

Verbesserte Herzleistung durch neue Schrittmachermethoden

Bei der konventionellen Herz-Schrittmacherbehandlung werden eine oder zwei Elektroden im Herzen eingebaut und verankert. Dies geschieht entweder ausschließlich in der rechten Herzkammer (→ RV; rechter Ventrikel) oder auch im rechten Vorhof (→ RA; rechtes Atrium). Bei solchen Systemen wird häufig eine Stimulation im rechten Ventrikel erforderlich. Das wiederum führt typischerweise zu einer verzögerten und ungeordneten Stimulation der linken Herzkammer und daraus folgt eine deutliche Abnahme der Herzfunktion. Diese kann in einigen Fällen so ausgeprägt sein, dass sogar eine erneute Operation mit zusätzlicher Elektrodenimplantation an der linken Seite des Herzens mittels sogenannter CRT-Schrittmacher (CRT: Cardiac Resynchronization Therapy) erforderlich wird.

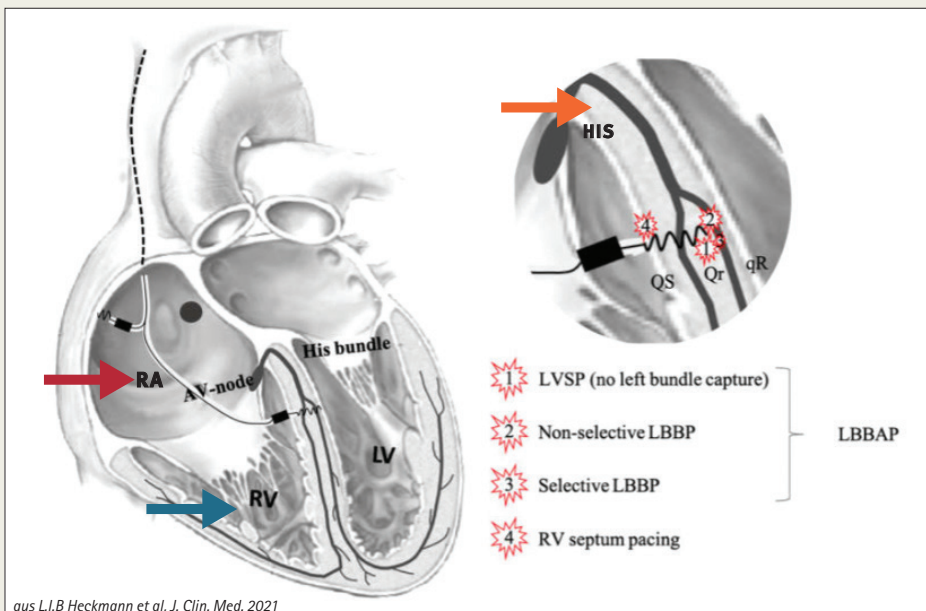
In den letzten Jahren wurde beobachtet, dass Schrittmacherelektroden, die direkt an oder in die Nähe des Reizleitungssystems der linken Herzkammer gebracht werden (sogenanntes CSP: Conduction System Pacing), nicht zu einer Verschlechterung der Herzfunktion führen. Dabei wird die „RV“-Elektrode entweder ins HIS-Bündel

(→ HIS) oder durch die Scheidewand hindurch in den linken Schenkel des Reizleitungssystems implantiert (Pos. 1, 2, 3 im rechten Bild). Diese Methode wird LBBAP (Left Bundle Branch Area Pacing) genannt und erscheint uns nach derzeitigem Wissensstand als die günstigste Methode einer Herzschrittmacherbehandlung.

Beide letztgenannten Verfahren benötigen zusätzlich zur Standardausrüstung eines Schrittmacher-Operationsraumes die intraoperative Darstellung von 12 EKG-Kanälen. Hierbei muss die Möglichkeit zur Vermessung der EKG-Signale am Bildschirm vorhanden sein. Zusätzlich wird ein Messkanal für die Signale der Elektrode (elektrophysiologisches Mapping System) am Einbauort benötigt.

Am 06.01.2023 wurde in Völklingen mit der LBBAP-Methode erstmals erfolgreich und komplikationslos ein Schrittmacher durch den leitenden Oberarzt Herrn Dr. Heib und Frau Dr. Gatto an einem 86-jährigen Patienten eingebaut.

Dr. Klaus-D. Heib
Leitender Oberarzt der Kardiologie



Kavous Hakim-Meibodi



Neuer Chefarzt der Herz-Thoraxchirurgie

Wie Sie sicherlich in der Presse gelesen haben, hat das HerzZentrum Saar seit letztem Jahr einen neuen Chefarzt der Herz-Thorax-Chirurgie.

Herr Hakim-Meibodi kommt vom Herz- und Diabeteszentrum des Landes Nordrhein-Westfalen in Bad Oeynhausen, wo er zuletzt als stellvertretender Ärztlicher Direktor und Leitender Oberarzt der Thorax- und Kardiovaskularchirurgie tätig war.

