

UNSERE DOZENTEN



Unsere Dozenten sind Mulligan-Instruktoren (MCTA). Zudem ist **Johannes Bessler** Physiotherapeut-OMT (AGMT), Master of Manual Therapy (University of Western Australia/Perth), CMP, CRAFTA-Therapeut und Mitherausgeber der Fachzeitschrift manuelletherapie.

Dr. Claus Beyerlein ist zudem Physiotherapeut/MT, OMT-DVMT, CMP, MManipTh (Curtin University/Australien), Diplom-Sportwissenschaftler und Mitherausgeber der Fachzeitschrift manuelletherapie.

INFO

Warum MT mit Mulligan?

„Mobilisation with Movement“ – unter diesem Motto steht das vor 30 Jahren von Brian Mulligan entwickelte manuelletherapeutische Konzept. Es beruht auf seiner damals revolutionären These, dass sich Beschwerden im Bewegungssystem durch eine Kombination von passiver manueller Therapie und Bewegung schnell lindern lassen. Seitdem wurden die Techniken klinisch und basiswissenschaftlich stetig weiterentwickelt. Zu vielen davon liegen heute Effektivitätsstudien vor, die Mulligan als evidenzorientierte physiotherapeutische Behandlung auszeichnen. Das Know-how vermittelt dieser Kurs in zwei Modulen.

Bewegt behandelt

Das Mulligan-Konzept hat sich drei Jahrzehnte in der Praxis bewährt und begeistert Therapeuten und Patienten nach wie vor. Denn heute lässt sich der Therapieerfolg in kürzester Zeit spüren und zudem wissenschaftlich belegen. Dr. Claus Beyerlein und Johannes Bessler zeigen in ihren Kursen, wie die **Mobilisation mit Bewegung** wirkt.

Der neuseeländische Physiotherapeut Brian Mulligan hatte 1984 ein einschneidendes Erlebnis: Er behandelte eine junge Basketballerin, die eine Schwellung und eine Bewegungseinschränkung am proximalen Interphalangealgelenk des Zeigefingers hatte. Traktions- und Mobilisationsbehandlungen waren erfolglos, ebenso therapeutischer Ultraschall und Kryotherapie. Als Mulligan jedoch den distalen Gelenkpartner nach lateral mobilisierte und dort hielt, konnte die Patientin ihren Finger währenddessen auf einmal wieder aktiv beugen – schmerzfrei.

Diese Beobachtung veränderte Mulligans Denkweise komplett. Er begann, das Prinzip „mobilisieren und bewegen“ weiterzuentwickeln und auf andere Gelenke zu übertragen. Trotz der sich je nach Gelenk unterscheidenden Mobilisationstechniken läuft die „Mobilisation with Movement“ (MWM) prinzipiell immer gleich: Der Therapeut korrigiert das betroffene Gelenk manuell und hält es in der korrigierten Position, während der Patient die – zuvor schmerzhafte – Bewegung nun wiederholt schmerzfrei durchführt. War die Technik erfolgreich, gelingt dem Patienten die Bewegung nun mit deutlich weniger Schmerzen und/oder einem deutlich vergrößerten Bewegungsausmaß.

Praktisches Know-how für die Schmerzfreiheit

Johannes Bessler und Dr. Claus Beyerlein vermitteln in ihrem Kurs die Besonderheiten des Mulligan-Konzeptes in Theorie und Praxis. Dafür erlernen die Teilnehmer, wie der Therapeut für die MWM eine passive manuelle Mobilisation – meist ein gehaltenes Gleiten im Gelenk – mit der aktiven Bewegung des Patienten in

die schmerzhafte beziehungsweise eingeschränkte Richtung kombiniert. Dabei verläuft die Behandlungsebene als gedachte Linie durch den konvexen Gelenkpartner. Der Therapeut mobilisiert in der Regel parallel oder rechtwinklig zu dieser Ebene. Den Mobilisationsschub hält er während der gesamten Bewegung. Hat der Therapeut die für den Patienten richtige Mobilisationsrichtung und -intensität gewählt, kann dieser die zuvor eingeschränkte Bewegung schmerzfrei und/oder mit größerem schmerzfreien Bewegungsausmaß durchführen.

Eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung ist nach Mulligans Hypothese auf einen Positionsfehler beziehungsweise einen Gleit- oder Führungsfehler im Gelenk zurückzuführen. Dieser ist nicht palpierbar und nicht immer auf einem Röntgenbild darzustellen. Besteht während der Untersuchung des Patienten der Verdacht, dass ein Positionsfehler die schmerzhafte Bewegungseinschränkung verursacht, lässt der Therapeut den Gelenkpartner in verschiedene Richtungen gleiten. Findet er eine schmerzfreie Richtung, hält er diese und lässt den Patienten aktiv in die vormals eingeschränkte Richtung bewegen. Typisch für einen Positionsfehler ist, dass das Gleiten nur in eine Bewegungsrichtung erfolgreich ist. In eine andere Richtung bleibt der Schmerz bestehen oder verstärkt sich. Mulligans Positionsfehler-Hypothese untermauern inzwischen unter anderem Studien am distalen Tibiofibulargelenk und dem Daumensattelgelenk. Neben der Korrektur des Positionsfehlers dienen mittlerweile der positive Einfluss der MWMs auf neurophysiologischer und kortikaler Ebene als hauptsächliches Erklärungsmodell.

