



**BG**

Berufsgenossenschaftliches  
Unfallkrankenhaus Hamburg  
Akademisches Lehrkrankenhaus



# Jahresbericht 2009



Hamburger Gesundheitspreis  
2007



**BG**

Berufsgenossenschaftliches  
Unfallkrankenhaus Hamburg  
Akademisches Lehrkrankenhaus



## Inhalt

Vorwort .....	3
Der Trägerverein .....	4
Leitung des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Hamburg .....	8
Abteilung für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie (UOS) .....	12
Abteilung für Hand-, Plastische und Mikrochirurgie, Zentrum für Schwerbrandverletzte .....	16
Querschnittgelähmten-Zentrum .....	19
Fachbereich Neuro-Urologie .....	22
Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin .....	23
Röntgenabteilung .....	24
Neurotraumatologisches Zentrum .....	26
Zentrum für Rehabilitationsmedizin .....	28
Dermatologie .....	32
Qualitätssicherung .....	34
Pflegedienst .....	35
Reha Zentrum City Hamburg .....	36
Das Rückenkolleg .....	38
Sportprojekte .....	39
Symposien und Veranstaltungen .....	42



# BG

Berufsgenossenschaftliches  
Unfallkrankenhaus Hamburg  
Akademisches Lehrkrankenhaus

## Vorwort

Das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Hamburg (BUKH) ist ein Hochleistungs-Krankenhaus mit etwa 1.600 Mitarbeitern in reizvoller Lage am Rand des Landschaftsschutzgebietes Boberg. Die Klinik ist Standort eines Notarzteinsetzfahrzeuges der Feuerwehr Hamburg und des Rettungshubschraubers „Christoph Hansa“. Damit beteiligt sich das BUKH an der Notfallversorgung Hamburg und steht allen Menschen zur Verfügung, die medizinischer Hilfe bedürfen.

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag der Berufsgenossenschaften - „Heilen und helfen mit allen geeigneten Mitteln aus einer Hand“ - setzt bereits während der Akutphase die Rehabilitation ein. In der sehr gut ausgestatteten und modern gestalteten physikalischen Therapie stehen den Patienten - ergänzend zu den Maßnahmen aus Bereichen wie der Logopädie, der Musiktherapie und der klinischen Pädagogik - alle Leistungen zur Verfügung, durch die ihre Teilhabe am Erwerbs- und sozialen Leben wieder möglich wird.

2009 war für das BUKH ein besonderes Jahr, denn es feierte ein rundes Jubiläum. „Boberg - 50 Jahre Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg“ lautet der Titel des Buches, das zu diesem Anlass verlegt wurde. In beeindruckender Weise wird die Entwicklung der ursprünglichen Rehabilitations-Einrichtung zu der heutigen Hochleistungsklinik nachgezeichnet. Die Bedeutung des Hauses für die medizinische Versorgung in Hamburg lässt sich auch daran erkennen, dass Hamburgs Erster Bürgermeister Ole von Beust im Mai aus Anlass des 50-jährigen Jubiläums zu einem Senatsempfang einlud. Bei dieser Gelegenheit wurde ein wegweisender Kooperationsvertrag mit dem Hamburger Sportbund unterzeichnet.

Doch 2009 war nicht nur ein Jahr des Feierns, sondern auch des Rüstens für eine noch erfolgreichere Zukunft. So wurde das „Hamburger Modell“ weiter vorangetrieben, indem am 1. März im Rahmen einer weiteren Kooperation eine BG-Station an der Universitätsklinik Göttingen ihre Arbeit aufnahm.



Eingang zum Bettenhaus

Auch das Spektrum des 2007 eröffneten Zentrums für Rehabilitationsmedizin (ZRH) wurde erweitert. Schwerpunkt war die Planung und Inbetriebnahme des Beatmungszentrums für Schlaganfallpatienten. Inzwischen stehen hierfür 16 Betten zur Verfügung. Darüber hinaus wird inzwischen die Weiterbildung zum Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin erstmals gebündelt im BUKH angeboten.

Ausgeweitet wurde das Leistungsangebot im Ambulanten Zentrum Hoheluft (AZH), das 2008 eröffnet wurde. Nachdem dort zunächst nur im handchirurgischen Bereich Operationen vorgenommen wurden, finden seit dem 1. Mai auch ambulante Operationen der Abteilungen für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie statt.

Sinnvoll abgerundet wird das ambulante Leistungsangebot des BUKH mit dem Anfang 2009 eingerichteten Pflegedienst für die Versorgung von pflegebedürftigen Patienten der Gesetzlichen Unfallversicherung.

Ein sehr erfreulicher Trend war die zunehmende stationäre Belegung mit Patienten der Gesetzlichen Unfallversicherung. Im Akutbereich wurden täglich 16,5 BG-Patienten mehr behandelt als im Vorjahr, im BGSW-Bereich 18 BG-Patienten. Insgesamt betrug die Belegung im Akutbereich 94,3%.

Trotz erhöhter Belegung hat die hohe Versorgungsqualität am BUKH darunter nicht gelitten. Dies hat auch eine Umfrage der Techniker Krankenkasse zur Qualität der Krankenhäuser bestätigt. Dabei landete das BUKH als einziges Akutkrankenhaus in der Gruppe der am besten bewerteten Kliniken Hamburgs und belegte insgesamt einen sehr guten dritten Platz.

Bis zur gesetzlichen Unfallversicherung, wie sie heute besteht, dauerte die Entwicklung mehr als hundert Jahre.

### **Gesetzliche Unfallversicherung - Basis der Arbeit der Unfallversicherungsträger**

Wer durch die Arbeit oder auf dem Weg von und zur Arbeitsstätte verunglückt, hat einen Anspruch auf Hilfe durch die gesetzliche Unfallversicherung. Die Leistungen erstrecken sich auf Arbeits- und Wegeunfälle sowie Berufskrankheiten.

### **„Mit allen geeigneten Mitteln“**

Um schnell und erfolgreich helfen zu können, haben die Träger der Unfallversicherungen ein engmaschiges Sicherungsnetz geknüpft, das die bestmögliche Rehabilitation gewährleistet.

Nach dem Gesetz muss die gesundheitliche Wiederherstellung der Unfallverletzten mit allen geeigneten Mitteln durchgeführt werden.

### **Leistungen**

Sehr früh haben die Berufsgenossenschaften erkannt, dass zur optimalen Behandlung Schwerstunfallverletzter spezielle Kliniken notwendig sind. Daher errichteten sie eigene Unfallkrankenhäuser oder bauten in bestehenden Krankenhäusern Sonderstationen für Schwerverletzte aus. Das erste entstand bereits im Jahre 1890: Die Berufsgenossenschaftliche Krankenanstalt „Bergmannsheil Bochum“.

### **Optimale Behandlung**

Unfallkrankenhäuser und Sonderstationen sind besonders eingerichtet für die ambulante und stationäre Behandlung frischer Unfallverletzungen, insbesondere von Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der großen Körperhöhlen, des Schädels und von Mehrfachverletzungen. Besondere Abteilungen bestehen

für Handverletzungen, plastische Chirurgie, Querschnittlähmungen, Brandverletzungen und andere Fachgebiete. Weitere Schwerpunkte liegen in der prothetischen Versorgung Amputierter und im Gutachtenwesen.

### **Service und Kompetenz**

Zunehmend werden die berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhäuser zu Service- und Kompetenzzentren der gesetzlichen Unfallversicherung weiterentwickelt, um die besonderen Anforderungen dieses Sozialversicherungszweiges abzudecken.

### **Behandlungsziele**

Verletzte und Erkrankte so zu rehabilitieren, dass sie wieder in Beruf und die Gesellschaft eingegliedert werden können.



# Organisation des Berufsgenossenschaftlichen Vereins für Heilbehandlung Hamburg e. V. (2009)

## Mitglieder

1. BG BAU - Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft, Berlin
2. Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie, Heidelberg
3. Berufsgenossenschaft Druck und Papierverarbeitung, Wiesbaden
4. Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen, Hamburg
5. Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro, Köln
6. Fleischerei-Berufsgenossenschaft, Mainz
7. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg
8. Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution, Mannheim
9. Holz-Berufsgenossenschaft, München
10. Lederindustrie-Berufsgenossenschaft, Mainz
11. Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft, Düsseldorf
12. Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten, Mannheim
13. Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd, Mainz
14. Papiermacher-Berufsgenossenschaft, Mainz
15. See-Berufsgenossenschaft, Hamburg
16. Steinbruchs-Berufsgenossenschaft, Langenhagen
17. Berufsgenossenschaft der Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen, Hamburg
18. Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, Hamburg
19. Zucker-Berufsgenossenschaft, Mainz
20. Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Schleswig-Holstein und Hamburg, Kiel
21. Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen
22. Gemeinde-Unfallversicherungsverband Oldenburg
23. Unfallkasse Nord, Kiel



### Geschäftsführer:

#### Prof. Dr. jur. Gerhard Mehrrens

Vorsitzender der Geschäftsführung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege bis 31.05.2009

### Stellvertreter:

#### Dr. jur. Hubert Erhard

Geschäftsführer der Bezirksverwaltung Hamburg der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

### Vorsitzende:

Rainer Prestin, Hamburg,  
BG BAU

Dieter Benschmidt, Strande,  
Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd

### Vorstand

a) = *ordentliches Mitglied*

b) = *stellvertretendes Mitglied*

### Gruppe der Arbeitgeber:

- a) Dieter Benschmidt, Strande, Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd
- b) Peter Röskes, Heiligenhaus, Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen
- a) Ass. Hertus Emmen, Hamburg, Verwaltungs-Berufsgenossenschaft
- b) Bernd Gördes, Kiel, Unfallkasse Nord
- a) Hubertus Ritzke, Bremen, Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution
- b) Christian Hansen, Hamburg, BG BAU

### Gruppe der Versicherten:

- a) Peter Camin, Hamburg, Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd
- b) Uwe Petersen, Büchen, Berufsgenossenschaft Druck- und Papierverarbeitung
- a) Norbert Badziong, Lübeck, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- b) André Scharf, Wilhelmshaven, Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie
- a) Rainer Prestin, Hamburg, BG BAU
- b) Marianne Schauer, Lübeck, Unfallkasse Nord

### Gruppe der Hauptgeschäftsführer:

- a) Dir. Hans-Jürgen Schreiber, Mannheim, Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution
- b) Dir. Olaf Petermann, Köln, Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro
- a) Dir. Michael Böttcher, Wiesbaden, Berufsgenossenschaft Druck- und Papierverarbeitung
- b) Ass. Anke Köllmann, Hamburg, Berufsgenossenschaft der Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen
- a) Dir. Jutta Vestring, Berlin, BG BAU
- b) Dir. Peter Becker, Kiel, Unfallkasse Nord

### Rechnungsprüfungsausschuss

#### Arbeitgeber:

- a) Wolfgang Wittorf, Heikendorf, Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd
- b) Friedrich-Wilhelm Hoppensack, Papenburg, Steinbruchs-Berufsgenossenschaft

#### Versicherte:

- a) Frank Polarczyk, Magdeburg, Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro bis 27.08.2009  
ab 27.08.2009: Jörg Zager, Bremerhaven, Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen
- b) Artur Lau, Bremen, Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen bis 27.08.2009  
ab 27.08.2009: Hermann Ostermann, Bielefeld, Lederindustrie-Berufsgenossenschaft

### Hauptgeschäftsführer:

- a) Dir. Michael May, Oldenburg, Gemeinde-Unfallversicherungsverband Oldenburg
- b) Dir. Lothar Jackwerth, Bremen, Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen

**Bauausschuss**

**Mitglieder:**

- Vorsitzende:** Rainer Prestin  
Dieter Benschmidt
- Gruppe der Arbeitgeber:**  
Ass. Hertus Emmen
- Gruppe der Versicherten:**  
Norbert Badziong

**Tätigkeiten der Vereinsgremien -  
Sitzungen des Krankenhausträgers:**

08.01.09	Geschäftsführender Ausschuss
19.01.09	Geschäftsführender Ausschuss
09.02.09	Vorstand
11.02.09	Geschäftsführender Ausschuss
27.02.09	Geschäftsführender Ausschuss
14.04.09	Geschäftsführender Ausschuss
04.05.09	Geschäftsführender Ausschuss
07.05.09	Vorstand
15.06.09	Geschäftsführender Ausschuss
07.07.09	Rechnungsprüfungsausschuss
13.07.09	Geschäftsführender Ausschuss
25.08.09	Geschäftsführender Ausschuss
26.08.09	Vorstand
27.08.09	Mitgliederversammlung
13.10.09	Geschäftsführender Ausschuss
10.11.09	Geschäftsführender Ausschuss
13.10.09	Bauausschuss
15.12.09	Geschäftsführender Ausschuss
16.12.09	Vorstand



**Konsiliar- und mitbehandelnde Ärzte**

- Dr. Dierk Abele,** ..... Gynäkologe
- Jörg Altrogge,** ..... Augenarzt
- Prof. Dr. Karl H. Bohuslavizki, Dr. Christian Bleckmann,** ..... Nuklearmedizin  
Röntgenpraxis Conradia Dr. U. Bouchard, Dr. G. Vahldiek u. a.,
- Dr. Wolfram Dammann,** ..... Zahnarzt
- Prof. Dr. Sebastian Debus,**  
AK Harburg, ..... Chirurg
- Prof. Dr. G. Delling,** ..... Pathologe
- Prof. Dr. Albrecht Eggert,** ..... Chirurg  
Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift,
- Prof. Dr. Walter Gross-Fengels,** ..... Radiologie  
AK Harburg,
- Dres. Sabine Gust und Wolfgang Auffermann,** ..... Röntgenärzte  
Hanserad, Institut für Hygiene und Umwelt der FHH,
- Dr. Kramer und Kollegen, LADR GmbH,** ..... Laborärzte
- Prof. Dr. Bernhard Leisner,** ..... Nuklearmedizin  
AK St. Georg,
- Kim Lieschke,** ..... HNO-Arzt
- Dr. Christian Pohl,** ..... Hautarzt
- Prof. Dr. Marco Sailer,** ..... Chirurg  
Bethesda - Allgemeines Krankenhaus gGmbH Bergedorf,
- Dr. Gunter Schimmel,** ..... Gefäßchirurgie  
Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift,
- Lutz Schmidt,** Zentralinstitut für Transfusionswesen,
- Prof. Dr. Tammo v. Schrenck,** ..... Internist  
Bethesda - Allgemeines Krankenhaus gGmbH Bergedorf,
- Röntgenpraxis Speersort, Dres. R. Rückner, R. Rieser u. a.** ..... Röntgenärzte

## Kooperationen

Durch die in den letzten zehn Jahren eingetretenen geänderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen kommen auch die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen nicht umhin, die Organisation und die Inhalte des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens neu zu strukturieren und den heutigen Bedingungen anzupassen. Die Diskussion hierzu ist voll im Gange und wird noch in 2010 abgeschlossen sein.

Eine wesentliche Rolle in der Behandlung von berufsgenossenschaftlich versicherten Patienten wird, unter dem Fokus der flächendeckenden Versorgung, das vom BUKH initiierte Kooperationsmodell mit anderen Kliniken, das so genannte „Hamburger Modell“, sein. Diese Art der Kooperation wird in Zukunft unter dem Begriff „DGUV-Klinik-Netz“ laufen.

### Externe Abteilungen:

Ziel dieses Kooperationsmodells ist die qualitativ hochwertige Versorgung von BG-Patienten nach den Grundlagen des für die Gesetzliche Unfallversicherung zuständigen Sozialgesetzbuches (SGB VII) und den Standards von BG-Kliniken in Krankenhäusern, die keine BG-Kliniken sind. Um dieses Ziel zu erreichen, werden eigene BG-Abteilungen vom BUKH in anderen Krankenhäusern betrieben, wobei der Chefarzt der Abteilung für Unfallchirurgie des kooperierenden Krankenhauses einen Dienstvertrag für die Behandlung der berufsgenossenschaftlich versicherten Patienten mit dem BUKH erhält. Die übrigen personellen und sächlichen Ressourcen bleiben im Besitz des kooperierenden Krankenhauses und werden vom BUKH mitgenutzt.

Das BUKH betreibt nach diesem Modell Kooperationen mit insgesamt sechs Kliniken. Im Einzelnen sind dies das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) Campus Lübeck und Kiel, das Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE), seit dem 1.1.2009 die Universitätsklinik Göttingen, das Friederikenstift in Hannover und das Kinderkrankenhaus Wilhelmstift in Hamburg.

Wurden in 2008 durchschnittlich 66 Betten mit BG-Patienten in den Kooperationshäusern belegt, waren es 2009 80 Betten.

Der weitere Ausbau derartiger Kooperationen ist geplant, dabei werden nur solche Häuser Kooperationspartner werden können, die den Anforderungen nach den Richtlinien der DGUV gerecht werden und Mitglied eines regionalen oder überregionalen Trauma-Netzwerkes sind.

### Medizinische Kooperationen:

Neben dem berufsgenossenschaftlichen Auftrag hat das BUKH einen Versorgungsauftrag für die Bevölkerung Hamburgs und somit einen Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen. Besonders hier machen sich die geänderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen - Stichwort DRG - bemerkbar. Nicht jedes Krankenhaus soll und kann alle Leistungen anbieten, vielmehr ist eine Spezialisierung politisch gewollt und ökonomisch sinnvoll. Insoweit sind die Krankenhäuser aufgefordert, mit anderen Krankenhäusern Kooperationen einzugehen, um ihre Patienten optimal behandeln zu können.

Auch das BUKH bedient sich dieser Kooperationen mit anderen Kliniken und Leistungsanbietern. Für den Bereich der Inneren Medizin unterhält das BUKH einen Kooperationsvertrag mit dem Bethesda Krankenhaus Bergedorf und zur Versorgung von brandverletzten Kindern mit dem Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift. Außerdem kooperiert das BUKH mit den Regio-Kliniken Wedel, Elmshorn und Pinneberg. Die konsiliarärztlichen Dienste im Bereich Gesicht- und Kieferchirurgie werden auf Grund eines Vertrages vom Bundeswehrkrankenhaus Hamburg wahrgenommen. Auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene arbeitet das BUKH eng mit dem Institut für Hygiene und Umwelt in Hamburg zusammen.

Dass nicht jede gute und erfolgreiche Zusammenarbeit auf Grundlage eines schriftlichen Vertrages basieren muss, zeigen viele praktische Beispiele im

Krankenhausalltag. Dies gilt für die enge und gute Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und Pflegekräften des BUKH mit denen anderer Kliniken sowie die gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, die auch künftig weiter ausgebaut werden soll.