Wenn Sie ihn näher kennen lernen möchten, besuchen Sie unser nächstes Patientenseminar am 29. April 2023.

Patientenseminar

Thema: Herz und Diabetes

Patientenseminar am 29. April 2023

Einlass ab 9.00 Uhr

Kongresszentrum SHG-Kliniken
Völklingen

Einladung folgt

Karin Mertens

Verleihung des Deutsch-Französischen Freundschaftspreises – 26.01.2023

Frau Mertens ist als Kind deutsch-französischer Eltern in beiden Kulturen aufgewachsen. Sie selbst hat dann auch als Jugendliche und Erwachsene in beiden Ländern gelebt und gearbeitet. Seit vielen Jahren ist sie im Gesundheitsbereich tätig und hat sich an ihren unterschiedlichen Arbeitsplätzen der deutsch-französischen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich verschrieben. Hier tut sie nicht nur ihre berufliche Pflicht, sondern engagiert sich weit darüber hinaus für eine Verbesserung der grenzüberschreitenden Kooperation zum Wohle der Bürgerinnen und Bürger. Spätestens seit der Corona Pandemie wissen wir, wie schwierig sich diese Zusammenarbeit auch heute noch gestaltet. Frau Mertens ist zur wahren Pionierin dieser Kooperation im medizinischen Bereich geworden.

So hat sie wesentlich am Aufbau einer beispielhaften Zusammenarbeit zwischen den SHG-Kliniken Völklingen und dem Krankenhaus in Forbach mitgearbeitet. Sie hat sich von Rückschlägen nicht entmutigen lassen und selbst neue Ideen eingebracht.



oben: Frau Haser (r.) gratuliert Frau Mertens mit einem Blumenstrauß
links: der Freundschaftspreis in Form einer Anstecknadel

Mit derselben Tatkraft widmet sie sich derzeit der Ausweitung des MOSAR-Abkommens (Abkommen vom 12. Juni 2019, das darauf abzielt, die deutsch-franzö-

sischen Gesundheitsbeziehungen und insbesondere die Mobilität und den Zugang zur Gesundheitsversorgung für die Bewohner der grenzüberschreitenden Region zu erleichtern). Gleichzeitig bringt sie ihr Fachwissen und ihre langjährigen Erfahrungen in den Wirtschafts- und Sozialausschuss der Großregion als Expertin der AG „Gesundheit – Silver Economy“ ein.

Ziel dieser AG ist es, die Großregion zu einem Modell-Euregio in der EU zu machen und die Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger durch die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystemen und den Versorgungsstrukturen wesentlich zu verbessern. Auch hier trägt Frau Mertens mit ihrem außerordentlichen Engagement wesentlich zum Vorschreiten des Projektes bei.

Durch ihre Wechsel zwischen deutschen und französischen Arbeitgebern wurde sie schnell zur Expertin für den Nachbarn. Beide Gesundheitssysteme sind ihr bestens bekannt, was sie nutzt,

Die Urkunde bestätigt die Verleihung des Preises an Frau Mertens



Impressionen der Preisverleihung



Frau Mertens bei der Preisverleihung in Straßburg



um Brücken zu bauen, wo scheinbar unüberwindbare Hindernisse im Raum stehen. Dabei versucht sie stets, auch das Verständnis für die „andere Seite“ zu vermitteln. Ihre herausragenden Fachkenntnisse, verbunden mit einem persönlichen leidenschaftlichen Engagement, machen sie zu einer „Brückenbauerin“ zwischen unseren Ländern zum Wohle der Bürgerinnen und Bürger.

Mitteilung des



Generalkonsulat
der Bundesrepublik Deutschland
Straßburg

DIE MINISTERPRÄSIDENTIN DES SAARLANDES

Frau
Karin Mertens
Eurodistrict SaarMoselle
Bureau de coopération
Talstraße 16
66119 Saarbrücken

Saarbrücken, den 26. Januar 2023

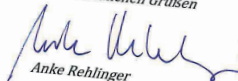
Sehr geehrte Frau Mertens,

mit großer Freude habe ich von Ihrer Auszeichnung mit dem Deutsch-Französischen Freundschaftspreis erfahren. Dieser bedeutende Preis ist eine Anerkennung für Ihre besondere Leistung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitssektor.

Die durch die Covid 19-Pandemie hervorgerufene Gesundheitskrise hat uns eindrücklich die Bedeutung grenzüberschreitender Solidarität und Zusammenarbeit vor Augen geführt. Im Alltag der Bürgerinnen und Bürger ist die grenzüberschreitende Kooperation bei der Gesundheitsversorgung von herausragender Bedeutung und rettet – im wahrsten Sinne des Wortes – Leben.

