

# PRAXISZEIT PZ



**OUCC**

**ORTHOPÄDIE &  
UNFALLCHIRURGIE**

CHIEMGAU · BERCHTESGADENER LAND

**PRAXISZEIT. VERWEILZEIT. LESEZEIT.**

## **ORTHOPÄDIE**

Dr. med. Hans-Peter Schlögl  
Dr. med. Jürgen Winter  
Dr. med. Jörg Hägele  
Dr. med. Andreas Lindner

## **ORTHOPÄDIE & UNFALLCHIRURGIE**

Dr. med. Markus Lorenz  
Dr. med. Christoph Thussbas  
Dr. med. Holger Huber  
Dr. med. Jürgen Wiberg  
Thomas Schrader  
Dr. med. Thomas Kanig  
Dr. med. Lutz Kistenmacher  
Dr. med. Matthias Götz  
Dr. med. Matthias Blaschke  
Dr. med. Peter Kaltenhäuser

## **NEUROCHIRURGIE**

Dr. med. Karsten Wolff

## **HANDCHIRURGIE**

Martin Stukenkemper

## **PHYSIKALISCHE & REHAB. MEDIZIN**

Dr. med. Silke von der Heide



PRAXISZEIT  
**PZ**  
INHALT

Editorial	<b>5</b>
Herzlich Willkommen Dr. med. Peter Kaltenhäuser	<b>6</b>
Bye Bye Dr. Hannelore Schuhbeck	<b>7</b>
Sommerfest 2023	<b>8 – 11</b>
OUCC Moped-tour 2023	<b>12 / 13</b>
Auf Wiedersehen Dr. Koller	<b>14 / 15</b>
Medizinische Fachangestellte (MFA) der OUCC	<b>16 / 17</b>
Portrait Dr. med. Thomas Beer	<b>18</b>
Sportmedizin – was steckt dahinter?	<b>19 – 21</b>
Der Bänderriss	<b>22 / 23</b>
Osteoporose	<b>24 / 25</b>
Der Skidaumen	<b>26 / 27</b>
Sportverletzung – was tun?	<b>28 / 29</b>
Überlastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen	<b>30 / 31</b>
Navigationscomputer „3.0“ wie im Flugzeugcockpit	<b>32 / 33</b>
Das Thoracic Outlet Syndrom	<b>34</b>
Medizinische Betreuung des Jugend-Team D beim EYOF Friuli	<b>35</b>
Titel verteidigt – Klinikskirennen der Kliniken Südostbayern erneut in fester OUCC-Hand	<b>36</b>
1. Medi-Cup Golfclub Chieming	<b>37</b>
Alle Ärzte auf einen Blick	<b>38 / 39</b>



**IMPRESSUM**

Herausgeber dieser Infozeitung: Gemeinschaftspraxis OUCC Part mbB · Stadtplatz 31 · 83278 Traunstein

Redaktionell Verantwortliche Ansprechpartner: Dr. med. Jörg Hägele und Dr. med. Jürgen Winter  
Stadtplatz 31 · 83278 Traunstein · Tel.: 08 61 / 35 34 · Fax: 08 61/ 35 09 · info@oucc.de // www.oucc.de

Rechtliche Hinweise: Inhalt und Struktur dieser Praxiszeitung sind urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung oder gewerbliche Nutzung der bereitgehaltenen Inhalte, insbesondere der Verwendung von Texten, Bildern oder Teile dieser, bedürfen der vorherigen, schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers.



**GEMEINSAM  
ZUM WOHL  
UNSERER  
PATIENTEN**

... lautet die Devise unseres Teams aus spezialisierten Fachärzten der Bereiche **Orthopädie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Chirurgie, Rehabilitative und Physikalische Medizin.**

## OUCC NIEDERLASSUNGSSTANDORTE

### TRAUNSTEIN

Stadtplatz 31  
83278 Traunstein  
Tel.: 08 61 / 35 34  
Fax: 08 61 / 35 09

### BERCHTESGADEN

Locksteinstr. 16  
83471 Berchtesgaden  
Tel.: 0 86 52 / 6 55 39 11  
Fax: 0 86 52 / 57 30 10  
Tel.: 0 86 52/54 54

### BAD REICHENHALL

Alte Saline 3  
83435 Bad Reichenhall  
Tel.: 0 86 51 / 33 33  
Fax: 0 86 51 / 63 0 86

### TROSTBERG

Siegerthöhe 3  
83308 Trostberg  
Tel.: 0 86 21 / 50 69 90  
Fax: 0 86 21 / 50 69 91 9

## KLINIK STANDORTE

### KLINIKUM TRAUNSTEIN

AMBULANTES OP ZENTRUM  
Schierrghoferstrasse 1  
83278 Traunstein  
Tel.: 08 61 / 705 24 48  
Fax: 08 61 / 705 24 49

### TROSTBERG KREISKLINIK

BELEGSTATION 3B  
Siegerthöhe 1  
83308 Trostberg  
Tel.: 0 86 21 / 85 32 50

### BERCHTESGADEN KREISKLINIK

BELEGSTATION  
Locksteinstr. 16  
83471 Berchtesgaden  
Tel.: 0 86 52 / 5 7-0

ZENTRALE ERREICHBARKEIT ALLER STANDORTE

**T: 08 61/35 34 // E-MAIL: INFO@OUCC.DE // WWW.OUCC.DE**

## EDITORIAL

In einer scheinbar immer schnelleren Zeit sind Beständigkeit und Verlässlichkeit ein wichtiges Gut. Daher sind wir stolz darauf, Ihnen auch zum Jahreswechsel wieder eine neue Ausgabe unserer Praxiszeitung – ja, weiterhin in Papierform – präsentieren zu dürfen. Auch in diesem Heft steckt viel Herzblut, viele persönliche Erfahrungen und einiges interessantes medizinisches Wissen. (Selbstverständlich ist diese Ausgabe aber auch – für die Freunde des digitalen Lesens – online auf unserer Homepage abrufbar).

Wir – die Autoren der PZ – haben neben einigen aktuellen fachorthopädischen Beiträgen in dieser Ausgabe das letzte Jahr noch einmal Revue passieren lassen. Es hat sich sehr viel getan in der OUCC. Bewährte, teils langjährige ärztliche Kollegen und eine Kollegin wurden in den Ruhestand verabschiedet, häufig sehr stillvoll, oft etwas wehmütig aber stets respektvoll und positiv zurückblickend. Ein erlebnisreiches Jahr mit vielen gemeinsamen Momenten, gemeinsamen Festen und Exkursionen sowie vielen interessanten Menschen und Begegnungen liegt hinter uns.

Wir haben, gemeinsam mit unseren vielen fleißigen Mitarbeitenden, dazu beigetragen, dass dieses Jahr – auch hoffentlich für Sie und ihre Gesundheit – ein erfolgreiches Jahr geworden ist. Wir sind auch weiterhin ständig bemüht, unsere hohen Qualitätsstandards zu halten und uns mit unseren unserem Personalstamm an die aktuellen Gegebenheiten anzupassen und neu auszurichten.

Natürlich ist dies nicht immer leicht. Schwierigkeiten bei den Digitalisierungen, IT- und Glasfaserprobleme, Lieferschwierigkeiten, Engpässe bei Medikamenten, Probleme mit Handwerkern und Bestellungen sowie die grundsätzlich ungünstige Gesamtlage mit Konjunkturreinbruch, Personal-mangel und Preiserhöhungen allerorts sind auch an uns nicht spurlos vorbeigegangen. Dennoch ist es uns gelungen, z. B. den modernisierten Umbau in Traunstein, erfolgreich abzuschließen.

Die größte Herausforderung für die Zukunft wird jedoch sicherlich darin bestehen, motivierte Ärzte/Ärztinnen und Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen dafür zu begeistern, in unserem großen

Team mitwirken zu wollen. Deshalb ist ein sehr persönlicher Artikel in diesem Heft auch explizit unseren fleißigen Medizinischen Fachangestellten gewidmet, ohne deren Hilfe wir unseren täglichen Ablauf bei weitem nicht so erfolgreich gestalten könnten. Ihnen gebührt ganz ausdrücklich unser Lob und Dank für die geleistete Arbeit.

Zukünftig wird es noch wichtiger sein, Abläufe zu rationalisieren, Dinge zu delegieren und Verantwortlichkeiten zu übertragen. Nur im Team und nur gemeinsam sind wir für die Herausforderungen der Zukunft wegweisend aufgestellt. Von der Politik kommen hier nur wenige Impulse. Nach monatelangen Diskussionen wurde zumindest eine Anpassung der GOÄ – Gebührenordnung der Ärzte – beschlossen. Diese fiel jedoch bei weitem nicht so aus wie von allen erhofft bzw. erwartet. Auch mit grundsätzlich steigenden Personal- und Energiekosten haben wir weiterhin zu kämpfen. Eine Unterstützung hierbei ist nicht in Sicht – anders als bei der Industrie, der etwa ein vergünstigter Strompreis in Aussicht gestellt wird. Nach Corona hat das Interesse an der niedergelassenen Ärzteschaft und ihrer täglichen Leistung für Ihre Gesundheit nicht mehr die notwendige Beachtung gefunden. Andere politische Themen, aktuell der Konflikt im Nahen Osten und der Dauerkonflikt in der Ukraine, bestimmen das politische Weltbild. Leider ist unser Gesundheitsminister, seit Beendigung der akuten Corona-Krise, weitestgehend untergetaucht. Die dringenden Impulse zur Regelung der Krankenhausfinanzierung, der Personalverbesserung im medizinischen Bereich und der Entlastung von Bürokratie sowie der Beschleunigung der Digitalisierung sind dabei stillschweigend auf der Strecke geblieben. Wir hätten uns hier sehr viel mehr Support und mehr tatkräftige Unterstützung erwartet. Wir versuchen diesem Trend durch den Einsatz neuer, motivierter Mitarbeiter\*innen und deren ständiger Förderung/Fortbildung zu begegnen. Auch all unsere bestehendes Stammpersonal wird stets in seinen Stärken gefördert und versteht sich als Teil unseres ganzen Teams.

Möglicherweise liegt die Zukunft der Medizin aber auch in künstlicher Intelligenz (KI)??? Man mag es noch nicht so wirklich glauben... Allein der tägliche Papier- und Druckertonver-

brauch ist, trotz E-AU und E-Rezept, weiterhin massiv und hat zu keinerlei Entlastung der Praxen beigetragen. In unseren Nachbarländern, zum Beispiel im nahen Österreich, funktioniert dies eindeutig viel besser. Auch Probleme mit Rabatt-Verträgen, Generikaschlüsseln, Lieferengpässen, beispielsweise bei Endoprothesen und wichtigen Medikamenten, sind dort weitgehend unbekannt. Wir sind gespannt, ob es auch in diesem Winter wieder Lieferschwierigkeiten bei banalen Entzündungshemmern, Antibiotika und Erkältungstherapeutika geben wird. Hier hat unser Gesundheitsminister ja lautstark im Vorfeld versprochen, für Abhilfe sorgen zu wollen. Dieses Dickicht zu durchdringen – von nach Asien ausgelagerter Produktion, unterbrochenen Lieferketten bis hin zu hemmenden Rabatt-Verträgen – ist aber auch ihm scheinbar nicht gelungen.

Ein Diskussionsthema im Sommer war auch der Umgang mit von Patienten-Seite nicht in Anspruch genommenen Terminen. Auch dies bleibt ein leidiges Thema, für das es weiterhin keine generelle Lösung gibt. (Auch diesbezüglich ist Österreich weiter, dort gibt es eine Versäumnis-Pauschale...).

Somit bleibt es bei uns beim Altbewährten: Nichts wird die persönliche Erfahrung eines guten Behandlungsteams, die optimierten Abläufe eines guten OP-Teams oder auch die vorausschauende Arbeitsteilung in einer Praxis dauerhaft ersetzen können. Eine gute telefonische Erreichbarkeit, ein freundliches „Grüß Gott“ am Tresen und persönliches Engagement aller Mitarbeitenden bilden auch weiterhin die Grundlage für unser gutes Miteinander.

Dafür arbeiten wir stetig.

