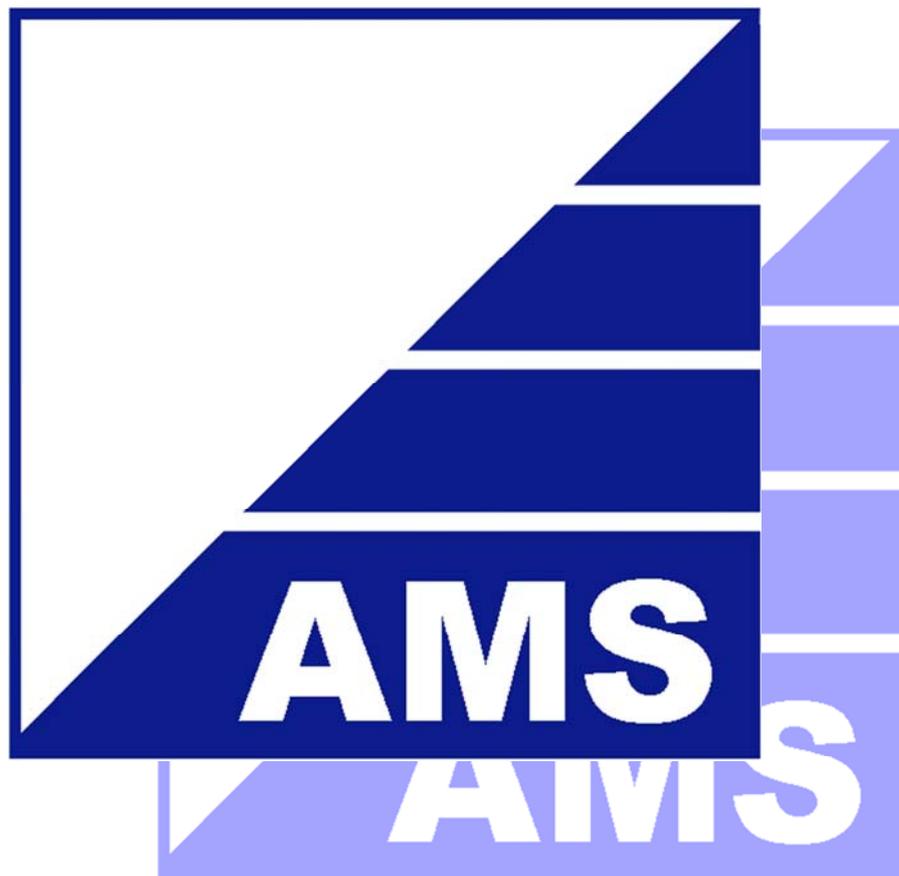


MTT - KGG Arbeitsunterlagen



WWW.AMS-DIE-AKADEMIE.DE

Fragen zu den digitalen Vorträgen L 1a:

- **Merkmale und Prinzipien der MTT**
- **Nenne die lokalen Stabilisatoren der LWS**
- **- Aufgaben, welcher Kontrollmechanismus, Reaktion auf Schmerz**
- **Wie mobilisiere ich kollagenes Bindegewebe?**
- **Kontraktionsformen und Arbeitsweisen von Muskulatur?**
- **Definiere statisch**
- **Erkläre die Sarkomertheorie**
- **3 Phasen der Wundheilung und „Turn over“ Zeiten**
- **Erkläre die Valgus- / Varuskette**
- **Ilium anterior**
- **- flare komponente**
- **- Welche Bänder sind auf Stress?**
- **- Welche Muskeln können informativ sein?**

Fragen am Ende des Kurses

Wir lauten die Phasen des 6 – Phasen - Modells in der richtigen Reihenfolge?

Nenne die Trainingsparameter der einzelnen Phasen in Gewicht, Wiederholungen, Serien und Pause.

Praktische Arbeitsgruppen Sonntag

Gruppe 1

Aktiviere die „lokalen Stabilisatoren“ der LWS bei einem Patienten.

Gruppe 2

Was verstehen wir bei den Körpereigenen Übungen unter dem Prinzip der Kokontraktion? Erkläre und zeige es an einer Übung!