Ich möchte Ihnen daher meine herzlichen Glückwünsche aussprechen; verbunden mit einem Dank für alles, was Sie im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zum Wohle der Menschen in unserem gemeinsamen, grenzüberschreitenden Lebensraum geleistet haben.

Mit freundlichen Grüßen


Anke Rehlinger

Kardio-CT anstelle einer Herzkatheteruntersuchung – Was sind die Fakten?

Für viele Menschen ist bereits der Gedanke an Probleme mit dem Herzen mit Ängsten verbunden. Diese Ängste nehmen zu, wenn der Arzt dem Patienten eröffnet, dass zur Abklärung seiner Beschwerden eine Untersuchung des Herzens erforderlich ist. Kommt dann das Gespräch auf die Herzkatheteruntersuchung, werden diese Ängste oft zur überwältigenden Panik.

Wenn es einmal soweit ist, dass bei einem Patienten eine Herzkatheteruntersuchung erforderlich ist, kommt heutzutage automatisch die Frage auf: „Warum nicht eine Kardio-CT Untersuchung?“, also: „Warum nicht eine Computertomographie des Herzens?“

Diese, in den letzten Jahren zunehmend häufiger eingesetzte Untersuchungsmethode, möchte ich Ihnen hier näher erklären. Der besondere Stellenwert soll gelegt werden auf die Frage, für welche Patienten die Untersuchung geeignet ist.

Prinzipiell ist die Entscheidung recht einfach: Bei Patienten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für eine bedeutsame Erkrankung der Herzkranzgefäße ist nach wie vor die Herzkatheteruntersuchung die beste Methode. Hohe Wahrscheinlichkeit haben Patienten mit einem Herzinfarkt oder ständig wiederkehrenden typischen Beschwerden, Patienten bei denen womöglich eine Bypassoperation oder eine Aufdehnung mit Stent erwartet wird.

Die Patienten, bei denen nur eine niedrige oder geringe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer bedeutsamen Herzkrankung besteht, oder die wenig ty-

pische und eher seltene Beschwerden haben, profitieren mehr von der CT-Untersuchung der Herzkranzgefäße.

Mit dem CT sehen wir heute auf weniger als einen halben Millimeter genau in die Herzgefäße hinein. Wir können uns den Verlauf der Gefäße und die Anatomie anschauen. Dabei können wir schon sehr früh Wandauflagerungen entdecken, selbst wenn die Gefäße noch gar nicht verstopft sind. Das hilft dem Arzt, unterschiedliche Gefährdungsgruppen bei seinen Patienten zu erkennen und er kann damit auch die benötigten Medikamente besser für den Patienten auswählen. Bei einer Herzkatheteruntersuchung beträgt die Auflösung sogar 0,1 Millimeter.

Eine weitere Limitation der Kardio-CT ist, dass bei stark verkalkten Gefäßen Engstellen nicht gut beurteilt werden können. Weil aber stärkere Verkalkungen erst in höherem Alter auftreten, reicht es, bei Menschen jenseits des 60. Lebensjahres einen Kalk-Score zu machen. Dabei zählen wir das Volumen und den Kalk der Wandveränderungen zusammen und erhalten eine Maßzahl für den Verkalkungsgrad der Herzkranzgefäße. Bei einem hohen Verkalkungsgrad empfeh-

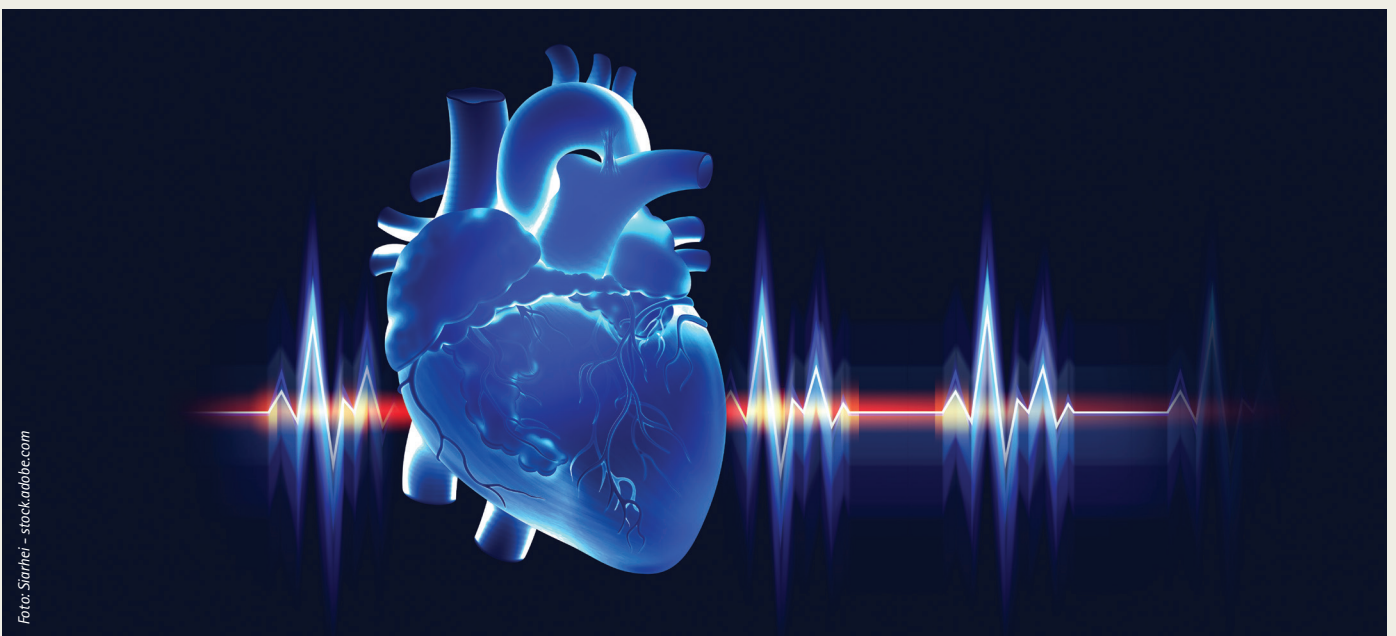
len wir zur weiteren Abklärung eher die Herzkatheteruntersuchung.