Doch nun viel Spaß beim Lesen der neuen Ausgabe unserer Praxiszeitung – der PZ – und etwas Ablenkung beim hoffentlich kurzweiligen Warten in unserer Praxis...

**Dr. Jörg Hägele stellvertretend für das Redaktionsteam der Praxiszeitung und das ganze OUCC-Team**



## HERZLICH WILLKOMMEN

### Dr. med. Peter Kaltenhäuser

Neu im Team Berchtesgaden – und somit Nachfolger von Dr. Michael Koller – ist Herr Dr. Peter Kaltenhäuser

Zu seiner Vita: geboren 1971 in Bad Ems, begann er nach dem Medizin-Studium in Marburg und Innsbruck seine orthopädisch-unfallchirurgische Ausbildung an der Universitätsklinik in Innsbruck bei Prof. Dr. Blauth. Nach weiteren Ausbildungsstationen bei Herrn Prof. Dr. Friedl in Aschaffenburg sowie in den Kliniken Südostbayern bei Dr. Kanig, Prof. Dr. Pratschke und PD. Dr. Hente war er 10 Jahre als Chirurg, Unfallchirurg und Orthopäde in einer eigenen konservativen, sportorthopädischen Praxisgemeinschaft in der Nähe von Aschaffenburg niedergelassen. Aus familiären Gründen gab er diese 2022 auf, um wieder dauerhaft in die geliebten Berge zurückzukehren und täglich bei seiner hier lebenden Familie sein zu können.

Dr. Kaltenhäuser ist verheiratet und Vater von zwei Söhnen, mit welchen er seine Freizeit am liebsten auf Pisten, Sportplätzen und Fairways verbringt. Er ist Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie. Als ehemali-

ger Leistungssportler – im Bereich Kugelstoßen – liegt ein Schwerpunkt seiner Tätigkeit seit der Ausbildungszeit in der Sportorthopädie/Sporttraumatologie. Nach einer langen Zeit der intensiven, operativen Tätigkeit, verlagerte Dr. Kaltenhäuser seinen Schwerpunkt auf den konservativen Therapieansatz. Neben der gesamten, konservativen Schulmedizin kommt hierbei auch ein sehr breites Spektrum an instrumentellen und manuellen Alternativverfahren zur Anwendung.

#### MITGLIEDSCHAFTEN:

- BDC – Berufsverband der deutschen Chirurgen
- DAF – Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk
- GOTS – Gesellschaft für orthopädische/traumatologische Sportmedizin
- AGA – Gesellschaft für Arthrokopie und Gelenkchirurgie
- DWG – Deutsche Wirbelsäulengesellschaft
- GOTS – DAEGACO- Deutsche Gesellschaft für Akupunktur, Chirotherapie und Osteopathie



## BYE BYE

### Dr. Hannelore Schuhbeck



Im August hat unsere allseits menschlich und fachlich sehr geschätzte Handchirurgin, Frau Dr. Hannelore Schuhbeck – im Kollegenkreis gut bayrisch „Hanni“ genannt – ihre Tätigkeit in der OUCC altersbedingt endgültig beendet.

Ihre Nachfolge tritt ab sofort Martin Stukenkemper, etablierter Handchirurg aus Rosenheim, an.

Bei einem zünftigen Abschiedsfest im heimischen Chiemgau hatten Wegbegleiter, Kollegen und Praxismitarbeiter die schöne Gelegenheit, nochmal Vergangenes Revue passieren zu lassen und sich gebührend von ihr zu verabschieden.

**Wir als Praxis-Team OUCC wünschen Hanni alles Gute im verdienten Ruhestand und dem auf der Feier ebenfalls anwesenden Martin Stukenkemper viel Erfolg beim Fortführen ihrer Praxis-Sprechstunden und operativen Tätigkeit.**



#### *"Time to say goodbye"*

Nach 7 Jahren Tätigkeit in der Allgemein- und Unfallchirurgie und 31 Jahren in der Handchirurgie wird es Zeit Abschied zu nehmen.

Nicht weil ich es leid bin zu arbeiten.

Ich habe mit viel Herzblut gearbeitet, operiert und hatte viel Spaß in meinen Sprechstunden.

Ich darf mich glücklich schätzen, einen so tollen Beruf gehabt zu haben.

Doch die verbleibende Lebenszeit ist begrenzt und ich bin noch soooo neugierig.

Ich möchte jeden Tag nutzen.

Aus diesem Grund bedanke ich mich bei meinen Kollegen in der OUCC, die mir das Arbeiten in den letzten 3 Jahren so angenehm gemacht hatten und mich überall unterstützt haben.

Ich bedanke mich bei meinen Patienten für Ihr Vertrauen, ihre oft jahrzehntelange Treue und die lustigen Sprechstunden.

Ich wünsche meinem Nachfolger Martin Stukenkemper, langjähriger Oberarzt in der Handchirurgie Rosenheim, die gleiche Freude und Begeisterung in seinem neuen Tätigkeitsfeld.

Dr. „Hanni“ Schuhbeck

# SOMMERFEST 2023



Eine Tradition, die innerhalb der OUCC lange und konsequent gepflegt wird, ist das Sommerfest. Stellt es doch eine wunderbare und viel zu seltene Möglichkeit dar, um mit den Kolleginnen und Kollegen der teilweise relativ weit voneinander entfernten Standorte, ins Gespräch zu kommen und miteinander Spaß zu haben.

Nachdem wir letztes Jahr den Chiemsee und den Tütensee unsicher gemacht hatten, durften sich diesmal die Bad Reichenhaller über kurze Anfahrtswege freuen.



Das Organisationskomitee um Dr. Götz, Dr. Lorenz und Dr. Wolff hatte sich nämlich eine anspruchsvolle Schnitzeljagd durch Bad Reichenhall ausgedacht.

So versammelten wir uns noch bei Regenwetter in der Praxis an der Alten Saline und lauschten den einführenden Worten der Organisatoren, klatschten uns mit den zugelosten Teammitgliedern ab und machten uns mit der Roadmap vertraut, die uns den weiteren Weg wei-

sen sollte. Hier waren die einzelnen Stationen durch verschlüsselte Hinweise beschrieben. Dass beispielsweise der „Bomber der Nation“ nur der örtliche Müller-Markt sein konnte, leuchtete dabei vielleicht nicht allen Teilnehmern auf Anhieb ein. Dieser Hinweis sollte aber leider der einzige Vorteil der älteren Fußballfans bleiben.

Wie es sich gehört, hatte der Regen pünktlich zum Start der ersten Mannschaft aufgehört und die Sonne sollte uns auch für den Rest des Tages begleiten.

In kurzen Abständen wurden die Teams nun auf die Jagd entlassen. Die erste Aufgabe im Hof der Alten Saline zu lösen war dabei noch das geringste Problem. Im weiteren Verlauf kristallisierte sich jedoch schnell heraus, dass eine gewisse Ortskenntnis doch von Vorteil war. Teilweise hätte allerdings auch das Beherrigen gut gemeinter Ratschläge der Organisatoren („Ihr geht in die völlig falsche Richtung!!“) gewisse Vorteile mit sich gebracht.

Dennoch schafften es alle Gruppen mehr oder weniger flott sämtliche Ziele in der Altstadt zu identifizieren. Den meisten Teams gelang es sogar, viele, wenn auch nicht alle, der teilweise kniffligen Aufgaben zu bewältigen.

So rätselten wir uns vom Mozartbrunnen übers Stadtkino zum Kurpark und über das Rathaus wieder zurück. Dabei erfuhren wir viel Interessantes über die reichhaltige Geschichte der Kurstadt, wobei auch das leibliche Wohl nicht zu kurz kam. Schließlich befand sich eine Station der Schnitzeljagd in einer Eisdiele, wo alle Teammitglieder verköstigt werden sollten.



So gestärkt fanden auch die Unkundigsten unter uns noch das Gradierwerk und den in 11 Metern Tiefe verlaufenden Grabenbach.

Den Endspurt erleichterte uns dann glücklicherweise der selbstgemachte Eierlikör, der in der Bergasana Filiale kurz vor dem Ziel auf uns wartete.

Von dieser sportlichen Höchstleistung erschöpft fanden wir uns anschließend alle wieder im Innenhof der Alten Saline zusammen, um mit isotonischen Erfrischungsgetränken den Ablauf der Schnitzeljagd Revue passieren zu lassen. Dass dabei einige Teams nur die Hälfte der Zeit für die Strecke benötigt hatten, soll an dieser Stelle unkommentiert bleiben.

Für den geselligen Teil des Abends begaben wir uns dann in den Innenhof des Restaurants Salin. Hier genossen wir die letzten Strahlen der Abendsonne, um anschlie-

ßend dem köstlich bestückten Buffet zuzusprechen. So gestärkt ertrugen auch die weniger erfolgreichen Teilnehmer der Schnitzeljagd gut gelaunt die Siegerehrung. Bevor dann zu den bereits bewährten Klängen von Gary Mason und seiner Band fleißig das Tanzbein geschwungen werden konnte.

Besonderen Eindruck hinterließ dabei die professionelle Gesangseinlage von Frau Dr. von der Heide. Auf eine Fortsetzung im Rahmen der nächsten Festivität, unserer Weihnachtsfeier, sind wir bereits äußerst gespannt.



# OUCC MOPED-TOUR 2023



Auch heuer wieder machte sich die Mopedgang, wenn auch in etwas abgespeckter Formation, auf die Räder, diesmal war das geplante Ziel der Schwarzwald und die Vogesen. Bei der diesjährigen Tour waren unser alter Anästhesie Chef Dr. Franz Männer, unser Neurochirurg Dr. Karsten Wolff, und die Orthopäden Dr. Michael Koller, Dr. Jürgen Winter, Dr. Andreas Lindner und Dr. Markus Lorenz mit von der Partie.

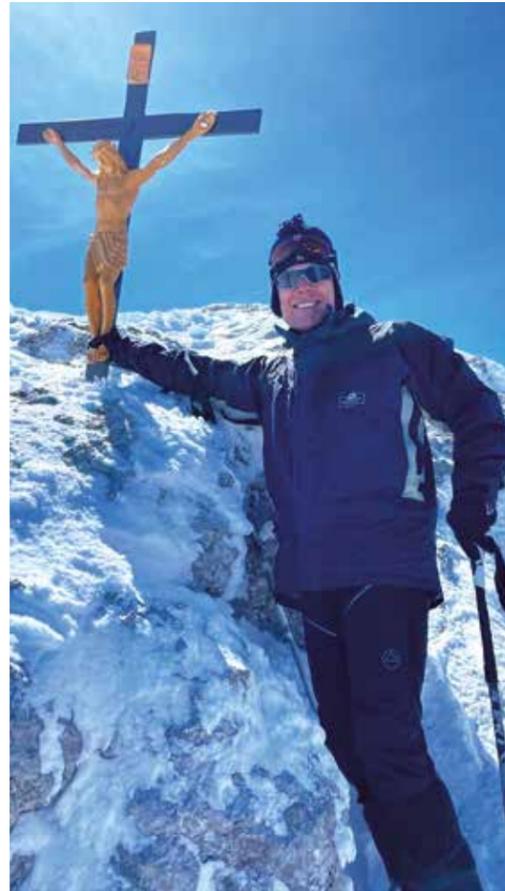
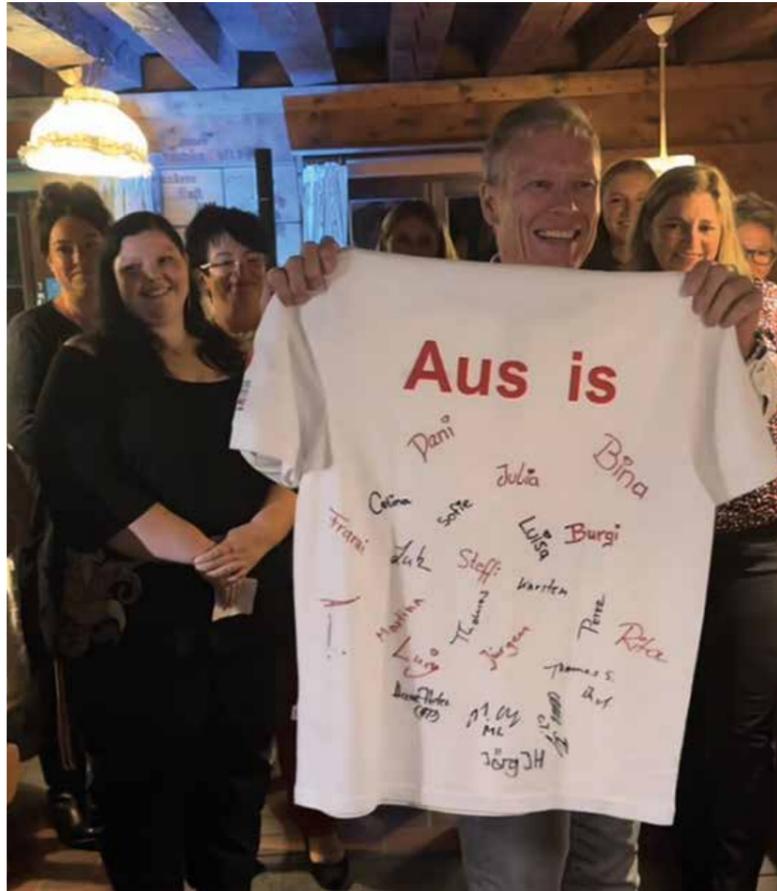
Da der erste Tag relativ anspruchsvoll von der Strecke her war ging es zunächst über die Autobahn und durch München ins Allgäu um uns mit Dr. Wolff an einer Autobahnraststätte bei Memmingen zu treffen. Man kann sich unseren Schrecken vorstellen als wir mitten auf dem Parkplatz einen leblosen alten Mann antrafen, um ihn herum seine erschütterte Familie. Wir konnten leider nur mehr den Tod feststellen und die Familie so weit wie möglich trösten. Nach Übergabe an den Notarzt und die herbei gerufene Feuerwehr/Polizei setzten wir dann unsere Tour durch Oberschwaben fort. Im oberen Donautal



