

# BGUinform

- **4 AKTUELL:** 60 Jahre „rund um die Uhr in besten Händen“
- **8 MEDIZIN:** Querschnittabteilung seit 60 Jahren an der BG Unfallklinik (BGU)
- **14 PFLEGE:** Schmerzmanagement in der BGU



**AKTUELL**  
**BG Unfallklinik**  
**feiert ihr 60-jähriges**  
**Bestehen**

**Liebe Leserinnen und Leser,**

am 6. Juli 1959 erfolgte die Grundsteinlegung für den Bau der BG Unfallklinik und am 15. August 1962 die Einweihung. Die Klinik begann in den ersten Jahren mit 241 Betten. Bereits damals wurde eine Station für Rückenmarkverletzte eingerichtet.

Heute hält die BG Unfallklinik Frankfurt 387 Betten und noch immer ist die Abteilung für Rückenmarkverletzte erste Anlaufstelle für Menschen mit Querschnittlähmung im Rhein-Main-Gebiet.

Mittlerweile hat sich die BG Unfallklinik zu einem der führenden Zentren für Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie in Deutschland entwickelt. Die Forderung nach Schwerpunktbildung und Topspezialisierung von Kliniken, die immer wieder von der Politik gefordert wird, ist in der BG Unfallklinik Frankfurt seit vielen Jahren schon gelebte Praxis. Die Klinik ist segmentaler Maximalversorger mit den genannten Schwerpunkten Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie. Elf topspezialisierte Abteilungen und Ambulanzen werden der Forderung der Patientinnen und Patienten nach „den Spezialistinnen und Spezialisten“ gerecht. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Abteilungen und Berufsgruppen macht hierbei die hohe Versorgungsqualität der Klinik deutlich.



Die Geschäftsführung der BGU leitet zusammen mit dem Ärztlichen Direktor und dem Pflegedirektor die Klinik.



Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, Ärztlicher Direktor und Chefarzt



Dipl.-Pfleger Johannes Hofmann, Leiter der Pflege

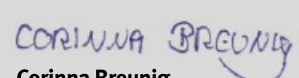
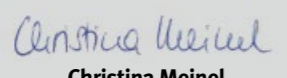
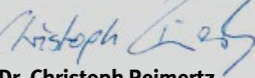
**Nachhaltige Wiedereingliederung**

Die wichtigste Grundlage erfolgreicher Rehabilitation ist eine hohe medizinische Versorgungsqualität. Unser Auftrag ist es, Versicherte nach einem Arbeits- oder Wegeunfall medizinisch zu versorgen und ihnen eine bestmögliche Rückkehr ins Leben zu ermöglichen. Dabei strebt die BG Unfallklinik eine „nachhaltige Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess und die optimale Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ unserer Patientinnen und Patienten an. Und zwar „mit allen geeigneten Mitteln“, wie es im Sozialgesetzbuch VII heißt. Gleichzeitig übernehmen wir als BG Unfallklinik einen Versorgungsauftrag für die Gesamtbevölkerung und stehen auch Patientinnen und Patienten aller anderen Krankenversicherungen offen. Dabei arbeitet die BG Unfallklinik Frankfurt gemeinnützig und investiert sämtliche Gewinne in den Ausbau ihrer medizinischen Leistungsangebote.

**Investitionen in die Zukunft**

Die BGU hält rund um die Uhr eine fachlich kompetente medizinische Versorgung auf qualitativ höchstmöglichem Niveau vor. Damit das so bleibt, geht die Modernisierung weiter und die Klinik investiert in Neubaumaßnahmen und moderne Medizintechnik, um dem Anspruch eines optimal ausgestatteten überregionalen Traumazentrums auch in Zukunft gerecht zu werden.

Mit herzlichen Grüßen

 **Corinna Breunig**  
 Geschäftsführung Finanzen  
 Vorsitzende der Geschäftsführung  
 **Christina Meinel**  
 Geschäftsführung  
 Personal  
 **Dr. Christoph Reimertz**  
 Geschäftsführung  
 Medizin

**Impressum**

**BGUinform** – das Informationsmagazin der BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH

**Herausgeber:**  
 BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH  
 Friedberger Landstraße 430  
 60389 Frankfurt am Main  
 www.bgu-frankfurt.de

**Redaktionsleitung:**  
 Rita Krötz

**Redaktionsanschrift:**  
 BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH  
 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
 Friedberger Landstraße 430  
 60389 Frankfurt am Main  
 Telefon: +49 (0) 69 4751534  
 Telefax: +49 (0) 69 4752470  
 E-Mail: pressestelle@bgu-frankfurt.de

**BGUinform** erscheint zweimal im Jahr und ist kostenlos in der BGU Frankfurt am Main erhältlich. Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte und Fotos kann keine Haftung übernommen werden.

**Autoren:**  
 Rita Krötz, Prof. Frank Kandziroa, DGUV

**Lektorat:**  
 Beate Weih

**Layout:**  
 satzkontor GmbH  
 Bürgermeister-Mahr-Straße 38  
 63179 Obertshausen  
 Telefon +49 (0) 6104 66530-90  
 www.satzkontor.de

**Fotografie:**  
 Thorsten Wagner, Kai Abresch,  
 Tim Wegner, Lena Meister,  
 Julia Sidorenkova, Stephanie Schmidt

**Druck:**  
 Walter Thiele GmbH & Co. KG  
 Carl-Friedrich-Gauß-Straße 6  
 63263 Neu-Isenburg  
 Telefon: +49 (0) 6102 30770  
 www.mt-druck.de

**Titelbild:**  
 © Heike Lyding

4



Die BG Unfallklinik wird 60.

12



Mehr Präzision bei der Knochenbruchversorgung

16



Die stationäre und die ambulante Therapie rücken näher zusammen.

**AKTUELL**

Chronik der BGU: 60 Jahre „rund um die Uhr in besten Händen“

4

**MEDIZIN**

Querschnittabteilung seit 60 Jahren an der BG Unfallklinik (BGU)

8

Die Geschichte der Wirbelsäulen- und Neurochirurgie an der BG Unfallklinik Frankfurt

10

Das Kreuz mit dem gebrochenen Kreuzbein

11

3-D-Hightech in der Knochenbruchversorgung: BGU einer der Vorreiter

12

**PFLEGEDIENST**

Schmerzmanagement an der BGU

14

Auch mal etwas Abstand finden

15

**REHABILITATION**

Damit wir unsere Patientinnen und Patienten noch besser versorgen können

16

**BERUFGENOSSENSCHAFTEN / UNFALLKASSEN**

GUV erkennt 2021 in mehr als 120.000 Fällen COVID als eine Berufskrankheit an

18

**INTERN**

Lösungsansätze für schwierige Fragen und wertschätzende Kommunikation: die Ethik-Visite

19

Expertenzertifikat Handchirurgie für Dr. Athanasios Terzis

20

2. BGU SummerSchool

21

Internationale Wirbelsäulenchirurgen und Wirbelsäulenchirurginnen werden an der BGU Frankfurt ausgebildet

21

Radklassiker: Gute Stimmung beim BGU-Team am 1. Mai

22

Marco Meyerhöfer von der SpVgg Greuther Fürth erfolgreich in der BGU operiert

23

Am 11. September 2022 veranstaltet die BGU einen Tag der Luftrettung

23

# 60 Jahre „rund um die Uhr in besten Händen“

## Meilensteine in der Geschichte der BGU Frankfurt am Main

Begonnen hat alles am 2. Juni 1955. Damals schlossen sich 27 Berufsgenossenschaften unter der Bezeichnung „Verein für Heil- und Berufsfürsorge, Sonderstation Taunus e.V.“ zusammen. Einzige Aufgabe dieses Vereins sollte es zunächst sein, im Taunus eine Sonderstation für Unfallverletzte zu errichten. Am 14. Mai 1957 kam man überein, anstelle einer Sonderstation im Taunus ein Unfallkrankenhaus in Frankfurt am Main zu bauen. Wir arbeiten weiter daran, den Standort unseres überregionalen Traumazentrums auch in Zukunft zu sichern.

### 1950

**02.03.1959** An diesem Tag erfolgte der Spatenstich



**06.07.1959** Grundsteinlegung für das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus – Chirurgische Klinik – Frankfurt am Main, heute: Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik

### 1960

**15.08.1962** Einweihung



**1962** Prof. Herbert Junghanns ist erster Ärztlicher Direktor an der BG Unfallklinik Frankfurt

Das Klinomobil (Unfallrettungswagen) wird eingesetzt

Die Abteilung für Rückenmarkverletzte wird eröffnet

**1966** Das Klinomobil wird durch den Notarztwagen (NAW 1) abgelöst



**18.08.1969** Die Abteilung für Plastische und Handchirurgie wird eröffnet – heute: Abteilung für Plastische, Hand- und Rekonstruktive Mikrochirurgie

### 1970

**1971** Prof. Dr. med. Heinz Contzen folgt auf Prof. Junghanns in der Funktion des Ärztlichen Direktors

Die selbstständige Abteilung für posttraumatische Osteomyelitis wird eingerichtet – heute: Septische Chirurgie

**1972** Christoph 2 fliegt zum ersten Mal

Neue Entwicklung in der Unfallchirurgie: erste Verriegelungsnagelung (Osteosyntheseverfahren bei Knochenbrüchen)

Die Neurochirurgische Abteilung wird eröffnet



**1973** Inbetriebnahme des Hubschrauberhangars und des Landeplatzes vor dem Klinikgebäude

**1974** Fertigstellung des Umbaus der orthopädischen Werkstätten

**1977** Inbetriebnahme des neunstöckigen Bettenhochhauses für 112 Patienten – K-Bau

**1978** Um Knocheninfektionen zu verhindern, werden neue lokale Antibiotikaträger, die sogenannten Septopal-Ketten, als Antibiotikumtherapie eingeführt

### 1980

**1982** Fertigstellung des Neuzw. Umbaus von Poliklinik, Operationsabteilung und Intensivpflegestation, Inbetriebnahme des Computertomografen

### 1990

**1990** Prof. Martin Börner wird neuer Ärztlicher Direktor

**1993** Fertigstellung der Erweiterung des A- und B-Baus

**1997** Kernspintomograf

Fertigstellung der Aufstockung des Bettenhochhauses um 4 Stockwerke mit Hangar für den Christoph 2



Einrichtung einer Übungswohnung für Querschnittgelähmte



### 2000

**2002** Umbau und Sanierung der Stationen für Septische Chirurgie und Rückenmarkverletzte sind abgeschlossen

**07/2002** Dr. med. Oswald Marcus wird Chefarzt der Abteilung für Rückenmarkverletzte

**2004** Prof. Dr. Reinhard Hoffmann wird neuer Ärztlicher Direktor und ist maßgeblich für die Neustrukturierung (u. a. Spezialabteilungen) verantwortlich