### Sportmedizinische Kooperationen:

Das BUKH ist als wegweisende berufsgenossenschaftliche Einrichtung mit seinem Sport-Kompetenzzentrum der Partner des Sports. Die innovativen Partnerschaften und Kooperationen mit Institutionen, Verbänden und anderen Trägern erstrecken sich von präventiv und rehabilitativ arbeitenden Institutionen bis zum professionellen Spitzensport. Im BUKH ist die Bundeszentrale des Deutschen Rollstuhl-Sportverbandes e.V. (DRS) angesiedelt. Durch betriebliche Integration der Bundeszentrale des weltweit größten Rollstuhl-Sportverbandes wurden die logistischen Voraussetzungen geschaffen, Netzwerke in die organisierte Sportwelt, die Politik und die Medien zu bilden.

Bereits jetzt pflegt das BUKH Partnerschaften mit

- > dem Deutschen Rollstuhl-Sportverband e.V.
- > der Deutschen Sporthochschule Köln und dessen Institut für Rehabilitation und Behindertensport
- > dem Hamburger Sportbund e.V.
- > dem Olympiastützpunkt Hamburg
- > dem Fußballbundesligisten Hannover 96
- > dem Team HTC-Columbia
- > sowie dem Universum Boxstall

## Vorstand



**Rainer Prestin**  
Vorstandsvorsitzender



**Dieter Benschmidt**  
Vorstandsvorsitzender



**Prof. Dr. jur.  
Gerhard Mehrrens**  
Geschäftsführer



**Dr. jur. Hubert Erhard**  
Stellv. Geschäftsführer

**Ärztlicher Direktor:** ..... **Prof. Dr. Christian Jürgens**

**Fachbereiche/Abteilungen:**

Abteilung für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie .....	Prof. Dr. Christian Jürgens
Bereich Septische Unfallchirurgie .....	Dr. Maximilian Faschingbauer
Abteilung für Handchirurgie, Plastische und Mikrochirurgie, Zentrum für Brandverletzte	
Vertreter des Ärztlichen Direktors .....	Dr. Ulf-Joachim Gerlach
Brandverletzten-Bereich .....	Dr. Klaus-Dieter Rudolf
Querschnittgelähmten-Zentrum .....	Dr. Frank Bisgwa
Bereich für Neuro-Urologie .....	Dr. Roland Thietje
Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin .....	Dr. Harald Burgdörfer
Neurotraumatologisches Zentrum	
Neurochirurgie - Neurologie - Neurorehabilitation .....	Dr. Stefan Lönnecker
Bereich Neurologie .....	Dr. Michael Neuss
Zentrum für Rehabilitations-Medizin Hamburg .....	Dr. Andreas Gonschorek
Dermatologie .....	Dr. Jean-Jacques Glaesener
Röntgenabteilung .....	Prof. Dr. Swen M. John
Reha-Zentrum City Hamburg .....	Dr. Anette Moldenhauer
Pflegedienstleitung .....	Dr. Jean-Jacques Glaesener
	Oliver Praße, Martin Osbahr

## Integrierte Fachbereiche und besondere Einrichtungen im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg



### Fachbereiche für:

- > Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)
- > Komplexe Stationäre Rehabilitation (KSR)
- > Schwer-Brandverletzte
- > Osteitis
- > Innere Medizin
- > Physikalische Therapie
- > Urologie
- > Hochquerschnittgelähmte Patienten mit Zwerchfelllähmung
- > Station zur Behandlung von Berufsdermatosen
- > Sporttraumatologie

### Spezielle Einrichtungen:

- > Anlaufstelle des Berufsgenossenschaftlichen Instituts für Traumatologie für die Vermittlung von Betten für querschnittgelähmte Patienten
  - > Notarzteinsetzfahrzeug (NEF)
  - > Replantationszentrum
  - > Digitale Subtraktionsangiografie
  - > Computertomograf
  - > Magnetresonanztomograf
  - > Urodynamischer Messplatz
  - > Biomechaniklabor
  - > Lungenfunktionslabor
  - > Mikrochirurgisches Übungslabor
  - > Hippotherapie
  - > Navigationssystem
  - > Berufshilfe/Krankenhaus-Sozialdienst
  - > Pädagogisches Belastungstraining
  - > Patiententransportdienst
  - > Zentrale Schwesternrufanlage
  - > Zentrales Belegungsmanagement
  - > Versorgungszentrale
  - > Patientenbibliothek
  - > Hubschrauberlandeplatz und Rettungshubschrauber
  - > Freizeittherapie
  - > Logopädie
  - > Musiktherapie
  - > Ambulante Rückenschule im Reha-Zentrum City Hamburg
- > Im BUK Hamburg befindet sich außerdem ein Arbeitsmedizinisches Zentrum des Berufsgenossenschaftlichen Arbeitsmedizinischen Dienstes Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH

### Service- und Kompetenzzentrum der gesetzlichen Unfallversicherung:

- › Ideen- und Beschwerdemanagement
- › Vorstellung von Patienten in der unfallchirurgischen Ambulanz im Rahmen des Reha-Managements der Unfallversicherungsträger
- › C-leg-Beratung
- › Vorstellung von handverletzten Patienten in der Handsprechstunde
- › Beratung bei der Steuerung des Heilverfahrens / Vorstellung brandverletzter Patienten
- › Vorstellung von Patienten mit Knochen-, Gelenk- oder periprothetischen Infektionen
- › Ambulante Vorstellung von querschnittgelähmten Patienten
- › Ambulante Vorstellung von neurologischen Patienten
- › Spezialsprechstunde Psychotraumatologische Ambulanz der Abteilung für Neurologie
- › dreitägige Reha-Abklärung
- › Ambulante Schmerzsprechstunde für Patienten der UV-Träger
- › Versorgung / Vorstellung von unfallverletzten Kindern im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
- › Behandlungsangebot für die gesetzliche Unfallversicherung zur berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW), einschließlich Integration der Belastungserprobung
- › Komplexe Stationäre Rehabilitation (KSR)
- › Station zur Behandlung von Berufsdermatosen
- › EFL-Testung (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit)
- › Versorgung mit „großen Hilfsmitteln“ in Kooperation mit der Bergbau BG
- › DRG-Abrechnungsberatung
- › Beratung bei Hörgeräteanpassungen, Hörgeräteversorgung und Batterieversand
- › Schuhversorgung nach dem „Bremer Modell“ in Zusammenarbeit mit der Unfallbehandlungsstelle Bremen
- › Hilfsmittelversorgung bei Inkontinenzpatienten sowie Lieferung von sonstigen med. Artikeln
- › Prothesen- und Orthesenversorgung
- › Hilfsmittelversorgung bei Stomapatienten
- › Beratung bei Verlegungen von Patienten aus dem Ausland und im Inland
- › Besuchs- und Beratungsdienst bei querschnittgelähmten Patienten
- › Besuchs- und Beratungsdienst bei neurologischen Patienten
- › BUKHelp - externe Pflegeberatung und ambulanter Pflegedienst
- › Beratungsangebot zu Medikamentensammelrechnungen (insbesondere Verordnung von Generika und Alternativmedikamenten)
- › Unterbringung von Kindern von Patienten bei ambulanter Behandlung
- › Stationäre und ambulante Versorgung von Patienten der gesetzlichen Unfallversicherung im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck und Campus Kiel, im Friederikenstift Hannover, dem Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf sowie im Universitätsklinikum Göttingen nach dem „Hamburger Modell“





**Prof. Dr. C. Jürgens**  
Chefarzt



**Dr. M. Faschingbauer**  
Chefarzt

**Privat-Sprechstunde:**

Tel.: 040 7306-2702 /-2701

Fax: 040 7306-2704

**Ambulanz (BG und andere)**

tägl. 09:00 - 11:00 Uhr

Tel.: 040 7306-2341

**Gelenksprechstunde**

**obere und untere Extremität**

(Arthroskopie, Bandchirurgie, Osteotomie, Arthrodesse)

Montag 10:00 – 13:00 Uhr

Tel.: 040 7306-2456

**Endoprothetik-Sprechstunde**

Nach Vereinbarung

Tel.: 040 7306-2226

**Wirbelsäulen- und Beckensprechstunde**

Nach Vereinbarung

Tel.: 040 7306-2438

**Standort**

**Ambulantes Zentrum Hoheluft**

Hoheluftchaussee 85, 20253 Hamburg

Mittwoch

Tel.: 040 39 999 039

## Abteilung für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie

Die Abteilung für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie behandelt sowohl akute Gelenkverletzungen als auch degenerative und posttraumatische Gelenkveränderungen. Wurde früher der Gelenkersatz eher großzügig eingesetzt, so hat sich heute ein differenzierteres Vorgehen etabliert. Was aber kommt vor der Endoprothetik?

Bei der Behandlung von degenerativen und posttraumatischen Gelenkveränderungen stehen neben medikamentösen und konservativen Maßnahmen wie Schonung und Gewichtsreduktion prinzipiell minimalinvasive und offen chirurgische Verfahren zur Verfügung. Ziel der neuen, differenzierten Therapieansätze ist, frühzeitig Knorpeldefekte zu behandeln, kleine Defekte auszubessern und das regenerative Potential des Gelenkknorpels zu fördern. Am Beispiel des Kniegelenks stehen heute bei primärer Gonarthrose zunächst diagnostische und therapeutische Möglichkeiten im Rahmen einer Gelenkspiegelung zur Verfügung. Unstrittig ist, dass der Meniskus als wichtiger Druckverteiler im Kniegelenk den entscheidenden Beitrag zur Vermeidung einer Kniegelenkarthrose leistet. Leider kommt es durch zunehmende sportliche Aktivität immer häufiger zu Meniskusverletzungen. Oftmals wird der Meniskus bei Operationen immer noch - auch bei jüngeren Menschen - teilweise oder sogar vollständig entfernt. Durch den Verlust dieses Stoßdämpfers entwickeln sich, vor allem nach Totalentfernung, Knorpelschäden und eine Kniegelenkarthrose. Es ist heute möglich, Rissbildungen

im Meniskus minimalinvasiv durch meniskuserhaltende Nahttechniken zu behandeln, um einem Gelenkverschleiß erfolgreich entgegenzuwirken. Im Falle ausgedehnter, komplexer Meniskus-schäden, bei denen ein Erhalt nicht möglich ist, kommen Teilresektionen bzw. Meniskusersatzverfahren oder eine Meniskustransplantation zur Anwendung.

Weitere minimalinvasive Therapien im Rahmen von Gelenkspiegelungen bei vorbestehenden, lokal begrenzten Knorpelschädigungen bestehen in der Mikrofrakturierung und ante- oder retrograder Anbohrung (Pridie-Bohrung) (Abb. 1) des betroffenen Knorpel-Knochen-Areals. Diese Maßnahmen führen zur Schaffung von regenerativen Wachstumsreizen im betroffenen Knorpelareal und werden, insbesondere bei jüngeren Patienten, mit Erfolg eingesetzt.

Bei größeren Knorpeldefekten kann eine osteochondrale Transplantation (Abb. 2) zur Defektauffüllung des

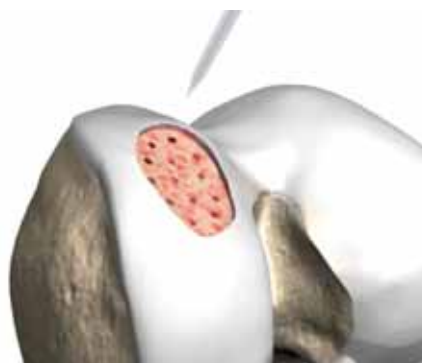


Abb. 1) Mikrofrakturierung der Femurkondyle



Abb. 2) Osteochondrale Transplantation

betroffenen Knorpel-Knochen-Areals zur Wiederherstellung einer kongruenten Gelenkfläche erfolgen. Limitierend ist bei diesem Verfahren oft die Verfügbarkeit von geeigneten Spenderzylindern zur Defektauffüllung, da Spenderzylinder und Implantationsort oft unterschiedliche Krümmungsradien aufweisen. Die klinischen Ergebnisse sind jedoch auch nach längeren Beobachtungszeiten gut. Ein Hauptaugenmerk der orthopädischen Forschung galt in den letzten Jahren der Knorpelersatztherapie. Klinisch durchgesetzt haben sich Verfahren wie die Periost- bzw. Perichondriumtransplantation. Bei diesem Verfahren werden Periostlappen bzw. Rippenperichondrium mit Erfolg in den Knorpeldefekt eingenäht oder mit Fibrinkleber fixiert, welche sich im Verlauf zu hyalinem Knorpel differenzieren. Ebenfalls erfolgreich werden autologe Chondrozytentransplantationen vorgenommen.

Dieses Verfahren wurde bereits in den 1980er Jahren in Schweden entwickelt. Zu diesem Zwecke werden aus einer Probeexzision von hyalinem Knorpel Chondrozyten in einer Zellkultur in-vitro synthetisiert, in ihrer Anzahl vermehrt und wieder in den Knorpeldefekt implantiert. Erfolgreich gelingt so die in-vivo-Resynthese hyaliner Knorpelmatrix in dem bestehenden Knorpeldefektareal. Bei gravierenderen orthopädischen Achs- oder Rotationsfehlstellungen im Bereich des Achsskeletts, welche zeitnah zu vorzeitigen Verschleißumformungen der angrenzenden Gelenke führen würden, haben sich offen chirurgische Umstellungsosteotomien etabliert. Eine Vielzahl von orthopädischen Operationsverfahren steht im BUKH zur Verfügung, um Fehlstellungskorrekturen vorzunehmen und der Verschleißumformung von Gelenken



mit großem Erfolg zu begegnen. Die Umstellungsosteotomie des Schienbeinkopfes, um nur ein Beispiel zu nennen, ist mittlerweile ein orthopädischer Standardeingriff und wird vor allem bei X- oder O-Fehlstellungen im Bereich des Kniegelenkes und daraus resultierendem einseitigen Gelenkverschleiß angewandt. Wenn keine biologische Rekonstruktion des Kniegelenkes mehr möglich ist, d.h. wenn eine Arthrose vorliegt, ist heute bei Beschwerden der selektive partielle oder vollständige Oberflächenersatz der Gelenkfläche sinnvoll. Hier werden zunehmend Teilprothesen zur Knorpeldefektauffüllung, sogenannte Hemicaps, eingesetzt (Abb. 3). Vorteil ist das Belassen möglichst großer Anteile des gesunden Knochens, um im Verlauf bei Revisionseingriffen auf größere Implantate wechseln zu können. Durch die noch immer limitierte Haltbarkeit der Implantate sind, je nach Alter des Patienten, oft ein oder mehrere Wechsel im Laufe des Lebens notwendig, weshalb die Versorgung mit einer Endoprothese möglichst zeitlich nach hinten geschoben werden soll.

Es steht somit eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Verfügung, den vorzeitigen Verschleiß eines Gelenkes hinauszuzögern oder gar zu verhindern. Schwierig ist die Indikationsstellung und Entscheidung, welches der aufgeführten Verfahren zu welchem Zeitpunkt eingesetzt werden sollte. Es gehört viel Erfahrung dazu, für einen Patienten einen individuellen Therapieplan von konservativen Möglichkeiten, über minimalinvasive Präventiveingriffe bis hin zur endoprothetischen Versorgung erstellen zu können. Dabei ist auch die Wahl des geeigneten Implantats, unter Berücksichtigung von Allgemeinzustand und Begleiterkrankungen des Patienten, von großer Bedeutung. Die Abteilung für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie des BUKH vereint die langjährige Erfahrung aus unfallchirurgischer, orthopädischer und sportmedizinischer Sicht, um Patienten bei genau diesen schwierigen Entscheidungen beratend und therapeutisch zur Seite zu stehen.



Abb. 3: Hemicap-Prothese am Großzehengrundgelenk



**Dr. U.-J. Gerlach**  
**Leitender Arzt**

**Osteitis-Sprechstunde**

Mittwoch 11:00 – 15:00 Uhr  
Freitag 11:00 – 15:00 Uhr  
Tel.: 040 73 06 -24 13  
Fax.: 040 73 06 -24 07

**Terminvereinbarung:**

**Sekretariat**

Tel.: 040 73 06-24 13  
Fax: 040 73 06-24 07  
e-mail: osteitis@buk-hamburg.de

# Septische Knochen- und Gelenkchirurgie

Behandlung von Kindern aus Krisengebieten in Zusammenarbeit mit Friedensdorf international, Hammer Forum und Robin Aid

In den letzten 5 Jahren wurden in dem Fachbereich Septische Knochen- und Gelenkchirurgie des BG Unfallkrankenhauses Hamburg 26 ausländische Kinder mit Infektionen der Knochen oder Gelenke und den Folgezuständen nach Knochen- oder Gelenkinfektionen wie begleitende Hautweichteilinfekte- und defekte, Knöcheldefekte, Gelenkkontrakturen, Beinlängenunterschiede (z. B. Verkürzung) und Achsfehlstellungen behandelt. 12 weitere ausländische Kinder wurden im selben Zeitraum in anderen Krankenhäusern, wie z.B. im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, einschließlich operativer Maßnahmen mitbehandelt. Zur Zeit werden 4 ausländische Kinder, abwechselnd ambulant und stationär, im BUKH medizinisch versorgt. Die Behandlungskosten werden vom Krankenträger übernommen. Diese Kinder kommen aus Afghanistan, Jemen und Angola, wobei die Vermittlung über die Hilfsorganisationen wie Friedensdorf, Robin Aid oder Hammer Forum erfolgt.

Die Knochen- und Gelenkinfektionen entstehen bei Kindern als über die Blutbahn fortgeleitete Infektion (Osteomyelitis) bei Entzündung an anderer Lokalisation (Tonsillitis, Sinusitis, Otitis, Zahninfektion). Bei den abwehrgeschwächten und mangelernährten Kindern treten diese Infektionen wie auch bei Kindern mit Sichelzellanämie (Malariagebiete) sehr viel häufiger auf als in Europa. Neben den hämatogen verursachten Infektionen weisen die Kinder Knochen- und Gelenkinfektionen nach offenen Frakturen und aufgrund von Komplikationen nach operativen Eingriffen auf. Ursächlich für die offenen Frakturen, die im Verlauf zu den Infektionen führen, sind häufig Kriegsverletzungen, wie Schuss- oder Minenverletzungen. Die hygienischen Verhältnisse in den

Krankenhäusern vor Ort sind mit dem Standard hier nicht zu vergleichen.