fand sich dann wieder eine herrliche Strecke entlang der Donau mit wunderbaren Ausblicken und schöner Mittagstrast in der Nähe von Sigmaringen. Weiter ging es dann durch den Schwarzwald vorbei am Titisee über die Schwarzwald Panoramastraße über Schauinsland eine kurvenreiche Strecke 1. Wahl die den Vergleich mit den besten Alpen Pässen nicht zu scheuen braucht hinab ins Rheintal nach Freiburg. Da hatte uns der Regen bereits eingeholt.

Am nächsten Tag erwartete uns Dauerregen. sodass wir zunächst eine Stadtführung durch die zugegebenermaßen sehr schöne Altstadt machten. Freiburg ist eine absolute Fahrradstadt, was für Fahrradfahrer natürlich ideal ist, für Autofahren und Fußgänger, wenn sie nicht schnell genug Platz machen, allerdings weniger. Am Nachmittag nutzten einige von uns eine Wolkenlücke und machten sich noch auf ins Elsass. Aber bereits unmittelbar nach Überquerung des Rheins holte uns die nächste Gewitterfront ein, sodass die Hälfte auf dem Hinterrifen kehrt machte und nochmal die Schauinsland Strecke in umgekehrter Richtung abfuhr, während der Rest eine Runde im Elsass drehte.

Am nächsten Morgen ging es dann bei strahlendem Sonnenschein durch den Südschwarzwald in die Schweiz, wo wir zunächst den Rheinfall bei Schaffhausen bewunderten. Weiter über Winterthur, vorbei am Säntis und dann wieder hinab ins Rheintal bis nach Feldkirch in Vorarlberg. War das Abendessen im pittoresken Feldkirch noch trocken verlaufen hatte uns der Regen am nächsten Tag wieder eingeholt. Die Mehrheit hatte sich deshalb entschlossen über die Autobahn zurückzufahren, nur unser „Held“ Kollege Wolff, hat die ursprünglich geplante Strecke durch die Lechtaler Alpen unter die Räder genommen, was sich im Nachhinein als die bessere Alternative herausgestellt hat. Die übrigen sind dann bis Mindelheim auf der Autobahn gefahren und dann über die Dörfer über Schongau, Weilheim, Bad Tölz zum Irschenberg und nach Hause. Nächstes Jahr ist dann wieder eine größere Tour geplant und wahrscheinlich in den Süden, um den Regengüssen hoffentlich zu entgehen.



## AUF WIEDERSEHEN Dr. Koller

Am 27.9.2023 schied Dr Michael Koller, Facharzt für Orthopädie, Durchgangsarzt der Berufsgenossenschaften, Sportmedizin und Chirotherapie, aus unserer Gemeinschaftspraxis bzw. aus seiner Praxis in Berchtesgaden, früher Schönau, aus und beendete altersbedingt seine medizinisch- orthopädische Tätigkeit bei uns. Als versierter Orthopäde, erfahrener Facharzt sowie als Operateur, Sportmediziner und Verbandsarzt des Deutschen Schiverbandes hat er im Laufe seiner Berufsjahre unzähligen Patienten dabei geholfen, wieder eine hohe Lebensqualität zu erreichen.

Wir bedanken uns für die sehr gute Zusammenarbeit und wünschen ihm und seiner Familie für die Zukunft alles erdenklich Gute, Gesundheit und Lebensfreude.

**Das gesamte Ärzte- und Praxisteam der OUCC**



Wir freuen uns, dass Herr Dr. Peter Kaltenhäuser, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, die weitere Betreuung seiner Patienten im Berchtesgadener Raum sicherstellen wird.

Und ganz persönlich noch: Danke Michi für Deine authentische und stets optimistische Art, Du wirst uns fehlen.

**Genieße Deine Zeit!**



# Medizinische Fachangestellte (MFA) der OUCC

## Was wären wir ohne sie – oder wie wichtig sind sie ?

Leider ist das Berufsbild der medizinischen Fachangestellten – wie übrigens aller Berufe im medizinischen und pflegerischen Bereich – in den letzten Jahren als Ausbildungs- und Betätigungsbereich immer weniger attraktiv geworden. Ganz krass hat sich das während der Corona-Pandemie gezeigt, während der besonders viele in andere Berufe gewechselt sind. Das Klatschen von Balkonen und auf Straßen als „Anerkennung und Dank“ für die geleistete Arbeit zu Zeiten der Pandemie war zwar eine nette Geste, aber nicht mehr. Unser – noch bestes – Gesundheits- und Pflegesystem ist teuer, aber an den Mitarbeiter\*innen zu sparen vergrault leider sehr viele.

An unseren vier Standorten sind insgesamt 60 MFA tätig, davon befinden sich noch 9 in der Ausbildung. Wir beschäftigen neben Vollzeitkräften auch eine nicht geringe Anzahl an Teilzeitmitarbeiterinnen, die z.B. nach Baby-pause(n) wieder mit von der Partie sind, um den laufenden Betrieb zu ermöglichen.

Zusätzlich haben wir bei der OUCC noch unsere medizinische Informationszentrale (MIZ) – umgangssprachlich Callcenter genannt – wo sämtliche Telefonate für alle vier Praxisstandorte angenommen und entsprechen der Thematik bearbeitet oder weitergeleitet werden.

### ALLGEMEINE AUFGABEN

Bereits beim Betreten der Praxis wird man von einer oder mehreren MFA empfangen um die, leider notwendigen, Formalitäten zu bearbeiten (Thema Datenschutz u. ä.). Diese werden inzwischen trotz, oder gerade wegen der EDV bedingten Verknüpfungen immer aufwändiger. Die Patient\*innen werden dann von einer MFA in die passenden Behandlungsräume gebracht und zu ihrer Vorgeschichte befragt. Teilweise geht es um die Besprechung von Befunden oder einer erfolgten Bildgebung, wozu die vorliegenden Dateien schon auf dem PC aufgerufen werden.

Falls es sich um eine vereinbarte Injektions-/Infiltrations-

behandlung handelt werden die benötigten Materialien bereit gelegt.

Bei Verbandswechseln wird der Verband vorab entfernt und der Wundbereich desinfiziert.

Die sogenannte „begleitende“ MFA ist möglichst zeitgleich mit dem Arzt oder der Ärztin im Zimmer und dokumentiert alles Notwendige, assistiert bei den ärztlichen Tätigkeiten oder erledigt Nacharbeiten wie Verbände, Leistungserfassung, Arztbriefschreibung und vieles mehr.

Das sind die augenscheinlichsten Aufgaben für die meisten Patienten, aber bei weitem nicht alle!

### SPEZIELLE AUFGABEN

Röntgen ist in einer orthopädisch/unfallchirurgischen Praxis ein elementarer diagnostischer Bestandteil. Für diese verantwortungsvolle Tätigkeit bedarf es einer soliden, auch praxisexternen Ausbildung und Zuverlässigkeit. Eine entsprechende Qualitätskontrolle wird von der kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) regelmäßig eingefordert und wurde immer zur Zufriedenheit erfüllt! Dies trifft auch für die Säuglingssonografie zu, für die ebenfalls hohe Qualitätskriterien gelten.

Blutentnahmen für Laborkontrollen, Vorbereitung und Durchführung von Infusionen sind weitere Aufgabenbereiche bestimmter Mitarbeiterinnen.

Häufiger müssen Verletzungen oder Gebrechen mit Verbänden oder Schienen behandelt werden, was ebenfalls von den MFA erledigt wird.

Die OUCC bietet ein breites Spektrum an Operationen an. Hierfür ist eine akribische Planung unabdingbar. Der deutsche Formalismus erfordert ebenfalls festgelegte Vorgehensweisen, die von unseren Mitarbeiterinnen bis ins kleinste Detail umgesetzt werden um einen reibungslosen operativen Eingriff – egal, ob ambulant oder stationär – zu gewährleisten.

Dann gibt es noch eine kleine Gruppe von MFA die bei



den größeren Operationen mit am OP-Tisch stehen und den Ärzten assistieren.

Um den Betrieb am Laufen zu halten muss natürlich die Abrechnung mit den Kostenträgern exakt erfolgen. Für die gesetzlich Versicherten passiert das quartalsmäßig mit der KVB. Die berufsgenossenschaftliche Abrechnung wird über die jeweils zuständige BG erledigt und ist u. a. abhängig von der laufenden Behandlung. Für Privatpatienten gilt in der Regel ein monatliches Abrechnungsintervall. Die Bürde dieser Tätigkeit wird für die gesamte OUCC, zusätzlich zu ihren normalen Aufgaben, von lediglich einer handvoll Mitarbeiterinnen gestemmt!

Ein ganz wichtiges Thema betrifft die Personalplanung/einteilung, welche von unserer leitenden (oder manchmal deshalb auch leidenden) MFA oder ihrer Stellvertreterin übernommen wird. Urlaube sind hierbei noch das kleinere Übel, aber unvorhergesehene Ausfälle durch z.B. Krankheit ergeben manchmal drastische Probleme.

### FAZIT

**Ich freue mich, dass wir dieses geniale Team an MFA haben, von denen manche schon mehr als 25 Jahre bei der OUCC arbeiten. Deshalb bedanke ich mich im Namen des gesamten ärztlichen Teams ganz herzlich bei euch! Ja, ihr seid wichtig und wir brauchen euch! Bleibt uns gewogen und freut euch über die lobenden Worte der meisten Patient\*innen und vergesst die wenigen negativen Erlebnisse mit bzw. Aussagen von Menschen, denen es wahrscheinlich niemand recht machen kann!**

Zum Glück haben wir meistens spontan flexible Kolleginnen, die das drohende Chaos zu vermeiden helfen. Personalmangel ist, wie anfangs erwähnt, ein Mitgrund für das allgemeine Dilemma im medizinischen Bereich.

Umso erfreulicher ist es, dass sich trotzdem immer wieder junge Menschen dazu entschließen die anspruchsvolle Ausbildung in Angriff zu nehmen. Wie vielfältig und verantwortungsvoll sie ist kann man unschwer obigen Zeilen entnehmen. Sehr viele unserer Mitarbeiterinnen haben ihre Ausbildung mit Auszeichnung (Staatspreis) abgeschlossen und blieben uns treu.