Gruppe 3

Aktiviere eine Beinachse und beschreibe / zeige die wichtigsten Informationen für deinen Patienten.

Gruppe 4

Erstelle ein Hausaufgaben Programm mit körpereigenen Übungen mit dem Ziel: Stabilisation der LWS bei Rückenschmerzen

Praktische Arbeitsgruppen Sonntag

Gruppe 1

Aktiviere die „lokalen Stabilisatoren“ der LWS bei einem Patienten.

Praktische Arbeitsgruppen Sonntag

Gruppe 2

Was verstehen wir bei den Körpereigenen Übungen unter dem Prinzip der Kokontraktion? Erkläre und zeige es an einer Übung!

Praktische Arbeitsgruppen Sonntag

Gruppe 3

Aktiviere eine Beinachse und beschreibe / zeige die wichtigsten Informationen für deinen Patienten.

Praktische Arbeitsgruppen Sonntag

Gruppe 4

Erstelle ein Hausaufgaben Programm mit körpereigenen Übungen mit dem Ziel: Stabilisation der LWS bei Rückenschmerzen



Liebe Seminar-Teilnehmer,

Ihr habt Euren KGG/MTT-Kurs absolviert – und wenn Euch nun ein bisschen das „MTT-Fieber“ gepackt hat und ihr weiter kommen wollt, dann geht's ans Üben, Üben, Üben und Begreifen.

Nachfolgend haben wir für Euch ein kleines Hausaufgabenprogramm zusammengestellt, das helfen soll, das bisher Erlernte auch sinnvoll in die Praxis umzusetzen, denn:

**Wir merken uns
10 Prozent dessen, was wir lesen
20 Prozent dessen, was wir hören
30 Prozent dessen, was wir sehen
und 90 Prozent dessen, was wir TUN.**

- 1. Wir lauten die Phasen des 6-Phasen-Modells in der richtigen Reihenfolge?**
- 2. Nenne die Trainingsparameter der einzelnen Phasen in Gewicht, Wiederholungen, Serien und Pause.**
- 3. Aktiviere die „lokalen Stabilisatoren“ der LWS bei einem Patienten.**
- 4. Was verstehen wir bei den Körpereigenen Übungen unter dem Prinzip der Kokontraktion? Erkläre und zeige es an einer Übung!**
- 5. Aktiviere eine Beinachse und beschreibe / zeige die wichtigsten Informationen für deinen Patienten.**
- 6. Skript für L 1b durcharbeiten und Anatomie für obere und untere Extremität vorbereiten!**

Viel Spaß und Erfolg!

Fragen zu: **TL-AUSDAUER**

1. Weitere Einflussmöglichkeiten des AT neben HKL Anpassungen?

- HKL (RHF, VO₂max, Erholungsfähigkeit, ANAS)
- Fettstoffwechsel
- Immunsystem
- Allg Leistungsfähigkeit
- BG, Stütz- und Beweg.apparat
- Neurovegetativ

2. Warum ist GLA 2 nicht primäre Trainingsmethode in der MTT?

- Zu intensiv
- Saurer PH-Wert, schlecht in der Regeneration und Reparatur
- Eher für spezifische Sportarten wichtig

3. wichtige Parameter zur Bestimmung der Tr. HF-Frequenz?

- Intensität (Trainingsziel)
- Ruhe-Herzfrequenz
- Max HF, oder aus Standard Vorgabe (208 -0,7xLA)

Fragen zu: **KNIE**

1. Wo ist das Arthrose Risiko nach LCA# höher, konservativ oder operativ?

- Risiko ist allg 4fach erhöht, egal ob konservativ oder operativ
- Arthrose Risiken sind vor begleitende Faktoren wie Ernährung, Belastung-Erholung, Biomechanik

