

Voraussetzung | Aufbau und Inhalt

Kontakt



DAS MULLIGAN KONZEPT

Wen spricht das Mulligan-Konzept an?

Voraussetzung

- Eine abgeschlossene Physiotherapieausbildung oder ein Studium in Humanmedizin
- Masseur/med. Bademeister (mit abgeschlossener Zertifikatsausbildung in Manueller Therapie)
- Grundkenntnisse in Manueller Therapie sind von Vorteil, aber nicht Bedingung

Aufbau

Grundkurs AB (3 Tage)

- Die Basisprinzipien des Mulligan-Konzepts (MWMs, NAGs und SNAGs)
- Tape-Techniken
- Heimprogramme

Aufbaukurs C (3 Tage)

- Wiederholung und Ergänzung der Basisprinzipien
- Neurale Techniken, wie Spinal Mobilisation with Leg Movement (SMWLM)
- Kompressionstechniken, wie Pain Release Phenomenon (PRP)
- ISG, Kiefer

Prüfung (1 Tag)

Certified Mulligan Practitioner (CMP)

- Theorie: Multiple-Choice-Fragen zum Verständnis des Theoriemodells
- Praxis: Demonstration von Techniken

Informationen über das Mulligan-Konzept, Kurs-terminen und -orte, CMP-Prüfungen, Adressen der Instruktoren & vieles mehr unter

www.mulligan-concept.de
www.bmulligan.com

funktionsorientiert
evidenzbasiert
schmerzfrei
kreativ



... eine manualtherapeutische Fortbildung für junge Physiotherapeuten, Wiedereinsteiger und erfahrene Kliniker, die ihr Praxisrepertoire kreativ und unkompliziert ergänzen möchten

Therapeuten, die eine Fortbildung suchen, ...

- die Spaß macht und die Kreativität des Therapeuten fördert
- die "Up to date" ist
- die sich am Beschwerdebild des Patienten orientiert
- die sie bereits nach drei Tagen Grundkurs in die Praxis umsetzen können
- die zeitlich überschaubar und bezahlbar ist
- die Einsteigern konkrete Griffe zeigt
- die erfahrenen Klinikern neue Alternativen bietet
- die evidenzbasiert ist – um die klinische Forschung zu unterstützen fließt ein Teil der Kurseinnahmen in den Forschungs-Fonds der Instruktorenvereinigung MCTA (Mulligan Concept Teachers Association)

Patienten mit schmerzhaft eingeschränkten Bewegungen, ...

- die eine schmerzfreie Therapie wünschen
- die rasch wieder mehr Bewegung erzielen möchten
- die ihrer persönlichen Situation angepasst behandelt werden möchten
- die Lust haben, selbst an ihrer Genesung mitzuwirken
- die fundierte Therapie-Ansätze bevorzugen

Entdeckung | Hintergrund | Entwicklung

In den frühen 80er Jahren machte der neuseeländische Physiotherapeut und Manualtherapeut Brian Mulligan während der Behandlung eines verletzten Sportlers eine überraschende Entdeckung. Der Finger des Patienten war geschwollen, schmerzhaft und kaum beweglich. Da gängige Traktions- und Mobilisationsbehandlungen sowie Ultraschall und Eis erfolglos geblieben waren, begann Brian Mulligan zu experimentieren: „Während der verletzte Sportler seinen Finger aktiv bewegte, hielt ich eine laterale Translationsbewegung im Interphalangealgelenk – es war sofort schmerzfrei beweglich.“ Mulligan erklärte sich die überraschende Wirkung so: „Durch die Verletzung muss im Fingergelenk ein kleiner Positionsfehler entstanden sein, der sich durch die Kombination aus passiver Mobilisation und aktiver Bewegung scheinbar wieder beheben ließ.“

Mobilisationstechniken aus der Manuellen Therapie lassen sich demnach wirksam mit aktiven Bewegungen kombinieren: „**Mobilisation With Movement**“ (MWM). Aus Mulligan's Entdeckung ist inzwischen ein therapeutisches Konzept geworden, dessen Erfolge für Patienten unmittelbar spürbar sind und sich zudem wissenschaftlich nachweisen lassen.



Therapiebeispiele anhand klinischer Studien

- **Zervikogener Schwindel:** In einer Studie stellten sich Forscher die Frage, welchen Einfluss die Behandlung mit einem SNAG an der oberen Halswirbelsäule auf Patienten mit zervikogenem Schwindel hat. 34 Patienten wurden auf zwei Gruppen verteilt. Die eine Gruppe erhielt vier bis sechs Mulligan-Behandlungen, die andere Gruppe erhielt vier bis sechs Placebo-Behandlungen mit Laser, der nicht eingeschaltet war. Die Ergebnisse zeigten für die SNAG-Gruppe eine signifikante Verbesserung: Weniger und seltener Schwindel, weniger zervikale Schmerzen sowie eine Verbesserung der Beweglichkeit – auch nach 12 Wochen noch wirksam. (Reid et al, 2008)

- **Frozen Shoulder:** Forscher aus Taiwan verglichen 2007 drei verschiedene Mobilisationstechniken. Die endgradige Mobilisation (ERM), die „mid-range“ Mobilisation (MRM), sowie die Mobilisation mit Bewegung (MWM) aus dem Mulligan-Konzept. Die Resultate zeigten, dass sich alle 28 Patienten über den Untersuchungszeitraum von 12 Wochen verbesserten. Allerdings waren lediglich die Verbesserungen bei der endgradigen Mobilisation und bei der Mulligan-Technik statistisch signifikant. Zusätzlich korrigierten die MWMs den skapulo-humeralen Rhythmus signifikant besser als die endgradige Mobilisation. (Yang et al, 2007)

- **Inversionstrauma am oberen Sprunggelenk:** 2006 und 2008 konnten amerikanische Forscher Mulligan's Hypothese eines „Positionsfehlers“ erstmalig durch Studien untermauern. Sie fanden heraus, dass die Fibula bei Probanden mit subakuten Traumen und chronischen Instabilitäten des oberen Sprunggelenkes nach anterior verlagert ist – im Vergleich zur Fibula gesunder Probanden. Konsequenz für eine erfolgreiche Therapie: die Mobilisation (MWM) der Fibula nach posterior. (Hubbard et al, 2006 und 2008)

- **Tennisellenbogen:** 2006 verglichen Forscher den Therapieerfolg bei Mobilisation mit Bewegung (MWM) samt Übungen mit dem Therapieerfolg bei einer corticosteroiden Injektion. In den ersten sechs Wochen ging es den Probanden, die eine corticosteroide Injektion bekamen, besser als den physiotherapeutisch behandelten. Doch langfristig schnitten die Patienten mit Physiotherapie deutlich besser ab. (Bisset et al, 2006)

- **Unspezifische Rückenschmerzen:** 2002 untersuchte ein deutscher Mulligan-Instruktor mit anderen Studenten der Curtin-University die Wirksamkeit der Straight-Leg-Raise-Traktionstechnik aus dem Mulligan-Konzept. Die Forscher konnten zeigen, dass sich bei Patienten mit Schmerzen im unteren Rücken und im Oberschenkel das schmerzfreie Bewegungsausmaß beim Straight-Leg-Raise (SLR) um durchschnittlich 10,6 Grad verbessern ließ. (Beyerlein et al, 2002)