Wahrscheinlich sind wir „Chefs“ manchmal zu ungeduldig oder blicken zu sehr von der ärztlichen Seite auf bestimmte Aufgaben und sich ergebende Probleme. Das kann dann auch mal zu Frust oder Tränen (nicht nur bei Azubis) führen. Ich bitte alle Betroffenen hierfür um Entschuldigung, wir sind halt auch nur Menschen und keine „Halbgötter in Weiß“, wie man uns oft bezeichnet.

## PORTRAIT

### Dr. med. Thomas Beer

Liebe Patientinnen und Patienten,

ich wurde 1984 in München geboren und wuchs in Zorneding, einem Vorort Münchens, auf. Nach meinem Abitur musste ich zunächst einige Wartesemester für den ersehnten Medizinstudienplatz in Kauf nehmen. Ich absolvierte zunächst ein Pflegepraktikum in der orthopädischen Abteilung des Klinikums Bogenhausen bei Dr. L. Seebauer und war danach zwei Jahre lang in der OP-Pflege tätig. Dort entwickelte sich meine Faszination für die vielfältigen orthopädischen und unfallchirurgischen Krankheitsbilder.

Da eine Zusage für einen Studienplatz nicht absehbar war, entschied ich mich für eine ebenfalls sehr interessante Alternative. Die Ausbildung zum staatlich anerkannten Physiotherapeuten, hier in Traunstein. So kam es auch, dass ich beim täglichen Üben an der Therapiebank das Glück hatte, meine große Liebe und spätere Ehefrau kennenzulernen. Trotz der hervorragenden und umfassenden Ausbildung war mein Wissensdurst in Bezug auf die Funktionen und Dysfunktionen des menschlichen Körpers ungebrochen. Deshalb bewarb ich mich erneut für einen Medizinstudienplatz und erhielt schließlich 2012 eine Zusage an der LMU München.

Während meines Studiums arbeitete ich als OP-Assistenz in verschiedenen Kliniken, darunter in der Schön Klinik München Harlaching sowie der Klinik für Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation der LMU München. Als Doktorand promovierte ich dort mit summa cum laude über einen neuen Therapieaspekt bei Sehnenrissen an der Schulter. 2019 begann ich meine Facharztausbildung zum Orthopäden und Unfallchirurgen am Klinikum Traunstein unter Prof. Dr. med. R. Ketterl und Prof. Dr. med. K. Gelse.



Im Rahmen meiner Ausbildung wechselte ich 2022 in die Belegabteilung für Orthopädie der Praxis OUCC der Kreisklinik Trostberg. Dort lernte ich meine zukünftigen Kolleginnen und Kollegen kennen und schätzen und es entstand der gegenseitige Wunsch, die Zusammenarbeit auch in Zukunft fortzusetzen. Ab dem 01.02.2024 werde ich diese neue und spannende Herausforderung antreten.

Der Schwerpunkt meiner Tätigkeit wird im Bereich der konservativen Orthopädie liegen. Als Physiotherapeut und begeisterter Wintersportler werde ich mich auch der Sportmedizin mit großem Engagement widmen. Seit 2009 lebe ich mit meiner Frau und unserem erst kürzlich geborenen Sohn in Traunstein. In unserer Freizeit sind wir leidenschaftliche Segler und im Winter findet man uns, wann immer es geht, auf den Skipisten im Zillertal.



# Sportmedizin – was steckt dahinter?

Sport nimmt in unserer Gesellschaft eine immer wichtigere Rolle ein.



Damit verbunden sind aber auch körperliche Einschränkungen und Verletzungen, die entsprechend behandelt werden müssen. Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, ist es zwingend erforderlich, die einzelnen Sportarten genau zu kennen. Nur so können Verletzungen und Überlastungen richtig eingeschätzt werden.

In der OUCC haben sich 2 Kollegen (Dr. Jürgen Winter und Dr. Lutz Kistenmacher) ganz besonders der sportmedizinischen Versorgung verschrieben. Hierbei kommt die eigene sportliche Erfahrung verbunden mit einer langjährigen sportmedizinischen Betreuung im Spitzensport zum Tragen. Neben der täglichen Arbeit richtet sich das Interesse aber insbesondere auf Kinder- und Jugendsport sowie dem Breitensport.

Neben der Tätigkeit an Patienten / Patientinnen ist die Wissensvermittlung ein zentraler Pfeiler unseres Wirkens. Vor diesem Hintergrund bilden wir die jungen Kollegen und Kolleginnen zu Sportmedizinern aus. Ein entsprechendes Kurssystem (im Rahmen der Weiterbildungsordnung für Sportmedizin der Landesärztekammer Bayern) ermöglicht den Jungmedizinern einen Einblick in das gesamte sportmedizinische Spektrum. Zusätzlich ist eine Betreuung eines Vereins notwendig. Auch dies wird unserseits organisiert. Ziel ist die Erlangung der Zusatzbezeichnung Sportmedizin. Die Weiterbildung umfasst mindestens 2 Jahre. Des Weiteren werden entsprechende sportmedizinische Kongresse mitorganisiert.

Auf diese Weise ist unser gesamtes Team der OUCC immer auf dem aktuellen Wissensstand.



Neben der Behandlung von akuten bzw. chronischen Beschwerden ist insbesondere die Beratung sportmedizinischer Fragestellung ein sehr wichtiges Themenfeld. Hier stehen wir mit entsprechenden Spezialisten anderer Fachbereiche in enger Kooperation.

### UNSER ANGEBOT:

- Sporttraumatologie (u.a. Knochenbrüche, Bänderrisse, Verrenkungen, Prellungen)
- Behandlung von Überlastungsschäden (u.a. Läuferknie, Schwimmer- u. Werferschulter, Patellaspitzen-syndrom)
- Sportmedizinische Untersuchung (orthopädischer Check Up)
- Sportmedizinische Beratung in der Ausübung der Sportarten (Prävention, Trainingssteuerung, Einlagenversorgung, Erkennen von Muskeldysbalancen)
- Wettkampfbetreuung von Sportlern (u.a. DSV, BSD, BSV, Olympiastützpunkt, Sport-Talent, Kinder- und Jugendolympiade, Eliteschule des Sport)



### FAZIT

Durch den besonderen Stellenwert des Sportes in unserer Gesellschaft nimmt die sportmedizinische Betreuung eine immer wichtigere Rolle ein.

Um den zum Teil sehr speziellen Anforderungen adäquat gerecht werden zu können, bedarf es einer spezifischen Zuwendung. Unser Ziel ist es, dass wir unsere eigene sportliche und die langjährige sportmedizinische Erfahrung, auch in der Betreuung von Spitzensportlern, in diese Behandlung einfließen lassen.

**DAS MOTTO HEISST – MOBILITÄT SCHAFFEN UND ERHALTEN.**

# Der Bänderriss

Die wohl häufigste Sportverletzung des Menschen: Etwa 23 Millionen Menschen in Deutschland treiben regelmäßig Sport. 5% davon verletzen sich beim Sport so sehr, dass sie anschließend ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen müssen.

Gerade in einer Freizeit- und Bergsportregion wie bei uns im Berchtesgadener Land kommt es dabei sehr häufig zu Verletzungen des Außenbandes am oberen Sprunggelenk, dem sogenannten „Bänderriss“. Etwa 25 % aller Sportverletzungen überhaupt entfallen auf diese Entität. Dabei suchen auch nicht alle Betroffenen einen Arzt auf, so dass die Anzahl noch deutlich höher liegen dürfte. Auch Kontaktsportarten, speziell Fußball, bergen naturgemäß eine hohe Verletzungsgefahr. Differenzialdiagnostisch ist an Frakturen des Knöchels oder des Sprungbeins sowie an Verletzungen der Peronealsehnen zu denken, häufig auch Metatarsale Frakturen als typische Differenzialdiagnose. Anatomisch handelt es sich beim Bänderriss um Verletzungen des lateralen Bandapparates des Sprunggelenkes, hier ist das Ligamentum fibulotalare anterius (FTA) am häufigsten betroffen. Innenbandverletzungen, des sogenannten Deltabandes, sind deutlich seltener, da dieses Band anatomisch stärker ist.



## BEHANDLUNG UND ABKLÄRUNG:

Neben der routinemäßigen Anamnese, welche speziell auf den Verletzungsmechanismus, das sogenannte Supinationstrauma eingeht, spielt die klinische und bildgebende Untersuchung eine sehr wichtige Rolle. Neben dem Hämatom und Druckschmerz über den Außenbändern sollte nach einem abgelaufenen Supinationstrauma auch der Verlauf der Peronealsehnen sowie die Tuberositas des Os metatarsale 5 zum Ausschluss weiterer Verletzungen abgetastet werden, ebenso wie die distale und proximale Fibula zum Ausschluss einer sogenannten Maisonneuve-Fraktur. Insbesondere muss speziell nach Zeichen einer Syndesmosenbeteiligung durch entsprechende Hämatome und Schwellung sowie Schmerzen über der Syndesmose gefahndet werden. Durch einen erfahrenen Untersucher kann die Stabilität der Syndesmose meist klinisch recht gut beurteilt werden.

## DIAGNOSTIK:

Die Bildgebung umfasst den Ausschluss von Frakturen am Innen- und Außenknöchel und besteht in einer Standard-Röntgenaufnahme des oberen Sprunggelenkes in 2 Ebenen. Sonographisch können mit routinierter Untersuchung die Bandstrukturen und auch die Peronealsehnen-Loge sehr gut dargestellt werden. Beim Verdacht auf Syndesmosenbeteiligung kann ein MRT hilfreich sein.

## THERAPIE:

Das Ziel der Behandlung ist eine stabile und schmerzfreie Ausheilung bei erhaltener Beweglichkeit und Wiedererlangung der Sportfähigkeit. Hier hat in den letzten Jahren ein Paradigmen Wechsel stattgefunden. Früher



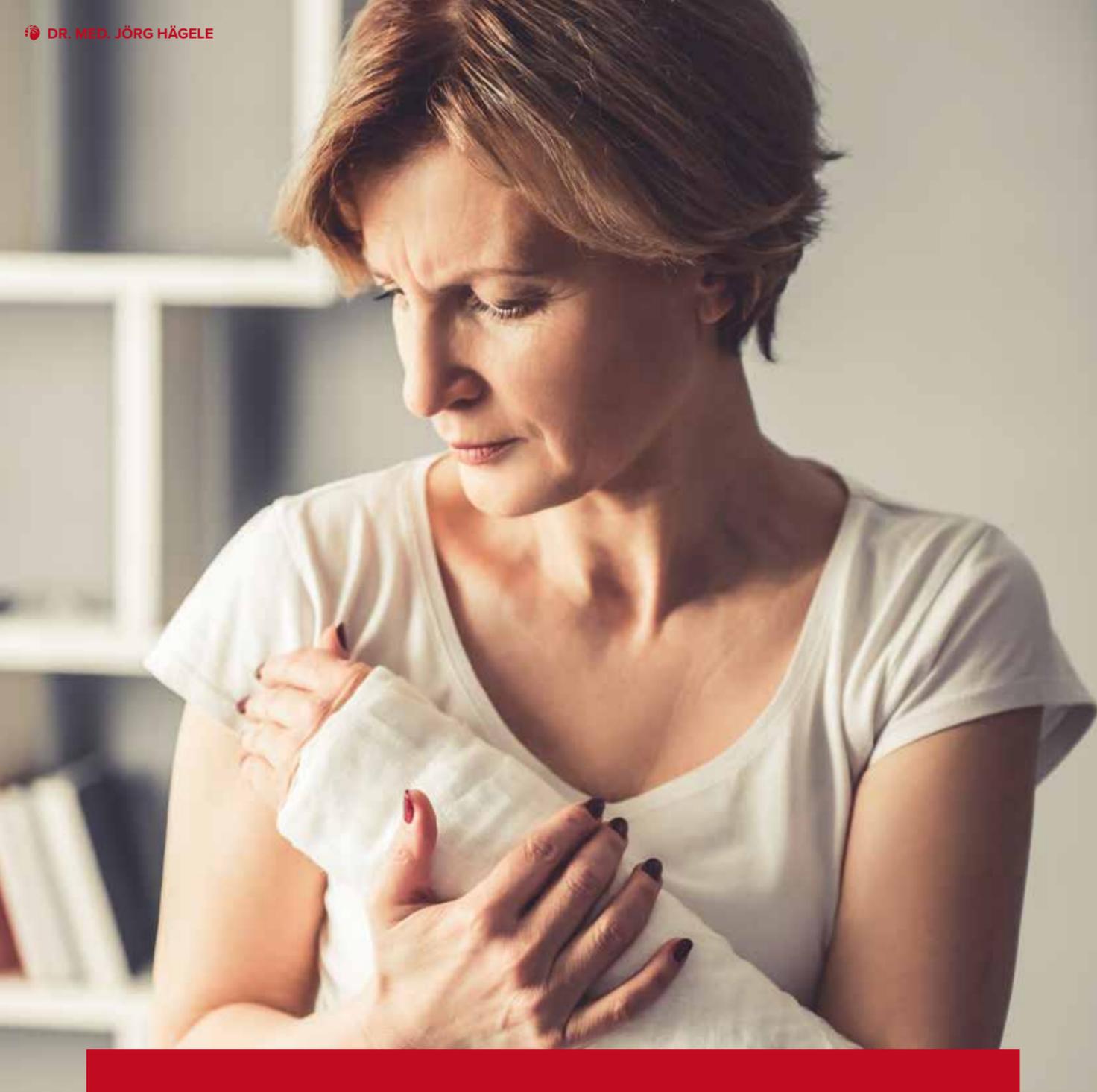
wurden die Außenbandverletzungen routinemäßig fast immer operiert. Heute hat die konservative Behandlung, insbesondere durch die Verbesserung der orthetischen Möglichkeiten, die Operation nahezu vollständig abgelöst.