2. Nenne 3 Möglichkeiten, einen Patienten mit AK, biomechanisch die Belastung zu reduzieren?

- Reduzieren der Gewichtsbelastung
- Begrenzung der Knieflexionsbewegung
- Reduktion der Translation des Knies nach anterior durch Vermeidung einer Kniebewegung über die Zehen hinaus (oder: weniger Knievorschub über die Zehen hinaus)
- Vergrößerung der Rumpf- und Hüftflexion
- Reduktion des dynamischen Knievalgus
- Ausfallschritte an einem Ort (ohne Schritte) ausführen
- Durchführung von isometrischen Übungen

Fragen zu: **KNIE**

3. Welche muskuläre Aktivität hilft zur Differenzierung einer funktionellen oder strukturellen Valgus Achse?

- Glutealmuskulatur

4. Wo sollte im EBST die Linie des Körperschwerpunktes verlaufen?

- HG-lat. Patella- 4/5. Strahl

5. Nenne weitere Qualitätskriterien bei einer Squat, auf die wir für eine qualitative Bewegungskontrolle achten sollten?

- Fuß
- Gleichmäßige Flex aller beteiligten Gelenke
- Kein Ausgleich mit OK oder Armen
- Rotation
- Nicht nur statische – auch dynamische Kontrolle

Fragen zu: **Sprunggelenk+Fuss**

Was gilt es im Falle eines Supinations-/Inversionstraumas in der Folge unbedingt zu verhindern?

- Eine CAI

Welche Bewegung ist typischerweise eingeschränkt und ist einer der Faktoren für Rezidivtraumen und bei welchen funktionellen Tests äußert sich das Defizit?

- Weight bearing Test, SEBT.

Fragen zu: **Sprunggelenk+Fuss**

Der Fuß mit den beiden Sprunggelenken sind in die gesamte kinetische Kette des Beines , mit Hüfte, Becken und WS eingebunden. Bei der Therapie müssen wir auf alle Bereiche achten.

- Mit welchen Funktionstests lassen sich die Defizite einer CAI sehr gut darstellen und betroffene von nichtbetroffenen unterscheiden?
 - Side Hop Test, SEBT
- Über welche Form und welches Prinzip bauen sich die Gewölbe des Fußes auf?
 - Keilform und Spiralprinzip
- Welche ist die selektivste Übung für den M.tib post.?
 - Vormachen
- Mit welcher Maßnahme reduziert sich die Wahrscheinlichkeit einer Wiederverletzung deutlich und mit wie sehr in Prozent?
 - Schienenversorgung-62%

Fragen zu: **Schulter**

Die Ruheposition der Scapula ist ein wichtiges Kriterium zum Erkennen einer Scapula Dyskinesie!

- Benenne die Parameter, anhand der wir die Abweichungen der Ruhestellungen der Scapula erkennen!
 - Pro-Retraktion: 5-6 cm, Auf-Abwärtsrotation: 3°-5°, SCG-ACG-Linie: 10-15cm, ant.Tilt, Scap. alata
- Welche muskuläre Problematik liegt beim anterior Tilt zugrunde?
 - Ventral -> <- M.pectoralis minor und dorsal <- -> M.Trap. pars ascendens
- Wie stellt sich die muskuläre Situation bei einer abwärtsrotierten Scapula dar?
 1. Beschreibung der Position der Margo medialis
 2. Verlängerung des M.trapezius pars descendens-Verkürzung des M.levator scapulae

1. Sprunggelenksverletzung AB#

- gestürzt beim Jogging vor 10 Tagen, Schmerzen lateral am Knöchel, mit Schwellung
- 3-mal/Woche Barkeeper, startet morgen wieder.
- Freizeit: Jogging (1-mal/Wo 10-15'), FuBa (1-mal/Wo), mit Kumpels, kein Verein.
- 37J., männlich, BMI 29, 4 Zigaretten/d, 1 Bier/d, Bürotätigkeit.