In der Heimat dieser Kinder besteht die Behandlung von Knochen-, Gelenk- und Weichteilinfektionen aus Amputation mit nachfolgender Ausgrenzung und sozialer Isolierung. Nicht bekannt ist, wie viele Kinder an einer solchen Infektion versterben.

Die Behandlung ist aufwendig, anspruchsvoll und langwierig. Bei der Therapie, die grundsätzlich aus mehreren Schritten besteht, ist der erste Schritt entscheidend. Dieser beinhaltet ein konsequentes operatives Entfernen aller entzündeten und avitalen Knochenanteile. Nur dann ist ein wiederholtes Auftreten von Knochen- und Gelenkentzündungen zu vermeiden. Die Stabilisierung erfolgt in aller Regel mit einem Fixateur externe, häufig mit dem Ilizarov-Ringfixateur. In einem zweiten operativen Schritt erfolgt die Behandlung von Haut- und Weichteildefekten. Wenn sich die Entzündung beruhigt hat, wird der Knochen wieder aufgebaut. Dieses geschieht entweder durch eine Knochen- oder Knochentransplantation nach Entnahme von den Beckenkämmen oder durch den Segmenttransport. Gleichzeitig werden vorliegende Begleitveränderungen wie Achsfehlstellungen oder Extremitätenverkürzungen korrigiert. Nach Beendigung der stationären Aufenthalte werden die Kinder von den Hilfsorganisationen weiterbetreut und in regelmäßigen Abständen in der Osteitis-Sprechstunde im BUKH vorgestellt. Nach Abschluss der Behandlung werden die Kinder wieder in ihre Heimatländer zurückgeflogen.



Abb. 1: Felix bei Aufnahme

## Fallbeispiel:

Felix, 13 Jahre, aus Angola mit chronischer Osteomyelitis. Diese war bereits mehrfach - auch in Deutschland - erfolglos voroperiert worden. Im Verlauf seiner Erkrankung kam es zu einer Infektfraktur, die instabil mit intramedullären Nägeln versorgt worden war.

Das rechte Bein war um 5 cm kürzer als das linke, es wies eine X-Bein-Fehlstellung auf, war nicht belastbar und hatte ausgedehnte Narben. Zusätzlich bestand eine HIV-Infektion mit hoher Viruslast, die jedoch unter moderner Medikation wesentlich minimiert werden konnte.



Abb. 2/3: instabil einliegende Prevot Nägel, chronische Osteomyelitis mit Infekt-Defekt-Pseudarthrose

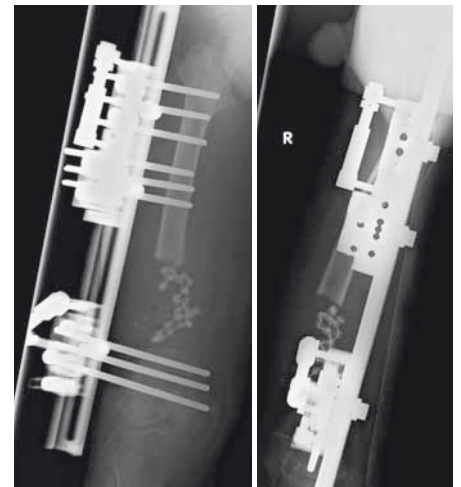


Abb. 4/5: nach Anlage Monorail Fixateur und Resektion Infekt-Defekt-Pseudarthrose

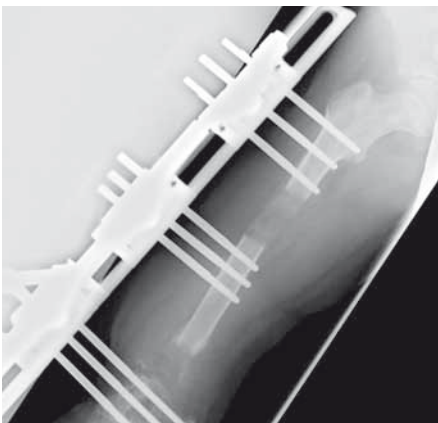


Abb. 6/7: nach 6 Wochen Segmenttransport und nach Andocken des Transportsegmentes

Im BUKH erfolgte die Materialentfernung, Resektion der Infekt-Defekt-Pseudarthrose, Stabilisierung mit Monorail-System der Firma Orthofix und die Einlage von Septopal® in den Defekt.

Nach 10 Tagen bei Infektberuhigung Septopalenentfernung, Cortikotomie zum Segmenttransport.



Abb. 8/9: klinisches Bild nach Verlängerung; abgeschlossener Segmenttransport und Distraction



Nach Beendigung des Segmenttransportes erfolgte die Spongiosaplastik in die Andockzone sowie die Fehlstellungskorrektur und über ein liegendes Fixateursystem eine Verlängerung des Oberschenkels um 4 cm. Nach 120 Tagen Abschluss der Verlängerung bei nahezu seitengleicher Beinlänge.



**Dr. K.-D. Rudolf**  
Chefarzt

**Standort**

**BG - Unfallkrankenhaus Hamburg:**  
Handsprechstunde

(BG- und Kassenpatienten)

Montag - Freitag

Tel.: 040 7306 – 2511

> plastisch-chirurgische Sprechstunde

> Musiker-Sprechstunde

> Laser-Sprechstunde

**Brandverletzten-Sprechstunde**

Mittwoch

Tel.: 040 7306-3907

**Privat-Sprechstunde**

Dienstag und Donnerstag

Tel.: 040 7306-2746

**Standort**

**Ambulantes Zentrum Hoheluft**  
**Hoheluftchaussee 85 / Hamburg**

Handsprechstunde

(BG- und Kassenpatienten)

Montag - Freitag

Tel.: 040 39 999 039

> plastisch-chirurgische Sprechstunde

> ästhetisch-chirurgische Sprechstunde

**Privat-Sprechstunde**

Donnerstag

Tel.: 040 7306-2746 oder

Tel.: 040 39 999 039

# Abteilung für Hand-, Plastische und Mikrochirurgie, Zentrum für Schwerbrandverletzte

## Wiederherstellungsmöglichkeiten des distalen Radio-Ulnar-Gelenkes

Das **distale Radio-Ulnar-Gelenk [DRUG]** ist im Zusammenspiel mit dem proximalen Radio-Ulnar-Gelenk der Garant für die kraftvolle, schmerzfreie und stabile Unterarmein- und Auswärtsdrehung. Entwickelt sich eine Arthrose des Gelenkes, so kommt es zu einer schmerzhaften oder eingeschränkten Unterarmdrehung. Während die Unterarm-Einwärtsdrehung durch das Abduzieren des Armes im Schultergelenk kompensiert werden kann, ist dies für die Auswärtsdrehung des Unterarms durch eine Ersatzbewegung nicht zu kompensieren. Dies führt dazu, dass keine Gegenstände mehr in die Hohlhand gelegt und gehalten werden können.

Der Verschleiß des distalen Radio-Ulnar-Gelenkes (**Abb. 1**) kann anlagebedingt entstehen, häufiger liegt die Ursache jedoch in einem Bruch des Handgelenkes. Hierbei sind vor allem Frakturen der Speiche, die in die Speichengelenkfläche zur Elle ziehen, für einen sich entwickelnden Verschleiß verantwortlich. Kann trotz einer guten primären Versorgung der Speichenfraktur die Gelenkfläche nicht exakt wieder hergestellt werden oder liegt eine primäre Arthrose vor, so entsteht eine schmerzhaft Unterarmdrehung mit zusätzlicher Belastungseinschränkung des Handgelenkes.

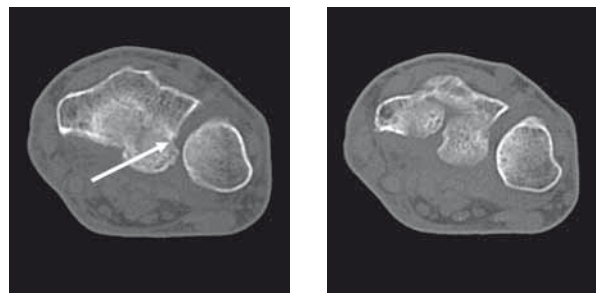
Zur Ausschaltung der Schmerzsymptomatik gibt es mehrere rekonstruktive Verfahren in Form von Resektionsarthroplastiken oder die Möglichkeit der Rekonstruktion durch eine Ellenkopprothese.

Im Folgenden werden die möglichen rekonstruktiven Verfahren vorgestellt und ihre Vor- und Nachteile aufgezeigt :

**Prinzipiell sind zwei Verfahrensweisen zu unterscheiden.**

1. Die Möglichkeit der Teilresektion der Elle, wodurch ein neues Pseudogelenk zwischen Speiche und Elle geschaffen wird.
  - 1.1 Die einfachste Technik besteht in der Entfernung des Ellenkopfes nach Darrach (**Abb. 2**). Hierdurch wird das schmerzhaft Gelenk entfernt und eine Drehung zwischen den beiden Unterarmknochen ist wieder möglich. Die Vorteile dieser Methode bestehen in dem einfachen Operationsverfahren. Der Nachteil liegt in der Instabilität des DRUG. Hierdurch kommt es bei Belastung des Unterarms zu einem Kontakt der Speiche mit dem körperfern abgesetzten Ellenknochen. Diese Situation wird als **Impingement-Syndrom (Abb. 3)** bezeichnet. Das Impingement-Syndrom kann dazu führen, dass weiterhin

eine schmerzhaft Unterarmdrehung etwas proximaler verbleibt. Studien haben gezeigt, dass die Instabilität bei dieser Methode höher ist als bei den beiden nachfolgend beschriebenen Operationsmethoden. Unterschiedliche Autorenberichten über die bekannte Kraftminderung sowie das Abrutschen



**Abb 1:** CT Bild des körperfernen Gelenkes zwischen Elle und Speiche. Der Pfeil markiert eine Stufe in der Speichengelenkfläche. Dies hatte bei dem Patienten Schmerzen bei der Unterarmdrehung zur Folge

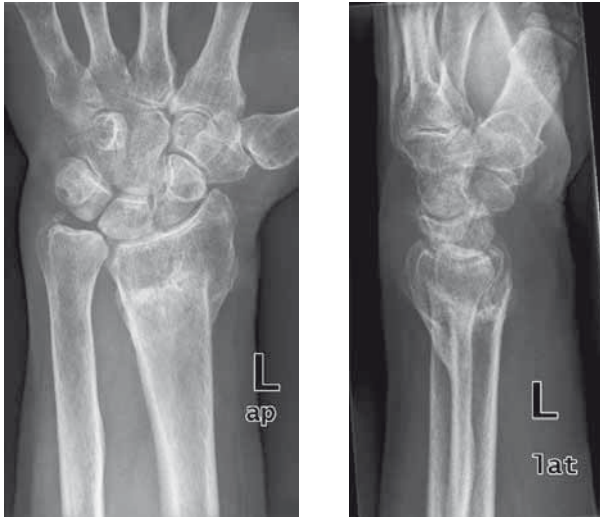


Abb. 2: Röntgenbild des Handgelenkes nach einem körperfernen Speichenbruch. Hierdurch kommt es zu einer relativen Verlängerung der Elle



Abb. 3: Ellenkopfresektion ohne Versteifung des Handgelenkes

der Handwurzelknochen in Richtung Elle. Aus diesem Grunde sollte dieser Eingriff in der Regel in Kombination mit einer Handgelenksversteifung durchgeführt werden.

- 1.2. Eine weitere operative Methode besteht in der **Teilresektion** (Hemiresektion) des Ellenkopfes nach Bowers (Abb.: 4, 5). Bei diesem Verfahren wird der Anteil des Ellenkopfes, der zur Speiche liegt, schräg entfernt. Damit es nicht zum unmittelbaren Kontakt der Knochen kommt, wird ein Teil der Gelenkkapsel eingeschlagen. Da nicht der komplette Ellenkopf entfernt wird, bleiben die Bandverbindungen zum Radius und zu den Handwurzelknochen bestehen. Untersuchungen haben gezeigt, dass zwar auch bei diesem Verfahren eine Instabilität verbleibt, diese aber deutlich geringer ausgeprägt ist als bei der kompletten Entfernung des Ellenkopfes. Auch bei dieser Methode kann ein Impingement-Syndrom auftreten. Die Häufigkeit ist jedoch geringer als bei der Entfernung des Ellenkopfes.

- 1.3 Alternativ zu dem Vorgehen nach Bowers kann das Verfahren nach Sauvé - Kapandji (Abb.: 6, 7)

durchgeführt werden. Bei dieser Operation erfolgt die Versteifung des Ellenkopfes mit der Speiche. Da durch diesen Schritt eine Unterarmdrehung nicht mehr möglich wäre, muss ein neues Pseudogelenk zwischen Speiche und Elle geschaffen werden. Dies wird durch die Entfernung eines Teils der Elle körpernah des Ellenkopfes erzielt. Der Vorteil besteht in den erhaltenen Bändern, sowohl zur Speiche als auch zu den Handwurzelknochen, und den physiologischen Gelenkflächen zwischen den beiden Unterarmknochen

zu den Handwurzelknochen. Die Operationsmethoden nach Bowers und nach Sauvé - Kapandji sind in ihren Vor- und Nachteilen nahezu ebenbürtig. So besteht bei beiden eine Instabilität des DRUG und die Gefahr der Entstehung eines Impingement-Syndroms.

2. Zur Vermeidung der Instabilität sowie des Impingement-Syndroms wurde vor ca. 15 Jahren die Ellenkopfprothese (Abb.: 8) als Alternative zu den Teilentfernungen der Elle entwickelt.

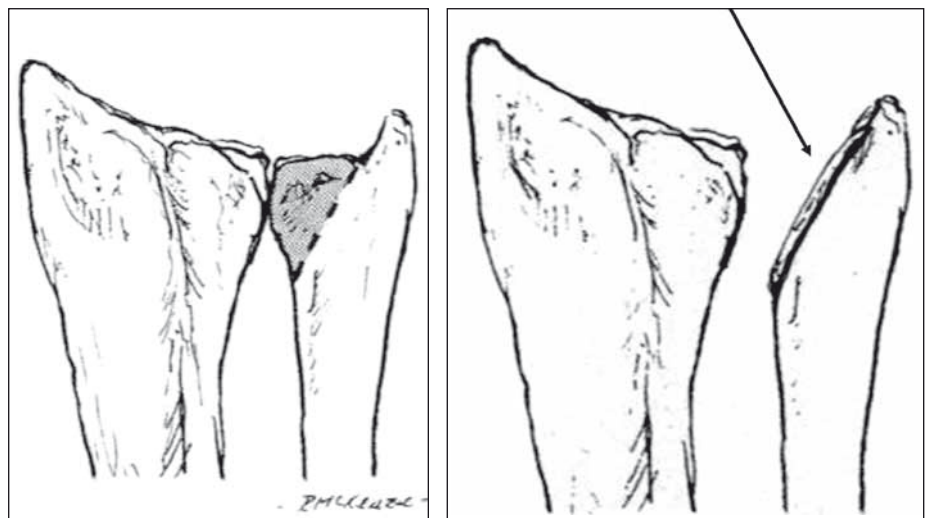


Abb. 4 Schematische Zeichnung einer Teilentfernung des Ellenkopfes (Schwarzer Pfeil) nach Bowers



Abb. 5: Röntgenbild nach Teilentfernung des Ellenkopfes (Pfeil) mit zusätzlicher Handgelenkversteifung

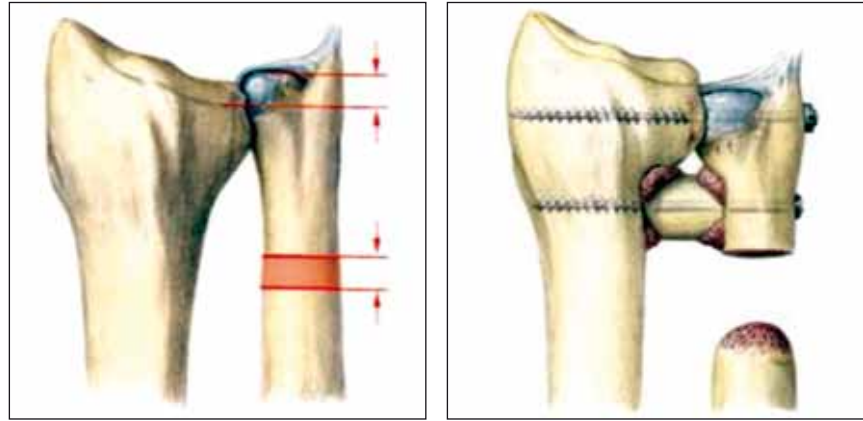


Abb. 6: Schematische Zeichnung einer Teilentfernung des Ellenkopfes nach Sauvé - Kapandji

Durch die Implantation dieser Prothese wird die physiologische Abstützung zwischen Elle und Speiche wieder hergestellt und das Impingement-Syndrom zwischen den beiden Unterarmknochen vermieden. Da dieses Verfahren noch relativ jung ist, sind Langzeitergebnisse noch nicht bekannt. Aus diesem Grund stellt diese Operationsmethode zurzeit noch ein Rückzugsverfahren nach den zuvor beschriebenen Operationen dar.

Im BUKH wird diese Methode seit 2006 durchgeführt. Alle Patienten, bei denen die Operation zur Anwendung kam, schildern eine deutliche Linderung der Schmerzsymptomatik und eine wesentlich bessere Belastbarkeit des Armes. Alle Patienten würden diesen Eingriff erneut durchführen lassen. Sollte sich die Haltbarkeit der Prothese langfristig erweisen, muss in Zukunft diskutiert werden, ob statt der Resektionsarthroplastik eine primäre Anwendung dieses Verfahrens in Frage kommt.

Mit all den zuvor beschriebenen Eingriffen können nur gute Ergebnisse erzielt werden, wenn sich eine intensive Rehabilitation in Form von Physiotherapie, Ergotherapie einschließlich der Verwendung von Quengelschienen (Pro- und Supinationsquengel) anschließt. Nur die Kombination von Operation und optimaler Nachbehandlung ist der Garant für eine erfolgreiche Operation.