**12/2004** Notarzteinsatz in Thailand, um den Opfern des Tsunamis Hilfe zu leisten

**01.05.2005** Neue Abteilungen werden eingerichtet: Orthopädische und traumatologische Fußchirurgie sowie Sportorthopädie, Knie- und Schulterchirurgie

**2006** BGU stellt Ärzte für das Kriseninterventionsteam Mitte, die in Not geratenen Deutschen im Ausland helfen

**17.10.2006** Spatenstich für die Neu- und Umbaumaßnahmen der Notaufnahme der Klinik



**11.09.2007** Richtfest – der Neubau ist fertiggestellt



**2008** Gründung der MAIN•BGMED MVZ GmbH

**01/2008** Prof. Dr. Frank Kandziora wird Chefarzt des Zentrums für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie

**29.02.2008** Neuer Rettungshubschrauber vom Typ EC 135 T2i nimmt den Dienst auf



**01.10.2008** Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie wird eröffnet

**25.11.2008** BGU weicht ihr neues Biomechaniklabor ein und baut damit den Wissenschaftsbereich weiter aus

**04.12.2008** Das offene MRT geht in den Betrieb – durch die Zusammenarbeit der

BGU, des Bürgerhospitals und des Clementine Kinderhospitals war dies möglich

**10/2009** BGU Frankfurt am Main wird als überregionales Traumazentrum im Traumanetzwerk Hessen Süd zertifiziert

Dr. med. Frederic Welsch wird Chefarzt der Abteilung für Sportorthopädie, Knie- und Schulterchirurgie

### 2010

**03/2010** KTQ-Erstzertifizierung

**09/2010** Die Rehabilitationsabteilung wird nach IQMP-Reha zertifiziert

**2010** Die KITA auf dem Gelände der BGU wird als Passivhaus neu gebaut und stockt die Plätze für Kinder von BGU-Mitarbeitern und -Mitarbeiterinnen um 20 auf 34 auf

**03-06/2011** Bezug des Neubaus mit OP-Bereich, Radiologie, Zentralsterilgutversorgungsabteilung (ZSVA), Teilen der Notfallambulanz und Hubschrauberlandeplatz



**07/2011** Baubeginn Bauabschnitt 2, Entkernung und Sanierung des Altbaus

**15.08.2012** Die BGU feiert ihr 50-jähriges Jubiläum. Rettungshubschrauber Christoph 2 feiert seinen 40. Geburtstag und ist inzwischen ca. 44.000 Einsätze geflogen

**09/2012** Das Notarzteinsatzfahrzeug (NEF 1) rückt zum 100.000 Mal aus.



**10/2012** Die BG Unfallklinik Frankfurt am Main baut ein neues Gesundheitszentrum. Dort ist das ambulante Rehazentrum untergebracht.

**2013** Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann ist für 2013 zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) gewählt worden.



**01/2013** Prof. Dr. med. Alexander Langheinrich wird Chefarzt der Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

**2014** Das Gesundheitszentrum mit ambulantem Rehazentrum eröffnet auf den Gelände der BGU.



**2014** Prof. Dr. Reinhard Hoffmann ist Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

**01/2014** Eine neue Eingangshalle mit großzügigem Eingangsbereich mit Cafeteria und ein Konferenzzentrum mit multifunktionalen Konferenzräumen werden fertiggestellt.

**10/2015** Die BG Unfallklinik wurde zur gemeinnützigen GmbH, am 22. Oktober 2015 erfolgte die Eintragung ins Handelsregister.

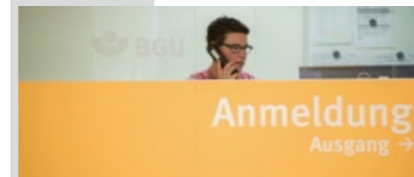
**2016** Ab 1. Januar 2016 werden die neun berufsgenossenschaftlichen Akutkliniken, zwei Kliniken für Berufskrankheiten und zwei Unfallbehandlungsstellen in Deutschland als ein Unternehmen geführt.

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann wird zusätzlich neben der DGU auch Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)



**05/2016** Ende Mai konnte der zweite Bauabschnitt und damit der gesamte Gebäudeteil C mit der neuen Notfallambulanz (NFA) im Erdgeschoss fertiggestellt und bezogen werden.

**08/2016** In der neuen OP-Tagesstation der BG Unfallklinik werden alle ambulanten OP-Patienten betreut.



**2017** Das Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie wurde erstmalig durch CERT iQ als erstes Wirbelsäulenzentrum in Hessen mit der höchsten Stufe des Verfahrens, als Level I Wirbelsäulenzentrum der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG)®, zertifiziert.

Die Klinik erhält einen 128-Zeilen-Computertomografen (CT) sowie ein Gerät zur 3-T-Magnetresonanztomografie (MRT).

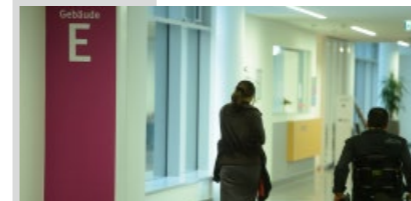
Durch einen zusätzlichen 3-D-Drucker für den Computertomografen können die Ärztinnen und Ärzte vorab einen plastischen Eindruck komplexer Frakturen erhalten.



**03/2017** Im März konnte der Gebäudeteil E fertiggestellt und bezogen werden.

Das Aufnahmezentrum für Patienten ist nun zentral im Erdgeschoss des neuen Gebäudes untergebracht. Im ersten Obergeschoss befindet sich die neue Intensiv-

station mit Intensivüberwachungspflege und einem direkten Zugang zum OP-Bereich.



**07/2017** Dr. med. Christoph Reimertz wird zum Chefarzt des heutigen BG Service- und Rehabilitationszentrums ernannt.

**10/2017** Hangar und Landefläche des Rettungshubschraubers Christoph 2 werden modernisiert.

Hubschrauber und das Team zieht nach Friedrichsdorf auf das Gelände der Firma Rotorflug um.

**2018** wurde das Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie von der europäischen Wirbelsäulengesellschaft EUROSPINE als „Surgical Spine Centre of Excellence“ zertifiziert. Europaweit wurde der BG Unfallklinik damit als erster Klinik die hohe Versorgungsqualität mit diesem Zertifikat bestätigt.

**05/2018** Dr. Edgar Soldner, Stellvertretender Ärztlicher Direktor der BG Unfallklinik, geht am 31. Mai 2018 nach fast 40 Jahren Tätigkeit an der BGU in den Ruhestand.

Dr. Uwe Schweigkofler ist seit 1. Juni 2018 neuer Stellvertretender Ärztlicher Direktor.

**2019** 2019 konnte die heutige Abteilung Plastische, Hand- und Rekonstruktive Mikrochirurgie Chirurgie ihr 50-jähriges Bestehen feiern.

**02/2019** Dr. Sebastian Manegold verstärkt als Chefarzt zum 1. Februar 2019 die Abteilung für Orthopädische und Traumatologische Fußchirurgie.

**11/2019** Dr. med. Matthias Kemmerer wird Sektionsleiter für Septische Chirurgie.

**2020**

**04/2020** Prof. Dr. Alexander Langheinrich leitet zum 1. April 2020 die MAIN•BGMED MVZ GmbH.

**11/2020** Die Modernisierung von Hangar und Dachlandeplatz sind abgeschlossen und der Rettungshubschrauber Christoph 2 und sein Team ziehen wieder an die BG Unfallklinik Frankfurt.



**01/2021** Frau Corinna Breunig wird neue Kaufmännische Direktorin an der BG Unfallklinik Frankfurt.

**02/2021** Prof. Dr. Christoph Hirche wird zum 1. Februar 2021 neuer Chefarzt der Abteilung für Plastische, Hand- und Rekonstruktive Mikrochirurgie an der BGU Frankfurt.

**05/2021** Prof. Dr. med. Thorsten Steinfeldt wird neuer Chefarzt der Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie.

**06/2021** Die BG Unfallklinik Frankfurt gründet Hessens erste Sektion für Technische Orthopädie. Dr. Sebastian Benner leitet seit 1. Juni 2021 die neu gegründete Sektion .

**07/2021** Johannes Hofmann leitet seit 1. Juli 2021 die Pflege an der BG Unfallklinik Frankfurt. Der Diplom-Pflegewirt verantwortet somit ein Team von knapp 400 Beschäftigten, die den Pflegedienst sowie die Notfallambulanz an der BG Unfallklinik Frankfurt sicherstellen.

**10/2021** Dr. Johann Pichl leitet seit 1. Oktober 2021 das „EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung“ an der BG Unfallklinik Frankfurt am Main.

**2022**

**2022** Die MAIN•BGMED Rehazentrum GmbH wird wieder in die BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH integriert.

Frau Corinna Breunig, Frau Christina Meinel und Herr. Dr. med. Christoph Reimertz übernehmen nach ihrer Interimstätigkeit die Geschäftsführung der BG Unfallklinik Frankfurt am Main.

Die BG Unfallklinik Frankfurt feiert ihr 60-jähriges Bestehen. Zudem feiern die Abteilungen der Rückenmarkverletzten und der Wirbelsäulenchirurgie ihr 60. Jubiläum und die Neurochirurgie ihr 50. Jubiläum.



Der Rettungshubschrauber Christoph 2 ist seit 50 Jahren an der BG Unfallklinik in Frankfurt stationiert.



# Querschnittabteilung seit 60 Jahren an der BG Unfallklinik (BGU)

Die Abteilung ist an ein überregionales Traumazentrum angegliedert.

Bereits der Wirbelsäulenspezialist Prof. Dr. Junghanns setzte sich 1962 für die Behandlung von Menschen mit Querschnittlähmung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik ein. In der Klinik werden seitdem Patientinnen und Patienten mit einer unfallbedingt oder erkrankungsbedingt erworbenen Querschnittlähmung behandelt.

Seit 2002 ist Chefarzt Dr. Oswald Marcus für die Behandlung Querschnittgelähmter verantwortlich. Als er vor über zwanzig Jahren die Abteilung übernehmen sollte, sagte er nicht Nein, denn die vielseitigen Aufgaben der Abteilung für Rückenmarkverletzte sind für ihn täglich eine Herausforderung.