2. Knie IB-#, vor vier Wochen, konservativ versorgt

- SUP, weggerutscht, Limitierung bis 4.Woche 0/10°/70°. Mediale Seite immer wieder noch druckschmerzhaft, „ist nicht ganz stabil“ (ohne Schiene).
- Beruf: Physiotherapeutin, Freizeit: MTB, Fuba und Skifahren-Tiefschnee, hatte schon häufiger Verletzungen und die Kolleg:Innen sind schon ziemlich genervt, weil sie den Ausfall mit Überstunden kompensieren müssen.
- 32J., BMI 24, gesunde Lebensweise, kein Alkohol, kein Nikotin

Schulderschmerzen

- Kirchenmalerin, überwiegend Deckenrestaurationen, Beschwerden in der linken Schulter seit vielen Monaten, mal da, mal weg, in der letzten Zeit immer häufiger und geht aktuell fast nicht mehr weg. Am schlimmsten „so im mittleren Bereich“, Schulter fühlt sich nach intensiven Tagen warm und dick an.
- Kann der Arbeit nur noch teilweise nachgehen, gibt aber viel zu tun und der Chef meckert schon.
- Tennis 2-mal/Wo, („zur Zeit leider nicht möglich-bin sehr unausgeglichen“)
- „Fühle mich allgemein ein wenig steif im Rumpf, Hüften und Schultern“
- 37J., BMI: 26,5, 5 Zigaretten/tgl. + Pille, wenig Alkohol.

Aufgaben für alle Bereiche

Jeweils Gruppe A

- Benennt Quelle(n) der Symptome und beitragende Faktoren (funktionell)?
- Überlegungen zur Wundheilung?
- Welche externen Faktoren können sich auf den Patienten und sein Problem zusätzlich auswirken? (vgl. ICF)

Jeweils Gruppe B

- Welche allgemeinen Empfehlungen können wir mit auf den Weg geben?
- Entwickelt eine Therapiestrategie, allgemein und spezifisch (für die verletzte Struktur/Region), und berücksichtigt das Rehaphasenmodell.
- Verwendet Parameter aus der Trainingswissenschaft/-lehre bei der Umsetzung (motorische Grundeigenschaften).

Kasuistik Fuß

- Patient 38 J., vor ca. 6 Monaten Weber-C Fraktur-operativ versorgt, 4-wöchige Immobilisation. RÖ: knöchernen Befund-belastungsstabil.
- Patient klagt über Schmerzen im gesamten Fuß, insbesondere während und nach Belastung. Nach ca. 1 Std. Belastung stellen sich deutliche Beschwerden ein, muss anschließend Bein hochlagern um Schwellungen und Schmerzen zu reduzieren. Patient gibt weiter einen kalten und schwitzigen Fuß an.

Basisfunktionsuntersuchungen hat folgendes ergeben:

- Alle Passiven Basisfunktionsuntersuchungen: POSITIV (Schmerzhaft & Eingeschränkt)
- Isometrie (Pronation/Supination und Zehenpitzenstand) sind ABGESCHWÄCHT.

Aufgabe:

- Physiotherapeutische Diagnose?
- Behandlungsplan?

Kasuistik Knie

- Patient 62 J., klagt über Schmerzen im li. Knie. Seit Jahren immer mal wieder Probleme im Knie.
- Vor 7 Jahren OP: Korpus Liberum entfernt und „Gelenkstoilette“!!! In letzter Zeit kamen zu den bekannten Symptomen zunehmend dumpfe, belastungsabhängige Schmerzen.

Basisfunktionsuntersuchungen hat folgendes ergeben:

- Passive Flex/Ext S+ / E+
- Passive Medialisierung S+
- Passive Lateralisierung S+

Aufgabe

- Physiotherapeutische Diagnose?
- Behandlungsplan?

Kasuistik Schulter

- Patientin 52 J., klagt seit Wo. Über ansteigende Schulterschmerzen und Bewegungseinschränkungen, kann keine Ursache für Beschwerden benennen.
- Erste leichte Symptome traten vor 8 Wochen auf, die letzte Woche keine Veränderung mehr.

Basisfunktionsuntersuchungen hat folgendes ergeben:

- Aktive Elevation S++ / E++
- Passive Elevation S++ / E++
- Passive ARrot. S+++ / E+++
- Passive IRrot. S++ / E+
- Passive Glenohumerale Abd. S+ / E++

Aufgabe:

- Physiotherapeutische Diagnose?
- Behandlungsplan ?