Eine CT-Untersuchung haben viele von Ihnen wahrscheinlich schon einmal erlebt. Die Details erklären wir den Patienten vor der Untersuchung in einem Aufklärungsgespräch. Die eigentliche Untersuchung dauert dann nur noch fünf Minuten.

Ein wesentlicher Grund eine solche Untersuchung bei uns am HerzZentrum Saar durchführen zu lassen, ist die langjährige Erfahrung, die wir bereits mit dieser Methode haben. Wir können auch unsere Ergebnisse immer wieder gut kontrollieren, da wir Rückmeldung aus unserem Katheterlabor bekommen, ob wir die Verengungen richtig erkannt haben (falls die Patienten nach einer Kardio-CT-Untersuchung doch eine Herzkatheteruntersuchung benötigen). Zurzeit werden bei uns um die 3.500 Kardio-CT-Untersuchungen pro Jahr (14 Untersuchungen pro Tag) durchgeführt. Leider ist diese Methode wenig geeignet für Patienten, die bereits Bypässe oder mehrere Stents haben.

Sollte in Ihrem Fall die Herz-CT, so wie ich es oben erklärt habe, in Frage kommen, besprechen Sie dies mit Ihren Ärzten. Diese können Sie dann bei uns zur Untersuchung anmelden.

*Dr. med. Lorenz Jochum,
Leiter der kardialen Schnittbildiagnostik
am HerzZentrum Saar*



Pressemitteilung der Techniker Krankenkasse Saarland

Neues Versorgungsangebot für TK-Versicherte mit Herzerkrankungen im Saarland

Laut Pressemitteilung der Techniker Krankenkasse vom 17. Oktober 2022 hat sie mit dem HerzZentrum Saar der SHG-Kliniken Völklingen einen Vertrag für eine innovative Herzdiagnostik mittels Computertomographie (Kardio-CT) und Magnetresonanztomographie (Kardio-MRT) abgeschlossen. TK-Versicherte mit Verdacht auf eine Koronare Herzerkrankung (KHK) können damit von einer schonenden Alternative zur Herzkatheter-Untersuchung profitieren.

„Wir freuen uns, unseren Versicherten im Saarland mit diesem besonderen Versorgungsangebot eine moderne komplikationsarme und gleichzeitig sichere Diagnostik zu bieten“, erklärt Stefan Groh, Leiter der TK-Landesvertretung Saarland.

Wer kann teilnehmen?

- TK-Versicherte mit Verdacht auf eine Koronare Herzerkrankung (KHK), denen eine Herzkatheteruntersuchung empfohlen wurde.

Wie wird die Untersuchung durchgeführt?

- Ambulant

Wie lange dauert ein Kardio-MRT?

- Ca. 45 Minuten

Wie lange dauert ein Kardio-CT?

- Ca. 5 Minuten

Wie nehme ich teil?

- Über eine Kontaktaufnahme mit dem HerzZentrum Saar in den SHG-Kliniken Völklingen
Richardstr. 5-9
66333 Völklingen
Telefon 06898-12 1471
E-Mail kard@vk.shg-kliniken.de
Website www.shg-kliniken.de
- Die Terminvergabe erfolgt innerhalb von 4 Wochen. In dringenden Fällen kürzer

- Nach einem Erstgespräch im HerzZentrum unterschreiben Sie eine „Teilnahme-Erklärung zur Besonderen Versorgung“. Eine elektronische Einschreibung über Smartphone oder Tablet ist ebenfalls möglich. Die Bindungsfrist endet mit Abschluss der Untersuchung. Eine vorzeitiges Bindungsende ist möglich.