Zum 60. Jubiläum des Bestehens der Abteilung fasst Chefarzt Dr. Oswald Marcus seine Gedanken zur Entwicklung der Behandlung von Menschen mit Querschnittlähmung zusammen: „Wenn man bedenkt, dass zu Zeiten des 2. Weltkriegs die Überlebenszeit nach Erleiden einer Wirbelsäulenverletzung mit Beteiligung des Rückenmarks bei drei Monaten lag und heute eine normale Lebenserwartung erreicht werden kann, ist durchaus eine positive Entwicklung festzustellen, wenn es um die Behandlung von Menschen mit einer Querschnittlähmung geht.“

Wegbereiter dieser Entwicklung ist Sir Ludwig Guttman, Professor für Neurochirurgie. Guttman emigrierte als jüdi-

scher Mitbürger 1939 von Deutschland nach England und es war der Krieg, der in Großbritannien als Auslöser galt, ein Behandlungszentrum für Rückenmarkverletzte zu gründen, um den verletzten Soldaten eine Perspektive zu bieten zu dem spontanen Verlauf der Verletzung, die eine Todesrate von 80 Prozent zur Folge hatte.

Die Grundprinzipien Gutmans prägen bis heute unsere Behandlung.

Guttman war es, der die „Stoke Mandeville Games“ gründete. Er sah den Sport für die Betroffenen als besondere Möglichkeit an, auch nach erlittener Querschnittlähmung weiter leistungs- und konkurrenzfähig zu sein. Die Stoke Mandeville

Games, die erstmals 1948 stattfanden, entwickelten sich zu den paralympischen Wettkämpfen, die erstmals 1960 in Rom parallel zu den Olympischen Spielen abgehalten wurden.

Somit ist es eine konsequente Entwicklung, dass an den Kliniken der Unfallversicherungsträger Behandlungszentren zur Versorgung von Wirbelsäulen- und Rückenmarkverletzungen entstanden, um dem Auftrag des „Heilens mit allen geeigneten Mitteln“ gerecht werden zu können. Gerade das Konzept Gutmans der „comprehensive care“ lässt sich idealtypisch mit den Grundsätzen „alles aus einer Hand“ mit lebensbegleitender Behandlung der Betroffenen umsetzen. Über die Hälfte

aller Betten, die der Behandlung von Menschen mit Querschnittlähmung gewidmet sind, stehen in den Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken Deutschlands und kommen allen Menschen mit einer Querschnittlähmung zugute – eine herausragende Leistung der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Beitragszahler.

Unter der Leitung des ersten Ärztlichen Direktors der BG Klinik in Frankfurt wurde im Parterre des damaligen Hauptgebäudes die Station B2 zur Behandlung von Rückenmarkverletzten eingerichtet. So war es die Station B2, auf der von drei „Zimmergenossen“ der Rollstuhlsportclub Frankfurt gegründet wurde. Patienten von damals sind bis heute unsere Patienten geblieben. Ihre Geschichten zu hören, ihre Ansichten zu teilen und ihren Lebensweg zu verfolgen, sind Erfahrungen von unschätzbarem Wert.

Die Fortentwicklung der Wirbelsäulenchirurgie mit den Möglichkeiten der Stabilisierung von Frakturen und instabilen Wirbelsäulensegmenten hat die Behandlung im Vergleich zum Gründungsjahr



Sir Ludwig Guttman (Mitte) bei einem Sportfest an der BG Unfallklinik Frankfurt

zählung eines Querschnittszentrums mit einem Traumazentrum sinnvoll, an dem 24/7 die zur Behandlung der Querschnittlähmung notwendige Infrastruktur zur Verfügung steht. Dies trifft in gleicher Weise auch auf krankheitsbedingt erworbene Querschnittlähmungen zu.

Die seit 1962 an der hiesigen Klinik durchgeführte Behandlung von Menschen mit Querschnittlähmung geschieht naturgemäß nicht im luftleeren Raum, sondern ist den gesamtgesellschaftlichen Rahmenbe-

verdanken, dass die komplexe Behandlung von Menschen mit Querschnittlähmung, die keiner Normalverteilung einer bewerteten und damit festvergüteten DRG folgen kann, aus diesem System herausgenommen wurde und die Behandlung unter einer „unbewerteten DRG“ durchgeführt wird. Nur so sind wir in der Lage, die allumfassende Therapie, die den Menschen mit einer Querschnittlähmung in den Mittelpunkt stellt, fortzusetzen. Eine Entwicklung, die zur Jahrtausendwende ernsthaft infrage gestellt wurde. Die aktuelle Herausforderung der Zentren ist die ausreichende Rekrutierung von Mitarbeitenden, die sich die Expertise der vergangenen 60 Jahre aneignen, um die Therapie auch in Zukunft sicherzustellen. Dazu bedarf es nicht nur der gesellschaftlichen Anerkennung, sondern auch der monetären Voraussetzung für die Mitarbeitenden, ohne deren Teamleistung eine erfolgreiche Behandlung nicht möglich ist. Wenn Menschen etwas für Menschen tun, dann ist an dieser Stelle Geld immer gut investiert.

„ Die Behandlung von Menschen mit einer Querschnittlähmung ist nicht nur eine tägliche Herausforderung, sie ist auch eine befriedigende Tätigkeit, die nicht nur viel Kraft fordert, sondern auch Zufriedenheit zurückgeben kann. Dies ist unsere Motivation für die kommenden Jahrzehnte. “

1962 grundlegend verändert. Die heute übliche, frühzeitige Dekompression, das heißt Druckentlastung des verletzten Rückenmarks, erlaubt eine bessere Erholung verschonter Nervenbahnen. Die Stabilisierung der Wirbelsäule ermöglicht die sofortige postoperative Mobilisierung. Zudem verbessern ein leistungsfähiges Rettungswesen und eine leistungsfähige Intensivmedizin die Überlebenschancen bei schwerwiegenden Begleitverletzungen. Wir sind in der Lage, Menschen, die auf eine dauerhafte Beatmung angewiesen sind, wieder in den Lebensalltag zu integrieren und als dauerbeatmete Patientinnen und Patienten nach Hause zu entlassen. Dementsprechend ist die Ver-

dingungen und den sozialpolitischen Veränderungen einschließlich europäischer Rechtsnormen unterworfen.

Der flächendeckend ausgebreitete Maßstab der Wirtschaftlichkeit hat mit der Einführung des DRG-Systems einen gravierenden Wandel im Gesundheitssystem vollzogen. Die Fragmentierung der Medizin in Prozeduren stellt nicht mehr den Menschen als Ganzes in den Mittelpunkt der Behandlung, sondern gruppiert ihn um ein Krankheitsbild. Es ist auch dem besonderen Engagement der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) mit ihren Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und einigen meiner Kollegen zu



Inform | Zur Person



**Dr. Oswald Marcus**  
Chefarzt der Abteilung für Rückenmarkverletzte

# Die Geschichte der Wirbelsäulen- und Neurochirurgie an der BG Unfallklinik Frankfurt

## 50 Jahre Neurochirurgie und 60 Jahre Wirbelsäulenchirurgie

Als die BG Unfallklinik Frankfurt am Main im August 1962 feierlich als „ungegliederte Unfallchirurgie“ eröffnet wurde, gab es als einzige Fachrichtung – neben der Unfallchirurgie – eine Röntgenabteilung und eine Abteilung für Querschnittverletzungen.

Der erste Ärztliche Direktor der Unfallklinik Frankfurt, Prof. Herbert Junghanns war bei der Übernahme der Position schon seit Langem ein erfahrener Experte auf dem Gebiet der Wirbelsäulenchirurgie. Gemeinsam mit seinem Dresdener Lehrer, Prof. Christian Georg Schmorl, hatte er nach Untersuchungen an mehr als 10.000 Wirbelsäulenpräparaten das für Jahrzehnte weltweit als Standardwerk der Wirbelsäulenchirurgie geltende Lehrbuch „Die gesunde und kranke Wirbelsäule in Röntgenbild und Klinik“ veröffentlicht. Prof. Herbert Junghanns, auf den allgemein bekannte Begriffe wie das „Bewegungssegment“ und die „Pseudospodylolisthese“ zurückgehen, führte damals bereits jährlich ca. 50 Wirbelsäulenoperationen an der Klinik durch.

Prof. Berthold Hübner übernahm von 1972 bis 1986 die Leitung der neu gegründeten Abteilung für Neurochirurgie an der BG Unfallklinik Frankfurt. Er war als gelernter Allgemeinchirurg und Neurochirurg zuvor Leiter der Abteilung Neurochirurgie an der Frankfurter Universitätsklinik, sodass nun erstmals auch Patientinnen und Patienten mit schweren Schädel-Hirn-Verletzungen versorgt werden konnten. Eine Revolution in der neurologischen Akutdiagnostik war die Einführung der CT-Technik an der BG Unfallklinik im Jahre 1985, die einen bis dahin unbekannteren Einblick in das Schädelinnere ermöglichte. Von 1986 bis 2005 führte dann der von der Mainzer Universitätsklinik an die BG Unfallklinik Frankfurt wechselnde Prof. Günther Meinig die neurochirurgische Abteilung. Als gelernter Neurochirurg, spezialisiert auf mikrochirurgische Operationstechniken, wurden in seinen Anfangsjahren auch Hirntumore und Gefäßfehlbildungen (Aneurysmen) an der Unfallklinik operiert. Der Schwerpunkt der operativen Tätigkeit blieb aber die Wirbelsäule. Jährlich wurden nun bis zu 500 Wirbelsäulenoperationen durchgeführt,

bei denen auch die in dieser Zeit neu eingeführten Stabilisierungstechniken („Fixateur intern, ab 1987“) und aufwendige Operationsverfahren („einzeitige ventro-dorsale Zugänge“) praktiziert wurden.

Von 2005 bis 2007 übernahm Dr. Nils Diethelm Haberland, der seit dem Jahr 2000 als leitender Oberarzt an der Abteilung Neurochirurgie der BG Unfallklinik tätig war, die Leitung. Nachdem Dr. Haberland im Oktober 2007 in den ambulanten Bereich wechselte, zog Prof. Frank Kandziora mit seinem gesamten Team von der Spree an den Main. Prof. Kandziora war als gelernter Chirurg, Unfallchirurg und Orthopäde zuvor Leiter der Wirbelsäulenchirurgie des Campus Virchow Klinikums der Charité Berlin, bevor er im Januar 2008 die Leitung des nun neu gegründeten interdisziplinären Zentrums für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie an der BG Unfallklinik übernahm. Das Spektrum der operativen Eingriffe erweiterte sich beträchtlich, ebenso wie ihre Zahl, die nunmehr bei mehr als 1.500 Wirbelsäulenoperationen jährlich liegt.

