



Ausgewählte Probleme der spezialisierten und hochspezialisierten
medizinischen Betreuung

H e r z c h i r u r g i e

Bedarf an Herz-Lungen-Maschinen-gestützten Operationen
(HLM-Op) pro 1 Mio. EW: 500 - 600 HLM / entspr. bei
16,4 Mio EW 8 0 0 0 - (10 000) HLM-Op.

Ist 1989: 2 6 7 9 HLM-Op. in den vorh. 5 Zentren (163 HLM-Op/MioEW)
Bedarfsdeckung: rd. 33 %

Vorhandene OP-Plätze: 9 (Berlin 2, Leipzig 2, Halle 2, Rostock 1,
Bad Berka 2)

Angestrebte Auslastung der OP-Plätze: 400 HLM-Op. pro Platz
(bisher nur annähernd in Leipzig und
Bad Berka erreicht).

Anteil der Hauptindikationsgruppen / internat. Durchschn.:

- Koronarchirurgie	50 - 60 %
Klappenchirurgie	20 - 30 %
Angeborene Vitien	10 - 20 %

Zusätzlich zu den HLM-Op. aus koronarchirurgischer Indikation
wären im Vergleich zur BRD noch 4 8 0 0 PTKA in
der DDR zu realisieren, um etwa den gleichen
Versorgungsgrad zu erreichen.
(Verhältnis v. Koronargefäßoperationen zu PTKA in
der BRD rd. 1 : 0,6)

Hauptprobleme:

- Moderne Herzdiagnostik nicht ausreichend. Für 1 herzchir. Zentrum
sollten 3 moderne Diagnostikzentren als "Zulieferer" vorhanden
sein.
Für die 4 herzchir. Zentren außerhalb von Berlin waren
Ende 1989 nur 5 moderne Diagnostikplätze (Leipzig, Halle,
Bad Berka, Dresden-Friedrichstadt, Rostock) vorhanden.
- Vorhandene OP-Kapazitäten können nicht vollständig ausgelastet
werden:
Arbeitskräfteprobleme (bes. Anaesthesisten, OP-Schwestern,
Anaesthesieschwestern, ITS-Schwestern im Schichtbetrieb
fehlen!)

- Bettenkapazitäts-Probleme besonders bei ITS- und Wachbetten. Geplante Herzoperationen müssen hin und wieder abgesetzt werden, da für die postoperative Phase notwendige ITS-Betten "über Nacht" mit anderen Patienten (Schädeltraumen u.ä.) belegt worden sind.
- Probleme der medizintechnischen Ausstattung: Technik vielfach veraltet und unvollständig. Umfangreiche Neuausstattungs-/Ersatz- und Erweiterungsbedarfs-Anmeldungen liegen vor.
- Notwendige Bettenkapazitätserweiterungen im diagnostischen, operativen, intensivtherapeutischen und frührehabilitativen Bereich in unterschiedlichem Ausmaß in den einzelnen Zentren. Damit (oft auch innerhalb der "Kliniken für Chirurgie" tiefgreifende Profiländerungen und Arbeitsteilung im Territorium notwendig).
- Probleme der Eigenständigkeit des Fachgebiets Herzchirurgie.

Strategische Vorstellungen für die weitere Entwicklung herzchirurg. Leistungen

- Stabilisierung bzw. Erweiterung des Kaderbestandes der v o r h a n -
denen Zentren mit dem Ziel, die vorhandenen OP-Plätze maximal
auszulasten (400 HLM-Op./Platz jährlich)
- Zügige Verbesserung der kardangiografischen Diagnostik-Möglichkeiten
(auch mit dem Ziel der w e s e n t l i c h e n Erweiterung der
PTKA).
- Verbesserung der Ausrüstung der vorhandenen Zentren mit notwendiger
Medizintechnik, einschl. Ersatzbedarf (selbst im Charité-Neubau
ist ein großer Teil der Überwachungstechnik technisch und moralisch
verschlissen!)
- Bezirkliche Profilierungsmaßnahmen zur Entlastung der Kliniken für
Chirurgie von operativen Aufgaben, die auch an BKH oder KKH durch-
geführt werden können, zugunsten der Herzchirurgie!
- Sicherung des Personalbedarfs
- Schaffung weiterer Herzzentren:
Zur Deckung des im internat. Vergleich voraussichtlich zu
erwartenden Bedarfs von rd. 8000 HLM-Op. / Jahr für 16,4 Mio EW.
müßten 4 - 6 weitere Zentren mit einer Jahreskapazität
zwischen 800 - 1000 HLM-Op. n e u geschaffen werden, wobei
außerdem die vorhandenen OP-Plätze der gegenwärtigen 5 Zentren
mit 400 HLM-Op. pro Platz jährlich ausgelastet werden mü