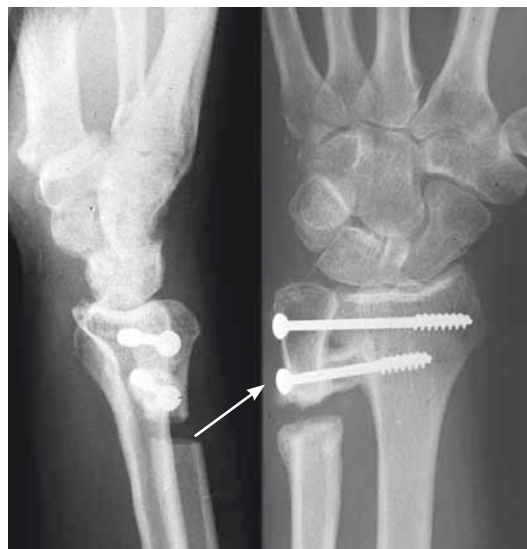


Abb. 7: Röntgenbild nach Versteifung des körperfernen Gelenkes zwischen Elle und Speiche sowie Teilentfernung der Elle (Pfeil).

In diesem Bereich erfolgt die Drehung des Unterarms (Pfeil)

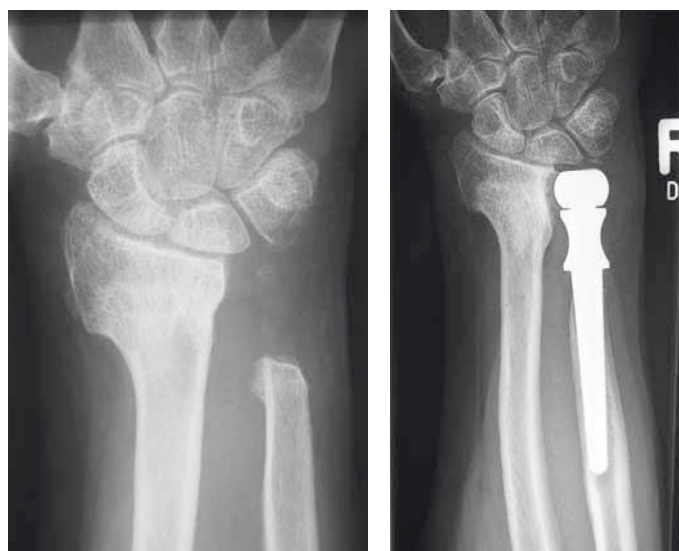


Abb. 8: Röntgenbild vor und nach der Implantation einer Ellenkopffprothese

# Querschnittgelähmten-Zentrum

Das Querschnittgelähmten-Zentrum (QZ) ist eine Modelleinrichtung der Berufsgenossenschaften. Hier werden Menschen mit Rückenmarkschäden nach dem Grundsatz der umfassenden Behandlung betreut. Diese erfolgt in drei Phasen von der Versorgung Frischverletzter über die weiterführende Rehabilitation bis zur ambulanten lebenslangen Nachsorge.

Die Behandlung querschnittgelähmter Patienten hat das Ziel, den in seiner körperlichen, persönlichen und sozialen Gesamtheit betroffenen Menschen dafür zu rüsten, seinen durch die Umstände grundsätzlich veränderten Lebensweg zu gestalten.

Hierzu ist es erforderlich, durch zielgerichtete Schulung der erhaltenen Funktionen die ausgefallenen oder eingeschränkten Fähigkeiten soweit wie möglich zu kompensieren. Dies bedeutet oftmals mühsames Erlernen neuer Fertigkeiten und Einsatz von Hilfsmitteln, die ausgefallene oder eingeschränkte Funktionen soweit wie möglich ersetzen sollen. Bereits während der stationären Behandlung werden die erforderlichen Veränderungen im häuslichen Umfeld vorbereitet.

## BEHANDLUNGSZIELE

Eine Querschnittlähmung ist bis heute nicht heilbar. Der Schaden des Rückenmarkes heilt unter Defektbildung aus und hinterlässt bleibende Ausfälle, die sich unter anderem als Lähmung darstellen. Hierbei sind Höhe und Ausmaß der Schädigung am Rückenmark sowohl für die verbleibenden Funktionen als auch für die erreichbaren Ziele von Bedeutung. Eine hohe Halsmarklähmung bedeutet den Verlust der Funktionen an Händen, Rumpf und Beinen, im Extremfall sogar den Verlust der Eigenatmung. Eine tiefe Querschnittlähmung kann Restfunktionen der Beine zur Folge haben, die die Wiederherstellung einer eingeschränkten Gehfähigkeit ermöglichen können. Zwischen diesen Extremen findet sich eine Bandbreite unterschiedlicher Defizite. Die konkreten Behandlungsziele haben sich hieran zu orientieren. Grundsätzliches Ziel ist das Erreichen maximaler Selbständigkeit und

entsprechend größtmöglicher Unabhängigkeit von fremder Hilfe.

## STATIONÄRES LEISTUNGSANGEBOT

Die Aufgaben des Behandlerenteams im QZ beginnen mit der Versorgung frisch eingetretener Querschnittlähmungen. Hieran schließt sich die Phase der weitergehenden medizinischen Therapie, der Mobilisation und der Rehabilitation an. Als Optimum hat sich herausgestellt, dass sämtliche Behandlungen innerhalb des Zentrums unter einem Dach und möglichst in einer Hand erfolgen. Hierdurch wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Behandlung der grundsätzlich nicht heilbaren Querschnittlähmung immer eine Langzeitbehandlung darstellt. Wesentliches Prinzip ist dabei die Gleichzeitigkeit der Maßnahmen von Akutmedizin und Rehabilitation.



**Dr. R. Thietje**  
Chefarzt

## Sekretariat

Tel.: 040 7306-2601  
Fax: 040 7306-2620

## Sprechstunde für

### Querschnittgelähmte:

Montag, Mittwoch und Freitag  
9:00 - 13:00 Uhr  
Donnerstag  
16:00 - 18:00 Uhr  
(für Berufstätige)



Rollstuhlbasketballturnier



Nach der Stabilisierung der akut bedrohlichen Lähmungsfolgen beginnt der rehabilitative Auftrag durch ein interdisziplinär zusammen arbeitendes Team, wobei regelhaft akut medizinische Interventionen aufgrund der typischen Komplikationen der Querschnittgelähmten erfolgen müssen. Durch die Vorhaltung entsprechender Ressourcen ist das Querschnittgelähmten-Zentrum gerade für akute Behandlungsnotwendigkeiten bestens gerüstet.

Die Rehabilitation selbst erfolgt nach einem Plan, der von den Stationsärzten in Zusammenarbeit mit der Pflege und den Therapiebereichen unter Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse des Patienten erstellt wird. In regelmäßigen Abständen wird der Erreichungsgrad hinsichtlich der festgelegten Ziele überprüft bzw. neuerliche Ziele in Anbetracht der Entwicklung des Patienten formuliert. Hierbei ist die Zusammenarbeit mit Vertretern der Gesetzlichen Unfallversicherung ausdrücklich erwünscht. Neben den allgemein verbreiteten Behandlungsmethoden der physikalischen und rehabilitativen Medizin werden zur Erreichung der Ziele zum Teil sehr spezielle Behandlungsverfahren eingesetzt. Vor allem bei inkompletten Querschnittlähmungen wird zum Beispiel die Gehfähigkeit durch den Einsatz eines Lokomaten trainiert. Neu eingeführt wurde die stochastische Resonanztherapie (SRT) zur Verbesserung des Gangbildes. Darüber hinaus hat sich seit vielen Jahren die Hippotherapie als besonders geeignet zur Behandlung fehlender

Rumpfkoordination sowie störender Spastik erwiesen. Weiterhin werden tiergestützte Therapien angeboten. Nach Abschluss der Erstbehandlung werden die Patienten im Regelfall in eine den Umständen entsprechend zugewiesene häusliche Wohnsituation entlassen. Externen Pflegeteams sowie den Angehörigen werden patientenzentrierte Schulungen angeboten. Zur Vermeidung typischer Komplikationen bzw. Spätfolgen der Querschnittlähmung wurde im Rahmen des Systems der lebenslangen Nachsorge ein ambulantes Nachuntersuchungskonzept entwickelt, das von Patienten, Angehörigen und behandelnden Ärzten gern in Anspruch genommen wird. Zunehmend erfolgen ambulante Vorstellungen auch auf Wunsch der Kostenträger, da sich gezeigt hat, dass die konsequente ambulante Nachbehandlung im Sinne der Prävention von Folgeschäden dazu beiträgt, bei gleichzeitig verbesserter Lebensqualität die Gesamtkosten der Behandlung zu senken.

Trotzdem treten vermeidbare und unvermeidbare Komplikationen auf, die nur mit einem spezialisierten Team entsprechend versorgt werden können. Dabei stehen die Probleme des ableitenden Harnwegssystems sowie Schäden im gefühllosen Bereich des Körpers in Form von Druckgeschwüren im Vordergrund. Letztere können durch zum Teil sehr umfangreiche operative Maßnahmen im BUKH zur Abheilung gebracht werden.

#### AMBULANTES LEISTUNGSANGEBOT

##### Ärzte:

- > Lebenslange Nachsorgeuntersuchung
- > Poststationäre Kontrolluntersuchungen
- > Persönliche Beratung von Patienten, Angehörigen und Kostenträgern
- > Chirurgische Versorgung
- > Internistische Versorgung
- > Neurologisch-neurophysiologische Untersuchung
- > Orthopädische Versorgung
- > Reha-Planerstellung
- > Medizinische Begutachtung
- > Zwerchfellnervenschrittmacher-Diagnostik

##### Neuro-Urologie:

- > Fachurologische Beratung, Kontrolle und Begutachtung
- > Bildgebende Diagnostik des Harntraktes
- > Funktionsdiagnostik der unteren Harnwege und ihrer Folgen
- > Therapie neurogener Dysfunktionen
- > Beratung und Überprüfung der Kontinenzversorgung
- > Beratung in Partnerschaft, Sexualität und Kinderwunsch
- > Diagnostik und Therapie sexueller Dysfunktionen beim Mann

##### Pflege:

- > Ambulante Pflege
- > Patienten- und Angehörigenbetreuung
- > Kurzzeitpflege
- > Pflegeplanerstellung
- > Externe Pflegeberatung

##### Therapie:

- > Ergotherapie (Beratung, Therapie, Hilfsmittlevaluation)
- > Physiotherapie (Beratung, Therapie, Hilfsmittlevaluation)
- > Sporttherapie (Beratung, Therapie)
- > Physikalische Therapie

##### Psychologie:

- > Psychologische Diagnostik
- > Beratung und Information
- > Krisenintervention
- > Psychotherapie (z.B. Schmerzbehandlung und Traumatherapie)



### Technik ( BUKH - Service GmbH ):

- > Hilfsmittelversorgung
- > Kontinenzversorgung
- > Orthopädische Versorgung

### AKTUELLE ENTWICKLUNGEN

Im Jahr 2004 wurde eine Sonderstation für dauerbeatmungspflichtige ultrahoch querschnittgelähmte Patienten eröffnet. Das Behandlungsangebot wurde von Patienten und Kostenträgern gern in Anspruch genommen, so dass die Station seitdem Vollbelegung aufweist. Allgemein ist die Nachfrage nach Behandlungsplätzen gestiegen. Dies liegt einerseits an der Ausweitung des operativen und konservativen Behandlungsangebotes, aber auch an der Ausweitung des Einzugsbereiches. Derzeit werden 120 Behandlungsplätze angeboten. Dies entspricht etwa 10 % der Kapazität deutscher Querschnittgelähmten-Zentren. Im Jahr 2009 wurden nahezu 180 Patienten mit frischer Querschnittlähmung stationär aufgenommen. Auffällig ist das deutlich gestiegene Durchschnittsalter der Patienten. Hiermit verbunden ist bei über 80 % der Patienten das gleichzeitige Auftreten wesentlicher Begleiterkrankungen und -verletzungen. Weiter steigende Nachfrage ist bei den Behandlungskapazitäten für Hochquerschnittgelähmte mit vorübergehender oder dauerhafter Beatmungspflicht zu verzeichnen. Dieser Bereich wird in 2010 weiter ausgebaut. Im ambulanten Bereich wurde das Behandlungsangebot gleichfalls ausgedehnt. So werden werktäglich ambulante Vorstellungstermine angeboten. 2009 wurden über 1.600 Patienten ambulant behandelt. Der Einzugsbereich des QZ beinhaltet nahezu Gesamt-Norddeutschland sowie den westlichen Teil von Mecklenburg-Vorpommern. Viele Patienten werden bereits seit über 30 Jahren im QZ betreut. Die vorhandenen Behandlungsstandards werden gegenwärtig weiter optimiert und gleichzeitig deren Erfolg im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen



transparent und messbar gemacht. Beweisend hierfür sind herausragende Ergebnisse bei der Zertifizierung nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen). Auf diese Weise wird es möglich sein, die Leistungen gegenüber den Kostenträgern exakter zu beschreiben. Zur Überprüfung der Qualität der Versorgung existieren Messinstrumente, es sind als klassische Instrumente der FIM (Functional Independent Measurement) und der SCIM (Spinal Cord Injury Measurement) zu nennen. Hinzu kommen neu entwickelte Assessmentmethoden, die zum Teil in europaweit angelegten Studien noch überprüft werden. An diesen Entwicklungen ist das QZ aktiv beteiligt. Unterdessen sind im QZ in Zusammenarbeit mit der Universität Hamburg und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung die Studien zur Erarbeitung eines neuen Scoring-Systems weitgehend abgeschlossen. Dieses wird geeignet sein, nicht nur den Funktionsgewinn während bzw. nach der Behandlung zu quantifizieren, sondern auch die Motivation der Patienten beziehungsweise deren Selbstmanagementverhalten.

### ERGEBNISSE

Die Untersuchung der deutschlandweit erhobenen Daten hinsichtlich der Patienten und der Behandlungsergebnisse zeigt, dass erhebliche Veränderungen festzustellen sind. Die Patienten werden durchschnittlich immer älter und erscheinen immer häufiger mit wesentlichen Begleiterkrankungen bzw. Begleitverletzungen im Querschnittgelähmten-Zentrum. Der Anteil inkomplett

Gelähmter steigt ständig, was darauf zurückzuführen ist, dass die früher überwiegenden Ursachen der Arbeits- und Wege- bzw. Sportunfälle zurückgedrängt werden von den erkrankungsbedingten Lähmungen. Die Zunahme der inkompletten Querschnittlähmungen führt dazu, dass immer häufiger Patienten mit eingeschränkter oder vollständiger Gehfähigkeit aus der Behandlung entlassen werden können. Diese Entwicklung hat erhebliche volkswirtschaftliche Relevanz.

### AUSSICHTEN

Da eine Querschnittlähmung trotz der heute möglichen rehabilitativen Maßnahmen immer noch eine schwerwiegende Einschränkung der Lebensumstände verursacht, ist es nur allzu verständlich, dass sich Wissenschaft und Industrie mit der Entwicklung so genannter neuroregenerativer Verfahren beschäftigen. Ziel der Forschungen ist es, Möglichkeiten zu finden, das verletzte Rückenmark dergestalt zu beeinflussen, dass zumindest Teilfunktionen wieder hergestellt werden können. Kurzfristige bahnbrechende Entwicklungen sind jedoch nicht zu erwarten. Die Bedeutung, die im QZ des BUKH präventiven Maßnahmen beigemessen wird, zeigt sich auch daran deutlich, dass die Kooperation mit Internetforen intensiviert worden ist. Besondere Schwerpunkte liegen in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Rollstuhlsportverband, dem Deutschen Behindertensportverband, der Sportfakultät der Universität Frankfurt sowie der Sporthochschule Köln im Bereich der Forschung und Förderung im Rollstuhlsport.



**Dr. H. Burgdörfer**  
**Leitender Arzt**

**Sekretariat**

Tel.: 040 7306-2608

Fax: 040 7306-2621

**Sprechstunde:**

nach Vereinbarung

**Erfahrung und Spezialisierung**

Die Fachärzte und Pflegekräfte der Neuro-Urologie des BUK Hamburg sind aufgrund ihrer vielfältigen Erfahrungen im QZ hochspezialisiert auf die Diagnostik und Behandlung von Blasenlähmungen und ihren Folgen, wie sie fast bei jeder Querschnittlähmung (ebenso bei schweren Schädel-Hirn- und komplizierten Becken-Verletzungen) zu finden sind. Ähnliches gilt auch für die lähmungsbedingten Sexualfunktionsstörungen bei Männern (z. B. Erektionsstörungen, Ejakulationsverlust) und Frauen (z. B. Sensibilitätsverlust, fehlende Scheidenlubrikation).

**Exakte Funktions-Diagnostik**

Nur eine präzise Diagnostik der Blasenfehlfunktionen führt zur korrekten Behandlung. Ihr Erfolg muss regelmäßig evaluiert werden. Denn bei den Blasen-Fehlsteuerungen handelt es sich um ein dynamisches Geschehen mit erheblichem Gefährdungspotential für den oberen Harntrakt und die Nierenfunktion. Zwei komplexe urodynamische Mehrkanal-Messplätze, davon einer mit digitaler Röntgendurchleuchtung (Video-Urodynamik), sichern die erforderlichen Untersuchungskapazitäten.

**Bewährtes und Aktuelles im Einsatz**

Das Behandlungsspektrum reicht neben dem gezielten Einsatz spezifischer

# Fachbereich Neuro-Urologie

Das Fach Urologie beschäftigt sich traditionell mit den Erkrankungen und Verletzungen der Nieren, Harnleiter, Blase, Harnröhre und der männlichen Geschlechtsorgane. Mit den Funktionsstörungen dieser Organsysteme aufgrund einer gestörten Nervensteuerung befasst sich als Subspezialität die Neuro-Urologie.

Medikamente vom Erlernen des intermittierenden Selbstkatheterismus über Präzisionseingriffe durch die Harnröhre bis hin zum Einsetzen von „Blasenschrittmachern“, d.h. Eingriffen an der Nervensteuerung von Blase und Schließmuskel. Mit gutem Erfolg wird seit acht Jahren in ausgesuchten Fällen auch die gezielte Injektion von zeitweise lähmenden Substanzen (Botulinum-A-Toxin, z. B. Botox® im Off-Label-Use) in den Blasenmuskel (Detrusor) angeboten, gelegentlich auch in den Harnröhren-Schließmuskel (Sphincter externus). Ernsthafte Nebenwirkungen oder Komplikationen dieser Behandlung wurden bei uns bisher nicht beobachtet. Die guten Behandlungsergebnisse spiegeln sich in den Daten multizentrischer nationaler und internationaler Studien wieder.