Die Therapie besteht in einer stabilen Orthese für mindestens 5 Wochen mit Mobilisation des Sportlers unter Vollbelastung. Der Patient kann dabei selbst das sogenannte PECH-Schema durchführen, d. h. Pause mit der sportlichen Tätigkeit, Eis, Kompression und Hochlagerung zum Abschwellen und Hämatoms. Ein frühzeitiger Beginn dieser Eigenmaßnahmen verbessert nachweislich die Heilung. Entscheidend für die Behandlung ist die Compliance und die sichere Führung des verletzten Gelenkes in der Orthese. Die operative Therapie ist heutzutage in den Hintergrund getreten. Sie betrifft eher ausgedehnte Verletzungsmuster mit Zerstörung aller Bandstrukturen und ist meistens bei einer gleichzeitigen Syndesmose-Ruptur angezeigt. Häufiger wird heutzutage eine chronische Instabilität, d. h. verbliebene Instabilitäten und dauerndes Umknicken über 6 Monate nach dem Erstereignis, operativ versorgt. Hierzu stehen verschiedene Techniken zur Band Reparatur oder Ersatzplastiken zur Verfügung.

Zeitnah operiert werden müssen instabile Syndesmose-Rupturen sowie Maisonneuve-Verletzungen, d.h. Syndesmose Rupturen und hohe Fibula-Frakturen. Bei

der Versorgung der Syndesmosenruptur konkurrieren Verfahren mit einem Flaschenzugsystem (sog. Tight Rope) sowie die schon länger gebräuchliche Stellschrauben-Fixation. Unabhängig von der konservativen oder operativen Versorgung ist meistens eine ausreichende Sportpause einzuhalten. Mit einer klinischen Nachuntersuchung kann dann die Stabilität und Funktionsfähigkeit des verletzten Gelenkes nach 5 – 6 Wochen klinisch beurteilt werden und der „Return to Sports“ freigegeben werden.





# OSTEOPOROSE

Die häufig unterschätzte und verdrängte Gefahr



Immer wieder erlebe ich es, dass Patienten nach einem osteoporotischen Bruch oder einer erlittenen, schweren osteoporotischen Fraktur mit häufig komplexer operativer Versorgung im Rahmen ihrer Reha alle Möglichkeiten zur Rückkehr in ein normales Leben und zur Erlangung ihrer Lebensqualität angeboten bekommen, das Thema Osteoporose als zugrunde liegende Erkrankung jedoch sträflich vernachlässigt wird.

Wir sehen in der Praxis sehr häufig Patienten, bei denen nach der ersten Wirbelkörperfraktur verpasst wurde, das Thema Osteoporose näher abzuklären und die entsprechenden medikamentösen Gegenmaßnahmen und spezifischen Therapien einzuleiten. Häufig erfolgt dann nach erlittener Erst-Fraktur eine oder mehrere weitere Wirbelkörperfrakturen in rascher Reihenfolge. Dies ist ähnlich wie beim Domino, wenn erst einmal der erste Stein umgefallen ist... Häufig erleiden die Patienten sogar Frakturen aller Lendenwirbelkörper innerhalb von wenigen Monaten. Aus meiner Sicht wäre viel Leid hier zu vermeiden, wenn man nach dem ersten Bruch sofort die Konsequenzen gezogen hätte und die Patienten eine Osteoporose-Diagnostik und anschließenden Therapie zugeführt hätte. Ich sehe dies immer wieder mit viel Unverständnis.

Nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall wird alles getan, um ein erneutes Ereignis zu vermeiden. Mit einer Selbstverständlichkeit nehmen die Patientin blutverdünnende oder Fettstoffwechsel-beeinflussende Medika-

mente als sogenannte Sekundärprophylaxe. Nach einem osteoporotischen Bruch sehe ich häufig nur Schulterzucken und eine gewisse Form von Nihilismus, dabei wären hier ebenfalls ähnlich konsequente Anstrengungen erforderlich, um weitere Frakturen zu vermeiden.

Leider wird das Thema auch politisch nicht wirklich positiv angefasst, so müssen die Osteoporose-Messung („DXA-Messung“) und ihre Kosten immer noch von dem Patienten selber getragen werden. Eine flächendeckende Versorgung über Kassenleistung gibt es in Deutschland leider nicht.

Trotzdem hat dieses Thema größte Priorität für mich, nicht um sonst zählt die Osteoporose zu den Volkskrankheiten Nummer 1. Die Folgeschäden sind immens, die körperlichen Behinderungen und Immobilität einen nach erlittenen Frakturen belasten die Patienten ein Leben lang. Dabei wäre eine konsequente Osteoporosetherapie mit Medikamenten etabliert, relativ sicher umsetzbar und meistens nebenwirkungsarm über einen längeren Zeitraum durchführbar. Deshalb scheuen Sie sich nicht, auch nach einem vermeintlichen Bagatell-Unfall, wie z. B. einer Radius- oder Rippenfraktur, dieses wichtige Thema bei uns anzusprechen.

Auch bei jungen Leuten finden wir oft Osteoporose-Vorstadien, versteckt unter dem Begriff eines „Ermüdungs- oder Marsch-Bruches“ finden sich dann oft auch in dieser Altersgruppe schlechte Knochendichte-Werte, welche entsprechend behandelt werden können. Auch Männer sind übrigens sehr häufig betroffen, weswegen die frühere Vorstellung, dass nur ältere Damen betroffen sind, sicherlich nicht mehr haltbar ist.



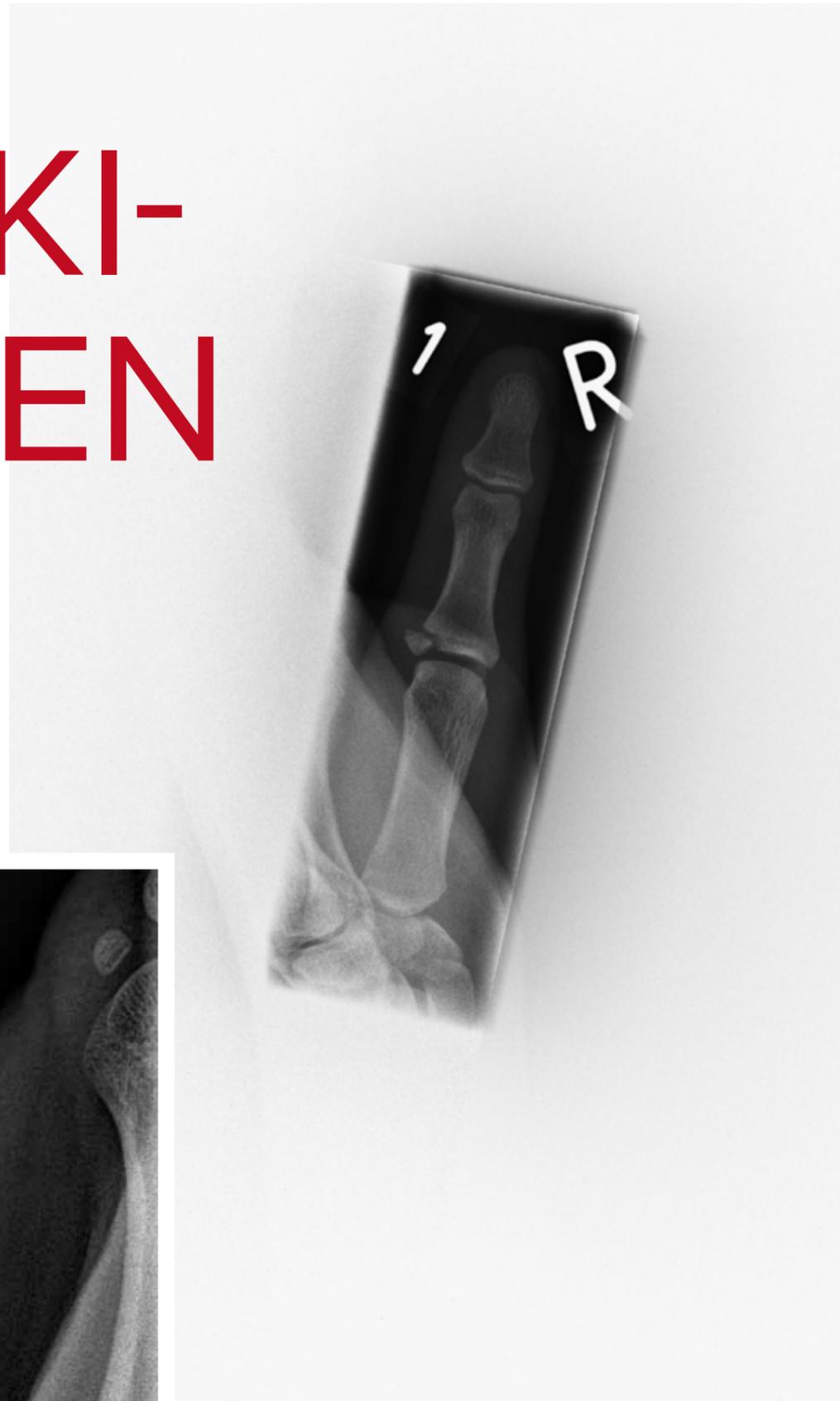
Also sprechen Sie uns bei Fragen oder Problemen auf dieses wichtige Thema gerne an.

In unserer Praxis in Traunstein bieten wir eine exzellente Osteoporose-Abklärung mit DXA-Verfahren nach Leitlinie mit anschließender Befundbesprechung und ggf. Einleitung einer spezifischen Osteoporose-Behandlung an.

# DER SKI- DAUMEN

Ruptur ulnares Kollateralband  
Daumengrundgelenk.

Englisch: skier's thumb,  
gamekeeper's thumb.



## DEFINITION:

Als Skidaumen bezeichnet man die Ruptur oder den knöchernen Ausriss des ulnaren Seitenbandes (Ligamentum collaterale ulnare) am Daumengrundgelenk.

## SYMPTOME:

Nach einer Seitenbandruptur des Daumens zeigen sich die typischen unspezifischen Verletzungszeichen mit schmerzhafter Gelenkschwellung und Bluterguss im Bereich des ulnaren (inneren) Daumengrundgelenkes.