H ä m o d i a l y s e

Bedarf (im internationalen Vergleich): 400 Patienten/1 Mio. EW,
16,4 Mio EW --- entspr. 6 5 6 0 Patienten

Ist 1989: 150 Pat./1 Mio.EW --- 2 4 6 4 Patienten.

Bedarfsdeckung (im internat. Vergleich): rd. 38 %

Vorhandene Dialyseplätze: 630 Plätze/ pro Platz 3,9 Patienten.

Dialysen ges. im Jahre 1989: 352 187 Dialysen

Zur Annäherung des quantitativen Betreuungsniveaus an die
Betreuungsgrade in der BRD (Dialyse:rd. 350 Pat. / 1 Mio EW)
müßten rechnerisch auf dem Territorium der DDR 5 7 4 0 Pat.
in der chron. Dialyse betreut werden.

Bei einer durchschnittlichen Auslastung der Plätze mit 4 Pat. pro
Platz (entspricht unserer Definition von "zweischichtiger Aus-
lastung") sind für die Betreuung von potentiell 5740 Patienten
1 4 3 5 Dialyseplätze erforderlich.

Demzufolge besteht gegenwärtig ein Defizit von 8 0 5 Dialyse-
plätzen bei 630 vorhandenen Plätzen.

Das bedeutet eine extensive Kapazitätserweiterung um
3 0 - 4 0 Dialysezentren mit unterschiedlicher Kapazität
von 20 - 40 Dialyseplätzen!

Dabei ist zu beachten, daß die bestehenden Zentren größtenteils
unter räumlich sehr beengten Verhältnissen arbeiten, Gelb-Weiß-
Trennung größtenteils nicht realisiert ist und der Maschinenpark
zu ca. 60 % überaltert ist. Hieraus ergibt sich, daß zur Durch-
setzung der hygienischen Normen die Zentren aufgelockert werden
müssen. Unmittelbare Erweiterungsmöglichkeiten sind nur in we-
nigen der vorhandenen Zentren vorhanden.

Weitere Probleme:

- Personalsituation angespannt
- Bausubstanz in den meisten Zentren schlecht
- gegenwärtig Umstellung des Maschinenparks von KN401 auf die
volumengesteuerte Künstliche Niere KN 501 - Produktion
kann nicht im erforderlichen Umfang gesteigert werden
- Umstellung des Dialysators Typ II auf Typ III, der für die
größtenteils vorhandenen KN 401 nur bedingt einsetzbar ist.
Deshalb für einige Zeit Importe von Dialysatoren notwendig
- Hepatitis-B-Immunsierung der Patienten: Dosis muß verdoppelt
werden, um Erfolgsquo-te zu erhöhen. (Maßnahmen eingeleitet).
- Technik anfällig, Service schlecht.
- Temporär Probleme bei Verbrauchsmaterial (Einmalgebr.-Handschuhe
usw., aber auch Kanülen, Spritzen usw.)
- Patienten müssen teilweise über Strecken von mehr als 100 km
mit veralteten Sankras zur Dialyse u. zurück transportiert
werden.

N i e r e n t r a n s p l a n t a t i o n

Bedarf: 400 - 500 Nierentransplantationen pro Jahr

Ist 1989: 254 Nierentransplantationen = 15,5 NT / 1 Mio.EW.

Bedarfsdeckung (im internat. Vergleich): 50 - 60 %

Vorhandene Nierentransplantationszentren: 4 (KH Friedrichshain, Berlin, Urolog. Klinik der Charité/Berlin, Urol. Klinik der Univ. Rostock, Urol. Klinik der Univ. Halle)

Hauptprobleme:

- Kapazität der vorhandenen Zentren kann nicht voll ausgelastet werden
 - Bettenkapazität / Schwesternmangel
 - OP-Kapazität / Schwesternmangel, Anaesthesieprobleme
 - ITS-Kapazität / Anaesthesie-Engpaß, Ärzte u. Schwestern.
- Noch nicht ausreichende Gewinnung von Spendernieren zur Transplantation
- Relativ große Anzahl von hochsensibilisierten potentiellen Transplantat-Empfängern (Langzeitdialyse - häufige Bluttransfusionen usw.)
- Noch nicht ausreichende Kapazitäten der Blutspende-Institute für kurzfristige Empfänger-Gewebetypisierungs-Untersuchungen

Aufgaben für die nächsten Jahre:

1. Stabilisierung der vorhandenen Nierentransplantationszentren
2. Weitere Dezentralisierung der Nierentransplantationen durch Schaffung von neuen Transplantationszentren (2 - 4), z.B. in Karl-Marx-Stadt, wo bereits seit längerer Zeit Vorbereitungen getroffen werden
3. Weitere Dezentralisierung der Gewebetypisierung durch Schaffung der notwendigen Voraussetzungen in den geeigneten BIBT.

Gelenkendoprothetik

Obwohl in mehreren Bezirken noch mehrmonatige (teilweise 1 - 2 J.) Wartezeiten auf künstlichen Hüftgelenkersatz bestehen, wird die erreichte Kapazität von rd. 10 000 implantierten Endoprothesen pro Jahr nach voller Wirksamkeit der neu zugelassenen Kliniken/Abteilungen und damit Abbau der Wartelisten perspektivisch ausreichen.

Beachtet werden muß die gegenwärtige Erweiterung der medizinischen Indikation zur Implantation von ZIV-Prothesen (zementlos zu fixierende Hüftgelenksendoprothesen). Außerdem ist mit einer Zunahme der sogenannten "Wechseleingriffe" zu rechnen (Wechsel der Endoprothese wegen Prothesenlockerung nach Implantation vor einigen Jahren).

Der Trend zur sofortigen Endoprothesen-Implantation nach (traumatischen) Schenkelhalsfrakturen als definitiver Versorgung dürfte durch die erfolgte Erweiterung der Implantationsmöglichkeiten in Unfallchirurgischen Abteilungen größtenteils abgefangen werden.

Orthopädie

Der gegenwärtige Bettenbestand (31.12.1988) von 5699 orthopäd. Betten - entsprechend 3,5 B. pro 10 000 EW - reicht nicht aus.

Legt man im internat. Vergleich eine Orientierung von 4,5 orthop. Betten pro 10000 EW. zugrunde, besteht ein Bettendefizit von rd. 1700 Betten.

Die ambulante orthopädische Betreuung ist nicht ausreichend entwickelt.

Hauptprobleme treten bei der zunehmend operativ ausgerichteten Orthopädie - wie bei vielen anderen operativen Disziplinen auch - durch nicht ausreichende Operations-Kapazität (OP-Schwesternmangel, Anaesthesieprobleme u.ä.) auf, die erweitert werden muß.

Im Rahmen eines Gesamtkonzepts der Orthopädie müssen Voraussetzungen, Möglichkeiten und Standorte für hochspezialisierte orthopädische Operationen neu überdacht werden.

N e u r o c h i r u r g i e

Bedarf: 600 neurochirurgische Betten

Ist 1989: rd. 450 Betten

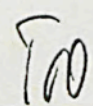
Bedarfsdeckung: ca. 75 %

Standorte: Neurochir. Kliniken: Berlin-Buch
KMU Leipzig
BKH Karl-Marx-Stadt
BKH Schwerin
KH Friedrichshain, Berlin

Neurochir. Abteilungen: EMAU Greifswald
HUB Berlin
MLU Halle
MA Magdeburg
MA Erfurt
MA Dresden
FSU Jena
MMA Bad Saarow

Probleme:

- Fachärztliche Besetzung mit Neurochirurgen durch Übersiedlung sehr angespannt
- Große Probleme zur Sicherung der OP-Kapazität (OP-Schwestern-Mangel) und der ITS-Kapazität
- Fragen der Eigenständigkeit des Fachgebiets (die meisten Neurochirurgischen Abteilungen sind Struktureinheiten der Kliniken für Chirurgie der Hochschuleinrichtungen und nicht selbständige Kliniken!)
- Gegenwärtig lange Wartezeiten auf neurochirurgische Operationen, so daß selbst dringliche Operationen nicht immer zeitgerecht vorgenommen werden können
- Medizintechnische Ausstattung und Diagnostikmöglichkeiten vielerorts eingeschränkt


Dr. Trommer