- Sie werden während der Untersuchung intensiv betreut. Zuständig für den Arbeitsbereich kardiale Schnittbilddiagnostik ist Oberarzt Dr. Lorenz Jochum.

Bekommt meine behandelnde niedergelassene Ärztin oder mein behandelnder niedergelassener Arzt eine Rückmeldung?

- Die Befunde werden zeitnah übermittelt.

An wen wende ich mich bei Rückfragen zum Behandlungsangebot?

- An das Team vom TK-Patientenservice
Telefon 040 4606 620 170
Mo – Do 8.00 bis 18.00 Uhr
Fr 8.00 bis 16.00 Uhr

Gabriele Haser

Mitgliederbetreuung

Beratungsgespräch mit Chefarzt

Mitglieder des Vereins erhalten nach telefonischer Terminvereinbarung eine kostenlose persönliche Beratung durch einen Chefarzt. – **Rufen Sie an:**

Sekretariat CA Herr Hakim-Meibodi
Herz- und Thoraxchirurgie:
0 68 98 - 12-24 72, Frau Heckmann

Sekretariat CA Herr Dr. Özbek
Kardiologie:
0 68 98 - 12-24 76, Frau Landais



Mitgliedsbeiträge

- **Einzelmitgliedschaft**
36,- Euro/Jahr
- **Familienmitgliedschaft (2 Personen)**
41,- Euro/Jahr
- **Juristische Person**
100,- Euro/Jahr

Abbuchung der Beiträge nach Mitgliedschaftsbeginn:

Beginn Januar bis Juli:

- Beitrag wird für das gesamte laufende Jahr abgebucht

Beginn August bis Dezember:

- Mitgliedschaft im laufenden Jahr kostenlos, Abbuchung des Beitrages erst im Folgejahr

www.foerderverein-herzzentrum-saar.de

Ausblick



In der nächsten Ausgabe des HerzBlatt erwartet Sie

- ein Bericht über die Mitglieder-versammlung am 31.3.2023
- ein ausführlicher Artikel zum aktuellen Stand der Deutsch-Französischen Kooperation des HerzZentrums und generell im Saarland

Vom Kostendeckungsprinzip zur Kostendämpfung

Der Weg der Gesundheitsreformen in Deutschland

Mitte der 70er-Jahre machte erstmals eine folgenreiche Wortschöpfung die Runde: die **Kostenexplosion im Gesundheitswesen**. Seither löst eine Gesundheitsreform die andere ab.

Der Wiederaufbau des Gesundheitswesens nach dem 2. Weltkrieg galt lange Zeit als Erfolgsgeschichte. Das Wirtschaftswunder der Nachkriegszeit diente als Motor für ein sich rasch entwickelndes Gesundheitswesen auf hohem Niveau. Es folgten rasante Fortschritte in der Medizin und ein großzügiger Ausbau der Kapazitäten im Gesundheitswesen. Gleichzeitig weitete die Politik den Versichertenkreis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ständig aus. Heute haben ca. 90 % der Bevölkerung über die GKV einen nahezu unbegrenzten Zugang zum gesamten medizinischen Leistungsspektrum.

Die Schattenseiten dieser Entwicklung lassen sich an nüchternen Zahlen ablesen: Die Kosten der medizinischen Versorgung stiegen von 25 Milliarden DM innerhalb von 5 Jahren auf 61 Milliarden DM.

Nunmehr erschien der Politik der Preis für die Erfüllung der Ansprüche der Versicherten zu hoch. Erstmals tauchte der Begriff „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen auf und markierte einen grundlegenden Wandel: An die Stelle des medizinischen Fortschritts traten die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Damit hatte die Politik die sogenannte Ökonomisierung in das Gesundheitswesen gebracht. Dem Schlagwort „Kostenexplosion“ folgte unmittelbar der Ruf nach „Kostendämpfung“.

Die Politik will weiterhin so viele Leistungen wie möglich gewähren, aber wenig dafür bezahlen. Sie folgt damit dem 3. Ökonomischen Prinzip, dem Optimal- oder Extremumprinzip. Dieses Prinzip geht davon aus, dass die Bedürfnisse des Menschen grundsätzlich unbegrenzt sind. Die Güter welche zur Bedürfnisbefriedigung dienen, sind demgegenüber begrenzt. Daher sollen die eingesetzten Mittel in einem idealen Verhältnis zum Ergebnis stehen. Dieses ideale Verhältnis nennt man **Effizienz**.

Da in diesem Fall sowohl das Ergebnis als auch der Mitteleinsatz variabel sind, braucht es viele Versuche mit entspre-

chenden Irrwegen bis das Ziel erreicht ist. Genau diesen Weg ging und geht die Politik mit ihrer nicht geringen Anzahl an Gesundheitsreformen.