**Neuromodulation**

Bei speziellen Befundkonstellationen kommen jetzt auch moderne elektro-physiologische Behandlungsverfahren wie die „Neuro-Modulation“ zur Anwendung. Hierbei werden die Kreuzbein-Nerven elektrisch stimuliert und so die Funktion der Beckenorgane wie Harnblase, Mastdarm und Beckenboden-Muskulatur günstig beeinflusst. Dazu werden flexible Draht-Elektroden an den Kreuzbein-Nerven fixiert und anschließend das Ergebnis der Neuro-Modulation von dem Patienten über mehrere Tage dokumentiert und vom Arzt urodynamisch bestätigt. Kommt es zu einer spürbaren Besserung der Beschwerden, wird bei einem zweiten kleinen Eingriff ein Neuro-Modulator - so groß wie ein kleiner Herzschrittmacher - dauerhaft unter die Haut implantiert.

**Die „Pflegerische Kontinenz-Beratung“**

Die Pflegekräfte der Neuro-Urologie beraten bei den ambulanten Uro-Checks oder (nach Voranmeldung im QZ-Sekretariat 7306-2601) auch im Rahmen der ambulanten BG-Sprechstunden des QZ in Fragen der Auswahl und Handhabung individuell geeigneter Hilfsmittel. Die meisten Patienten suchen nach Systemen für den intermittierenden Selbstkatheterismus, die im Alltagsleben einfach und sicher zu handhaben sind. Andere benötigen Hilfe bei der Auswahl von aufsaugenden Kontinenzhilfen (z. B. Vorlagen) oder ableitenden Systemen (z. B. Kondomurinalen). Zum Erproben steht ein umfangreiches Sortiment an Produkten zur Verfügung. Um den Pflegekräften auf den Stationen ihre eigene Beratungsarbeit zu erleichtern, wurde im Intranet des BUKH eine umfangreiche Informationsplattform eingerichtet. In Schulungen einzelner Stationen werden deren Mitarbeiter/innen nach Bedarf von Pflegekräften der Neuro-Urologie geschult.

**Die ärztliche Kinderwunsch-Beratung**

Für querschnittgelähmte BG-Patienten und -Patientinnen nach Voranmeldung jeweils mittwochs von 14.00 bis 15.00 Uhr, Tel. 7306-2608

**Die P & S-Sprechstunde**

Anmeldungs-freie Sprechstunde für Partnerschafts- und Sexualfragen stationärer und ehemaliger QZ-Patienten/innen - auch gerne zusammen mit ihren Partnern - mittwochs von 15.00 bis 16.00 Uhr in Zusammenarbeit mit den Psychologen des QZ, Auskünfte unter Tel. 7360-2608

# Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin

Die Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin versorgt anästhesiologisch die vier operativen Abteilungen - Abteilung für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie, Abteilung für Handchirurgie, Plastische und Mikrochirurgie mit dem Zentrum für Schwerbrandverletzte, das Neurotraumatologische Zentrum und das Zentrum für Querschnittgelähmte mit dem Bereich Neuro-Urologie - sowie die diagnostischen Bereiche in der Abteilung für Radiologie - CT und NMR.

Es werden jährlich über 8000 Anästhesien durchgeführt. Diese umfassen alle Standardverfahren der Inhalationsnarkose, intravenösen Narkose und der Regionalanästhesie, insbesondere der oberen und unteren Extremitäten. Neben der narkoseärztlichen Versorgung in den Operationssälen und den postoperativen Aufwächerräumen sind die Anästhesisten verantwortlich für die Behandlung der Patienten auf der traumatologisch-operativen Intensivstation und der Intensivstation für Schwerbrandverletzte. Auf den Intensivstationen kommt das gesamte Spektrum des modernen, nichtinvasiven und invasiven Monitorings zur Anwendung. Alle Betten sind als Beatmungsplätze ausgestattet. Indikationsgerecht werden alle modernen Beatmungsverfahren eingesetzt. Der Anteil der Beatmungstage an den jährlichen Behandlungstagen beträgt ca. 60%. Therapeutische, fiberoptische Bronchoskopien werden von den Ärzten der Intensivbehandlungsstationen durchgeführt. An allen Werktagen finden gemeinsame Visiten mit den Kollegen der operativen Abteilungen, dem Zentrum für Rehabilitationsmedizin und der Radiologischen Abteilung statt.

Am BUKH sind zwei Rettungsmittel stationiert, die über die Rettungsleitstelle der Berufsfeuerwehr Hamburg disponiert werden. Sowohl das Notarzt-Einsatzfahrzeug 25 der Berufsfeuerwehr Hamburg (ca. 3600 Notarzteinsätze/Jahr), als auch der ADAC-Rettungshubschrauber „CHRISTOPH HANSA“ (ca. 1500 Notarzteinsätze/Jahr) werden ausschließlich von Mitarbeitern der Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin notärztlich besetzt. Im Kliniknotfallteam ist es die Aufgabe der Anästhesisten, in der Notaufnahme

oder bei Notfällen in der Klinik, die lebenswichtigen Funktionen der Patienten wiederherzustellen und zu sichern.

An allen Werktagen stehen zwei Anästhesisten für den Konsiliar- und Analgesie-Dienst (KAD) zur Verfügung. Sie übernehmen die präoperative Untersuchung und Beratung von Patienten, bei denen von einem erhöhten Narkoserisiko auszugehen ist und veranlassen die erforderlichen Maßnahmen zur Narkosevorbereitung. Patienten, für deren Eingriff keine besondere chirurgische Vorbereitung notwendig ist und die kein erhöhtes Narkoserisiko haben, können prästationär ambulant zur Prämedikationsvisite vorgestellt werden, um den Krankenhausaufenthalt für die Operationsvorbereitung zu verkürzen. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit den ambulanten Sprechstunden der operativ tätigen Abteilungen. In der Schmerzambulanz findet neben der postoperativen Nachsorge der stationären Patienten die Behandlung akuter und chronischer Schmerzsyndrome im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens statt. Neben der individuell angepassten Einstellung auf schmerzlindernde Medikamente werden in der Schmerztherapie auch Methoden der Traditionellen Chinesischen Medizin, wie zum Beispiel Akupunktur oder Moxibustion, mit gutem Erfolg angewandt.

In allen Bereichen ist die Versorgung der Patienten durch qualifiziertes Assistenzpersonal zu jeder Zeit sichergestellt.



**Dr. S. Lönnecker**  
Chefarzt

#### Sekretariat

Tel.: 040 7306-3711

Fax: 040 7306-3715

#### Sprechstunde Schmerztherapie:

montags bis freitags

08:00 - 12:00 Uhr

und montags bis donnerstags

13:00 - 15:00 Uhr

Nur nach telefonischer Anmeldung:

Tel.: 040 7306-3728

Tel.: 040 7306-3729

Fax: 040 7306-3803





**Dr. A. Moldenhauer**  
**Chefärztin**

**Sekretariat**

Tel.: 040 7306-3685  
Fax: 040 7306-3700

**Röntgen-Anmeldung**

Tel.: 040 7306-3690

# Röntgenabteilung

## Renaissance der Computertomografie durch die neue Multislice - Technik

Im BUKH wurden im Jahr 2007 mit dem damaligen 1-zeiligen Spiral-CT 1500 Untersuchungen - mit fallender Tendenz – durchgeführt. Seit der Inbetriebnahme des neuen 32-zeiligen Spiral-CTs im März 2008 konnte eine sprunghaft gestiegene Nachfrage an CT-Untersuchungen festgestellt werden. In 2009 wurden über 4100 CTs durchgeführt.

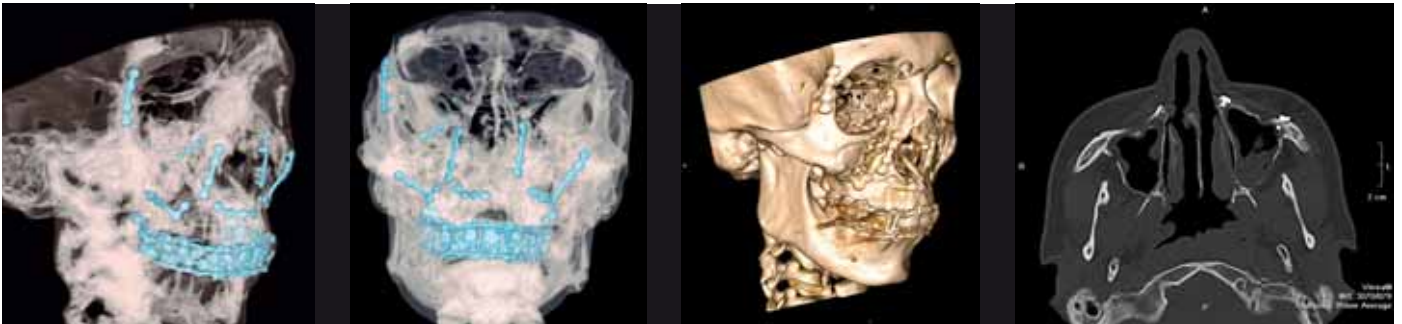
Ihren herausragenden Stellenwert hat die neue Methode – wie erwartet - in der Notfalldiagnostik unter Beweis gestellt. Die so genannte Traumaspirale ist aus der Primärdiagnostik schwerverletzter Patienten nicht mehr wegzudenken und hat die rasche Diagnostik und das Schockraummanagement revolutioniert. Der Schnelligkeit des Untersuchungsablaufes und der Gründlichkeit der Diagnostik sind geräteseitig kaum noch Grenzen gesetzt. Vom Kopf bis zu den Füßen benötigt das Gerät nur noch wenige Sekunden Scanzeit. Auch die Rechenzeiten bis zum auswertefähigen 2D- oder 3D-Datensatz sind extrem schnell geworden, so dass die ärztliche und pflegerische Behandlungs- und Diagnosezeit inzwischen die Länge der Untersuchung bestimmt. Die rekonstruierten Datensätze bieten eine derartige Fülle an Informationen, dass bei weiterer Entwicklung dieser Technologie zur Diagnostik eine CAD (computer assisted diagnosis)

notwendig werden könnte. Aufgrund der Informationsfülle und der Verdichtung der Arbeitsabläufe haben sich auch die Untersuchungs- und Befundungsbedingungen stark verändert. Die Untersuchungen erfordern eine extrem hohe Konzentration und ein fortgesetztes Training der radiologischen Medizinisch-technischen Assistenten und Radiologen. Die Einhaltung des Strahlenschutzes muss, da gegenüber dem konventionellen Röntgen ein Vielfaches an Dosis beim Patienten erreicht wird, durch Optimierung der Untersuchungsprotokolle, Eingrenzung des Untersuchungsvolumens und einer strengen Indikationsstellung gewährleistet werden.

Den größten Anteil an den gestiegenen Untersuchungszahlen in 2009 haben neben der Akutdiagnostik von Frischverletzten Gelenkuntersuchungen und Gefäßdarstellungen, die mit der damaligen Technik so nicht möglich waren.



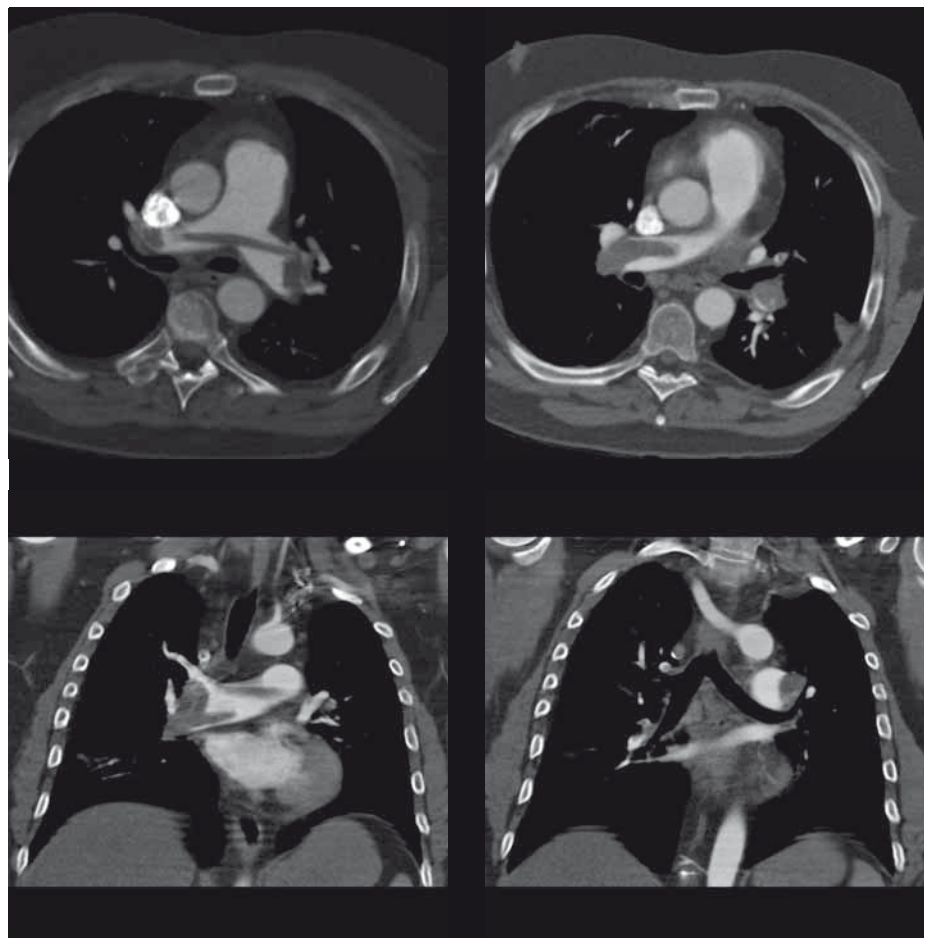
BWK-Frakturen in 2D- und 3D-Darstellung



Operativ versorgte Gesichtsschädelfrakturen

Komplexe Gelenkverletzungen können unter Zuhilfenahme von zwei- und dreidimensionalen Verfahren, Farbkodierungen und Ausschnitten eindrucksvoll und plastisch dargestellt werden und sind somit für die weitere Behandlung von großer Bedeutung.

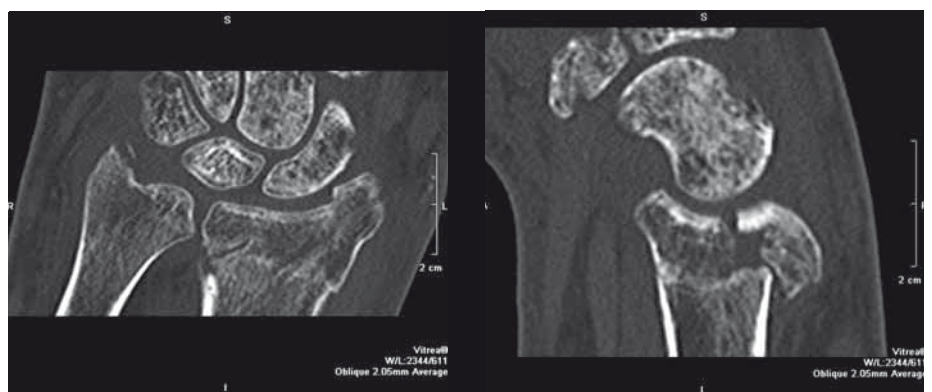
Frische Frakturen, Frakturverläufe einschließlich verzögerter Heilungen von Frakturen lassen sich überlagerungsfrei in exzellenter Auflösung darstellen. Durch die CT-Angiographie können fast alle Gefäßgebiete des Körpers nichtinvasiv dargestellt werden. Klinisch bewährt hat sich die Multislice-CT bei der Erkennung von Lungenembolien.



Lungenembolien beidseits



Operativ versorgte Unterschenkelfraktur



Distale intraartikuläre Speichenfraktur



**Dr. M. Neuss**  
**Chefarzt**

**Abteilungssekretariat**

**Frau M. Ahlers**

Tel.: 040 73 06 -34 11/ -34 12

Fax.: 040 73 06 -34 15

**Stationssekretariat**

**Frau S. Rickenberg**

Tel.: 040 73 06-39 66

Fax: 040 73 06-37 08

**Fachärztin Dr. C. Schnell-Kühn**

Tel.: 040 73 06-39 67

**Facharzt Dr. M. Jakisch**

Tel.: 040 73 06-39 64

**Facharzt Dr. D.-S. Rust**

Tel.: 040 73 06-39 65

**Neurochirurgische Sprechstunde**  
**Schmerzsprechstunde**  
**Neurochirurgisch-neurotraumatologische BG-Sprechstunde**

**Ambulante Untersuchungen und Behandlungen:**

Sprechstunden erfolgen nach telefonischer Terminvereinbarung mit dem Sekretariat.

# Neurotraumatologisches Zentrum

Das Neurotraumatologische Zentrum (NTZ), das auf Grundlage des Zusammenschlusses der beiden Fachabteilungen für Neurochirurgie und Neurologie gebildet wurde, besteht seit dem 1. November 2006 am BUKH.

Damit ist die nahtlose, fachübergreifende Versorgung Unfallverletzter mit Schäden des Zentral-Nervensystems gesichert, angefangen von der neurochirurgischen Akutbehandlung und Frührehabilitation bis zur Spät- und Langzeit-Rehabilitation mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung. Das Neurotraumatologische Zentrum verfügt über insgesamt 60 Betten, einschließlich 16 Behandlungsplätzen für die neurotraumatologische Maximalpflege und interdisziplinäre Intensivbehandlung.

Der Bereich **Neurochirurgie** des Neurotraumatologischen Zentrums ist für die akute, fachlich qualifizierte Versorgung schädelhirnverletzter Patienten zuständig. Darüber hinaus werden auch alle anderen in das Fachgebiet Neurochirurgie fallenden Erkrankungen wie schmerzhafte Abnutzungserscheinungen an der Wirbelsäule, Bandscheibenvorfälle und knöcherne Einengungen von Rückenmarkskanal und Nervenaustrittslöchern behandelt.

Zum Spektrum der Neurochirurgie gehört ebenfalls die operative Behandlung von gutartigen Geschwülsten am Hirn, von Blutungen des Schädelinneren und des Wirbelkanals sowie Erkrankungen des Rückenmarks nach Querschnittslähmungen. Weitere Arbeitsgebiete sind die spezielle neurochirurgische Schmerztherapie und die Behandlung spastischer Bewegungsstörungen nach Schädel-Hirn-Verletzungen. Die Implantation von Medikamentenpumpen und Neurostimulatoren zur Schmerz- und Spastiktherapie wird von langjährig erfahrenen Fachärzten durchgeführt und in der Schmerzambulanz werden Patienten mit diesen Implantaten nachbetreut.