Heute arbeiten in der Klinik Chirurgeninnen und Chirurgen, Unfallchirurginnen und Unfallchirurgen, Orthopädinnen und Orthopäden sowie Neurochirurgen organspezifisch Hand in Hand. Die Klinik ist als Wirbelsäulenzentrum der Maximalversorgung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG) und als EUROSPINE Center of Excellence zertifiziert und u. a. unter den Top-10-Wirbelsäulenkliniken Deutschlands in der Ärzte- sowie Klinikliste der FOCUS GESUNDHEIT aufgeführt.

Sowohl die weltweit größte (AOSpine) als auch die europaweit größte Fachgesellschaft (EUROSPINE) für Wirbelsäulenchirurgie nutzen die Klinik als Ausbildungszentrum für internationale Chirurgeninnen und Chirurgen.

# Das Kreuz mit dem gebrochenen Kreuzbein

Das Kreuzbein ist der Bereich der Wirbelsäule, der zwischen dem letzten Lendenwirbel und dem ersten Steißbeinwirbel liegt. Seine Wirbel sind – im Gegensatz zu denen der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule – unbeweglich.

Eine Fraktur am Kreuzbein wird oft übersehen und als Rückenschmerzen verkannt. BGUinform sprach darüber mit dem Wirbelsäulen-Experten Prof. Frank Kandziora. Er ist Chefarzt am Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie an der BG Unfallklinik Frankfurt am Main.

**Herr Prof. Kandziora, wie häufig ist ein Bruch des Kreuzbeins und welche Altersgruppe trifft es vorwiegend?**

Die Kreuzbeinfraktur hat in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen. Es betrifft vor allem ältere Personen ab 60 Jahren und gipfelt bei Patientinnen und Patienten mit 80 Jahren. Ganz generell lässt sich also sagen, je älter, umso wahrscheinlicher ist die Diagnose Kreuzbeinfraktur. Denn Menschen, die an Osteoporose leiden – und das sind überwiegend ältere Personen –, brauchen gar keine Verletzung, sondern können auch spontan einen Bruch des Kreuzbeins erleiden. Das kann beim Aufstehen, beim Hinsetzen oder Gehen plötzlich passieren. Dies liegt daran, dass das Kreuzbein eine Art Abschlussstein der Wirbelsäule ist und deshalb darauf besonders viel Last liegt. Auch eine Kombination aus schlechter Knochenqualität und einem Bagatellsturzereignis kann zum Bruch führen.

**Welche Auswirkung hat die Fraktur auf die Mobilität der Betroffenen?**

Es gibt unterschiedliche Formen dieses Bruches. Eine Form ist ein Bruch, der nur eine Seite des Kreuzbeins betrifft. Dann sind die Patienten und Patientinnen meist noch mobil, da über die andere „gesunde Seite“ die betroffene Seite entlastet werden kann.

Wenn allerdings beide Seiten des Kreuzbeins betroffen sind, ist die Wirbelsäule quasi vom Becken abgehängt, dann ist es besonders schwierig diese Patienten und Patientinnen überhaupt zu mobilisieren.

Gerade ältere und vorerkrankte Menschen benötigen erst einmal eine Ruhephase von ca. einer Woche, bevor wir die Mobilisierung beginnen können.

**Was ist ihre Empfehlung als Wirbelsäulen-Experte, was müssen Betroffene beachten?**

Dies kommt auf die Form des Bruches an. Es gibt im Wesentlichen drei Formen. Wie eben besprochen den einseitigen bzw. den beidseitigen Bruch des Kreuzbeins. Und es gibt einen H-förmigen Bruch des Kreuzbeins. Die Einseitigen sind sehr gut und zwar in der Regel konservativ zu behandeln.

Die Beidseitigen nehmen eine Zwischenposition ein, wogegen die H-förmigen fast immer operiert werden müssen. Weil dort bildlich gesprochen die „Wirbelsäule vom Becken separiert ist“. Das sind dann die ganz schweren Verletzungen, die wir sehen, selbst wenn sie „nur“ durch die fortschreitende Osteoporose und einen Bagatellsturz entstanden sind.

**Ist ein gebrochenes Kreuzbein leicht zu diagnostizieren?**

Tatsächlich nicht. Weil ältere Menschen häufiger mal Kreuzschmerzen haben und nicht jeder Kreuzschmerz gleich eine Fraktur des Kreuzbeins ist. Kreuzschmerzen können natürlich auch ganz andere ggf. banale Gründe haben. Es kann die Bandscheibe betroffen sein oder die Wirbelgelenke. Es kann aber auch ein Hexenschuss sein, also eine Muskelverspannung. All das äußerst sich ähnlich wie ein Kreuzbeinbruch. Typisch sind dabei Schmerzen tief unten in der Wirbelsäule, also am Übergang von der Wirbelsäule zum Becken. Die-

Das Kreuzbein (Os sacrum) ist der Bereich der Wirbelsäule, der zwischen dem letzten Lendenwirbel und dem ersten Steißbeinwirbel liegt.



Prof. Frank Kandziora, Chefarzt des Zentrums für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie

se Schmerzen sind sehr unspezifisch und können bei diversen Krankheitsbildern auftauchen. Wenn die Schmerzen länger anhalten, kann durch eine Kernspintomografie die Fraktur gut erkannt werden. Der Gang zum Wirbelsäulen-Spezialisten ist dann zu empfehlen.

**Wie sieht die konservative Behandlung konkret aus?**

Die konservative Therapie hat zur Aufgabe, die betroffene Seite zu entlasten. Im Idealfall können hier Gehstützen eingesetzt werden. Was bei älteren Menschen leider nicht immer so einfach ist, oft fehlt es da an der nötigen Kraft. Wenn das nicht möglich ist, können sich die Betroffenen mit einem Rollator behelfen. Wesentlich ist hier, dass die Patienten nicht zu viel Druck auf die gebrochene Seite geben. Wichtig ist es aber auch, dass wir versuchen, die Schmerzen adäquat zu behandeln, und das Zentralste ist, dass wir die Knochenqualität wieder stärken, denn schließlich ist diese oft die Ursache für die Fraktur.

**Ihr FAZIT?**

Die Kreuzbeinfraktur ist zwar eine schwere Verletzung, doch können die meisten Fälle, mit Ausnahme der H-förmigen Brüche, konservativ behandelt werden.

Nur wenn der Patient oder die Patientin in der ersten Woche nicht mobilisiert werden kann, denken wir über eine Operation nach.

Das Gespräch führte Rita Krötz



Das Team des Zentrums für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie, unter der Leitung von Prof. Frank Kandziora (vorn in der Mitte).

### 3-D-Hightech in der Knochenbruchversorgung

## BG Unfallklinik Frankfurt einer der Vorreiter

Mehr Präzision in der Knochenbruchversorgung durch 3-D-Operationsplanung, intraoperative 3-D-Bildgebung und durch 3-D-Kunststoff-Modelle, darauf können Patientinnen und Patienten mit komplexen Knochen- und Gelenkbrüchen bei einer Operation in der BG Unfallklinik Frankfurt zählen. Doch was hat es mit den 3-D-Verfahren auf sich?



Dr. Stefan Barzen

Die präoperative und – falls erforderlich – auch postoperative 3-D-Bildgebung ist bei schwierigen Knochen- und Gelenkbrüchen bereits weithin etabliert. Der konsequent nächste Schritt ist, diese Technik auch bereits intraoperativ – praktisch „online“ – einzusetzen. „Die intraoperative 3-D-Bildgebung trägt bei unfallchirurgischen und orthopädischen Operationen dazu bei, Knochenfragmente optimal einzurichten, Implantate und Schrauben genauer zu platzieren und damit Komplikationen und Revisionseingriffe zu vermeiden“, weiß Oberarzt Dr. Stefan Barzen aus der Unfallchirurgie und Orthopädischen Chirurgie der BG Unfallklinik Frankfurt.

Die intraoperative 3-D-Bildgebung ermöglicht, noch während der Operation die Einrichtung von Knochen- und Gelenkfragmenten sowie die Platzierung von Schrauben und anderen Implantaten exakt zu kontrollieren und ggf. zu korrigieren. Anders als durch die übliche intraoperative 2-D-Kontrolle mit „einfachen“ Röntgenbildverstärkern erhält man durch die Hightech-3-D-Röntgenbildverstärker unmittelbar ein umfassendes, dreidimensionales Schnittbildverständnis der Fragmentstellung und der Implantatlage. Hierdurch lassen sich die Versorgungssicherheit und die Versorgungsqualität nachweislich erhöhen.

Häufig wird das Verfahren in der Unfallchirurgie bei Gelenkbrüchen am Knie, am Becken, aber auch im Bereich der Sprunggelenkchirurgie und der Fußchirurgie eingesetzt, um die korrekte Stellung der Gelenke zu kontrollieren. Mittlerweile wird das Verfahren aufgrund des Erfolgs auch regelhaft bei Handgelenkbrüchen, Ellenbogenbrüchen oder in der Wirbelsäulenchirurgie durchgeführt. Die in der Nähe der Wirbelsäule liegende feine Struktur des Rückenmarks macht eine genaue Kontrolle und Navigation eingebrachter Schrauben notwendig, damit keine gefährdeten Strukturen verletzt werden. „Mit der 3-D-Bildgebung steht uns faktisch eine Live-Bildgebung im OP zur Verfügung, sodass Schrauben millimetergenau an die richtige Stelle navigiert werden können, um ein optimales Ergebnis zu erzielen. Wir gehen hier kein Risiko ein. Die Wirbelsäulenchirurgie war ein wesentlicher Wegbereiter dieser Techniken“, so Dr. Barzen.



Auch bei Schädelverletzungen lassen sich an einem 3-D-Modell Besonderheiten, vor allem von komplexen Verletzungen, sehr gut erklären.