## DIAGNOSTIK:

- **Klinische Prüfung:** Es besteht ein deutlicher Druckschmerz über dem ulnaren Seitenband und eine Instabilität des Daumengrundgelenks mit Aufklappbarkeit bei Valgusstress, d.h. bei einer Abknickung nach radial. Eine Aufklappbarkeit von mehr als 30° ist klinisch beweisend für einen Seitenbandriss. Die Prüfung erfolgt am besten in 30°-Beugung im Daumengrundgelenk, da die Instabilität in Streckstellung verschleiert werden kann. Bei ängstlichen Patienten oder sehr starken Schmerzen sollte man die Stabilität unter Lokalanästhesie testen oder die Patienten in einigen Tagen zur klinischen Kontrolle wieder einbestellen.
- **Röntgen des Daumens in 2 Ebenen (d.p. und seitlich):** Nachweis eines knöchernen Bandausrisses bzw. gehaltene Aufnahmen zur Dokumentation/Nachweis einer Instabilität.
- **Kernspintomografie/MRT des Daumens:** Das Seitenband reißt meist distal nahe am Ansatz an der Grundgliedbasis ab, und gelegentlich kann das gerissene Band unter der Aponeurose des M. adductor pollicis nach proximal hervortreten, was dann als Stener-Läsion bezeichnet wird und nicht reponierbar ist.

## THERAPIE:

- **Konservativ:** Bei nicht verschobenen knöchernen Bandabrissen ist individuell eine konservative Behandlung möglich. Eine ulnare Seitenbandruptur ohne Bandverschiebung oder knöcherne Beteiligung kann konservativ mit einer 5–6-wöchigen Ruhigstellung behandelt werden. Die Ruhigstellung erfolgt durch einen das Daumengrundgelenk einschließenden Castverband oder eine konfektionierte Daumenorthese.
- **Operativ:** Bei verschobenen oder umgeschlagenen Bandabrissen (sog. Stener Läsion) oder verschobenen knöchernen Bandausrissen ist eine Operation notwendig, da es hier ansonsten nicht zu einer narbig stabilen Ausheilung des Bandes kommt.

Bei der Operation wird über einen kleinen Hautschnitt das rupturierte oder ausgerissene Band dargestellt und dann genäht oder knöchern refixiert. Dies kann durch einfache Nähte, spezielle Knochenanker oder Schrauben erfolgen. Auch nach der Operation ist oftmals eine Ruhigstellung des Daumens in einer Schiene für einige Wochen erforderlich. Alte Bandverletzungen können häufig nicht mehr direkt rekonstruiert werden, so daß bei noch guten Gelenkflächen eine Bandersatzoperation, z.B. mit einer Sehne vom Unterarm, oder bei bereits sichtbarer Arthrose des Gelenkes eine Versteifung erfolgen sollte.

## NACHBEHANDLUNG:

Entsprechend der Dauer der Ruhigstellung ist ein Bewegungs- und Kraftaufbau unter ergotherapeutischer/handtherapeutischer Anleitung notwendig. Die Prognose im Verlauf ist gut. Handintensive Belastungen sollten aber für etwa 3 Monate vermieden werden.

## PROGNOSE:

Bei der konservativen Therapie, eher als bei der operativen, verbleibt die Möglichkeit, dass es zu einer unzureichenden Stabilität kommt. Sowohl bei der konservativen als auch bei der operativen Therapie kann es zur narbigen Bewegungseinschränkung im Daumengrundgelenk kommen. Dies ist meist nicht mit einer Alltagseinschränkung der Hand verbunden.

# Sportverletzung WAS TUN?

Sport treiben hält uns in Form und macht außerdem Spaß. Aber er birgt auch Risiken. Insbesondere Muskelverletzungen kommen beim Sport häufig vor. Der frühzeitige Beginn der richtigen Erstversorgung ist – bei allen Verletzungen – entscheidend für den gesamten Heilungsverlauf.



## Die drei Phasen der Heilung

Zu Beginn der **ersten** Phase wird unmittelbar nach der Verletzung das Komplementsystem, das aus Plasmaproteinen besteht und Teil des unspezifischen humoralen Immunsystems ist, in Gang gesetzt. Durch die Freisetzung verschiedener körpereigener Stoffe (u.a. Leukozyten, Mastzellen, Zytokine) beginnt die einige Tage dauernde pro-entzündliche Reaktion. Es entstehen sog. Makrophagen („Fresszellen“), welche Zellstücke eliminieren.

Während der **zweiten** sog. anti-inflammatorischen (entzündlichen) Transitionsphase, läuft die Produktion entzündungshemmender Zytokine welche Muskelstammzellen stimulieren. Wachstumsfaktoren (=Signalproteine) sind verantwortlich für Regeneration verletzter Zellen und Regulation des Heilungsprozesses. T-Lymphozyten steuern die Aktivität der Muskelstammzellen und leisten

einen Beitrag zur Proliferation (Wachstum und Vermehrung von Zellen).

Während der **dritten** Heilungsphase nehmen die Immunaktivitäten kontinuierlich ab. Neuromuskuläre Strukturen werden angeregt und die Nerven-/Gefäßversorgung wieder hergestellt. Aus Fibroblasten (Bindegewebszellen) entstehen ausgerichtete Kollagenfasern, welche die Belastbarkeit von Muskel- und Bindegewebe kontinuierlich verbessern.

## Behandlung

Die altbewährte Behandlungsmethode nach der PECH – Regel (**P**ause – **E**is – **C**ompression – **H**ochlagerung) ist inzwischen mehrfach modifiziert worden. Ich möchte hier kurz auf die mir logischste Variante eingehen, die mehr als „nur“ Therapie beinhaltet und eine klangvolle Bezeichnung hat:

## PEACE & LOVE

### Protection (Schutz)

Verminderte Belastung während der ersten Tage. Möglichst kurzfristige Ruhephase wegen der Gefahr durch Inaktivität die Festigkeit und Qualität des Gewebes zu vermindern. Schmerz steuert die Belastung.

### Elevate (Hochlagern)

Hochlagerung zur Förderung des Rückflusses der aus dem Gewebe ausgetretenen Flüssigkeit und Verminderung der Schwellung.

### Avoid (Vermeiden von Entzündungshemmern)

Wie den obigen Ausführungen zu entnehmen ist „braucht Heilung Entzündung“. Deshalb keine entzündungshemmenden Medikamente (z.B. Ibuprofen, Diclofenac, Coxibe)

### Compression (Kompression)

Druckverbände helfen Ödeme und Einblutungen zu verringern.

### Educate (Edukation)

In der Literatur finden sich viele Hinweise für die Wichtigkeit die Betroffenen über die Vorteile eines aktiven Ansatzes zur Genesung aufzuklären. Es gilt eine individuelle Strategie für das Belastungsmanagement zu erarbeiten.

Dies leitet über zum nächsten Schritt: **LOVE**

### Load (Belastung)

Für die überwiegende Anzahl von muskuloskelettalen Verletzungen steht ein möglichst frühzeitiger Beginn von Belastung und Training im Vordergrund. Durch schmerzarme besser schmerzfreie Belastung wird per sog. Mechanotransduktion (ein Prozess, in dem mechanische Signale in zelluläre Signale umgewandelt werden) Einfluss auf den Heilungsprozess genommen.

### Optimism (Optimismus)

„Psychologische Faktoren, wie Katastrophisierung, Depression und Angst können die Erholung behindern“ und „Ein realistischer Optimismus wird empfohlen“ so

Ich habe in einem Fachartikel mal folgenden Satz gelesen, den ich sehr zutreffend finde:

**Wie bei anderen Problemen auch, sollte der „Mensch mit der Verletzung“ und nicht die „Verletzung des Menschen“ behandelt werden.**

beschrieben es die Wissenschaftler Briet et al. 2016 und Bialosky et al. 2010 bereits vor langer Zeit.

### Vascularisation (Vaskularisierung)

Baldmöglichste Mobilisation und aerobes Training verbessern die Funktionalität, den Arbeitsstatus und verringern den Schmerzmittelbedarf. Durch die frühzeitige kardiovaskuläre Arbeit wird die Durchblutung erhöht, was die Heilung positiv beeinflusst.

### Exercise (Übung)

Es ist hinreichend bekannt, dass die Häufigkeit sich wiederholender Verletzungen durch eine Trainingstherapie reduziert werden kann. Dies gilt entsprechend für die Nachbehandlung, bei der ein Programm zur Wiederherstellung und möglichst Optimierung von Kraft, Beweglichkeit, Propriozeption und Ausdauer durchlaufen wird. Hierbei müssen Schmerzen möglichst vermieden werden, um eine optimale Reparatur zu erzielen.

Aus meiner Sicht darf aber nicht auf die Anwendung von Kälte verzichtet werden. Allerdings hat sich die Behandlung mit milder Kälte – „hot ice“ – etabliert. Also kein Eis oder Coolpack direkt auf die verletzte Körperpartie!

Es ist unschwer nachvollziehbar wie komplex der Körper nach Verletzungen beeinträchtigt ist. Eine mir häufig gestellte Frage lautet: „Warum geht denn bei den Profisportlern immer alles schneller?“ Dafür gibt es eine plausible Erklärung, die ich immer abgebe und nach oben Beschriebenem wohl nachvollziehbar ist: der entscheidende Unterschied ist der Behandlungsbeginn meistens unmittelbar nach der Verletzung und die Häufigkeit der durchzuführenden Maßnahmen, die teils sogar rund um die Uhr laufen!



# Überlastungsstörungen bei KINDERN UND JUGENDLICHEN

Bei den im Volksmund als „Wachstumsstörungen“ bezeichneten Krankheitsbildern bestehen schmerzhafte Veränderungen im Ursprungs- oder Ansatzbereich von Sehnen am wachsenden Knochen bzw. Gelenken mit daraus resultierender Verminderung der Belastbarkeit, Kraftentfaltung und Beweglichkeit. Leider kann es hierdurch auch zu bleibenden Schäden kommen, die jedoch bei konsequenter Behandlung extrem selten sind.

## URSACHEN

1. Das „Mark-Jansen-Gesetz“ besagt, dass die Empfindlichkeit des Gewebes sich proportional zur Wachstumsgeschwindigkeit verhält. Demnach ist das Kind bzw. der Jugendliche im Vergleich zum Erwachsenen wesentlich stärker der Gefahr von Belastungsschäden ausgesetzt. Hauptursachen sind sportliche Fehl- oder Überbelastung durch eine Diskrepanz zwischen Belastbarkeit und tatsächlicher Belastung des betroffenen Körperteils. Folglich wird der knorpelige Anteil der betroffenen Wachstumszone wegen Mikroverletzungen vermindert durchblutet, was zum Absterben von Zellen führen kann (aseptische[keimfreie] Osteonekrose). Hieraus können sich eine gestörte Ossifikation (Verknöcherung) des Knorpelkerns sowie eine beeinträchtigte Verschmelzung desselben mit dem angrenzenden Knochen ergeben.
2. Übergewicht.
3. Hormonelle Umstellungen während der Pubertät die eine reduzierte Belastbarkeit verursachen können.

## LOKALISATION

Grundsätzlich können entsprechende Probleme an allen Wachstumszonen vorkommen, wobei die untere Extremität am häufigsten betroffen ist. Anfang des letzten Jahrhunderts war es üblich Krankheiten (oder Methoden wie beispielsweise Röntgen) nach ihren „Entdeckern bzw. Erstbeschreibern“ zu benennen. Das lateinische Wort „Morbus“ bedeutet Krankheit. Nachfolgend einige Beispiele mit den betroffenen Körperregionen.

- **Morbus Osgood Schlatter** – Ansatz der Kniescheibensehne am Schienbeinkopf
- **Morbus Sinding-Larsen Johansson** – Ursprung der Kniescheibensehne an der Kniescheibe
- **Morbus Haglund Sever** – Ansatz der Achillessehne am Fersenbein
- **Morbus Legg Calvé Perthes** – Wachstumszone des Hüftkopfes
- **Morbus Panner** – Ursprungsbereich der Sehnen der Unterarmstrecker am äußeren Ellenbogen

Außer den Extremitäten kann auch die Wirbelsäule (Morbus Scheuermann) betroffen sein.

## DIAGNOSTIK

Im Vordergrund steht die genaue Erhebung der Vorgeschichte um einen Eindruck der auslösenden Einflüsse, des Auftretens der Beschwerden (Belastungs-/Anlaufschmerz) und des Verlaufs zu erhalten.