Der Bereich Neurochirurgie ist mit modernsten Geräten ausgestattet und kann in enger Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen des BUKH auf alle modernen Untersuchungsverfahren zugreifen.





EEG-Messung

Im Bereich **Neurologie** des Neurotraumatologischen Zentrums werden alle Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks und der peripheren Nerven behandelt. Für die Diagnostik dieser Erkrankungen steht das gesamte Spektrum neurologischer Untersuchungsmethoden mit einem elektrophysiologischen Funktionslabor, Elektronystagmographie und Farbduplexsonographie zur Verfügung. Störungen des Gleichgewichts und der Haltungsstabilität können mit Hilfe eines modernen computergestützten Posturographiegerätes untersucht und behandelt werden.

Der Schwerpunkt liegt in der Rehabilitation von Patienten mit Schädel-Hirn-Verletzungen aller Schweregrade im Anschluss an die neurochirurgische und intensivmedizinische Versorgung. Das Therapieangebot umfasst alle Bereiche von der Frührehabilitation schwerster neurologischer Störungen wie Wachkoma bis zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation.

Eine dem jeweiligen Ausmaß der neurologischen Ausfälle und psychischen Störungen angepasste Behandlung erfolgt unter nervenärztlicher Leitung durch ein Team von Therapeuten aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Sporttherapie, Musiktherapie, Neuropsychologie und Neuropädagogik. Dabei werden auch spezielle Behandlungsverfahren angewendet, beispielsweise der Einsatz

von Botulinumtoxin zur Therapie zentral bedingter spastischer Tonus-Erhöhungen der Muskulatur oder bei Gelenk-Fehlstellungen. Regelmäßige gemeinsame Visiten und Teambesprechungen ermöglichen eine optimale Abstimmung der therapeutischen Maßnahmen.

Im Sinne einer ganzheitlichen Unfallnachsorge ist die Behandlung psychischer Trauma-Folgen wie Anpassungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen oder chronische somatoforme Schmerzzustände ein weiterer Schwerpunkt der Neurologie. Die qualifizierte ambulante und stationäre Behandlung dieser Patienten wird durch die Psychotraumatologische Sprechstunde und den Psychologischen Dienst sichergestellt. Darüber hinaus leistet der Fachbereich eine umfangreiche ärztliche und psychologische Konsiliartätigkeit für die anderen Fachabteilungen des BUKH.

Den Abschluss einer Behandlung bilden die Beratung der Patienten und eine Einschätzung des Rehabilitationsergebnisses. Entsprechend den speziellen Bedürfnissen der Kostenträger erfolgen zudem eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen. Dabei können besondere Aspekte der beruflichen Wiedereingliederung im Rahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation geprüft und auch beantwortet werden.



**Dr. A. S. Gonschorek**  
Leitender Arzt  
Neurologie

**Sekretariat Fr. Krekeler**

Tel.: 040 7306-2756

Fax: 040 7306 2754

**Oberarzt Herr K.-D. Hofeldt**

**Sekretariat Fr. Bürger**

Tel.: 040 7306-2759

**Psychotraumatologische  
Sprechstunde**

**Herr C. Matthiesen**

Tel.: 040 7306-2760

**Psychologischer Dienst**

**Herr Gottschalg**

Tel.: 040 7306-2763

**Medizinisch-berufliche Rehabilitation**

**Frau Dr. Hopf**

Tel.: 040 7306-3958

Ambulante Untersuchungen und Behandlungen erfolgen durch die Fachärzte der Abteilung nach telefonischer Rücksprache mit den Sekretariaten



**Dr. J.-J. Glaesener**  
**Chefarzt des Zentrums für  
Rehabilitationsmedizin**

**Sekretariat**

Tel.: 040 7306-2811  
Fax: 040 7306-2805  
j.glaesener@buk-hamburg.de

**Dr. Th. van de Weyer**  
**Ständiger Vertreter des Chefarztes**  
Leitender Oberarzt Frührehabilitation

Tel.: 040 7306-2816  
Fax: 040 7306-2805  
T.vandeWeyer@buk-hamburg.de

**Dr. M. Neikes**  
**Leitender Oberarzt KSR**  
Tel.: 040 7306-2414  
Fax: 040 7306-2401  
M.Neikes@buk-hamburg.de

**S. Ziegert**  
**Oberärztin BGSW/Rehaabklärung**  
Tel.: 040 7306-2819  
Fax: 040 7306-3410  
S.Ziegert@buk-hamburg.de

**Rolf Keppeler**  
**Therapie-Gesamtleitung**  
Tel.: 040 7306-2820  
Fax: 040 7306-3302  
R.Keppeler@buk-hamburg.de

**Sprechstunden:**  
**Berufsgenossenschaftliches  
Unfallkrankenhaus**  
Montag und Freitag  
15.00 bis 17.00 Uhr  
**Gehschulvisite**  
Dienstag 08.30 Uhr  
Tel.: 040 7306-3391  
**Reha-Zentrum City Hamburg**  
Mittwoch 15.00 bis 18.00 Uhr

# Zentrum für Rehabilitationsmedizin Hamburg

## Frührehabilitation als erstes Glied der lücken- losen Rehabilitationskette.

Die Frührehabilitation ist die frühestmöglich einsetzende kombinierte akut-medizinische und rehabilitativ-medizinische Behandlung von schwer betroffenen Patienten verschiedener medizinischer Fachgebiete.

Diese weisen nicht nur eine akute Gesundheitsstörung auf bzw. Folgen einer gravierenden Unfallverletzung sondern vor allem relevante Beeinträchtigungen ihrer Körperfunktionen oder auch der Körperstrukturen. Es droht eine bleibende Einschränkung ihrer zukünftigen Aktivitäten und ihrer Teilhabe am beruflichen, familiären und sozialen Leben. So ist Frührehabilitation immer dann angezeigt, wenn während der akuten Behandlung schon schwere Beeinträchtigungen der funktionellen Gesundheit abzusehen oder bereits deutlich geworden sind. Nicht die zugrunde liegende Diagnose ist dabei entscheidend, sondern vor allem der Bedarf nach gezielter Rehabilitation, um die Folgeschäden der Erkrankung oder des Unfalls so gering wie möglich zu halten.

Im Zentrum für Rehabilitationsmedizin wurden von Anfang 2008 bis Ende 2009 knapp 400 Patienten frührehabilitativ behandelt. Ihre Zuweisung erfolgt aus allen Krankenhäusern bzw.

Intensivstationen der Stadt Hamburg und aus zahlreichen anderen Zentren der Maximalversorgung in Norddeutschland. Zum Zeitpunkt der Verlegung sind viele dieser Patienten noch beatmet oder mit einem Luftröhrenschnitt versehen nach Langzeitbeatmung.

Schon auf der Intensivstation der Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin (AIR) beginnt neben der akutmedizinischen Behandlung die Rehabilitation mit allen Therapie-Modalitäten, welche im BUKH zur Verfügung stehen. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und die Mitarbeiter der Physikalischen Therapie arbeiten eng mit Pflege und Ärzten zusammen, um optimale Voraussetzungen zu schaffen für den weiteren Rehabilitationsverlauf. Das „mobile Rehabilitationsteam“ beginnt noch am Aufnahmetag mit der Behandlung und entwöhnt in Zusammenarbeit mit den Ärzten der Abteilung für AIR die Patienten schrittweise von der Beatmung.



### ↓ Schlucktherapie



Einige der Patienten haben infolge ihres Schlaganfalls oder einer schweren Schädel-Hirn-Schädigung noch eine ausgeprägte Störung des Schluckaktes. Mittels Video-Endoskopie untersuchen die Ärzte des ZRH gemeinsam mit den Logopäden das Schlucken. Häufig bei noch liegender Trachealkanüle, um ein unbemerktes Einatmen von Speichel und Speisen in die Lunge zu vermeiden, was zu Komplikationen wie z.B. einer Lungenentzündung führen kann.

Sofern die Patienten von der Beatmung entwöhnt sind, können sie in einen Bereich verlegt werden, wo die kardio-pulmonalen Funktionen noch überwacht werden, gleichzeitig jedoch die Frührehabilitation zunehmend intensiviert wird mit Mobilisation in den Stand und in den Rollstuhl. Unter Ausnutzen der Möglichkeiten eines eigenen Therapieraumes auf Station werden auch stark wahrnehmungsgestörte und unruhige Patienten gemeinsam von verschiedenen Therapiebereichen in ruhiger, adäquater Umgebung behandelt.

Die Rehabilitationspflege ist ein integraler Bestandteil der umfassenden Rehabilitation auf der Frührehabilitations-Station. Durch die 24-Stunden-Begleitung der Patienten sind die Mitarbeiter der Pflege im Zentrum der Information und begleiten die Therapie nicht nur bei der fachgerechten Lagerung der Schwerbetroffenen sondern auch beim therapeutischen Schlucken, bei der Mobilisation in den Rollstuhl, beim Wiedererlernen und bei der schrittweisen Übernahme der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie beim Wiedergewinn der Kontrolle über Blase und Mastdarm. Die Therapiebereiche, d.h. die Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden,



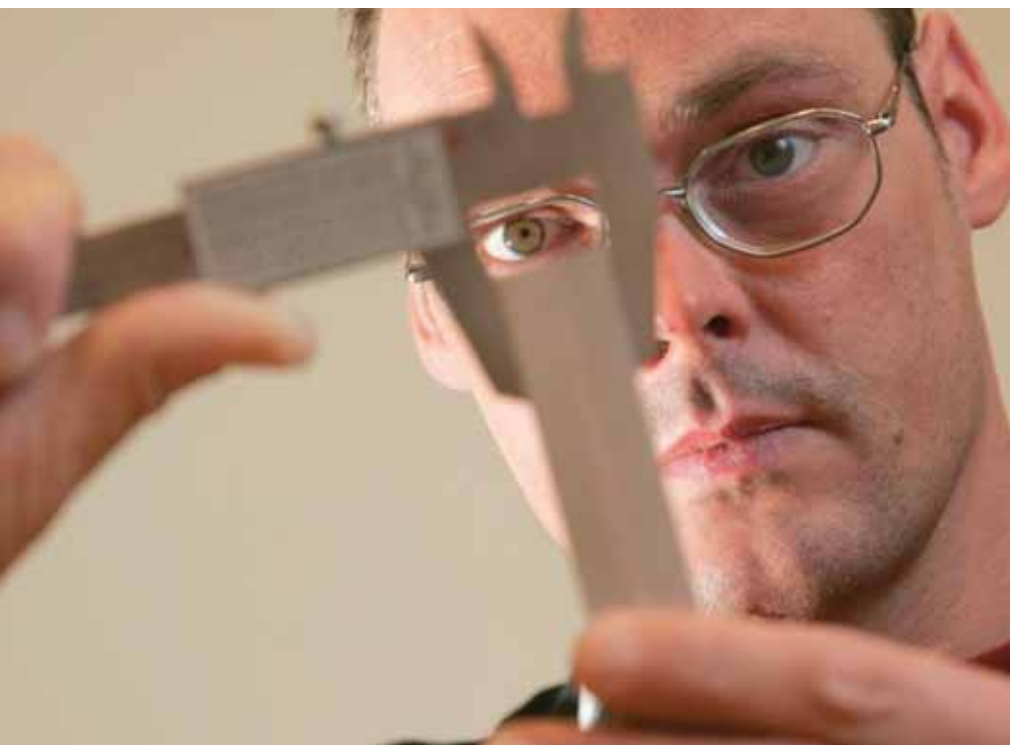
Neuropsychologen und die Masseure, Lymphtherapeuten, die Musiktherapeutin und der Rektionstherapeut richten ihr Hauptaugenmerk auf das zuvor festgelegte Reha-Ziel. Sie helfen sich gegenseitig, führen manche Therapie gemeinsam durch und tauschen ihre Erfahrungen über die erreichten Fortschritte und Wochenziele mit den zuständigen Reha-medizinern einmal pro Woche in einer ausführlichen Teambesprechung aus.

Diese schwerstbetroffenen Patienten stellen besonders hohe fachliche, körperliche und psychische Anforderungen an alle Mitarbeiter. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, wurde im Jahr 2008 mit interdisziplinären Inhouse-Schulungen begonnen. Ziel dieser Affolter-Fortbildungen, einer Behandlungs- und Pflorgetechnik auf neurophysiologischer Grundlage, ist das Sicherstellen einer höchstmöglichen Behandlungsqualität. Zudem wird die Teambildung nachhaltig gefördert. Der Erfolg des langfristig angelegten Schulungskonzeptes zeigt sich bei der täglichen Arbeit. Im weiteren Verlauf, mit abnehmendem akutmedizinischen Behandlungsbedarf, nimmt dann die Intensität der Rehabilitation deutlich zu bis zu dem Zeitpunkt, wo die Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung in die weiterführende Rehabilitation in eine Rehabilitationsklinik verlegt werden können.

### ↑ Musiktherapie

### ↓ Physiotherapie am Fuß





Für die Unfallverletzten der Gesetzlichen Unfallversicherung kommt die lückenlose Versorgung durch die verschiedenen Rehabilitationsangebote des ZRH zum Tragen.

In der Komplexen Stationären Rehabilitation (KSR) besteht weiterhin ein deutlich erhöhter therapeutischer Handlungsbedarf. Die Behandlungsschwerpunkte in der **Physiotherapie** sind das Reduzieren von Schmerzen, das Erweitern des Bewegungsausmaßes und das Kräftigen der Muskulatur. Mittels gezielt ausgewählter Behandlungstechniken wie zum Beispiel Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF) werden verloren gegangene Bewegungsmuster angebahnt. Ein physiologisches Gangbild wird neu erlernt.

Parallel werden die Behandlungen in der **Physikalischen Therapie** intensiviert. Durch abgestimmte Maßnahmen wie zum Beispiel Manuelle Lymphdrainage werden akute und chronische Schwellungszustände zu Gunsten einer besseren Funktion beseitigt. Zudem kommen medizinische Bäder, Wärmebehandlungen, Spezialmassagen und auch Elektrotherapien zum Einsatz.

Dies ist die Voraussetzung für eine frühzeitige effiziente Versorgung mit Orthesen, Prothesen oder orthopädischem Schuhwerk in unserer **Gehschule**. Die passgerechte Versorgung durch das multidisziplinäre Team erlaubt eine frühestmögliche individuelle Gebrauchs- und Gangschulung, immer mit dem Ziel der Teilhabe am gesellschaftlichen, sozialen und beruflichen Leben.

Die **Ergotherapie** übernimmt hierbei die Gebrauchsschulung bei Versorgungen mit Armprothesen nach Verlust der oberen Extremität. Hier werden auch



individuell angepasste Schienen und Hilfsmittel nach Verletzungen der Hand gebaut und erprobt.

In der **Arbeitstherapie** werden unfallverletzte Patienten frühzeitig nach Aufnahme der individuellen Arbeitsplatzanamnese an berufs- und arbeitsplatzspezifische Belastungen herangeführt.

Das komplexe Rehabilitationsprogramm wird ergänzt durch Medizinisches Aufbautraining in der **Sporttherapie**, wo nach eingehender Befundung individuelle Trainingspläne erarbeitet werden.

In Absprache mit den Unfallverletzten werden diese Trainingspläne stetig gesteigert und angepasst, um das Rehabilitationsziel, die berufliche Wiedereingliederung, zu erreichen. Der Erfolg sämtlicher therapeutischer Maßnahmen wird regelhaft geprüft und dokumentiert. Die Therapie- und Trainingsplansteuerung findet durch interdisziplinäre Teamvisiten statt.

Auch in anderen Fachbereichen finden hoch-spezialisierte Therapien statt.

In der **Physiotherapie des Querschnittgelähmten-Zentrums** werden hochgelähmte Patienten intensiv atemtherapeutisch behandelt. Die effiziente Atemtherapie wird dabei durch Techniken aus der Vojta-Therapie zur Verbesserung der Ansteuerung der Atemmuskulatur und zur Vertiefung des Atemzugvolumens unterstützt.

In der **Ergotherapie des Querschnittgelähmten-Zentrums** werden diese hochgelähmten Patienten mit individuellen Kommunikationshilfsmitteln zur Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben versorgt.





**Prof. Dr. S. M. John**  
**Chefarzt**

**Sekretariat**

Tel.: 040 7306- 3261  
Fax: 040 7306- 3203



# Dermatologie

Dermatologisches Zentrum - Institut für interdisziplinäre dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm)

Das iDerm mit Standorten im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg (BUKH) und an der Universität Osnabrück ist auf Erfolgskurs als international größtes präventiv-medizinisches Schwerpunktzentrum für berufsbedingte Hautkrankheiten.

Es bietet eine Vielzahl von Angeboten für Erkrankte entsprechend dem Stufenverfahren Haut der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und widmet sich derzeit zwei großen DGUV-Forschungsprojekten. Erst kürzlich ist der Funke auch nach Europa übergesprungen. So hat die europäische dermatologische Fachgesellschaft (EADV) Hauterkrankungen am Arbeitsplatz zum Thema einer Kampagne mit dem Namen „healthy skin@work“ gemacht.

Das Institut für interdisziplinäre dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) wurde am 14. Mai 2008 gegründet. Die Institutsgründung erfolgte in einer Kooperation zwischen dem BUKH, der Universität Osnabrück, dem Land Niedersachsen und der Berufsgenossenschaft

für Gesundheitsdienst und Wohlfahrts-pflege (BGW). Standorte des An-Instituts sind die Universität Osnabrück und das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Hamburg. An beiden Standorten werden sämtliche breitgefächerten, interdisziplinären Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen des „Stufenverfahrens Haut“ der DGUV angeboten und Versicherten ortsnahe zugänglich gemacht. Das Dermatologische Zentrum und das BGW Schulungs- und Beratungszentrum (schu.ber.z) Hamburg finden sich im Gebäude für die berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung (BGSW), das in 2008 fertig gestellt wurde. Damit steht eine moderne medizinische Infrastruktur zur Verfügung, um die Versorgung von Patienten mit Berufsdermatosen auf hohem Niveau vornehmen



Vorstellung der EADV-Präventionskampagne „healthy skin@work“ / europrevention campaign im Europäischen Parlament (Brüssel, 18.11.2009).

Von links nach rechts: Dr. Kasoulides, MEP, Prof. S. M. John, Prof. J. Pace, EADV, Prof. A. Trakatellis, ehem. MEP, Prof. St. Brandenburg, BGW.