„Mit der 3-D-Bildgebung steht uns faktisch eine Live-Bildgebung im OP zur Verfügung, sodass Schrauben millimetergenau an die richtige Stelle navigiert werden können, um ein optimales Ergebnis zu erzielen.“

Weitere Vorteile liegen auch in der reduzierten Strahlenbelastung, denn durch die 3-D-Bildgebung im OP sind keine weiteren schnittbildgebenden Verfahren nach dem Eingriff nötig. Studien beweisen darüber hinaus, dass das Verständnis bei den zu behandelnden Personen durch ein präoperatives 3-D-Modell ihres eigenen Gelenkbruchs zu mehr Verständnis für die Verletzung und den notwendigen Eingriff führt. Weiterhin bietet ein 3-D-Modell des zu operierenden Knochens gerade auch in der Ausbildung der Ärzteschaft große Vorteile. „An einem 3-D-Modell lassen sich Besonderheiten vor allem von komplexen Verletzungen sehr gut erklären und die Vorgehensweise der Operation kann am Modell geübt werden. Falls notwendig können individualisierte Implantate angefertigt werden, dies hauptsächlich in der Endoprothetik bei schwierigen Ersatzoperationen von beispielsweise Hüftgelenken. Deshalb bilden wir unter anderem auch unsere

Studierenden von der Goethe-Universität Frankfurt regelmäßig mit 3-D-Modellen aus. Denn am Ende steht immer das bestmögliche operative Behandlungsergebnis im Vordergrund“, so Professor Reinhard Hoffmann, Chefarzt der Unfallchirurgie und Orthopädischen Chirurgie der BG Unfallklinik Frankfurt.

In der BG Unfallklinik ist der 3-D-Scan mit integriertem CT während der OP bei schwierigen Gelenkbrüchen regelhaft geworden. Die Funktion der Navigation wird in etwa hundert Fällen benötigt und die Option eines 3-D-Modells circa fünfzig Mal im Jahr.

#### inform | Zur Person

##### Dr. Stefan Barzen

Oberarzt der Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie

## Schmerzmanagement an der BGU

Auf der Schmerz- und Rehasstation V4 sorgt Margit Erbdinger nach ihrer Weiterbildung und erfolgreich absolvierten Prüfung als 1. Pflegeexpertin für das Nicht-Medikamentöse Schmerzmanagement® (P.N.M.S.) an der BG Unfallklinik dafür, das Schmerzempfinden unserer Patienten und Patientinnen zu lindern.

**Nicht-medikamentösen Maßnahmen wird von Jahr zu Jahr mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Sie werden als Erweiterung des pflegerischen Repertoires im Rahmen des Schmerzmanagements angesehen und ergänzen im Sinne der integrativen Medizin die medikamentöse Schmerztherapie.**

**Frau Erbdinger, worin lagen die Schwerpunkte Ihrer Weiterbildung zur Pflegeexpertin für Nicht-Medikamentöses Schmerzmanagement®?**

Dazu zählten die psychologischen Grundlagen des Schmerzes und der Einfluss der Psyche auf den Schmerz. Aber auch Schmerzreduktion durch Musik, Licht und Farbe waren Inhalte der Weiterbildung. Zudem waren Gesprächsstrategien, AKU-PRESSUR, TENS und Taping-Methoden sowie Aromapflege Schwerpunkte.

**Im nicht-medikamentösen Schmerzmanagement arbeiten Sie u. a. mit ätherischen Ölen. Wie kommen diese zum Einsatz und was können sie bewirken?**

Die Anwendung ätherischer Öle findet sowohl in Einreibungen, Umschlägen als

auch über Ultraschallvernebler-Aromalampen statt.

Hierbei ist die Möglichkeit des Einsatzes von Aromalampen neu bei uns in der Abteilung. Ich kann schon jetzt nach kurzer Zeit sagen, dass dies sehr gerne von den Patientinnen und Patienten angenommen wird.

**Was kann außer den ätherischen Ölen noch zu einer anderen Wahrnehmung der Schmerzen und damit einer Schmerzlinderung führen?**

Es gibt sehr vielfältige Methoden, um Schmerzen zu lindern, all das, was wir in der Weiterbildung erlernt haben, also AKU-PRESSUR, TENS, Taping-Methoden usw., aber auch die Patientinnen und Patienten dabei zu unterstützen, den chronischen Schmerz zu akzeptieren und zu lernen, ihn in den Alltag zu integrieren und so das tägliche Leben zu beherrschen.

Wichtig ist hierbei, dass der Mensch mit seinen Schmerzen ernst genommen wird und in seiner Situation abgeholt wird, soll heißen, jeder empfindet den Schmerz anders.

Wir haben in unserer Abteilung meist mit chronischen Schmerzen zu tun. Diese haben ihren eigentlichen Sinn als Schutz und Warnsystem verloren und es braucht jetzt mehr als nur Schmerzmittel, damit er beherrschbar wird oder gelindert.

**Was verbirgt sich hinter der Aromapflege, wie sie derzeit an der BGU auf der Schmerz- und Rehasstation umgesetzt wird?**

Abteilungsleiterin Pflege, Margit Erbdinger mit Teamleiterin Pflege, Stephanie Faß, auf der Schmerz- und Rehasstation bei der Übergabe

Die Aromapflege ist eine einfache Methode, um dem Patienten oder der Patientin ein Wohlbefinden auf der einen Seite und die Unterstützung bei Entspannung, Schlaf oder auch Belebung zu bieten oder einfach nur für ein tieferes Einatmen zu unterstützen.

Dies geschieht nicht bewusst, sondern im Unterbewusstsein und lenkt dadurch die Betroffenen von ihrem negativen Schmerzempfinden ab und hilft, auf ein positives Erleben hinzulenken. Positive Ereignisse lassen den Schmerz weniger schlimm erscheinen. Durch Ablenkung ist zudem der Schmerz für eine Zeit lang weniger schlimm. Dies kennen wir auch bei Unruhezuständen oder Einschlafproblemen.

**Welche Abteilungen arbeiten mit Ihrem Wissen?**

Wir arbeiten auf der Station V4, der Schmerz- und Rehasstation, erfolgreich mit der Aromapflege und werden dies in der nächsten Zeit auch auf der Station B5, der Rehasstation, etablieren können.

Da sich meine Kolleginnen Susanne Specht und Doreen Wilke im Frühjahr diesen Jahres als P.N.M.S.-Expertinnen weitergebildet haben und die Teamleiterin Stephanie Faß im Oktober folgt, sind wir hier in der Lage, als Multiplikatoren auf den Akutstationen Fortbildungen anzubieten. Hier arbeiten wir gerade noch an einem Konzept, stehen jedoch auch jetzt schon als Ansprechpartner zur Verfügung.

**Welchen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten kann damit am besten geholfen werden? Also welche Art von Schmerzen?**

Das kann ich so nicht beantworten, denn Schmerz ist eine sehr individuelle Angelegenheit. Am besten hilft es sicher, wenn die Betroffenen offen sind, sich auf etwas Neues einzulassen. Ausprobieren und dann entscheiden, was ihnen hilft und guttut. Das ist beim Schmerz genauso wie bei allem im Leben.

*Das Interview führte Rita Krötz*

## Auch mal etwas Abstand finden

Die BG Unfallklinik bedankt sich beim Pflegepersonal und den Mitarbeitenden aus dem Funktionsdienst.

„Wie unschätzbar wertvoll und wichtig der Gesundheitsberuf der Pflegenden für die Gesundheit der Bevölkerung ist, wird uns derzeit in der Coronakrise besonders bewusst. Wir wollen uns deshalb bei unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus der Pflege und dem Funktionsdienst bedanken“, erläutert Johannes Hofmann, Pflegedirektor der BG Unfallklinik Frankfurt am Main am Internationalen Tag der Pflege am 12. Mai.

Aus diesem Anlass gingen Cynthia Wolf und Jana Wondra aus der Pflegedirektion sowie Kerstin Koch aus dem Funktionsdienst auf jede Station und jeden Funktionsbereich, um ca. 500 Mitarbeitende mit einem kleinen Präsent zu beschenken.

Ziel der Kampagne war, die Anerkennung und Wertschätzung persönlich an die Mitarbeitenden in der Pflege und im Funktionsdienst zu übermitteln.

„Unsere Pflegekräfte und Mitarbeitende im Funktionsdienst leisten eine exzellente Arbeit, sowohl fachlich als auch menschlich. Dies ist ein wesentliches Merkmal unserer hervorragenden Qualität an der BG Unfallklinik Frankfurt. Wir danken jedem Einzelnen von Ihnen“, so Alexandra Wagner, Leiterin OP-Management und zuständig für den Funktionsdienst.

„Nun wird deutlich, was professionelle Pflege ausmacht, und wie essenziell es ist,



Eindrücke vom Tag der Pflege

gut ausgebildete und eingearbeitete Fachkräfte in unserer Klinik zu haben, die an jedem einzelnen Dienst, ob wochentags, feiertags oder am Wochenende, eine tolle Arbeit leisten. Dafür haben Sie meinen

größten Respekt. Auch geht unser Dank an alle unsere Auszubildenden und Mitarbeitenden, die ein freies soziales Jahr leisten. Das sind die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unserer Zukunft“, ergänzt Jana Wondra, Stellvertretende Pflegedirektorin an der BG Unfallklinik Frankfurt am Main.

Damit auch im ärztlichen Dienst gesehen und anerkannt wird, was die Pflegekräfte jeden einzelnen Tag leisten, hat sich die Station B3 etwas ganz Besonderes einfallen lassen. Hier unterstützten – als Zeichen der Wertschätzung – der Chefarzt der Abteilung, Prof. Frank Kandziora, und sein Team bei den morgendlichen Pflegetätigkeiten und kamen ganz schön ins Schwitzen.

Jana Wondra, die Stellvertretende Pflegedirektorin bei der Verteilung der Präsenten





# Damit wir unsere Patientinnen und Patienten noch besser versorgen können

## Integration des ambulanten Rehabilitationszentrums

Das ambulante Rehazentrum MAIN BG MED an der BG Unfallklinik (BGU) wurde bisher als 100-prozentige Tochter geführt. Nun wird es in die Therapieabteilung der BG Unfallklinik integriert. Wir sprachen darüber mit der Gesamtleiterin Therapie, Franziska Daun.

### Frau Daun, bis wann soll die „Überführung“ des ambulanten Reha-zentrums in die BG Unfallklinik vollzogen sein?

Die Integration des ambulanten Reha-zentrums in die BGU soll zum 01. Juli 2022 vollzogen sein. Ich persönlich freue mich sehr auf die Zusammenlegung der bislang organisatorisch getrennten Bereiche, da ich mir dadurch neben den verbesserten Rahmenbedingungen für die Kollegen und Kolleginnen viele Vorteile für die Patientenversorgung erwerbe. Die Rehabilitation spielt im Bereich des BG-lichen Heilverfahrens eine ganz zentrale Rolle und ich bin dankbar, bei einem Arbeitgeber tätig zu sein, der diesen besonderen Stellenwert der Therapie auch organisatorisch abbildet. Nach der Ablösung der Therapieabteilung vom BG Service- und Rehabilitationszentrum zu einer eigenständigen Abteilung sehe ich die Integration als nächsten großen Schritt, die besondere Bedeutung der Therapie im BG-lichen Heilverfahren auch nach außen sichtbar darzustellen.

