

Mulligan

Bearbeitet von
Claus Beyerlein

1. Auflage 2009. Taschenbuch. XXVI, 132 S. Paperback

ISBN 978 3 13 149741 3

Format (B x L): 17 x 24 cm

Gewicht: 296 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Physiotherapie, Physikalische Therapie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

**beck-shop.de**
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

– passiv gehaltene Gleitbewegung im Gelenk (Zusatzbewegung) durch

Therapeut →

+

– aktive Bewegung in die eingeschränkte/schmerzhafte Bewegungsrichtung durch

Patient - ->

+

– Durchführung nur bei **Schmerzfreiheit**



Abb. 2.3 MWM am Beispiel des Schultergelenks.

einer dominant entzündlichen Reaktion würden die MWMs dagegen nicht den gewünschten Erfolg bringen.

2.2.2 Hypothese Positionsfehler

Wer „Heilt hat Recht“ ist ein oft verwendetes Sprichwort, wenn es darum geht, das Ergebnis einer Behandlung eines Patienten (Outcome) zu rechtfertigen. Können wir Physiotherapeuten uns mit dieser Aussage zufrieden geben? Ich denke: Nein! Es muss erlaubt sein, auch nach dem Warum zu fragen. Trotz zunehmender Zahl an wissenschaftlicher Evidenz gibt es nach wie vor nicht für jede Therapiemaßnahme eine Erklärung bzw. einen Beweis. Warum Mulligans Mobilisationstechniken wirken, wird von Wissenschaftlern weltweit kontrovers diskutiert. Mulligan führt eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung auf einen knöchernen Positionsfehler („Positional fault“) bzw. einen Gleit- oder Führungsfehler im Gelenk zurück. Dieser Positionsfehler ist nicht palpierbar oder in einem Röntgenbild darstellbar. Besteht während der Untersuchung der Verdacht, dass es sich bedingt durch den Schmerz um eine limitierte Beweglichkeit handelt, dann lässt die Therapeutin den distalen Gelenkpartner in verschiedene Richtungen gleiten. Findet sie eine schmerzfreie Richtung, hält sie diese, und der Patient bewegt in die vormals eingeschränkte Bewegungsrichtung. Typisch für einen Positionsfehler ist, dass das Gleiten in nur *eine* Bewegungsrichtung erfolgreich ist. In die andere Richtung bleibt der Schmerz bestehen bzw. verstärkt sich. Kritisch betrachtet ergeben sich bei der Annahme, dass es sich um einen Positionsfehler handelt, offene Fragen:

- Ist der Therapieerfolg, der durch einen Positionsfehler entstanden ist, auch langfristig nachweisbar?
- Wie ist zu erklären, dass sich trotz einer Verbesserung der Beweglichkeit und einer Schmerzlinderung, keine Veränderung des Positionsfehlers nachweisen lässt? (Vincenzino et al. 2007)

Zur Beantwortung dieser Fragen sind zukünftig qualitativ gute, randomisiert-kontrollierte Studien notwendig, um die den positiven Ergebnissen zugrunde liegenden Mechanismen zu erklären.

Das wohl populärste Beispiel zur Hypothese des Positionsfehlers beschreibt Mulligan in seinem Buch „*Manual Therapy – “NAGs“ “SNAGs“, “MWMs“* (2006). Es geht um die Behandlung des Inversionstraumas – einer Verletzung des oberen Sprunggelenks, die häufig bei Sportlern auftritt. Mulligan behauptet, dass es bei einer traumatischen, übermäßig großen Bewegung des Fußes in Inversion, zu einer Vorverlagerung der Fibula im distalen tibiofibularen Gelenk kommt. Bevor die lateralen Bandstrukturen betroffen sind, kommt es also zu einem Positionsfehler der Fibula nach ventral-kaudal im Verhältnis zur Tibia. Die Therapie der Wahl ist somit eine Korrektur des Positionsfehlers, in diesem Fall eine Mobilisation der Fibula nach dorsal-kranial. Laut Mulligan (2006) trifft deshalb die häufig gestellte Diagnose – Ruptur des lateralen Bandapparates – in vielen Fällen nicht zu. Seine Hypothese wird durch weitere Faktoren unterstützt:

- Durch fehlerhafte Behandlungen werden Patienten mit Inversionstrauma oft chronisch, bei hoher Rezidivrate.