Anschließend erfolgt die körperliche Untersuchung, und zwar nicht nur nach der Davos-Methode (da wo's wehtut) sondern inklusive der benachbarten Strukturen und biomechanischen Funktionsketten. Hierdurch ergibt sich in der Regel bereits die Verdachtsdiagnose.

### Bildgebende Verfahren können dann die endgültige Diagnose sichern:

- Eine (Doppler-)Sonografie zeigt Durchblutungsveränderungen bzw. strukturelle Veränderungen im Sehnen-/Knochen-/Knorpelbereich (ausreichend für die Diagnosen 1–3).
- Röntgen zur Beurteilung der Wirbelkörper bei Morbus Scheuermann (und evtl. zur Sofortdiagnostik des Hüft- und des Ellenbogengelenks).
- MRT (Magnetresonanztomografie = Kernspintomografie) insbesondere zur Einschätzung des Hüftkopfes bzw. Capitulum humeri am Ellenbogen mit entsprechenden Stadieneinteilung.

Sehr selten ist eine Szintigrafie zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung einer aseptischen von einer septischen (entzündlichen) Nekrose notwendig.



## THERAPIE

### Hauptsächlich konservativ.

Im Bereich des Knies und der Ferse müssen Über- und Fehlbelastungen strikt vermieden bzw. reduziert werden. Die früher praktizierte Ruhigstellung ist nicht zielführend, da hierdurch die Beweglichkeit, Koordination und Muskulatur negativ beeinflusst werden. Sinnvoll sind Dekontraktionen/Dehnungen der beteiligten Muskeln und deren Gegenspielern. Sorgfältig dosiertes, funktionelles (insbesondere exzentrisches) Training nach Abklingen akuter Beschwerden stellt einen wichtigen therapeutischen Baustein dar. Unterstützend können Faszienrollen oder -bälle und funktionelle Tapes eingesetzt werden. Manchmal ist eine ergänzende Physiotherapie notwendig.

In Ausnahmefällen kann bei abgelösten Ossikeln (Knochenstücken) sowie Sequestern (abgestorbenes und demarkiertes Knochengewebe), Gelenkmäusen (freie Gelenkkörper) oder Knochenausziehungen, die die Bänder reizen und die Beweglichkeit einschränken, ein operativer Eingriff angezeigt sein.

Beim Morbus Legg Calvé Perthes ist – stadienabhängig – eine teils längere Entlastung (auch) mit Orthesen notwendig. Ziel ist eine Deformierung des Hüftkopfes mit daraus resultierender Inkongruenz möglichst zu vermeiden bzw. gering zu halten. Ein Hauptbestandteil der Therapie ist die regelmäßige physiotherapeutische Behandlung und ihre langfristige Durchführung. Operativ sind im ungünstigsten Fall stellungsverändernde Knocheneingriffe notwendig. Grundsätzlich gilt, je früher die Erkrankung auftritt und entdeckt wird, umso günstiger verläuft sie.

Beim Morbus Panner steht die Vermeidung von Fehlbelastungen im Vordergrund. Stadienabhängig kann es notwendig sein arthroskopisch oder offen zu operieren.

### FAZIT:

Der menschliche Körper ist in der Wachstumsphase sehr form- aber auch verformbar. Innere und/oder äußere Einwirkungen haben deshalb eine besondere Bedeutung für das weitere Leben. Abweichungen von der Entwicklung müssen eingeschätzt werden, manchmal sind sie harmlos und gleichen sich von selbst aus. Mein Rat für diesen Lebensabschnitt lautet:

**Lieber dreimal zu oft als einmal zu wenig unklare Veränderungen ärztlich kontrollieren lassen!**

**Bild 1:** Von links kommt die Patellasehne und setzt deutlich verdickt an der höckerigen Schienbeinkopfapophyse an

**Bild 2:** Im Querschnitt erkennt man die unregelmäßige Kontur der Apophyse im Sehnenansatz

## NAVIGATIONS-COMPUTER „3.0“

# Wie im Flugzeugcockpit

### High-Tech bei der Implantation von Kniegelenksendoprothesen



Kein moderner Passagierjet rollt heute auf die Startbahn, wenn die Navigationscomputer nicht funktionieren. Die Navigation in der Knieendoprothetik hat seit über 20 Jahren die technische Entwicklung in der orthopädischen Chirurgie neben der roboterunterstützten Knie- und Hüftgelenksimplantation enorm beeinflusst. Die computergestützte Chirurgie ist am Ende der 80er Jahre zunächst mit der stereotaktischen Neurochirurgie eingeführt worden. Ziele dieser neuen Technik waren und sind die erhöhte Präzision, geringere Invasivität und verbesserte Rückverfolgbarkeit der Operationen. Zur Orientierung im Raum (Navigation) sind unterschiedliche Systeme aufgrund verschiedener Ansprüche an die Operationsabläufe entwickelt worden (optoelektronische, elektromagnetische oder elektromechanische, offene und geschlossene, aktive bzw. passive Systeme).

1993 folgte die Entwicklung der computergestützten Implantation von Kniegelenksendoprothesen unter der Leitung von D. Saragaglia und F. Picard mit Unterstützung von Informatikern und Industriepartnern. Ziel dieses kinematischen Projektes war die Implantation einer Knieendoprothese ohne präoperative bildgebende Verfahren (CT, Scanner...) ausschließlich mit der Bestimmung von Dreh- und Funktionsachsen im Hüft-, Knie- und Sprunggelenk unter intraoperativem Abtasten von bestimmten Landmarks. Zusätzlich ist ein aktives auf Infrarotdiagnostik basierendes optoelektronisches System zur räumlichen Lokalisierung der Marker verwendet worden. Mit zunehmender Entwicklung derartiger Navigationssysteme sind diese nicht nur Hilfsmittel bei der Positionierung der Implantate, sondern können auch intraoperativ Bewegungsabläufe analysieren und damit Rückschlüsse auf die Biomechanik und damit verbundenen Langzeitstabilität von Prothesensystemen im Knochen geben. Einige Navigationssysteme sind so gestaltet, dass sie für den Anwender als offene Navigationsgeräte zur Verfügung stehen. Das bedeutet, der Operateur kann unter Einsatz dieser Geräte das Design der Prothese frei wählen, ohne von der Software des Herstellers limitiert zu sein. Zusätzlich sollten die konventionellen Operationstechniken nur unter geringer Veränderung fortsetzbar sein, bzw. beim Ausfall des Systems der operative Eingriff ohne Probleme routiniert beendet werden können, das heißt eine Punktlandung wie mit einem Segelflugzeug.

Das im EndoProthesenZentrum Berchtesgaden angewendete System ist ein kinematisches offenes aktives optoelektronisches Navigationsgerät der

neuesten Generation. Nach einer digitalen Prothesenplanung können wir mit diesem System verschiedene Knieendoprothesen ohne aufwändige präoperative apparative Diagnostik anhand einer intraoperativen Analyse von Position und Bewegungsabläufen implantiert werden. Dazu besteht die Möglichkeit, dass der Operateur interaktiv mit dem Zentralrechner Daten auszutauschen und damit die optimale Position und Funktionsfähigkeit des Implantates zu überprüfen. Das Gesamtsystem wird seit Jahren mit großem Erfolg im Einsatz eingesetzt und durch das neue Gerät neue Qualitätsmaßstäbe gesetzt.

Die Operation beginnt mit der konventionellen Darstellung des Knieinnenstrukturen. Anschließend wird das Navigationsgerät gestartet und die notwendigen Punkte zur Bestimmung der Beinachse und der Kniegelenksgeometrie abgearbeitet. Der Zentralcomputer errechnet die optimale Lage der Sägeschnitte am Knochen und damit die Positionierung der Prothese. Mit Hilfe der am Knochen und den Instrumenten befestigten Trackern werden die Informationen über die Position der Instrumente über Infrarotkameras dreidimensional in Echtzeit an den Rechner gesendet, so dass das OP-Team jederzeit Korrekturen vornehmen kann. Nachdem der Knochen für die Aufnahme der Prothesenkomponenten exakt bearbeitet wurde, werden mit Probeimplantaten die Positionierung und die Funktionsfähigkeit mit Analyse der Bewegungsabläufe und der Bandstabilität des Kniegelenkes überprüft. Hier können bei Notwendigkeit weitere Korrekturen unter Verwendung anderer Prothesenkomponenten, einer Nachresektion an den Knochenoberflächen oder Weichteilkorrekturen vorgenommen werden. Bei korrekten Werten wird dann die Originalprothese stabil im Knochen verankert. Mit Abschluss der Operation wird die Positions- und Funktionsanalyse wiederholt, analysiert und dokumentiert.

Mit dieser Operationsmethode wird gegenüber den bisherigen konventionellen Verfahren eine deutlich höhere Genauigkeit bei der Implantation erreicht. Bislang vorgekommene Abweichungen werden damit minimiert. Dieser Gewinn an Präzision ersetzt unter keinen Umständen die Kenntnisse und OP-Fertigkeiten des Operateurs. Die exakte Positionierung von Knieprothesen hat einen entscheidenden Einfluß auf die Verlängerung der Standzeit und Funktionsfähigkeit des Implantats. Den entscheidenden Vorteilen dieser Methodik stehen eine gering verlängerte Op-Zeit und die Kosten des Navigationssystems gegenüber.

# DAS THORACIC OUTLET SYNDROM

Das Thoracic-outlet-Syndrom (TOS), das auch als **Engpasssyndrom der oberen Thoraxapertur oder Schultergürtel-Kompressionssyndrom** bezeichnet wird, ist ein neurovaskuläres Kompressionssyndrom.

Bei dieser Erkrankung liegt eine zeitweise oder ständige Kompression eines Gefäßnervenbündels, bestehend aus **Plexus brachialis**, der **Arteria subclavia** und der **Vena subclavia** vor. Dieses Gefäßnervenbündel verläuft vom Hals aus in Richtung oberer Extremität und muss dabei drei Engstellen überwinden:

- Den Raum zwischen erster Rippe und Schlüsselbein (sog. Kostoklavikularraum)
- Die vordere bzw. hintere Skalenuslücke
- Raum zwischen Processus coracoideus und Musculus pectoralis minor (sog. Korakopektoralraum)

Wenn **Druck auf die Nerven** ausgeübt wird, verursacht das Thoracic-outlet-Syndrom **Schmerzen und ein Kribbeln**, die anfangs im Schulter- und Halsbereich auftreten und sich anschließend auf die innere Oberfläche des Armes bis in die Hand ausdehnen.

Wenn der **Druck auf eine der Arterien** unter dem Schlüsselbein ausgeübt wird, nimmt der Blutfluss in den Arm ab, wodurch dieser **blass und kühl** wird.

Wenn der **Druck auf die Venen** ausgeübt wird, führt dies womöglich zu einem **Anschwellen der Hand, des Arms und der Schulter** auf der betroffenen Seite oder – aufgrund der mangelnden Durchblutung – zu einer **bläulichen Verfärbung der darüber liegenden Haut** (Zyano-se). Selten ist die Kompression so schwer, dass sie zum Raynaud-Syndrom führt, bei dem die Finger weiß oder blau und häufig taub werden, wenn sie in Berührung mit Kälte kommen.

An erster Stelle der Diagnostik steht die körperliche Untersuchung durch den Arzt.

Mithilfe von Messungen der Nervenleitungsgeschwindigkeit und Elektromyografie lassen sich Auffälligkeiten

finden, die für das Thoracic-outlet-Syndrom typisch sind. Durch Magnetresonanztomografie (MRT) lassen sich anatomische Auffälligkeiten feststellen.