### Wie viele Kolleginnen und Kollegen zählt Ihre Abteilung nach der Zusammenlegung?

Nach der Zusammenlegung zählen ca. 110 Mitarbeitende zur Therapieabteilung der BGU Frankfurt. Diese setzen sich aus den therapeutischen Berufsgruppen der Physio-, Massage-, Ergo- und Sporttherapie sowie den Mitarbeitenden der Anmeldung zusammen.

### Wenn Sie von verbesserten Rahmenbedingungen für die Kolleginnen und Kollegen des Reha-zentrums sprechen, was genau verbessert sich für diese?

Ich meine vor allem die tariflichen Bedingungen. Die ambulanten Kollegen und Kolleginnen erhalten nach Integration den Tarifvertrag der BG Kliniken, mit allen bekannten Vorteilen, wie beispielsweise der wöchentlichen Arbeitszeit von maximal 38,5 Stunden, der betrieblichen Altersvorsorge durch die VBL, die Jahressonderzahlung u. v. m.

### Was waren die wesentlichen Gründe für die Eingliederung der Kolleginnen und Kollegen aus dem MAIN BG MED Reha-zentrum? Bitte führen Sie die einzelnen Punkte dazu aus.

Bei der Entscheidung hinsichtlich der Integration spielten vor allem qualitative

Aspekte hinsichtlich der Patientenversorgung eine Rolle. Durch den Zusammenschluss vom stationären und ambulanten Therapiebereich haben wir die Möglichkeit, die Prozesse aus Patientensicht zu bewerten und ggf. an der einen oder anderen Stelle anzupassen. Dabei denke ich vor allem an die Möglichkeit, dass die Aufnahmebefunde aus dem stationären Bereich von den Kollegen und Kolleginnen aus der ambulanten Therapie übernommen werden können, sodass der Therapeut oder die Therapeutin im ambulanten Setting an die Erfolge aus dem stationären Bereich anknüpfen kann. Für den Patienten und die Patientin hat es den Vorteil, dass elementare Behandlungsinformationen den Kollegen und Kolleginnen direkt vorliegen und somit die Therapie nahtlos fortgeführt werden kann. Darüber hinaus gibt es bei schwierigen Verläufen bessere Vernetzungsmöglichkeiten sowie insgesamt eine größere Nähe zueinander. Vielleicht haben wir perspektivisch auch die Möglichkeit, in Teilen gar keine Therapeutenwechsel mehr durchführen zu müssen, sodass der Therapeut oder die Therapeutin den Patienten bzw. die Patientin vom stationären Aufenthalt bis zur Wiedereingliederung in den Beruf betreut. Ob das organisatorisch abbildbar und sinnvoll ist, kann ich an dieser Stelle noch nicht sicher sagen, aber zumindest haben wir jetzt die Ausgangssituation geschaffen, um über solche Optionen überhaupt nachdenken zu können.

### Sie hatten bereits einige Abläufe beschrieben, die sich durch die Integration verbessern könnten. Welche Vorteile für die Patienten und Patientinnen sehen Sie darüber hinaus noch?

Neben der nahtloseren Überleitung der Patienten und Patientinnen von stationär zu ambulant sehe ich einen weiteren Vorteil in der neuen Personalstärke der Abteilung. Dadurch, dass uns insgesamt mehr

Die Kolleginnen und Kollegen der ambulanten und stationären Therapie arbeiten zukünftig noch enger zusammen.

therapeutisches Personal zur Verfügung steht, haben wir größere Verschiebungsspielräume, wenn es in einem Bereich mal eng wird. Das klingt im ersten Moment allerdings leichter, als es tatsächlich ist, da die Settings doch sehr unterschiedlich sind und nicht jeder Therapeut oder jede Therapeutin ohne Weiteres im anderen Bereich einspringen kann. Dabei müssen Dinge wie die verschiedenen Arbeitszeiten, abrechnungsrelevante Fortbildungen und auch die unterschiedlichen Dokumentationssysteme beachtet werden. Um dies final beurteilen zu können, muss ich zunächst die Besonderheiten des Reha-zentrums näher kennenlernen und mit den Kolleginnen und Kollegen ins Gespräch kommen, um auch deren Wünsche berücksichtigen zu können. Denn das ist mir bei allen Optionen das Wichtigste: Die Kollegen und Kolleginnen bei Veränderungen mit einzubeziehen und ihre Wünsche zu berücksichtigen. Denn es nützt gar nichts, wenn die Mitarbeitenden am Ende unzufrieden sind und wir engagiertes, qualifiziertes Personal letztendlich dadurch verlieren würden.

### Bleiben die bisherigen Schwerpunkte in der Therapie des Reha-zentrums erhalten, oder ändert sich da etwas?

Das Rehazentrum hat sich in den letzten Jahren schon sehr an den fachlichen Schwerpunkten der Klinik orientiert und nach diesen ausgerichtet. So gibt es beispielsweise therapeutische Spezialisten für Prothesenpatienten, chronische Schmerzpatienten und handchirurgische Patienten und Patientinnen. Darüber hinaus bietet das Rehazentrum alle ambulanten Rehaverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) an. Da es diese Ausrichtung an die therapeutischen Bedürfnisse der Klinik bereits gibt, sehe ich wenig Korrekturbedarf.

Was uns allerdings schon vorschwebt, ist eine Anpassung der strukturellen Organisation des Reha-zentrums in Anlehnung an die der Klinik. Wir haben uns innerhalb der Therapie bereits vor 2,5 Jahren neu aufgestellt, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit der therapeutischen Berufsgruppen in den Mittelpunkt zu stellen. Selbstver-

ständig ist dies nicht eins zu eins auf den ambulanten Bereich übertragbar, da in diesem nicht selten einzelne Therapieverfahren verordnet werden und nicht alle Patienten und Patientinnen von allen Berufsgruppen betreut werden. Gleichzeitig möchten wir aber auch im Rehazentrum die Berufsgruppen so eng wie möglich miteinander verzahnen, was sich perspektivisch auch in einer neuen Organisationsstruktur zeigen soll.

### Wo sehen Sie Verbesserungspotenziale und wie sollen diese umgesetzt werden?

Ich kann mir darüber hinaus vorstellen, dass es noch Potenziale in der Zusammenarbeit mit den einzelnen Fachabteilungen der Klinik gibt. Damit meine ich zum einen den organisatorischen Part bei der Rezepterstellung, sodass Rezepte ohne zusätzliche „Korrekturschleife“ direkt umgesetzt und abgerechnet werden können – das spart sowohl in den Sekretariaten der Klinik als auch in der Anmeldung des Reha-zentrums zeitliche Ressourcen. Zum anderen in der inhaltlichen Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen beispielsweise im Hinblick auf den deutlichen Trend zum ambulanten Operieren. Hierbei könnte uns eine konkret zugesicherte Nachbehandlungsoption für die Patienten und Patientinnen einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Häusern verschaffen, was ich gerne gemeinsam mit den betreffenden Chefarzten besprechen würde.



Freut sich auf die zukünftigen Aufgaben: Gesamtleiterin Therapie Franziska Daun

Potenzial sehe ich darüber hinaus bei der therapeutischen Nachversorgung der Rückenmarkpatienten. Diese können aktuell nur vereinzelt ambulante Therapie bei uns erhalten. Nach der Integration sehe ich bei diesem Thema Optionen, die ich gerne mit den Kolleginnen und Kollegen des Reha-zentrums, den stationären Therapeuten und Therapeutinnen der Sparte Rückenmark sowie dem ärztlichen Dienst der Abteilung besprechen würde. Bevor ich aber gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen in die Umsetzung mancher Ideen starte, möchte ich mir zunächst Zeit nehmen, die Besonderheiten des Reha-zentrums und ihrer Mitarbeitenden kennenzulernen.



Das Team der ambulanten Reha zusammen mit ihrer neuen Chefin Franziska Daun (in der Mitte)

## Gesetzliche Unfallversicherung erkennt 2021 in mehr als 120.000 Fällen COVID als eine Berufskrankheit an

Vorläufige Zahlen zum Versicherungsgeschehen im vergangenen Jahr veröffentlicht

**Berufsgenossenschaften und Unfallkassen haben im vergangenen Jahr in 123.228 Fällen eine Berufskrankheit anerkannt. Das geht aus vorläufigen Zahlen\* hervor, die ihr Verband, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), im April veröffentlicht hat. Die Zahl der anerkannten Fälle lag damit mehr als dreimal so hoch wie im Vorjahr.**

Wie schon 2020 gingen die meisten beruflich bedingten Erkrankungen auf eine Corona-Infektion bei der Arbeit zurück. Die Zahl der Arbeitsunfälle nahm gegenüber dem Vorjahr zwar zu, sie lag aber immer noch unter dem Niveau des Vorpandemiejahres 2019. Die Schülerunfallversicherung verzeichnete dagegen einen weiteren Rückgang der Zahl der Schülerunfälle.

Die gesetzliche Unfallversicherung ist jener Zweig der Sozialversicherung, der für Arbeits- und Schulunfälle sowie Berufskrankheiten zuständig ist. Unter ihren Versicherungsschutz kann unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Infektion mit dem Corona-Virus mit einer anschließenden Erkrankung an COVID-19 fallen. Angesichts vieler Infektionen im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege blieb die Pandemie daher auch 2021 bestimmend für das Versicherungsgeschehen.