Quellenangabe Photo: „European Parliament“

zu können. Die im Jahre 2009 auch im iDerm-Standort Hamburg weiter gestiegenen Beratungszahlen belegen dies.

Über die unmittelbaren klinischen Aufgaben hinaus verfolgt das iDerm das Ziel, die an der Universität Osnabrück konzipierten gestuften Präventions- und Rehabilitationsmodelle für Menschen mit berufsbedingten Hautkrankheiten fortlaufend wissenschaftlich zu evaluieren und Evidenz basiert weiterzuentwickeln. In diesem Zusammenhang führt das iDerm zurzeit eine systematische prospektive Kohortenstudie (ROQ) an Patienten mit schweren Handekzemen als bundesweite multizentrische Studie der DGUV bis 2013 durch. Bereits jetzt vorliegende ROQ-Zwischenergebnisse können den nachhaltigen Erfolg der tertiären Individualprävention untermauern. Aus der Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung ist der Umstand bedeutsam, dass sich die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsphasen bei Betroffenen um über 2/3 vermindern lässt. Hier wird deutlich, was tertiäre Individualprävention für den Einzelnen, aber auch für Unternehmen im Sinne der beruflichen Reintegration, leisten kann. Die wissenschaftliche Evaluation der derzeitigen Versorgungssituation von Menschen mit berufsbedingten Hauterkrankungen ist Gegenstand einer weiteren DGUV-Studie im Bundesgebiet (EVA\_Haut). Von dieser ersten randomisierten Studie zu dieser Thematik sind weitere Verbesserungen der ambulanten, aber auch stationären Betreuung von Menschen mit berufsbedingten Hauterkrankungen zu erwarten. Der mit dem iDerm eingeschlagene Weg der Schaffung von umfassenden wissenschaftlich begründeten Präventionsangeboten für Versicherte mit berufsbedingten Hauterkrankungen dürfte sich als zukunftsfähig erweisen;



dies nicht nur national sondern auch international. 2009 wurde eine konzentrierte Europäische Initiative zur Prävention berufsbedingter Hauterkrankungen (EPOS) unter Einbeziehung der maßgeblichen Kliniker und Wissenschaftler in 21 Ländern Europas gegründet. Ferner ist es 2009 gelungen, eine europäische Kampagne zum Thema („healthy skin @ work“/ europevention campaign) unter der Schirmherrschaft der zuständigen Europäischen Wissenschaftlichen Fachgesellschaft (EADV) ins Leben zu rufen. Die Kick-off-Veranstaltung der Kampagne im Rahmen eines parlamentarischen Abends im Europäischen Parlament unter Einbeziehung maßgeblicher Vertreter der deutschen Sozialversicherung ist auf großes Interesse bei den beteiligten Abgeordneten aus dem Bereich Soziales und Gesundheit gestoßen. Aus den Reihen der anwesenden Vertreter der EADV und der Abgeordneten wurde die Hoffnung geäußert, dass sich hieraus Impulse für eine weitere Entwicklung und Harmonisierung europäischer



Sozialversicherungssysteme ergeben. Bereits jetzt ist bemerkenswert, dass die Bedeutung von aufeinander aufbauenden, umfassenden Präventionsmaßnahmen für Menschen mit berufsbedingten Hauterkrankungen, wie sie im iDerm praktiziert werden, erkannt worden ist.

Das Jahr 2009 wurde abgerundet durch die 10. Jubiläumstagung der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD) in der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG). Wissenschaftliche Schwerpunktthemen waren die Weiterentwicklung der Prävention berufsbedingter Hauterkrankungen, einschließlich beruflicher Hautkrebses. Der Kongress hat wesentliche Fortschritte in Bezug auf die Verankerung der Prävention in der wissenschaftlichen Dermatologie gebracht. Durch berufliche UV-Exposition hervorgerufener Hautkrebs wird zukünftig vermehrt Gegenstand von Angeboten des iDerm im Bereich von Prävention, Beratung und Therapie Betroffener sein.

# Qualitätssicherung - schlanker geht immer



Im September 2008 hat das Unfallkrankenhaus Hamburg erfolgreich die Re-Zertifizierung in den Verfahren KTQ-Krankenhaus (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) und qu.int.as (Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz) der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) durchlaufen. Auch wenn sich in beiden Verfahren keine Felder mit akutem Handlungsbedarf ergaben, enthalten die Berichte der externen Visitoren doch Hinweise, wo Abläufe schlanker gestaltet werden können.

Ein besonders wichtiger Ansatz für die Zukunft ist auch, die Erfassung von Daten für die interne und externe Qualitätssicherung auf ein für den Betrieb vertretbares Maß zu bringen. Der Kernansatz dabei ist, ohnehin vorhandene Datenbestände zu nutzen, um die Mitarbeiter von der manuellen Erstellung von Qualitätssicherungsbögen zu entlasten. Diesem Ansatz folgend haben sich alle BG-Krankenhäuser der bundesweiten „Initiative Qualitätsmedizin“ (IQ<sup>M</sup>) angeschlossen. Die in diesem Verein organisierten Krankenhäuser werten ihre Qualitätsdaten transparent, trägerübergreifend, manipulationssicher und mit für alle Einrichtungen identischen Indikatoren aus. Jede der derzeit teilnehmenden 114 Kliniken ist verpflichtet, ihre Ergebnisse ab 2010 im Internet zu veröffentlichen.

Mit der Publikation der Qualitätsergebnisse werden Patienten, ihren Angehörigen, einweisenden Ärzten, den Kostenträgern und der interessierten Öffentlichkeit eine leicht zugängliche und verständliche Orientierung und damit eine Entscheidungshilfe für die Wahl eines Krankenhauses geboten. Denn für den Patienten zählt am Ende allein die Frage: „Wie gut ist welches Krankenhaus für meinen Fall besonders geeignet?“

Bei Gründung der IQ<sup>M</sup> im August 2008 war es das Ziel der beteiligten Kliniken, gemeinsam ein zuverlässiges System zur Sicherung und Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität für möglichst viele Patienten zu schaffen, das keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand für das Behandlungsteam verursacht. Wesentliches Merkmal der IQ<sup>M</sup>-Qualitätsindikatoren ist daher auch, dass sie sich aus Routinedaten

(fallbezogene Abrechnungsdaten) ableiten und die medizinische Behandlungsqualität bei wichtigen und häufigen Krankheitsbildern, wie etwa orthopädischen Eingriffen, Schlaganfall oder Lungenentzündung, messen.

IQ<sup>M</sup> nutzt u. a. die Krankenhaussterblichkeit als Qualitätsindikator für komplexe Krankheitsbilder. Bei diesen komplexen Krankheitsbildern spiegelt die Anzahl der im Krankenhaus verstorbenen Patienten (Krankenhaussterblichkeit), neben der Schwere der Erkrankung, auch die Qualität aller vorgelagerten Behandlungsprozesse wider. Die Messung der Sterblichkeit als Kennzahl wird daher bei IQ<sup>M</sup> von dem Gedanken getragen, dass sie im Ergebnis nur dann gering sein kann, wenn alle Behandlungsschritte dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen und komplikationsarm und reibungslos interdisziplinär ineinander greifen.

Auf Grundlage der so halbjährlich ermittelten Qualitätsergebnisse verbessern die beteiligten Kliniken gemeinsam und kontinuierlich die medizinische Qualität. Dazu dient, bisher einmalig in Deutschland, das verpflichtende Peer Review Verfahren der IQ<sup>M</sup>: Bei zahlenmäßig auffälligen

Ergebnissen werden vom verantwortlichen Chefarzt sowie chefarztlichen Kollegen aus anderen Krankenhäusern konkrete Behandlungsfälle gemeinsam auf ein mögliches Verbesserungspotential in Abläufen und Strukturen hin analysiert. Damit werden Schwachstellen identifiziert und können beseitigt werden.



# Familiäre Pflege unter den Bedingungen der Deutschen Fallpauschalen (G-DRG's)

## Modellprojekt bereitet Angehörige auf häusliche Pflege vor

Die Integration von Angehörigen in die Pflege durch qualifiziertes Pflegepersonal im Hinblick auf die spätere häusliche Betreuung war für berufsgenossenschaftlich versicherte Patienten schon immer ein fester Bestandteil der Rehabilitation im BUKH.

Das Modellprojekt dient der Kompetenzförderung, indem pflegende Angehörige auf die neue Lebenssituation zu Hause besser vorbereitet werden. Seit August 2009 beteiligt sich das BUKH mit weiteren Hamburger Kliniken am Modellprojekt „Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's“. Dadurch ist es nun möglich, die positiven Erfahrungen aus der BG-lichen Rehabilitation auch auf die kassenversicherten Patienten zu übertragen.

Das Projekt wurde von der AOK Rheinland/Hamburg initiiert und wird von der Universität Bielefeld wissenschaftlich begleitet. Im Herbst 2009 wurden Mitarbeiter des Pflegedienstes des BUKH im Rahmen einer Fortbildungsreihe an der Universität Bielefeld für das Modellprojekt vorbereitet.

Dadurch besteht jetzt die Möglichkeit, die Angehörigenberatung weiter auszubauen und neue Angebote zu gestalten.

Durch das Projekt der Pflegekasse AOK Rheinland/Hamburg ist der Pflegedienst nun in der Lage, auf die individuellen Bedürfnisse der Angehörigen von kassenversicherten Patienten ohne Zeitnot eingehen zu können.

### Folgende Angebote stehen den Angehörigen zur Verfügung:

**Pflege-Training:** Einweisungen in pflegerische Maßnahmen für die Angehörigen am Patientenbett.

**Gesprächskreise** für Angehörige, um Erfahrungen auszutauschen und sich gegenseitig zu unterstützen. So werden Probleme und Belastungen wahrgenommen und reduziert.

**Initialpflegetermine:** In diesen Kursen lernen pflegende Angehörige nicht nur Pflegetechniken selbst durchzuführen und bekommen dazu einen theoretischen Hintergrund vermittelt, sondern werden auch gestärkt und befähigt ihr Pflegesetting individuell zu gestalten und familiäre Pflegenetzwerke zu entwickeln. Das Kurskonzept hebt sich von herkömmlichen Angeboten anderer Kliniken dadurch ab, dass neben notwendigen Pflegetechniken auch psychosoziale Bausteine vermittelt werden.

**Aufsuchendes Pflege-Training:** Im Rahmen des Übergangs der Patienten vom Krankenhaus in den häuslichen Bereich sind auch Beratungen in der häuslichen Umgebung möglich. Die Erfahrung hat gezeigt, dass gerade in den ersten

Tagen nach der Entlassung des Patienten viele neue Fragen auftreten, die dann vor Ort besprochen werden können. Neben der Aufgabe, der Belastung von Angehörigen vorzubeugen und sie möglichst zu minimieren, hat das Projekt auch positive Auswirkungen auf das Entlassungsmanagement des BUKH, da Angehörige bereits im Krankenhaus auf die häusliche Pflege vorbereitet werden. Der Pflegedienst im BUKH freut sich auf die neuen Herausforderungen, die sich aus der Teilnahme der Klinik am Modellprojekt ergeben.

Diese neuen Pflegeleistungen werden über die Universität Bielefeld durch die AOK direkt mit den Krankenkassen abgerechnet und entsprechend vergütet.



Angehörigenberatung



**Reha-Zentrum City Hamburg**  
**Lange Mühren 1**  
**20095 Hamburg**

**Öffnungszeiten:**

Montag bis Freitag  
täglich 7:30 Uhr - 19:00 Uhr

**Gehschulvisite:**

Spezialvisite für die  
Berufsgenossenschaften

**Orthopädie-Technik /**  
**Orthopädie-Schuhtechnik**

**alle Kostenträger:**

Mittwoch 8:30 Uhr - 11:00 Uhr

**Dr. J.-J. Glaesener**

**Chefarzt**

**Dr. F. Grabbe**

**Oberärztin**

**Chirurgie/Unfallchirurgie**

**physikalische und rehabilitative Medizin**

Sekretariat:

Tel.: 040 3096 3116

**M. Giemsa**

**Kaufmännischer Leiter**

Sekretariat:

Tel.: 040 3096 3113

Fax: 040 335 224

E-Mail: RHZ@buk-hamburg.de

Internet: www.buk-hamburg.de

# Reha-Zentrum City Hamburg

## Ambulante Rehabilitation: Eine wichtige Ergänzung der Rehabilitationskette

Das Reha-Zentrum City Hamburg ist eine Einrichtung des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Hamburg in der Trägerschaft des Berufsgenossenschaftlichen Vereins für Heilbehandlung e.V.

Die hier angebotene ambulante Rehabilitation wird von den Ärzten und Therapeuten des Zentrums für Rehabilitationsmedizin Hamburg am BUKH koordiniert und durchgeführt.

Die Hauptaufgabe des Reha-Zentrum City Hamburg seit seiner Eröffnung im Jahr 1991 betrifft die ambulante Rehabilitation bei Patienten mit Schäden am Bewegungssystem, insbesondere Unfallverletzungen mit und ohne neurologischen Schaden.

Sie greift den Gedanken der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP) auf, d.h. eine Erweiterung der isolierten Anwendung einer Standardtherapie, wie z.B. Physiotherapie, Physikalische Therapie oder Medizinische Trainingstherapie.

Die ambulante Rehabilitation weist darüber hinaus folgende Qualitätskriterien auf:

- > eine enge fachärztliche Führung des Rehabilitationsprozesses mit Eingangs- und Zwischenuntersuchungen der Rehabilitanden durch die anwesenden Ärzte in drei- bis vierwöchigem Abstand sowie eine ausführliche Abschlussuntersuchung. Dieses impliziert die durchgehende Präsenz eines Facharztes für Chirurgie/Unfallchirurgie/Orthopädie im Rehabilitationszentrum mit der Möglichkeit der Intervention bei Auftreten von Problemen, Komplikationen oder unklaren Befundverschlechterungen. Es schließt auch regelmäßige Problemfallvorstellungen und die Koordination des Rehabilitationsprozesses aus rehabilitationsmedizinischer Sicht mit ein.

- > Das Durchführen von Therapiemaßnahmen über mindestens 180 Minuten/Tag. Die Maßnahmen der Physiotherapie, der Physikalischen Therapie

(Elektrotherapie, Wärmetherapie, Massage und Hydrotherapie) werden nicht nur um die Sporttherapie ergänzt sondern auch um die Ergotherapie und fallweise Arbeitstherapie. Es finden tägliche Teambesprechungen mit den am Rehabilitationsprozess beteiligten Therapeuten statt mit eingehenden Problemfallbesprechungen und gemeinsamem Festlegen der Rehabilitationsziele für die darauf folgende Behandlungsperiode.

- > Die Anwesenheit von zwei Psychologen im Reha-Zentrum City ergänzt das Angebot um das Eingehen auf psychosoziale Komponenten, auf posttraumatische Belastungsstörungen und auf Zielkonflikte.

- > Das Vorhalten einer Schmerztherapie mit Schwerpunkt im Bereich Akupunktur.

Das Behandlungsangebot wird vervollständigt durch die Versorgung mit Orthesen und orthopädischem Schuhwerk in einer spezialisierten Gehschul-Visite. Die mit der Versorgung einhergehende Gebrauchsschulung findet immer unter dem Gesichtspunkt der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben statt. Die unfallverletzten Patienten werden durch ein arbeitsplatzspezifisches und sportartspezifisches Training optimal auf das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung vorbereitet.

Entscheidend in diesem ambulanten Rehabilitationsprozess ist jedoch die **enge Kooperation mit den BG-Sachbearbeitern**, die Durchführung von Rehaplan-Gesprächen und das stete Begleiten des Reha-Managements durch die vor Ort tätigen Ärzte.



#### Verkehrsverbindungen:

Das Reha-Zentrum City Hamburg ist bequem mit allen öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. Zwei Schwerbehinderten-Parkplätze befinden sich direkt vor dem Eingang. Weitere Parkmöglichkeiten sind gegen Gebühr im Parkhaus vorhanden. Vom Eingang Lange Mühren 1 (Ecke Mönckebergstraße) fahren rollstuhlgerechte Aufzüge direkt ins 7. Obergeschoss, in dem sich das Reha-Zentrum befindet.

Dazu gehört auch die regelmäßige Kommunikation mit den Durchgangsärzten bzw. mit den Kollegen, welche das Heilverfahren steuern.

Die hohe Qualität der Behandlung, welche sich nicht nur zeitlich sondern auch inhaltlich von den bekannten EAP-Maßnahmen unterscheidet, hat die Kostenträger in den vergangenen zwei Jahren überzeugt. So ist es in den Jahren 2008 und 2009 zu

einer 25%igen Zunahme der zugewiesenen Rehabilitanden im Reha-Zentrum City gekommen mit täglich zwischen 105 und 110 ambulanten Reha-Behandlungen.

Muskulo-skelettale Rehabilitation auf traumatisch-orthopädischem Fachgebiet wird ebenfalls für Versicherte der RVO/VdAK-Kassen sowie für Patienten der Privaten Krankenversicherung angeboten.





## Rückenkolleg

### Ansprechpartner

#### Sekretariat:

**Frau Gallowsky-Fromm**

Tel.: 040 3096 3113

#### Ärztlicher Leiter:

Herr Prof. Dr. R. Döhler

Herr OA Dr. Beinhorn

#### Leiter:

Herr M. Giemsa

# Das Rückenkolleg

Das berufsgenossenschaftliche Rückenkolleg für Patienten mit Wirbelsäulenproblemen war auch im Jahr 2009 äußerst erfolgreich. Zeitweise wurden parallel drei verschiedene Kurse mit bis zu 16 Patienten pro Kurs durchgeführt.

Versicherten aus Pflegeberufen mit berufsbedingten Rückenbeschwerden wird hier ein spezielles Rehabilitationsangebot über 3 Wochen zuteil. Die wissenschaftlichen Auswertungen aus den vergangenen Jahren zeigen, dass dieses europaweit einmalige Angebot eines multimodularen Programms entscheidend dazu beiträgt, diese Mitarbeiter fit für ihren körperlich äußerst anstrengenden Beruf zu halten. So konnten zahlreiche Versicherte der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in ihrem Beruf „rückengerecht“ weiterarbeiten.

Nach eingehender Diagnostik durch Ärzte und Sporttherapeuten wird ein individueller Trainingsplan aufgestellt und über drei Wochen konsequent aufgebaut. Hinzu kommt ein berufsspezifisches Training, gewissermaßen das Herzstück des Rückenkollegs. Psychologische Betreuung und Akupunktur als besondere Form der Schmerztherapie ergänzen das Angebot.