Das Gesundheitsreformgesetz von 1989 beinhaltet den Grundsatz der Beitragstabilität.

Kostendämpfung und Beitragstabilität = Sparen im System

Es folgten: Zuzahlungen der Versicherten, Budgetierungen im ambulanten und stationären Bereich, Einkaufsmodelle durch die Krankenkassen und immer wieder neue Krankenhausvergütungsreformen, die alle das Problem nicht lösen konnten. Insgesamt gab es ab 1972 rund 22 Gesundheitsreformgesetze. Hier nur einige Beispiele:

Jahr	Maßnahme
1972	Krankenhausfinanzierungsgesetz
1977	Krankenhausversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
1981	Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz
1984	Krankenhausneuordnungsgesetz
1986	Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung • Beginn der Unterversorgung durch niedergelassene Ärzte
1989	Gesundheitsreformgesetz
1993	Gesundheitsstrukturgesetz • Die Krankenhäuser verlieren die wirtschaftliche Sicherheit durch die Abschaffung des Kostendeckungsprinzips und Einführung des leistungsorientierten Fallpauschalensystems
2002	Fallpauschalengesetz • Einführung der DRGs
2004	2. Fallpauschalenänderungsgesetz
2007	Gesundheitsreform der großen Koalition • Weitere Kostenbeteiligung der Versicherten • Ambulante Behandlung vor stationärer Behandlung

Die letzte Gesundheitsreform gab es 2016 mit dem Gesetz zur „Reform der Strukturen der Krankenversicherung“. Zum ersten Mal taucht der Begriff „Gesundheit“ nicht mehr auf. Denn es ging und geht nicht um die Gesundheit der Deutschen, sondern um die Strukturen des Gesundheitswesens.

Und nun stehen wir wieder vor einer Reform für eine „moderne und bedarfsgerechte Krankenversorgung“, deren Inhalt wieder genauso auf eine Kostendämpfung hinausläuft wie in den vergangenen 50 Jahren.

Wir stehen wie in den 70er-Jahren vor einer Weltwirtschaftskrise mit niedrigen Wachstumsraten und hohen Arbeitslosenzahlen. Hinzu kommt ein Fachkräftemangel und ein wachsender Flüchtlingsstrom; eine Million Flüchtlinge allein aus der Ukraine, die ebenfalls an der Gesundheitsversorgung teilhaben sollen und müssen. Was liegt näher als ein weiteres Gesetz zur Kostendämpfung mit einem neuen wohlklingenden Namen.

Alle Reformen in der Vergangenheit haben die Gesundheitsversorgung unserer Bürger nicht verbessert, im Gegenteil. Wenn die Ausgaben nur so hoch sein dürfen wie die Summe der Krankenkassenbeiträge, gibt es nur zwei Möglichkeiten: Erhöhung der Krankenkassenbeiträge oder Verringerung der Ausgaben.

Die Reduzierung der Ausgaben bei gleichem Leistungsangebot kann bei der derzeitigen Inflation und den geforderten Tariflohnsteigerungen nicht gelingen, zumal das Gesundheitswesen zu 80 % bis 90 % von Personalkosten bestimmt wird. Also muss das Angebot an Leistungen reduziert werden. Eine Alternative wäre auch eine Staffelung der Krankenkassenbeiträge mit unterschiedlichen Leistungsinhalten.

Es ist festzustellen, dass die sogenannte Ökonomisierung des Gesundheitswesens eine Folge der Gesetzgebung ist und nicht die Folge des Vergütungssystems. Daher läuft auch der neue Gesetzesentwurf ins Leere und wird keine Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Versicherten in Deutschland bringen. Es ist nur eine Frage der Zeit, wann es den dazu passenden Änderungsentwurf gibt.

Die Politik muss sich eine dauerhafte Lösung einfallen lassen, denn im Gesundheitswesen arbeiten 5 Millionen Menschen, die einen Umsatz von 300 Milliarden erarbeiten.

Diese Zahlen erklären auch, warum das Gesundheitswesen nicht dem freien Markt überlassen wird.

Gabriele Haser

Am 5. Januar 2023 diskutierte die „Bund-Länder-Gruppe für die Krankenhausreform“ über die Empfehlungen der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“. Der Bundesgesundheitsminister sprach von einem gelungenen Auftakt: Man stehe am Vorabend einer notwendigen Revolution im Krankenhausesektor.

Die Pandemie hat es endgültig in Bewegung gebracht

Die Krankenhausreform in Deutschland



Foto: Andrey Popov - stock.adobe.com

Bis zum Sommer 2023 soll unter anderem ein Referentenentwurf vorgelegt werden, der die Basis einer gemeinsamen Gesetzesgrundlage darstellen soll. Das Ziel ist es, laut Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, zu vermeiden, dass Krankenhäuser durchökonomisiert werden und stattdessen vor allem medizinische Aspekte in den Fokus zu stellen.

