grauen Star und Presbyopie

Um die Sehkraft wiederherzustellen, stehen heute für viele verschiedene Ansprüche unterschiedliche Modelle von Intraokularlinsen (IOL) zur Verfügung. Immer noch erhalten mit 95 % die allermeisten Patienten monofokale Linsen. Sie ermöglichen scharfes Sehen entweder in der Ferne oder in der Nähe. Die Patienten brauchen dann für die Nähe ein separates Brillenglas. So wählen 32 % der Patienten eine asphärische Optik. Damit bessert sich das Kontrastsehen. Für einen Blaulichtfilter zusätzlich zum standardmässigen UV-Schutz entscheiden sich 23 % der Augenpatienten. Auch für Patienten mit Hornhautverkrümmung bieten moderne Linsen verbesserte Sehleistungen. Torische IOL gleichen das Astigmatismus aus. In Zukunft werden mit Fern- noch mit Le-sebrillen herumärgern möchten. Mit



Zunächst wird die Linsenkapsel rundum eröffnet (1). Ultraschallenergie zertrümmert den Linsenkern (2). Der Operateur implantiert die neue elastische Linse durch einen winzigen Hornhautschnitt zusammengefaltet ins Auge (3). Torische Multifokallinsen gleichen neben Kurz- oder Weitsichtigkeit auch einen Astigmatismus aus. Hier überprüft der Ophthalmologe mit der Spaltlampe den korrekten Sitz (4).

Fotos: Gerhard K. Lang: Augenheilkunde, 5. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York 2014

## Eine neue Augenlinse einpflanzen – so geht's:

Phakoemulsifikation heisst das Standardverfahren, mit dem heute der Ersatz der eingetrübten Linse durch eine neue, künstliche stattfindet. Unter lokaler Betäubung wird ein feinstes, nur 2–3 mm breiter Schnitt in die Hornhaut gesetzt. Mit der Pinzette eröffnet der Operateur kreisförmig die Linsenkapsel. Durch Einsatz von Ultraschallenergie zertrümmert

er den Linsenkern und saugt ihn mit einer Hohnadel ab. In die erhaltene Kapsel implantiert er dann die Kunstlinse, die heute so flexibel ist, dass sie gerollt injiziert wird und sich erst im Auge entfaltet. Die Schnitte verheilen ohne Naht von selbst. Wenige Tage nach dem Eingriff bessert sich die Sehkraft des Patienten wesentlich.

diesen Modellen lassen sich sowohl der graue Star als auch die Presbyopie ausgleichen. Diese Linsen verteilen das einfallende Licht auf zwei oder drei Brennpunkte. Nach einiger Gewöhnung kann der Patient dann nah, intermediär und in der Ferne scharf sehen, ganz ohne Brille. Auch Kombinationen verschiedener Linsentypen stehen heute schon zur Verfügung. So gibt es z. B. multifokale torische Linsen. Damit gelingt es, die Sehkraft in jedem Bereich optimal zu korrigieren zu werden,

warnte der Experte. Er zog erneut den Vergleich mit der Kamera heran: Bei einem 70 Jahre alten Fotoapparat hat man schliesslich auch nach dem Austausch des Objektivs kein neues Gerät.

## Sehnervenschädigungen müssen vermieden werden

Andere Augenerkrankungen können die Sehkraft unabhängig von der Linse beeinträchtigen. So müssen Sehnervenschädigungen, z. B. durch ein Glaukom, ausgeschlossen sein. Auch Netzhautablösungen oder eine Uveitis kann die neue Linse

natürlich nicht beheben. In einem ausführlichen Aufklärungsgespräch werden die realistischen Chancen der Operation aufgezeigt. Bei den Linsen und auch neuen Operationstechniken, z. B. mit dem Femtosekundenlaser, erhoffen sich die Augenärzte für die Zukunft weitere Verbesserungen. Nicht nur die Katarakt lässt sich dann durch die Operation heilen, sondern auch Dr. Stefanie K. Bestenberger

Präsektion der Augenärztlichen Akademie Deutschland (AAD)

## Zur Rehabilitation nach Deutschland...

Fortsetzung von Seite 2

beiden Jahren sei bloss darauf zurückzuführen, dass der Sozialdienst eines Spitals gewechselt und bislang keine Erfahrungen mit Deutschland gehabt habe. Zudem habe eine deutsche Reha-Klinik ihre Tore kürzlich geschlossen.

Das Pilotprojekt «GRUEZ» wurde bis jetzt immer nur für ein paar Jahre wieder provisorisch verlängert. Laut Remigius Dürrenberger, Abteilungsleiter Projekte und Services im Bereich Gesundheitsversorgung, soll dieser provisorische Zustand nun aber mit einer Änderung des KVG (Art. 36 der Verordnung) demnächst – voraussichtlich 2016 – in einen definitiven Zustand übergeführt werden. Die Vernehmlassung dazu wurde vor wenigen Monaten abgeschlossen. Für die weitere Entwicklung der grenzüberschreitenden

Zusammenarbeit im Gesundheitswesen brauche es mehr Planungssicherheit. Während Deutschland von allem Anfang an eine dauerhafte gesetzliche Lösung vorgezogen hatte, gab sich die Schweiz bislang mit einer zeitlich befristeten Regelung zufrieden. Die gesetzliche Anpassung läge im Interesse praktisch aller Grenzregionen in der Schweiz (Ausnahme Aargau).

## Grosse Preisdifferenzen bei Reha-Leistungen

Leichtere orthopädische Fälle seien aus Kosten-Nutzen-Überlegungen in einer Reha-Klinik in Deutschland schlichtweg besser aufgehoben. Qualitativ hochstehende Kliniken wie etwa diejenige im schweizerischen Rheinfelden könnten sich dann auf komplexere Fälle konzen-

trieren: So lassen sich die Aussagen von Dr. Indra kurz zusammenfassen. Er verweist u. a. auf eine Studie des Gesundheitsökonom Jürg Sommer. Demnach bestünden einerseits grosse Preisdifferenzen bis zum Faktor 2 bezüglich der Angebote von Rehabilitationsleistungen zwischen der Schweiz und Deutschland. Bezüglich Betreuung, Qualität und Zufriedenheit seien dagegen keine Unterschiede festgestellt worden.

Bloss: Kosten-Nutzen-Vergleiche sind zumindest aus der Sicht des einzelnen Benutzers praktisch irrelevant, weil die Kosten zum grössten Teil von den Krankenkassen getragen werden. Einsparungen, die dank einer kostengünstigeren Behandlung im grenznahen Deutschland erzielt werden könnten, kommen – aller-

dings kaum spürbar – allen Prämienzahlern zugute. Das Motiv, sich jenseits der Grenze behandeln zu lassen, ist mit anderen Worten viel kleiner als das Motiv, im grenznahen Ausland einkaufen zu gehen. «Wenn die Schweizer Patienten die Reha-Leistungen selber bezahlen müssten, würden sich wohl gegen 90 % der dafür geeigneten Patienten für eine Reha-Klinik in Deutschland entscheiden», gibt sich Dr. Indra überzeugt.

Aufgrund dieser speziellen Verhältnisse auf dem Gesundheitsmarkt ist Dr. Indra mit dem bislang Erreichten in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auf dem Gesundheitsmarkt denn auch durchaus zufrieden. Darauf lasse sich aufbauen. Staatenübergreifende Lösungen brauchten nun

einmal ihre Zeit – und viel Geduld. Langfristig werde mit dem Pilotprojekt eine gemeinsame Planung der Gesundheitsversorgung im Dreiländereck angestrebt. Eine engere Kooperation mache auch deshalb Sinn, weil Basel, das über relativ wenige Reha-Möglichkeiten verfüge, keine neuen Kapazitäten aufbauen müsse. In Deutschland seien diese Kapazitäten im Übermass vorhanden. «Bis zur Rentenreform konnten in Deutschland die Senioren alle zwei Jahre zur Kur.» Dieses Privileg sei inzwischen abgeschafft worden, aber viele Überkapazitäten blieben bestehen.

Die leeren Betten im grenznahen Deutschland mit Schweizer Reha-Patienten zu füllen, sei für beide Seiten eine Win-Win-Situation.

Markus Sutter