Die Kurse werden auf dem Gelände des BUKH im BGSW-Gebäude 1 und in zentraler Lage in der Innenstadt im Reha-Zentrum City Hamburg durchgeführt.



# Sportprojekte

Das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Hamburg ist als wegweisende berufsgenossenschaftliche Einrichtung mit seinem Sport-Kompetenzzentrum der Partner des Sports.

Die innovativen Partnerschaften und Kooperationen mit Institutionen, Verbänden und anderen Trägern erstrecken sich von präventiv und rehabilitativ arbeitenden Institutionen bis zum professionellen Spitzensport.

Im BUKH ist die Bundeszentrale des Deutschen Rollstuhl-Sportverbandes e.V. (DRS) angesiedelt. Durch betriebliche Integration der Bundeszentrale des weltweit größten Rollstuhl-Sportverbandes wurden die logistischen Voraussetzungen geschaffen, Netzwerke in die organisierte Sportwelt, die Politik und die Medien zu bilden.

## Bereits jetzt pflegt das BUKH

### Partnerschaften mit

- > dem Deutschen Rollstuhl-Sportverband e.V.
- > der Deutschen Sporthochschule Köln und dessen Institut für Rehabilitation und Behindertensport
- > dem Hamburger Sportbund e.V.
- > dem Olympiastützpunkt Hamburg
- > dem Fußballbundesligisten Hannover 96
- > dem Team HTC-Columbia
- > sowie dem Universum Boxstall

Die Innovative Teamarbeit mit Institutionen, Verbänden und anderen Strukturen des organisierten Sports dient dem Auf- und Ausbau der Netzwerkbildung, in der das BUKH eine zentrale Steuerungsfunktion einnimmt.

Das BUKH verfolgt darüber hinaus das Ziel seine Qualitäten bekannt zu machen und über die Kooperationen im Sport seine Kompetenzen zu erweitern. Das Qualitätsmodell basiert auf dem ganzheitlichen Aspekt gemäß dem gesetzlichen Auftrag „Heilen und Helfen mit allen geeigneten Mitteln.“ Darüber hinaus trägt das BUKH nachhaltig Sorge um den Aufbau des Klinikums als Kompetenzzentrum des Sports in der fachspezifischen öffentlichen Wahrnehmung.



Dr. Utz Wevel, Geschäftsführer der Diakonischen Dienste Hannover, Sportmedizinisches Team: Dr. med. A. Partenheimer, Prof. Dr. med. H. Lill, M. Schönaich, S. Haschemi-Fard und Dr. H. Erhard, stellv. Geschäftsführer BUKH  
Foto: Ulrich zu Nieden

## BUKH ist medizinischer Partner von Hannover 96

Seit dem 1. Dezember 2009 setzt der Fußballbundesligist Hannover 96 bei der medizinischen Betreuung seines Profiteams auf die Kompetenz und Erfahrung der Ärzte des BUKH und seiner BG-Abteilung im Friederikenstift Hannover. Das BUKH übernimmt mit der BG-Abteilung des Friederikenstiftes Hannover die umfassende akut-medizinische Versorgung und Betreuung des Profiteams von Hannover 96. Das gilt darüber hinaus auch für die Nachwuchs-Teams von Hannover 96 in vollumfänglichem Maße auf dem Gebiet der Sportmedizin.

## Team HTC-Columbia Team of the Year

Das Sportkompetenzzentrum des BUKH ist bereits seit einigen Jahren sportmedizinischer Partner des TEAM HTC-Columbia und übernimmt weltweit die umfassende akut-medizinische Versorgung und Betreuung von Sportlern der Radsportprofimannschaften des „Team Columbia-HTC“ anlässlich der Durchführung von Wettkämpfen und Trainingscamps. Das Columbia-HTC-Team wurde in

der vergangenen Saison zur Radsportmannschaft des Jahres gewählt und erreichte insgesamt 132 Saisonsiege. Damit war die Mannschaft das erfolgreichste Team im Profiradsport.

Von den professionellen Rahmenbedingungen im Columbia-HTC-Team durfte sich auch der Vorstandsvorsitzende Rainer Prestin überzeugen, als er die Jedermann-Rennfahrer des BUKH bei den Vattenfall Cycloclassics am Teambus in Empfang nahm.





Dorothee Vieth | Parastaffel beim Hamburger Triathlon



Startveranstaltung für das Projekt „Bewegung verbindet“, u.a. mit Senatorin Christa Goetsch und dem BUKH-Geschäftsführer Prof. Dr. G. Mehrrens

### Das BUKH als Partner des Sports unterstützt Kampagne im Behindertensport

Unter der Schirmherrschaft von Sportsenatorin Prof. Dr. Karin von Welck hat der Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Hamburg (BRSH) eine Kampagne ins Leben gerufen, die auf den Sport für Menschen mit Behinderung aufmerksam machen, Interesse wecken und zum Mitmachen aktivieren soll. Die in der Kampagne vorgestellten Sportler betreiben Sport auf allerhöchstem Niveau. Sie sind Werbeträger für den Sport mit Handicap und beweisen, dass eine Behinderung Spitzenleistungen nicht ausschließt. Von diesen Athletinnen und Athleten soll eine Signalwirkung ausgehen, sich auch mit einer Behinderung sportlich zu betätigen.

### Schulprojekt „Rollstuhlsport macht Schule“

Unter dem Motto „Bewegung verbindet“ betreibt der DRS in Kooperation mit dem BUKH das Projekt Rollstuhlsport macht Schule regional für Hamburg. In diesem Rahmen haben viele schulinterne Veranstaltungen stattgefunden. Im Vordergrund steht dabei der Sport, dessen Bedeutung in der Rehabilitation schwerverletzter und behinderter Menschen und in diesem Zusammenhang das Sportangebot am BUKH, das auch in dieser Hinsicht zu den innovativsten Kliniken Deutschlands zählt.



Senator Dietrich Wersich beim Besuch des Rollstuhlbasketballtunieres

### Schulsenatorin Christa Goetsch und Gesundheitssenator Dietrich Wersich zu Gast bei Rollstuhlsportveranstaltungen im BUKH

In Rollstuhlsportstunden nehmen die sportbegeisterten Kinder an verschiedenen Terminen teil, um in die Geheimnisse des Rollstuhlsports eingeweiht zu werden. Hiervon überzeugten sich in 2009 auch Schulsenatorin Christa Goetsch, beim Besuch einer Schulveranstaltung im BUKH, und Gesundheitssenator Dietrich Wersich, der sich von der medizinischen Versorgung im Querschnittgelähmten-Zentrum ein Bild machte und einem Schulturnier beiwohnte.

In der Regel bemerken die Kinder dabei schnell, dass es auch beim Rollstuhlbasketball und Rugby heftig zur Sache gehen kann. Bevor jedoch in den beliebten Sportarten der Spaß am Spiel in den Fordergrund gestellt wird, erhalten die Teilnehmer immer eine Einführung in die verschiedenen Techniken des Rollstuhlfahrens und werden über die sportlichen Möglichkeiten für Menschen im Rollstuhl informiert. So finden behinderte und nicht behinderte Kinder auf spielerische Art einen Zugang zueinander. Das Hamburger Schulprojekt ist damit auf dem richtigen Weg, die Akzeptanz für Menschen mit Behinderungen zu erhöhen, Hemmschwellen abzubauen und etwas zur Integration beizutragen.



### Hamburgs Sportlerin des Jahres Dorothee Vieth als Botschafterin für 50 Jahre Spitzenmedizin im BUK Hamburg

Dorothee Vieth demonstriert Spitzensport für Menschen mit Behinderung. Anlässlich des 50. Geburtstages der hochmodernen Akutversorgungsklinik BUKH fährt die zweifache Bronzemedaillengewinnerin von Peking mit ihren Begleitern vom Hamburger Rathaus zum Klinikstandort nach Bergedorf.

Senatorin Karin von Welck und der Vorstandsvorsitzende Rainer Prestin verabschieden die Sportlerinnen und Sportler am Rathaus. Unter dem Motto „Bewegung verbindet“ fuhren die Protagonisten nach Bergedorf. Spontan blieben viele Passanten stehen und spendeten der Trainingsgruppe begeistert Applaus.

Bei allem Spaß kam aber auch die ernsthafte Botschaft nicht zu kurz. „Hochleistungssport und Hochleistungsmedizin gehören im Sport der Menschen mit Behinderung eng zusammen. Ohne die exzellente medizinische Versorgung nach einem Unfall und die

angeschlossene Rehabilitation mit Sport wären diese Leistungen, die Sportler mit Behinderung heute zeigen, kaum denkbar“, betonte Frau Vieth. Im BUKH, das sich den Slogan „Spitzenmedizin menschlich“ auf die Fahnen geschrieben hat, wird dem mit einem konkurrenzlos vielseitigen Sportangebot für verunfallte Patienten selbstverständlich Rechnung getragen.

### Präventionskampagne „Sicher mobil“

Die Präventionskampagne „sicher mobil“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und des DRS blickt ebenfalls auf ein erfolgreiches Jahr 2009 zurück. So fanden Seminare zur sicheren „Mobilität von Rollstuhlnutzern“ in so unterschiedlichen Einrichtungen wie Berufsförderungswerken, Kliniken, Förderzentren und natürlich auch BG-Krankenhäusern statt. In den Seminaren zeigten die Referenten des DRS den Teilnehmern, wie Rollstuhlnutzer im Rollstuhl sitzend sicher befördert werden. Zudem schulten sie Betroffene und Mitarbeiter von Einrichtungen der Behindertenhilfe im

Handbike-Trainingslauf vom Hamburger Rathausplatz zum BUKH anlässlich des 50. Geburtstages des BUKH. Verabschiedung der FahrerIn, Sportlerin des Jahres Dorothee Vieth (2. v. re.), und Fahrer durch die Hamburger Senatorin Karin von Welck und dem Vorstandsvorsitzenden des BUKH Rainer Prestin.

Rollstuhlfahren und informierten über die Anpassung von Rollstühlen an die Nutzer.

Im Laufe des Jahres waren die Partner der unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales stehenden Präventionskampagne auf verschiedenen Messen und Events wie der Rehacare in Düsseldorf, der Consozial in Nürnberg, den Bethel Athletics in Bielefeld und dem Verkehrssicherheitstag in Bonn vertreten und stellten dem interessierten Fachpublikum die Kampagne vor.

Die Kampagne läuft noch bis zum Jahre 2012 und bietet Einrichtungen und Verbänden der Behindertenhilfe Workshops und Seminare zum Thema sichere Mobilität von Rollstuhlnutzern dezentral und kostenlos an.



### Schulungen und Fortbildungen für Übungsleiter und Spitzensportbetreuer

Neben den Schulungen zur Förderung der Mobilitätskompetenz war das BUKH auch im Bereich der Fort- und Weiterbildung von Übungsleitern und Spitzensportbetreuern aktiv. Bereits Anfang des Jahres fand ein zweitägiges Fachsymposium für Spitzensportbetreuer zu den derzeitigen Möglichkeiten der Prävention und Behandlung von Sportverletzungen statt. Im Jahresverlauf wurden weitere Fortbildungsveranstaltungen für Vereinsübungsleiter in Kooperation mit dem Hamburger Sportbund angeboten.

Diese Fortbildungsveranstaltungen vor Ort in den Vereinen werden 2010 noch weiter ausgebaut.



Begrüßung der Handbiker durch Prof. Dr. G. Mehrrens, Geschäftsführer BUKH

# Symposien und Veranstaltungen

Mit der in 2008 neu aufgenommenen Reihe der Informationsveranstaltungen, deren Themen sich aus der Arbeit der Ethikkommission ergeben, wurde das Veranstaltungsjahr 2009 eröffnet - das Thema lautete „Kommunikation und Datenschutz im Krankenhaus“.



Die über Jahre im BUKH etablierten **medizinischen Symposien und Workshops** wurden auch in diesem Berichtsjahr erfolgreich weiter geführt. Neu hinzu gekommen ist ein regelmäßiges Angebot aus dem Zentrum für Rehabilitationsmedizin (ZRH): pro Halbjahr wird eine Vorlesungsreihe zu ausgewählten medizinischen Themen extern Interessierten als auch den Mitarbeitern des BUKH angeboten. Referiert wurden diese Vorlesungsreihen in 2009 von Ärzten und therapeutischen Mitarbeitern aus dem ZRH sowie von einigen extern geladenen Referenten.

Anlässlich seines zweijährigen Bestehens lud das **ZRH** Ende Oktober 2009 zu einer ganztägigen Informationsveranstaltung, insbesondere die Mitarbeiter der Unfallversicherungsträger, ein.

Vom Neurotraumatologischen Zentrum (NTZ) des BUKH wurde den Mitarbeitern der Unfallversicherungsträger eine **Informationsveranstaltung zum Thema „Somatoforme Störungen“** angeboten. Beide Informationsveranstaltungen wurden sehr gut angenommen und verzeichneten eine hohe Teilnehmerzahl.

## 50 Jahre BUKH

**Das Jubiläumsjahr wurde mit einigen besonderen und einmaligen Veranstaltungen gefeiert.**

Der Auftakt begann am 23. April 2009 mit einem Handbike-Trainingslauf vom Hamburger Rathausplatz zum BUKH. Die Fahrerinnen und Fahrer wurden von Hamburgs Kultursenatorin Karin von Welck sowie unserem Vorstandsvorsitzenden Rainer Prestin auf den Weg gebracht, von Polizei eskortiert und auf dem BUKH-Gelände durch den Geschäftsführer Prof. Dr. Mehrtens in Empfang genommen.

Am 8. Mai 2009 wurde das BUKH mit einem **Senatsempfang im Hamburger Rathaus** gewürdigt: Grußworte sprachen Ole von Beust, 1. Bürgermeister Hamburgs, Frank Horch, Präses der Handelskammer Hamburg, sowie für die DGUV Dr. Hans-Joachim Wolff. Im Rahmen des Senatsempfanges wurde eine Erklärung zum Kooperationsabkommen zwischen dem Hamburger Sportbund (HSB) und dem BUKH unterzeichnet - ein „Baustein“ für den Ausbau des BUKH als sportmedizinischer Kompetenzpartner. Hierzu gehört auch die Übernahme der umfassenden akutmedizinischen Versorgung und Betreuung des Profi-Fußball-Teams von Hannover 96 durch die Ärzte vom BUKH und seiner BG-Abteilung im Friederikenstift in Hannover.

Mit einem **Messestand** präsentierte sich das BUKH am 28. Mai auf dem **Hamburger Schlaganfalltag** im Congress-Centrum Hamburg und am

4. Juli 2009 auf dem **1. Bergedorfer Schlaganfalltag** im Haus im Park.

Der 3. Juli 2009 war nicht nur klimatisch einer der heißesten Tage des Jahres 2009, sondern auch organisatorisch ein heißer Tag für das BUKH im Jubiläumsjahr. Den Auftakt bildete ein morgendliches **Rollstuhlbasketballturnier**, für dessen Siegerehrung der Hamburger Gesundheitsponsor Dietrich Wersich gewonnen werden konnte. Am Nachmittag ging es weiter mit dem jährlich wiederkehrenden **Sportfest im Querschnittgelähmten-Zentrum**, das von dem mittlerweile im Ruhestand befindlichen Senatskoordinator für Menschen mit Behinderungen, Herbert Bienk, eröffnet wurde. Nach einer kurzen Umbau- und Dekorationsphase lud am frühen Abend Prof. Dr. Gerhard Mehrtens alle Mitarbeiter des BUKH zum Feiern ein.

Nach einer kurzen Sommerpause wurden die Jubiläumsfeiern am 20. August mit



Messestand des BUKH auf dem Hamburger Herz- und Schlaganfalltag im Congress-Centrum Hamburg (CCH), der durch die Mitarbeiterinnen des Zentrums für Rehabilitationsmedizin (ZRH) präsentiert wurde.



v.li.: Gesundheitsminister Dietrich Wersich (links), Dr. Roland Thietje, Chefarzt des Querschnittgelähmten-Zentrums und Rainer Prestin, Vorstandsvorsitzender



Senatsempfang im Hamburger Rathaus. v.li.: Ole von Beust, Erster Bürgermeister, Günter Ploß, Präsident des Hamburger Sportbundes, Dieter Benseid, Vorstandsvorsitzender BUKH, Prof. Dr. Gerhard Mehrrens, Geschäftsführer BUKH, Rainer Prestin, Vorstandsvorsitzender BUKH



Der Vorstandsvorsitzende Dieter Benseid (re.) dankt den jungen Pianisten für das wunderschöne Konzert.



einem ganz besonderen **Konzert** in der Eingangshalle des BUKH fortgesetzt. Im Rahmen des „Schleswig-Holstein Musik Festivals“ gab der Meisterkurs Klavier unter der Leitung von Prof. Karl-Heinz Kämmerling ein Konzert - sechs junge Pianisten im Alter von 8 - 23 Jahren begeisterten über 200 geladene Gäste.

Die musikalische Veranstaltungsreihe „**Musik im Krankenhaus**“ wurde im Berichtsjahr überwiegend von diversen Chören aus der Region bestritten, denen Patienten und Besucher gerne zuhörten.

Gegen Ende des Jubiläumsjahres feierte im Oktober die Selbsthilfegruppe für Schwerbrandverletzte, **Phoenix-Deutschland e. V.**, im BUKH ihr 10-jähriges Bestehen.



Empfang zum 10-jährigen Jubiläum von Phoenix Deutschland e.V. - Hilfe für Brandverletzte: v.l. Ilse Koch und Bernhard Heitz (beide Phoenix Deutschland e.V.) sowie Dr. Hubert Erhard (Stv. Geschäftsführer des BUKH)

Herausgeber: Berufsgenossenschaftlicher Verein für Heilbehandlung  
Hamburg e. V. - Der Geschäftsführer  
Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg  
Postfach 21027 Hamburg  
Anschrift: Bergedorfer Straße 10, 21033 Hamburg  
Telefon 040 73 06-0 (Vermittlung)  
Telefax 040 739 46 60  
[www.buk-hamburg.de](http://www.buk-hamburg.de)

Redaktion: Abteilung Öffentlichkeitsarbeit  
DTP: Birgit Jeske-Caspari - Grafik-Design  
Fotos: Fotolabor des BUK Hamburg - Bertram Solcher  
Druck: