

## 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

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://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.

Richtung der passiven Bewegung bei diesem Patienten angemessen sind.

### 3.3 Therapie

Diagnostik und Therapie sind im Mulligan-Konzept eng miteinander verbunden. Sie gehen quasi nahtlos ineinander über. Die folgenden Beispiele stellen die Bandbreite der möglichen Methoden und Techniken im Mulligan-Konzept dar. Die Methode Mobilisation mit Bewegung (MWM) für periphere Gelenke wurde bereits am Beispiel der Technik MWM der Fingergelenke beschrieben. Am häufigsten werden an der Wirbelsäule die Sustained Natural Apophyseal Glides (SNAGs) eingesetzt.

#### 3.3.1 SNAGs für die HWS-Rotation

Dieses Beispiel ist allgemein gehalten, da es sich um einen ganz typischen, täglich vorkommenden Fall handelt. Wenn sich ein Patient mit zervikalen Beschwerden vorstellt, ist die Bewegung oft schmerzhaft und vor allem in der HWS-Rotation eingeschränkt.



Abb. 3.7 Gleitbewegung: unilateraler SNAG C5/6 rechts.

Entsprechend der Prinzipien des Konzepts sucht die Therapeutin diejenige Gleitbewegung im Zygapophysalgelenk, die keine Schmerzen verursacht. Die Bewegungsrichtung ist ein Gleiten, parallel zu einer gedachten Linie, der sogenannten Behandlungsebene. Im Bereich der mittleren und unteren Halswirbelsäule geht die Gleitrichtung ungefähr in Richtung Auge des Patienten (Abb. 3.7).

Wenn das angenehmste Niveau gefunden ist, wird nur ein minimaler Druck angewendet, der es immer noch erlaubt, eine schmerzfreie Bewegung am Patienten durchzuführen. Es wird soviel Kraft wie nötig und so wenig wie möglich aufgebracht. (Prinzip der am geringsten erforderlichen Intensität der passiven Zusatzbewegung.)

Hier sei erwähnt, dass der meist ausreichende Druck weit unter dem Druck liegt, den man zur Korrektur eines Ststellungsfehlers erwarten würde. Manchmal ist es kaum mehr als der Hautkontakt, der eine erstaunliche Wirkung auf die Schmerzen haben kann und zu einer schmerzfreien Bewegung führt.

Anschließend bittet die Therapeutin den Patienten, den Kopf in die Richtung zu bewegen, die zuvor nicht möglich war. Die Bewegung sollte jetzt schmerzfrei sein und das komplette Bewegungsausmaß abdecken (solange die Therapeutin sich mit dem Patienten bewegt und sie den erforderlichen Druck aufrechterhält, während der Patient sich in die zuvor eingeschränkte Richtung oder auch zurück bewegt).

Der Patient kann einen passiven Überdruck auf die Schläfenregion (ein passiver, in die weitere aktive Bewegung gerichteter Druck auf den Kopf) ausüben, wenn dieser Druck schmerzfrei ist (Abb. 3.8).

Interessanterweise ist der Patient oft bereit, wesentlich weiter in die Bewegungsrichtung Druck auszuüben, als es der Behandler selbst gewagt hätte. Nach meiner Meinung liegt dies daran, dass der Patient die Bewegung selbst kontrolliert und somit keine Spannung gegen sich selbst entwickelt, sondern sich eher entspannt und die passive Bewegung geschehen lässt. Würde dies eine andere Person versuchen, baut der Patient automatisch eine Spannung auf, um sich zu schützen. Die erneute Untersuchung zeigt gewöhnlich eine deutliche Verbesserung des Bewegungsbereiches und eine spürbare Linderung der Schmerzen.

**Kontinuierliches Bewegen und Untersuchen führen zu einer maßgeschneiderten, effektiven Therapie.**



Abb. 3.8 SNAG C5/6 rechts plus linke Zervikalrotation plus Überdruck.

Wie viele Sitzungen für eine größtmögliche Schmerzreduzierung erforderlich sind, hängt von vielen Faktoren ab, z. B.:

- Gibt es in der Anamnese frühere bzw. wiederholte Verletzungen oder Beschwerden und Symptome, die eventuell zu bleibenden und irreversiblen Schädigungen geführt haben? Gab es für den Patienten seit Einsetzen der Symptomatik beschwerdefreie Phasen?
- Gibt es eine zugrunde liegende Pathologie für dieses oder andere medizinische Probleme, die die Geschwindigkeit und/oder den Grad der Genesung beeinflussen können (z. B. rheumatoide Arthritis, Arthrose, Durchblutungsstörungen, Diabetes, Medikamentenmissbrauch usw.)?
- Wie hat der Patient auf andere Behandlungen in der Vergangenheit angesprochen?
- Ist der Patient in der Lage, ein Heimprogramm erfolgreich durchzuführen, um die Verbesserungen aufrechtzuerhalten (Schmerzfreiheit, verbesserte Bewegung und Funktion)?
- Wie ist die Compliance des Patienten?