### COVID-19 häufigste anerkannte Berufskrankheit

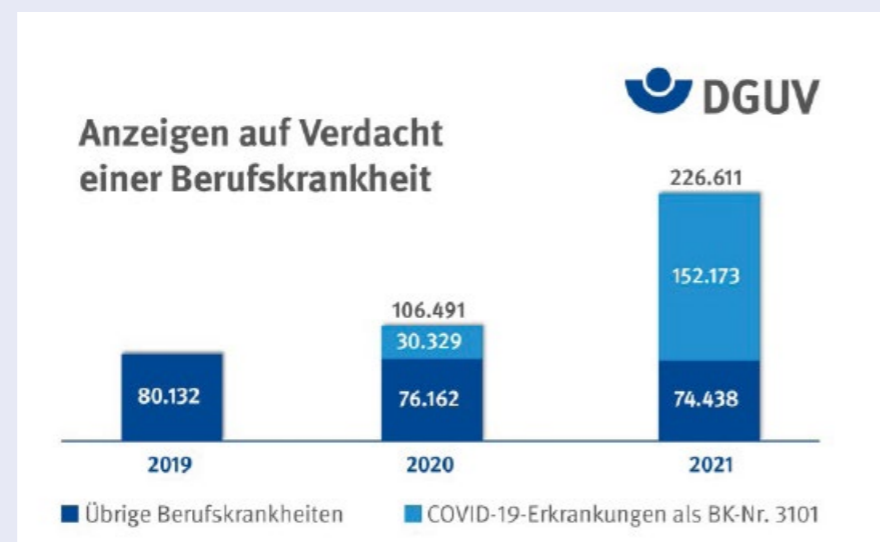
So gingen im vergangenen Jahr insgesamt 226.611 Verdachtsanzeigen auf eine Berufskrankheit bei den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen ein. Das

sind mehr als doppelt so viele wie 2020, das selbst schon ein Ausnahmejahr war. Davon betrafen gut 150.000 Verdachtsanzeigen COVID-19. Bei den Anerkennungen aller Berufskrankheiten insgesamt ist der Anstieg noch größer: Hier verdreifachte sich der Wert gegenüber 2020 auf insgesamt 123.228 anerkannte Berufskrankheiten. Bei etwa 100.000 dieser Fälle handelte es sich um eine Erkrankung an COVID-19.

Die überwiegende Mehrheit von Erkrankungen an COVID-19 verläuft, ohne dass es zu bleibenden Beeinträchtigungen kommt. Die Zahl der neuen Renten infolge einer Berufskrankheit stieg daher nicht in gleichem Umfang. Mit 5.290 neuen Renten lag sie um 4,6 Prozent höher als im Vorjahr. Die Zahl der Todesfälle infolge einer Berufskrankheit lag mit 2.172 um 208 Fälle unter dem Wert von 2020.

„Die Zahlen zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten spiegeln weiterhin die Auswirkungen der Pandemie“, sagt Dr. Stefan Hussy, Hauptgeschäftsführer der DGUV. „Die Beschäftigten waren 2021 wieder etwas mobiler und nicht mehr ausschließlich im Homeoffice. Parallel dazu gab es starke Ausbrüche der Infektion und dementsprechend viele Beschäftigte, insbesondere im Gesundheits- und Pflegebereich, die sich bei der Arbeit infiziert haben. Ihnen versuchen wir weiterhin die beste Unterstützung zu geben. Dazu gehören auch unsere Angebote zur Rehabilitation bei Long-COVID.“

\*Die Zahlen der Unfallkasse Thüringen sind in den Angaben für 2021 nicht enthalten, da sie zu Beginn des Jahres Opfer einer Cyberattacke wurde und bis auf Weiteres keine Daten liefern kann.



## Lösungsansätze für schwierige Fragen und wertschätzende Kommunikation – ein Gewinn für alle: die Ethik-Visite

**Die Konfrontation mit ethischen Problemen gehört auf jeder Intensivstation zum Alltag. Dabei geht es beispielsweise um Entscheidungsfindung zur Therapiezieldefinition, um die Klärung des Patientenwillens bzw. die Anwendung einer vorhandenen Patientenverfügung, um fehlenden Überlebenswillen und ähnlich problematische Fragestellungen.**

Seit Spätsommer 2019 gibt es an der BG Unfallklinik Frankfurt eine sogenannte Ethik-Visite, die eine präventive Strategie verfolgt und im Gegensatz zu den ebenfalls auf Anfrage stattfindenden ethischen Fallbesprechungen bereits im Vorfeld eines ethischen Konfliktes angesiedelt ist. Sie dient dazu, ethische Probleme frühzeitig zu identifizieren, Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen und einer möglichen Eskalation vorzubeugen. Wichtig ist, dass der Patient bzw. die Patientin – solange er oder sie es kann – noch für sich selbst entscheidet.

### Ablauf der Ethik-Visite

Dazu wird ein bis zwei Tage vor der Visite von den Pflegekräften sowie Ärztinnen und Ärzten der Station ein Vorschlag unterbreitet, um welche Patientin oder welchen Patienten es diesmal während der Visite gehen soll. Esther Helfrich-Teschner, katholische Klinikseelsorgerin der BG Unfallklinik Frankfurt: „Hier kann sich jede und jeder einbringen – ganz egal ob es sich um einen Patienten, den ärztlichen oder pflegerischen Dienst oder das Reinigungspersonal handelt. Jeder, der an einem Patienten oder einer Patientin etwas wahrnimmt, das ethische Fragen aufwirft, kann eine Ethik-Visite einberufen.“ Besteht im Team oft sehr schnell Einigkeit darüber, welche Fragestellungen ethisches Konfliktpotenzial in sich tragen, muss manchmal innerhalb des Teams noch eine Absprache zur Priorisierung der Fälle erfolgen. Beteiligt sind dann an der Ethik-Visite alle, die auch am Therapieprozess beteiligt sind: das ärztliche und pflegerische Team der Sta-

tion, die Physiotherapie, der Sozialdienst und die Psychologin bzw. der Psychologe sowie der Patient oder die Patientin und unter Umständen auch Angehörige. Moderiert wird die Ethik-Visite von Andrea Ecimovic, Esther Helfrich-Teschner und Lothar Jung-Hankel, die als Mitglieder des Ethikkomitees bzw. der Klinikseelsorge eine neutrale Position einnehmen und unterstützend wirken, da sie als Einzige nicht selbst am Therapieprozess beteiligt sind. „Dabei geht es hier nicht in erster Linie um medizinische Fragen, sondern eben um ethische und auch psychologische und soziale Aspekte, die damit zusammenhängen. Oft können diese von der Seelsorge in besonderer Weise aufgegriffen werden“, sagt Lothar Jung-Hankel, der evangelische Krankenhausseelsorger an der BG Unfallklinik Frankfurt. „Der Fall eines jungen Mannes, der nach einem schweren Unfall und einigen Tagen auf der Intensivstation schließlich verstarb, zeigte jüngst deutlich, wie wichtig es war, alle



Esther Helfrich-Teschner, katholische Klinikseelsorgerin an der BG Unfallklinik Frankfurt, und Lothar Jung-Hankel, der evangelische Krankenhausseelsorger an der BG Unfallklinik Frankfurt, während einer Ethik-Visite

→ Schritte gemeinsam mit allen Beteiligten zu reflektieren, um so die Familie besser beim Abschied begleiten zu können. So wurde schließlich am 24. Dezember eine Organspende veranlasst, die anderen Menschen das Leben retten konnte.“

Andrea Ecimovic, Mitglied im Ethikkomitee: „Für unsere Mitarbeitenden ist auch der Perspektivenwechsel während der Ethik-Visite oft sehr wichtig. Zu hören, dass insbesondere andere Teammitglieder wahrnehmen, wie ich mich fühle, und meine Gedanken akzeptiert werden, kann enorm entlastend wirken.“ So ist eine wertschätzende Kommunikation ein nicht unerheblich guter Nebeneffekt einer Ethik-Visite, die auch dazu dient, „alle auf den gleichen Stand zu bringen. Dafür wird sie protokolliert und in der Patientenakte sowie im Klinischen Ethikkomitee (KEK) anonymisiert hinterlegt.“

**Wichtiger Beitrag zur Professionalität einer Unfallklinik**

Die Ethik-Visite an der BG Unfallklinik Frankfurt ist so zu einem sehr wichtigen Baustein geworden, eine zugewendete Patientenversorgung „zu leben“. Denn gerade als Unfallklinik, in der es oftmals um plötzlich eintretende schwere Verletzungen geht, die das Leben auf den Kopf stellen, ist es wichtig, auch auf ethische Fragestellungen schnell reagieren zu können – bevor sich Konflikte verfestigen oder die Fronten verhärten. „Damit nehmen wir allerdings momentan noch innerhalb des Rhein-Main-Gebiets eine echte Vorreiterstellung ein“, erläutert Andrea Ecimovic.

Auch der Vorsitzende des klinischen Ethikkomitees, Dr. Rolf Teßmann, freut sich, dass „die Ethik-Visite so professionell etabliert werden konnte und

durch das außerordentliche Engagement aller Beteiligten so erfolgreich geworden ist“.

Die Ethik-Visite findet seit Sommer 2021 auch einmal pro Monat auf einer der Stationen für Rückenmarkverletzte statt. Gerade hier gibt es viele ethische Fragestellungen, die oftmals mit dem Verlust der Selbstständigkeit unserer Patientinnen und Patienten zusammenhängen.

Ziel ist es, die Ethik-Visite auch in anderen Fachbereichen der stationären Versorgung zu etablieren. An der BG Unfallklinik Frankfurt sind derzeit drei Pflegekräfte und zwei Ärzte tätig, die eine Zusatzausbildung als „Ethikberater im Gesundheitswesen“ absolviert haben. Zwei neue Kolleginnen befinden sich in der Fortbildung.

## Expertenzertifikat Handchirurgie für Dr. Athanasios Terzis

Ein guter Handchirurg ist immer am Puls der Zeit und entwickelt die handchirurgische Patientenversorgung stets weiter.

Deshalb gab es jüngst für den erfahrenen Handchirurgen Athanasios Terzis der BG Unfallklinik Frankfurt eine der ersten Aus-

zeichnungen mit dem Expertenzertifikat Handchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH).

Im September 2021 hatte die Fachgesellschaft das neue Zertifizierungsverfahren ins Leben gerufen. Es soll Ärztinnen und

Ärzten die Möglichkeit geben, sich über die Zusatzbezeichnung hinaus als handchirurgische Experten zu qualifizieren und dies belegbar darstellen zu können.

Dabei wird gefordert, dass die Ärztinnen und Ärzte regelmäßig an Fachfortbildungen und Kongressen teilnehmen, selbst Vorträge auf Kongressen halten sowie eigene Fachpublikation veröffentlichen. Verpflichtend sind zudem praktische Kurse zu den Themen „Knochen und Gelenke“ sowie „Mikrochirurgie und Weichteile“. Dem praktischen Aspekt wird große Bedeutung beigemessen. Zur Erlangung des Zertifikats ist daher auch eine Hospitation an einem handchirurgischen Zentrum nachzuweisen.

Dazu der Chefarzt der Abteilung Plastische, Hand- und Rekonstruktive Mikrochirurgie an der BGU Frankfurt, Prof. Christoph Hirche: „In der BG Unfallklinik Frankfurt legen wir großen Wert auf wissenschaftliches Arbeiten. Gerade junge Kolleginnen und Kollegen finden hier ein hoch qualifiziertes Umfeld für die Ausübung ihres Berufes und ihre fachliche Weiterentwicklung.“



Prof. Christoph Hirche ist stolz auf seinen Oberarzt und Teamleiter Handchirurgie Dr. Athanasios Terzis.

**Veranstaltungstipp**

## 2. SummerSchool

der BG Unfallklinik Frankfurt am Freitag, dem 26. August, von 10.00 Uhr bis 19.00 Uhr im Konferenzzentrum der BG Unfallklinik Frankfurt

Zweite Ausgabe der BGU-SummerSchool: Wenn Sie Ihre ersten Studien, Publikationen und Vorträge planen, sind Sie hier genau richtig! Denn am 26. August 2022 öffnet die „Werkstatt Wissenschaft“ wieder ihre Pforten, um jungen, motivierten Wissenschaftlerinnen, Wissenschaftlern und interessierten Studierenden das Handwerkszeug zum Start ihrer wissenschaftlichen Karriere zu vermitteln. Gemeinsam mit vielen erfahrenen Vortragenden unter-

schiedlicher Kliniken beleuchten wir alle wichtigen Aspekte – von der Studienidee bis hin zur Publikation und dem Vortrag –, wobei wir morgens mit Workshops beginnen. Im Anschluss besteht die Möglichkeit, sich gemeinsam beim Kongressabend in einem Apfelweinlokal auszutauschen. Wir freuen uns, wenn Sie am 26. August 2022 dabei sind! Weitere Infos und Anmeldung unter [www.bgu-frankfurt.de/summerschool2022](http://www.bgu-frankfurt.de/summerschool2022)



## Internationale Wirbelsäulenchirurgen und Wirbelsäulenchirurginnen werden an der BGU Frankfurt ausgebildet

Das Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie der BG Unfallklinik Frankfurt am Main unter Leitung von Prof. Dr. Frank Kandziora ist seit dreizehn Jahren als AOSpine und seit acht Jahren als EUROSPINE Referenzzentrum akkreditiert. Diese Akkreditierung wird nur Kliniken zuteil, die den strengen Vorgaben der AOSpine und der EUROSPINE hinsichtlich der Klinikausstattung, des angebotenen Behandlungsspektrums und der Behandlungsqualität entsprechen. Das Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie nimmt damit eine Ausnahmestellung ein, da dieser Status in Deutschland nur 8 Kliniken von AOSpine und nur 13 Kliniken von EUROSPINE zuerkannt wurde. AOSpine ist die weltweit größte Wirbelsäulenorganisation, EUROSPINE die europaweit größte. Beide Organisationen haben es sich zur Aufgabe gemacht, die Patientenversorgung zu verbessern und junge Wirbelsäulenchirurgen und Wirbelsäulenchirurginnen auszubilden. Im Rahmen des sogenannten AOSpine oder EUROSPINE-Fellowship-Programms werden Stipendien an Wirbelsäulenchirurgen



Dr. Fernando Sosa Saenz aus Guadalajara (Mexiko, 5. v. l.) und Dr. Pranav Shah aus Cardiff (Wales/UK, 3. v. l.) begleiten das BGU-Team unter Leitung von Prof. Frank Kandziora (4. v. l.) über mehrere Wochen im OP und auf Station, um ihre Kenntnisse im Bereich Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie zu vertiefen.

und -chirurginnen aus der ganzen Welt vergeben, damit diese eine Weiterbildung an einem Referenzzentrum erhalten können. Gefördert durch AOSpine konnten Anfang März nach langer Corona-Pause Dr. Fernando Sosa Saenz aus Guadalajara

(Mexiko) und Dr. Pranav Shah aus Cardiff (Wales/UK) im Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie an der BG Unfallklinik Frankfurt wertvolle Erfahrungen sammeln.

## Radklassiker: Gute Stimmung beim BGU-Team am 1. Mai

Erstmals seit drei Jahren fand der deutsche Radklassiker Eschborn-Frankfurt an seinem Stammtermin am 1. Mai statt. Coronabedingt wurde das Rennen 2020 abgesagt und 2021 auf den Herbst verschoben. Umso mehr freute sich das BGU-Team, wieder mit dabei zu sein. Dass neben dem sportlichen Reiz vor allem der Spaß mit Kolleginnen und Kollegen im Vordergrund stand, zeigen unsere Bilder.



## Marco Meyerhöfer von der SpVgg Greuther Fürth erfolgreich in der BG Unfallklinik operiert



Oberarzt Dr. Simon Martin Heinz (links) und Chefarzt PD Dr. Sebastian Manegold (rechts) kurz vor der Entlassung von Marco Meyerhöfer

Der 26-Jährige verletzte sich kurz vor Ende der Begegnung am 2. April bei Eintracht Frankfurt (0:0) am Knöchel und musste mit einer Trage vom Feld gebracht werden. Meyerhöfer hatte sich bei einem Zweikampf das Bein verdreht. Noch am gleichen Abend wurde er in die BG Unfallklinik in Frankfurt gebracht und dort von Spezialisten der Unfallchirurgie und der Fußchirurgie umgehend operiert. „Bei Marco Meyerhöfer musste eine schwere Knöchelverletzung am Sprunggelenk operativ versorgt werden“, so die behandelnden Ärzte PD. Dr. Sebastian Manegold, Chefarzt der Abteilung für Orthopädische und traumatische Fußchirurgie, und Dr. Simon Martin Heinz, Oberarzt der Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie.

Die Operation verlief erfolgreich und auch die Kontrolluntersuchungen zeigten eine zeitgerechte Heilung, sodass der Leistungssportler bereits drei Tage nach der Operation die Klinik verlassen konnte.

Zu Hause angekommen postete der Abwehrspieler ein Bild (siehe links), das ihn zusammen mit seinen behandelnden Ärzten der BGU zeigt.

Dazu schrieb er: „Vielen Dank an jeden, der mich seit Samstag unterstützt hat. Jede einzelne Nachricht hat mir extrem geholfen. Die gesamte medizinische Abteilung hat einen überragenden Job gemacht. Ich hatte wirklich die besten Leute um mich herum ... der Blick geht nach vorne.“

## Am 11. September 2022 veranstaltet die BGU einen Tag der Luftrettung

Christoph 2: Zivilschutz-Hubschrauber seit 50 Jahren

Der Zivilschutz-Hubschrauber (ZSH) Christoph 2 wurde als zweiter ZSH überhaupt am 15. August 1972 offiziell in Dienst gestellt und ist seitdem an der BG Unfallklinik Frankfurt am Main stationiert. Dabei startet er vom Landedeck der BGU Frankfurt zu etwa 1.100 Einsätzen jährlich. Der Hubschrauber und sein Team sind in Minutenschnelle startklar, um in einem Einsatzradius von 60 km schnelle Hilfe aus der Luft zu leisten – im Bedarfsfall fliegt er auch darüber hinaus. Die Crew von Chris-

toph 2 rückt am häufigsten zu Verkehrs- und Arbeitsunfällen aus. Im Vergleich zu anderen ZSH ist im Christoph 2 der Anteil der Traumapatientinnen und -patienten am höchsten. Traditionell ist die Luftrettung fester Bestandteil der Versorgung von Unfallopfern im Rhein-Main-Gebiet. Pro Tag fliegt Christoph 2 durchschnittlich drei bis vier Einsätze. Die Alarmierung erfolgt über die Leitstelle der Berufsfeuerwehr Frankfurt am Main, die auch die speziell in der Luftrettung ausgebildeten Notfall-

sanitäterinnen und -sanitäter (TC-HEMS) stellt. Die Pilotinnen und Piloten stellt bei allen ZSH die Bundespolizei, in Frankfurt die Fliegerstaffel Fuldataal. Die langjährig erfahrenen Notärztinnen und Notärzte kommen aus der BG Unfallklinik Frankfurt. Dieses eingespielte Team leistet so täglich von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang „Highspeed-Hilfe“ aus der Luft.

Seit 1972 ist der RTH Christoph 2 an der BG Unfallklinik in Frankfurt stationiert.



# Rund um die Uhr in besten Händen

## Helfen und Heilen mit allen geeigneten Mitteln

Die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt am Main ist eines der führenden überregionalen Traumazentren im Rhein-Main-Gebiet. Die hohe Spezialisierung unserer Fachabteilungen garantiert eine bestmögliche medizinische und pflegerische Betreuung bis hin zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung.

Als wichtiger Notarztstandort retten wir 24 Stunden lang an 365 Tagen.

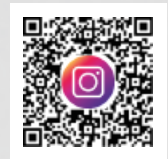


### Post-COVID-Sprechstunde an der BG Unfallklinik Frankfurt

Derzeit ist das Ausmaß der Langzeitfolgen nach überstandener COVID-Erkrankung, auch „Long COVID“ genannt, noch relativ unbekannt. Die Erkrankung kann unter bestimmten Umständen, insbesondere wenn sie an einem risikobehafteten Arbeitsplatz (in stationären oder ambulanten medizinischen Einrichtungen und in Laboratorien) erworben wurde, als Berufskrankheit anerkannt werden oder auch einen Arbeitsunfall darstellen. In beiden Fällen werden die Erkrankungs- und Folgekosten dann von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen.

Die Anmeldung für die Post-COVID-Sprechstunde erfolgt über die BG Sprechstunde. Telefonische Sprechzeiten sind **montags bis freitags von 08.00 bis 15.00 Uhr**. Tel.: +49 69 475-2579 oder +49 69 475-4254.

Wir sind jetzt auch in den sozialen Netzwerken unterwegs! Einfach den QR-Code mit der Kamera Ihres internetfähigen Mobiltelefons scannen.



**BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH**  
Friedberger Landstraße 430 · 60389 Frankfurt am Main · Telefon: +49 (0) 69 475-0 · Telefax: +49 (0) 69 475-2331  
E-Mail: [info@bgu-frankfurt.de](mailto:info@bgu-frankfurt.de) · Internet: [www.bgu-frankfurt.de](http://www.bgu-frankfurt.de)

### Förderverein der Luftrettungsstation **Christoph.2** in Frankfurt am Main e.V.

c/o BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH  
Friedberger Landstraße 430 • 60389 Frankfurt am Main  
Telefon: +49 (0)69 475-2047 • Telefax: +49 (0)69 475-2045  
[foerderverein@christoph2.de](mailto:foerderverein@christoph2.de)

Vereinsregister Frankfurt am Main VR 12789  
Gemeinnützigkeit durch FA Frankfurt am Main III  
Steuernummer: 45 250 5173 3 – K18

IBAN DE83 5009 0500 0001 9512 35  
BIC GENODEF1S12  
Sparda Bank Hessen

[www.Christoph.2.de](http://www.Christoph.2.de)