Die aktuelle Lage sieht etwa so aus: In Deutschland gibt es derzeit rund 1.900 Krankenhäuser, in denen knapp 490.000 Betten stehen. Rund ein Drittel der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, also über 85 Milliarden Euro, fließen jedes Jahr allein in die Krankenhausbehandlung. Das ist viel Geld, aber knapp 60 % der Krankenhäuser schreiben dennoch keine schwarzen Zahlen. Der Grund: Die Betten sind oft nur zu 70 % belegt. Auf der anderen Seite gibt es jedoch insbesondere für Kinder oft viel zu wenig Betten in den Krankenhäusern. Nicht zu vergessen ist der Personalmangel, unter dem insgesamt fast 90 % aller Kliniken und Pflegeeinrichtungen in Deutschland leiden.

So werden Krankenhäuser in Deutschland finanziert

Derzeit werden Krankenhäuser in Deutschland vor allem von den Ländern, aber auch durch die Fallpauschalen der Krankenkassen finanziert. Investitionen werden von den Ländern getragen, leider fast überall unzureichend. Sämtliche laufenden Betriebskosten, darunter fallen

auch die Personalkosten, werden von den Krankenkassen über die Fallpauschalen finanziert. In der Praxis funktioniert ein solches Modell jedoch nicht immer. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft DKG benötigte man im Jahr 2020 zum Beispiel insgesamt 6 Milliarden Euro für Investitionen, während die Länder lediglich drei Milliarden Euro investierten. Dieses Ungleichgewicht existiert bereits seit vielen Jahren im Saarland. Aus diesem Grund werden von den Krankenhäusern zusätzlich auch Gelder der Krankenkassen für Investitionen verwendet.

Die Krankenhausplanung soll nach Meinung von Karl Lauterbach Ländersache bleiben. Es sei nicht richtig, eine Schablone über deutsche Kliniken zu legen. Das sei ohnehin nicht realisierbar, da sich die Krankenhäuser in verschiedenen Regionen Deutschlands teilweise deutlich voneinander unterscheiden. Kliniken sollen vor allem gezielt Aufträge erhalten, je nachdem welche unterschiedlichen Leistungen durch sie durchgeführt werden. Hierbei ist von sogenannten Leistungsgruppen die Rede, wie beispielsweise Magen-Darm, Herz oder auch Nierenbehandlungen. Das sei effizienter, als eine übergreifende Fachabteilung für Innere Medizin zu unterhalten, in der wichtige Kompetenzen fehlen, wie zum Beispiel die richtige Behandlung eines akuten Herzinfarktes. Darüber hinaus sehen die Vorschläge vor, dass die Kliniken bundesweit einheitlich drei verschiedenen

Kategorien zugeordnet werden und auch entsprechende Förderungen bekommen. Diese Stufen sind

- **Kliniken zur Grundversorgung**
- **Krankenhäuser mit Regel- und Schwerpunktversorgung**
- **Maximalversorger, wie Universitätskliniken**

Gemäß der Reformvorschläge für 2023 sollen deutsche Kliniken in Zukunft unter anderem für die Aufnahme von Notfällen, für das Vorhalten von Personal oder für erforderliche Medizintechnik feste Summen erhalten, diese werden als Vorhalteleistung bezeichnet.

Von allen Seiten gibt es zu den Kernvorstellungen Zustimmung, allerdings ist man im Einzelnen skeptisch. So begrüßte der saarländische Gesundheitsminister Magnus Jung die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Die Eckpfeiler der Reform seien nach Ansicht von Jung richtig. Wie sich das Ganze auswirke auf unsere Krankenhauslandschaft, werde nicht zuletzt davon abhängen, zu welchen Entscheidungen der Bund gemeinsam mit den Ländern im Detail komme. So könnten auch Auswirkungen auf die einzelnen Standorte ganz unterschiedlich ausfallen. „Wichtig ist es“, so Minister Jung, „dass wir uns als Saarland dort intensiv einbringen und frühzeitig mit den Krankenhausstandorten im Saarland in den Dialog gehen. Denn wir wollen unsere Landschaft im Wesentlichen erhalten.“

Die Gewerkschaft Verdi ist für die grundsätzliche Neuordnung, aber den neuen Finanzierungsvorschlag lehnen sie ab, weil er die bekannten Probleme der DRG-Finanzierung nicht löse.

Dem Geschäftsführer der saarländischen Krankenhausgesellschaft geht das alles nicht weit genug. Die Revolution, die Lauterbach versprochen hat, sehe er nicht.

Bis zur Sommerpause 2023 soll ein Vorschlag zur neuen Vergütung und Strukturplanung entwickelt werden, der mit den Ländern zu einem Gesetzentwurf weiterentwickelt werden soll.

Georg Jung

Themen der Zeit – Gelassen in der Krise

Leben in der Welt der Möglichkeiten

Gibt es einen Pausenknopf für Sorgen?
Leider nein, ...

... aber jede Menge an Möglichkeiten, wie man zwischen Corona, Klimakrise, Brennstoffmangel, Inflation oder Kriegen in vielen Teilen der Welt, trotzdem noch abschalten kann.

Das Zusammentreffen der Krisen versetzt viele Mitbürger in Dauerstress. Die Angst vor Verantwortung, vor Veränderungen, die nötig sind, um ein aktives selbstbestimmtes Leben voller Möglichkeiten zu führen, mag für viele ein Grund sein, ihre Chancen nicht zu erkennen. Ihre Gedankenwelt wird geprägt von Unmöglichkeiten und Mangeldenken. Am Anfang einer Handlung steht immer ein Gedanke – ob positiv oder negativ.

Unsere Gedanken bestimmen unser Schicksal. Denken wir negativ, pessimistisch und an die Unmöglichkeiten des Lebens, werden uns unsere Gedanken auch nicht enttäuschen, alles wird früher oder später eintreffen. Es gibt Menschen, die ihre Glaubenssätze mit der gemachten Lebens-

erfahrung untermauern. Kurt Tucholsky meinte lapidar dazu: „Erfahrungen bedeuten gar nichts! Man kann seine Dinge auch 30 Jahre lang falsch machen.“ Die Zukunft ist selten mit den Werkzeugen der Vergangenheit zu gestalten.

Also: Sind wir bereit, unsere aktuellen Möglichkeiten zu erkennen und sie offen anzunehmen? Wollen wir Schöpfer unseres Lebens und unserer Umwelt sein oder hilfloses Opfer der Umstände?

Henry Ford sagte dazu:

„Wer glaubt, dass es geht, hat recht. Wer glaubt, dass es nicht geht, ebenso!“

Sie sehen: Nur die Dinge, an die wir fest glauben, können wir auch umsetzen. Glaube ist der Schlüssel zum Erfolg und zur Nutzung unserer Möglichkeiten. Baupläne sind ein Beispiel für dieses Prinzip: Glauben – Visualisierung – Umsetzen. Wir müssen begreifen, dass der bequemste nicht unbedingt der beste Weg ist.

Doch wenn alle Kulturen so gedacht und gehandelt hätten, wie sähe dann unsere Welt aus?

„Yes we can!“ war der Slogan von Barack Obama während seiner Präsidentschaft: „Alles ist möglich“, sagte er damit seinen Amerikanern.

Vielleicht das wichtigste Rüstzeug zur Änderung der eigenen Sicht sind Akzeptanz der Umstände, die man nicht beeinflussen kann und der eigene Wille. In diesem Vorantasten liegt das Gegengewicht, die Quelle innerer Stärke: Die Überzeugung, dass wir selbst etwas bewirken können. Die Gaspreise können wir nicht ändern, aber wir können lernen, Energie zu sparen. Auch auf einen Stromausfall als „Worst Case“ gibt es durchaus Antworten: Vorratshaltung an Lebensmitteln, Batterien, Kerzen, Kochmöglichkeiten usw..

Was aber, wenn die Hoffnung zwischen all diesen Geschehnissen abhanden kommt? Dann kann es z.B. helfen, ein Telefonat mit Verwandten und Freunden zu führen. Auch öffentliche Hilfsdienste erteilen nützliche Ratschläge. Vielleicht lässt sich eine neue Perspektive entwickeln. Es ist eine Stärke, Hilfe anzunehmen.

Krisen können wichtige Impulse geben: Sie zeigen, wo die Schwächen eines Volkes oder des Einzelnen liegen. Es gilt dann, den Blick auf die hohe Bedeutung von seelischer Gesundheit, Zusammenhalt und Solidarität zu richten.

Nimmt die Gesellschaft die sich bietenden Chancen wahr, kann sie gestärkt daraus hervorgehen.

Auch wenn das Leben derzeit manchmal wie eine anstrengende Bergtour erscheint: Mit Optimismus kommen wir besser voran!

*Herzlichst
Siegfried Görg*



Impressum:

Herausgeber:

Gesellschaft zur Förderung
des HerzZentrums Saar e.V.

Richardstraße 5-9 · 66333 Völklingen

Tel.: 06898-12-2895 · Fax: 06898-12-2525

Ansprechpartnerin: Hedi Schultheis

E-Mail: foerdereverein@herzzentrum-saar.de

www.foerdereverein-herzzentrum-saar.de

Verantwortlich:

Der Vorstand der Gesellschaft

Redaktion: Siegfried Görg, Gabriele Haser,

Paul Quirin, Georg Jung, Carmen Lallemand-Sauder, Heiner Bleckmann

Gestaltung/Satz:

Sprachensatz Michaela Moreels, Dillingen

Druck:

Druckerei Huwig GmbH, Riegelsberg