### 3.3.2 MWM mit Therapiegurt

Der Therapiegurt im Mulligan-Konzept kommt immer dann zum Einsatz, wenn er die Behandlung für den Therapeuten vereinfacht, oder wenn ein Patient sehr viele Wiederholungen benötigt. Er besteht aus einem ca. 5 cm breiten Gurt und einer Schnalle, die ein zügiges Anlegen ermöglicht. Man kann den Therapiegurt mit einem Koffergurt vergleichen, er ist jedoch länger und stärker. Der Gurt ersetzt in der Regel die Mobilisationshand, die ein parallel gerichtetes Gleiten zur Behandlungsrichtung ausführt. Besonders an großen Gelenken, wie bei einer Mobilisation mit Bewegung im Hüftgelenk oder einer Mobilisation im oberen Sprunggelenk, bei denen der mechanische Effekt im Vordergrund steht, kommt der Gurt sehr häufig zum Einsatz. Aber auch bei der klassischen Behandlung des Tennisellenbogens nach Mulligan (siehe Abb. 3.10) findet das laterale Gleiten des Unterarms mit Gurt statt. Ungünstig scheint die Mobilisation mit Gurt an kleineren Gelenken (Finger, Zehen etc.) zu sein, da man hier sehr spezifisch und punktuell greifen muss, und deutlich weniger Kraft benötigt, als an großen Gelenken. Einige Patienten empfinden den Gurt auf der Haut als unangenehm. Hier kann allerdings mit einem Therapieschwamm (siehe Abb. 3.2) oder einem Handtuch als Unterlage für Abhilfe gesorgt werden. Ein weiteres Einsatzgebiet für den Gurt stellen die Heimübungen im Mulligan-Konzept dar, und hierbei besonders die sogenannten Self-SNAGs, also Selbstübungen zur Verbesserung von schmerzhaft eingeschränkten Bewegungen in der Lendenwirbelsäule (Abb. 3.9).

#### **Fallbeispiel: lateraler Ellenbogenschmerz**

Die Technik MWM mit Therapiegurt für das Ellenbogengelenk wurde in der Literatur häufig beschrieben. Ihre Wirksamkeit als sehr erfolgreiche Behandlung bei Patienten mit lateralem Ellenbogenschmerz (Tennisellenbogen) ist belegt (Bisset et al. 2006, Kochar 2002, Vicenzino 2001, Paungmali 2003, 2004).

Eine 30-jährige Versicherungsmaklerin, Frau M., klagt über rezidivierende Schmerzen am lateralen Ellenbogen, die seit etwa 6 Monaten bestehen. Die Beschwerden traten erstmalig nach einer Woche mit täglich 12-stündiger Arbeit an einem neuen Laptop auf. Die Schmerzen wurden so stark, dass



Abb. 3.9 Self-SNAG mit Therapiegurt.

sie am Wochenende ihren Arm in einer Schlinge trug. Am Montag konnte sie wieder arbeiten. Die Schmerzen traten jedoch wieder auf – nicht nur bei der Computerarbeit, sondern auch bei anderen Tätigkeiten, die mit Greifbewegungen verbunden waren, wie etwa dem Aufschrauben eines Marmeladenglases, Wäsche auswringen oder Arbeiten mit einem Schraubenzieher. Jetzt in der Physiotherapie gibt Frau M. den Schmerzgrad auf einer Skala von 1–10 mit 5 an. Seit der ersten Episode war sie zu keiner Zeit völlig schmerzfrei.

Frau M. befindet sich in der Ausgangsstellung Rückenlage und der Therapeut steht auf ihrer betroffenen Seite. Er innenrotiert ihren Oberarm, sodass der laterale Kondylus des Ellenbogens zur Decke gerichtet ist.

Gleich distal des Gelenkspaltes wird ein Therapiegurt an Frau M's Unterarm angelegt. Die therapeutische Blickrichtung ist auf das Gesicht der Patientin gerichtet. Der Therapeut führt seinen lateralen Arm und seinen Kopf durch den Gurt. Der Gurt verläuft damit über seine patientennahe Schulter. Er zieht den Gurt an, sodass er über die Patientin gebeugt steht und der Therapiegurt wie ein Lot (oder wie



Abb. 3.10 Einsatz des Therapiegurtes bei Frau M. (lateraler Ellenbogenschmerz).

eine „Krawatte“) über dem betroffenen lateralen Ellenbogen hängt (Abb. 3.10).

Anschließend beugt der Therapeut seine Kniegelenke, wenn er sie wieder streckt, gleitet der Unterarm mithilfe des Gurtes in Bezug auf den Oberarm nach lateral. Dazu muss mit den Händen auf den Unterarm und den Humerus ein gleichstarker, entgegengesetzter Druck nach medial gegeben werden.

Solange das laterale Gleiten schmerzfrei bleibt, führt Frau M. mit ihrer Hand wiederholt Greifbewegungen aus, die normalerweise ihre Schmerzen auslösen. Die aktive Bewegung ist ebenfalls schmerzfrei, obwohl sie die Griffstärke deutlich steigert. Die mit dem Gurt aufgebrachte Kraft ist so groß wie nötig und so gering wie möglich. Die Bewegung wird so oft wiederholt, bis Frau M. während der Untersuchung schmerzfrei ist.

Meistens ist bei Patienten mit lateralem Ellenbogenschmerz ein Heimprogramm erforderlich, um die Verbesserung zu stabilisieren. Frau M. lehnt sich mit dem lateralen Oberarm des betroffenen Ellenbogens gegen den Türrahmen. Dann schiebt