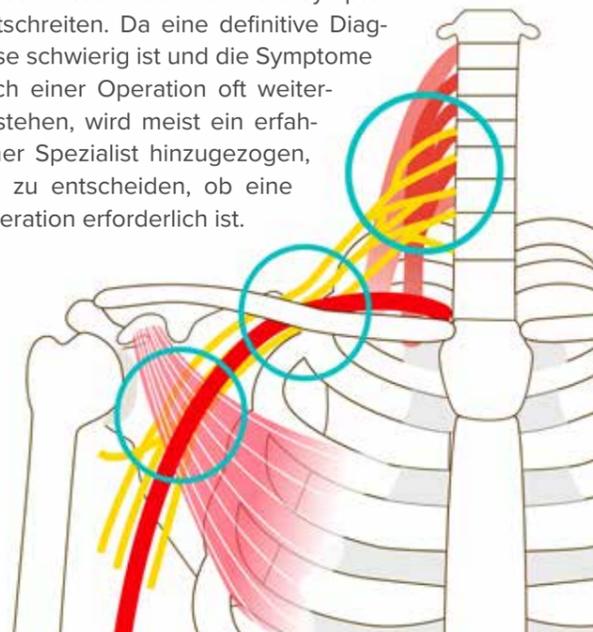
Durch Angiografie der Oberarmarterien (Arteria brachialis) lässt sich ein abnormer Blutfluss feststellen. Bei dieser Röntgenuntersuchung wird eine Substanz ins Blut gespritzt, die auf Röntgenbildern zu sehen ist (Röntgenkontrastmittel).

Die Therapie richtet sich nach der Art und Ausprägung:

- Bewegungsübungen und Physiotherapie
- Manchmal nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) und Antidepressiva
- Manchmal operative Eingriffe

Meist kommt es durch Physiotherapie und krankengymnastische Übungen zu einer Besserung der Symptome. Niedrig dosierte nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) und Antidepressiva können eventuell helfen.

Eine Operation ist erforderlich, wenn sich anatomische Auffälligkeiten oder Druck auf große Blutgefäße nachweisen lassen oder wenn die Symptome fortschreiten. Da eine definitive Diagnose schwierig ist und die Symptome nach einer Operation oft weiterbestehen, wird meist ein erfahrener Spezialist hinzugezogen, um zu entscheiden, ob eine Operation erforderlich ist.



## Medizinische Betreuung des Jugend-Team D beim EYOF Friuli

Dr. Jürgen Winter berichtet über seinen Einsatz bei diesem Multisportevent

Von 21. – 28. Januar 2023 fand das **European Youth Olympic Festival Friuli Venezia Giulia** statt.

Das EYOF findet bereits seit 1991 alle 2 Jahre statt und vereint die zentralen Werte der Olympischen Bewegung für die jungen Athlet\*innen: Respekt, Leistung und Freundschaft. Insgesamt nahmen am EYOF dieses Mal mehr als 1300 Nachwuchssportler\*innen aus 47 europäischen Nationen an insgesamt 109 Wettkämpfen in 14 Sportarten teil. Der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) hatte für das Jugendteam D 106 Athlet\*innen nominiert, die in 13 Sportarten am Start waren. Dass Nationalitäten keine Grenzen darstellen, bewies dieses EYOF in besonderer Weise. Neben der Region Friuli Venezia Giulia in Italien, fanden einige Wettkämpfe auch in den Nachbarstaaten Slowenien und Österreich an insgesamt 12 unterschiedlichen Orten statt.

Für die ärztliche Betreuung waren vom DOSB die seit Jahren für die DESG tätige Barbara Patz aus Inzell und der seit Jahren für den DSV tätige Jürgen Winter akkreditiert. Eine besondere logistische Aufgabe stellten die teils sehr weiten Entfernungen der Wettkampforte dar (B. Patz war in Udine und J. Winter in Tarvisio stationiert). Neben den üblichen „Kleinigkeiten“ wie Erkältungsproblemen musste B. Patz einen jungen Eishockeyspieler wegen einer Puck Verletzung am Oberschenkel nähen. J. Winter hatte die bittere Aufgabe eine junge nordische Kombiniererin nach einem Sturz beim Skispringen nach ausgiebiger Untersuchung und Testung von der weiteren Teilnahme an den folgenden Wettkämpfen zu suspendieren, was heftige Tränen und eine große Enttäuschung verursachten.

Von der sportlichen Seite sicherte sich das Jugend Team D 4 Gold-, 5 Silber- und 8 Bronzemedailles. Zusätzlich wurden viele persönliche Bestleistungen erzielt und wertvolle Erfahrungen gesammelt.

Schade war die Tatsache, dass die Jugendlichen nur bei der Eröffnungsfeier in Triest und bei der Abschlussfeier in Udine Kontakt zu den Athlet\*innen anderer Sportarten

hatten, was an den großen Entfernungen der Wettkampfstätten an den unterschiedlichen Orten lag. Dadurch konnte der olympische Gedanke – gemeinsam mit anderen Sportler\*innen eine Einheit der Nationen und Völker vor dem Hintergrund differenzierter und vielfältiger Kulturen zu bilden – nur teilweise ge- und erlebt werden.

Zusammenfassend ist es erstrebenswert derartige Multisport-Events zu veranstalten. Die EYOF bieten Nachwuchsathlet\*innen die Möglichkeit sich zum ersten Mal auf der großen Bühne des Sports zu präsentieren und mit den Besten Europas zu messen.

Für mich war es eine völlig neue Erfahrung mit teils großen Herausforderungen. Mit den jungen, hochmotivierten Sportler\*innen gemeinsam aktiv zu sein war ein imposantes und für mich unvergessliches Erlebnis und wird ewig in meiner Erinnerung bleiben!





Mannschaftssieger OUCC-Rennteam: Dr. Huber, Dr. Götz, Dr. Koller

## TITEL VERTEIDIGT

### Klinikskirennen der Kliniken Südostbayern erneut in fester OUCC-Hand

Am 04. März fand dieses Jahr wieder das Klinikskirennen der Kliniken Südostbayern auf der Winkelmoosalm statt. Bei schwierigen Pistenbedingungen wurden erneut 2 Riesenslalomdurchgänge gewertet.

Die OUCC ging auch dieses Jahr wieder mit 2 Mannschaften an den Start.

Das OUCC-Rennteam wurde dieses Jahr durch unseren Seriensieger Dr. Koller zusammen mit Dr. Götz, Dr. Huber und Dr. Winter gebildet.

Das OUCC-Fun-Team wurde von Dr. Lorenz angeführt. Im Rennteam wurden neben Dr. Koller große Hoffnungen auf den ehemaligen Rennläufer Dr. Winter gesetzt, dieser fuhr wie immer in Hermann-Maier-Manier „Sieg oder Akia“, jedoch fädelt unsere Nummer 2 bereits im ersten Durchgang ein.

Da nur die besten 3 Rennläufer pro Team in die Wertung kommen mussten nun die 3 verbliebenen Athleten bei-

de Läufe ins Ziel bringen sodass etwas mit angezogener Handbremse gefahren werden musste.

Dr. Koller wurde seinem Ruf als Favorit wie immer gerecht und somit Gesamtschnellster des diesjährigen Rennens. Das große Ziel den Mannschaftstitel zu verteidigen wurde auch dieses Jahr erreicht und so wurde die Mannschaft mit Dr. Koller, Dr. Götz und Dr. Huber mit dem Wanderpokal geehrt.

Die Siegerehrung fand gleich im Anschluss an das Rennen bei Sonnenschein aber doch etwas kalten Temperaturen auf der Sonnenalm statt.

Wir möchten uns im Namen der OUCC herzlich bei den Organisatoren des Rennens unter der Leitung von Dr. Markus Ewald bedanken und hoffen auch im nächsten Jahr eine schlagkräftige Truppe auf die Piste zu bekommen um den Wanderpokal erneut nach „Hause“ zu holen.

**Ski Heil!**

## 1. Medi-Cup Golfclub Chieming

Am Sonntag 06.08.2023 fand am Golfclub Chieming der erste Medi Golf Cup statt.

Die Organisation übernahm Dr. Markus Lorenz, der selbst passionierter Golfer und Mitglied in Chieming ist.

71 Teilnehmer meldeten sich für das Turnier an. Unter sehr widrigen Bedingungen, es regnete teilweise in Strömen und ein unangenehm kalter Wind fegte über den Platz, wurde das Turnier um 09:00 Uhr frei nach dem Motto „es gibt kein schlechtes Wetter – nur schlechte Kleidung“ gestartet.

Von der OUCC nahmen Dr. Lorenz, Dr. Koller, Dr. Wolff und Dr. Götz teil und bildeten zusammen den „OUCC-Flight“.

Trotz der nicht optimalen Bedingungen konnten 18 Loch gespielt werden, auch wenn von den 4 OUCC-Golfern eine kurze Pause am Loch 16 wegen eines Platzregens im Wald unter einer alten Buche eingelegt werden musste.

Am Ende des Tages wurde im Clubhaus die Siegerehrung durchgeführt.

Die OUCC-Golfer konnten alle gute Ergebnisse erspielen, den Sieg in der Nettoklasse sicherte sich Dr. Götz mit 69 Nettopunkten.



## DIE ÄRZTE DER OUCC AUF EINEN BLICK



**DR. MARKUS LORENZ**  
Facharzt für Orthopädie  
und Unfallchirurgie  
Sportmedizin, Chirotherapie, D-Arzt  
Traunstein



**DR. MATTHIAS BLASCHKE**  
Facharzt für Orthopädie  
und Unfallchirurgie  
Spezielle Orthopädische Chirurgie,  
Chirotherapie  
Traunstein · Trostberg



**DR. HANS-PETER SCHLÖGL**  
Facharzt für Orthopädie  
Sportmedizin, Chirotherapie,  
Physikalische Therapie,  
Spez. Fußchirurgie, D-Arzt  
Traunstein



**DR. LUTZ KISTENMACHER**  
Facharzt für Orthopädie  
und Unfallchirurgie  
Sportmedizin, Chirotherapie,  
Akupunktur  
Berchtesgaden



**DR. THOMAS KANIG**  
Facharzt für Orthopädie  
und Unfallchirurgie  
Spezielle Orthopädische Chirurgie,  
Chirotherapie, Physikalische Therapie  
Berchtesgaden



**DR. MED. PETER KALTENHÄUSER**  
Facharzt für Orthopädie &  
Unfallchirurgie und Chirurgie  
Akupunktur, Chirotherapie, Sportmedizin  
Berchtesgaden



**DR. CHRISTOPH THUSSBAS**  
Facharzt für Orthopädie  
und Unfallchirurgie  
Spezielle Orthopädische Chirurgie,  
Notfallmedizin  
Traunstein



**DR. JÜRGEN WINTER**  
Facharzt für Orthopädie  
Sportmedizin, Chirotherapie  
Physikalische Therapie  
Säuglings - Hüftsonographie  
Psychosomatische Grundversorgung  
Traunstein · Trostberg



**DR. MATTHIAS GÖTZ**  
Facharzt für Orthopädie  
und Unfallchirurgie  
Manuelle Medizin / Chirotherapie,  
Notfallmedizin, Spezielle  
Schmerztherapie, Psychosomatische  
Grundversorgung  
Bad Reichenhall · Traunstein



**DR. ANDREAS LINDNER**  
Facharzt für Orthopädie  
D-Arzt, Sportmedizin, Akupunktur,  
Chirotherapie, Physikalische Therapie  
Berchtesgaden



**DR. JÖRG HÄGELE**  
Facharzt für Orthopädie  
Sportmedizin, Chirotherapie,  
Akupunktur  
Radiologische Diagnostik für  
Orthopäden, DVO Osteologe  
Bad Reichenhall



**DR. HOLGER HUBER**  
Facharzt für Orthopädie  
und Unfallchirurgie  
D-Arzt, Chirotherapie, Sonografie  
Traunstein · Trostberg



**DR. JÜRGEN WIBERG**  
Facharzt für Chirurgie, Orthopädie  
Spezielle Unfallchirurgie,  
Notfallmedizin, D-Arzt  
Berchtesgaden · Bad Reichenhall



**MARTIN STUKENKEMPER**  
Facharzt für Chirurgie  
und Handchirurgie  
Notfallmedizin  
Traunstein



**DR. SILKE VON DER HEIDE**  
Fachärztin für Physikalische  
und Rehabilitative Medizin  
Sportmedizin, Psychosomatische Grund-  
versorgung, Physiotherapeutin  
Traunstein



**DR. KARSTEN WOLFF**  
Facharzt für Neurochirurgie  
Traunstein · Berchtesgaden



**THOMAS SCHRADER**  
Facharzt für Orthopädie  
und Unfallchirurgie  
Sportmedizin, Notfallmedizin  
Berchtesgaden · Bad Reichenhall