KURS-TERMINE

Das Mulligan-Konzept – Modul 1

Das erste Kursmodul widmet sich den oberen Extremitäten, der HWS und dem Kieferbereich.

Nächster Termin: 18.–20.02.2016, **FP: 27**

Ort: VPT-Akademie Fellbach

Gebühr: 370 € inklusive Buch

Anmeldung und Infos: www.vpt-bw.de

Das zweite Kursmodul thematisiert die unteren Extremitäten, die LWS und BWS. Zudem gibt es eine Fortbildung Mulligan im Sport sowie einen Mulligan-Refresher-Tag. Weitere Kurstermine und -orte im Service-Teil ab Seite 20.

VIDEO



Foto: S. Oldenburg

QR-Code scannen, dann kommen Sie zum Video der hier gezeigten Mobilisation mit Bewegung bei „Tennisellenbogen“.

„
„Endlich wird mal nicht die Biomechanik behandelt, sondern der Patient.“

Teilnehmer-Feedback

Hinter chronischen Schmerzen am lateralen Ellenbogen (Tennisellenbogen) stecken meist keine Entzündungen, sondern degenerative Veränderungen. Auch Funktionsstörungen im Bereich der HWS und der N. radialis sind mögliche Schmerzquellen. Als funktionelle Therapie bewirkt eine MWM, bei der das Ellenbogengelenk mobilisiert wird, dass das zuvor schmerzhafte Greifen schmerzfrei möglich ist.

Abb. 1 – ASTE: Der Therapeut steht seitlich von der Patientin, Knie leicht gebeugt. Er legt sich einen Behandlungsgurt über die der Patientin zugewandte Schulter und platziert den Gurt um den betroffenen Unterarm knapp unterhalb des Ellenbogengelenks. Mit einer Hand fixiert er den Oberarm der Patientin schmerzfrei von lateral – proximal des Epicondylus lateralis – auf der Bank und hält ihn in Innenrotation. Die andere Hand hält Kontakt zum Unterarm.

Abb. 2 – ESTE: Die Mobilisation erfolgt über die Kniestreckung des Therapeuten, wobei ein laterales Gleiten im Ellenbogengelenk entlang einer gedachten Linie durch die Epikondylen entsteht. Falls diese Zusatzbewegung schmerzfrei möglich ist, führt der Patient die schmerzprovozierende Aktivität – das Greifen – aus. Der Therapeut hält das laterale Gleiten im Ellenbogengelenk. Durch die Mobilisation soll der Patient die zuvor schmerzhafte Bewegung nun schmerzfrei durchführen können. Teilweise verbessert sich auch direkt das Bewegungsausmaß und/oder die Kraft.



Foto: Stefan Oldenburg

Foto: Stefan Oldenburg

Laut Mulligan sind MWMs nur dann indiziert, wenn sie schmerzfrei sind. Deshalb gilt die „Goldene Regel der Schmerzfreiheit“. Können die Techniken schmerzfrei angewandt werden, verbessern sich Beschwerden in der Regel sofort. Treten Schmerzen auf, ist die angewandte Technik für den Patienten nicht indiziert oder wurde fehlerhaft ausgeführt. Wie gut, dass der praktische Teil der Kurse mit 70 Prozent überwiegt. Alle Mulligan-Instruktoren (in Deutschland bisher nur drei) unterrichten nach einem international einheitlichen Curriculum mit hohem Qualitätsanspruch, das alle Standardtechniken beinhaltet. Im Theorie-Teil lernen die Therapeuten den Hintergrund der angewandten Technik, zum Beispiel mögliche Gründe, dass MWMs nicht erfolgreich sind. Das kann etwa am Nichtbeachten der Behandlungsebene liegen oder

darin, dass sie die Technik am falschen Segment (Wirbelsäule) ausführen, eine fehlerhafte Gleitrichtung, Dosierung oder Intensität anwenden oder dass der Symptomatik keine mechanische Ursache, sondern z.B. eine akute Entzündung zugrunde liegt.

Wichtig ist, dass die Kursteilnehmer zudem lernen, den Patienten aktiv in die Therapie einzubeziehen. Dafür erstellen sie ein individuelles Heimprogramm, das intensiv die Selbstwirksamkeit des Betroffenen fördert. Für Übungen zu Hause gelten die gleichen Prinzipien wie für die vom Therapeuten angewandten Techniken. Mulligan erwartet, dass der Patient 50 Prozent des Therapieerfolges zwischen den Behandlungseinheiten durch Selbsttherapie erzielt. Dem fühlen sich auch die Teilnehmer nach erfolgreichem Kursabschluss verpflichtet. ▶