



President of the FIMM

Dr. med. W. von Heymann – e-mail: hey mann@cosit.de
D-28205 Bremen • Auf dem Peterswerder 28 • Germany • Phone: ++40 421 441035 • Fax: ++49 421 4987159

Bundesärztekammer
Arbeitskreis „Wissenschaftlich Bewertung osteopathischer Verfahren“
Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. N. Haas
z. H. Herrn Dr. Bäsler
Dezernat 6
PF 120864
10598 Berlin

Betrifft: Fragebogen zur Osteopathie

Sehr geehrter Herr Prof. Haas,
sehr geehrte Damen und Herren,
Sie finden im Folgenden die Beantwortung der von Ihnen gestellten Fragen zur wissenschaftlichen Bewertung osteopathischer Verfahren aus Sicht der MWE (Ärztegesellschaft für Manuelle Wirbelsäulen- und Extremitätentherapie).
Die Antworten stellen einen Konsens des Vorstands und der mit osteopathischen Techniken befassten manualmedizinischen Lehrer der MWE dar und stehen im Einklang mit der von der MWE unterstützten Deutsch-Amerikanischen Akademie für Osteopathie (DAAO).

Wegen Verhinderung des von Ihnen angeschriebenen 1. Vorsitzenden der MWE, Dr. Michael Frey, habe ich als Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes der MWE sowie derzeitiger Präsident der Internationalen Ärzteföderation für Manuelle Medizin (FIMM) die Beantwortung übernommen.

Der Vorstand der DGMM/MWE begrüßt und unterstützt die Initiative der BÄK zur Klärung der Stellung der so genannten „Osteopathie“ in Deutschland.

Für Rückfragen oder eine persönliche Anhörung stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Dr. Wolfgang von Heymann

I Definition

Frage 1:

Begriffen wie „Osteopathie“, „osteopathische Medizin“, „osteopathische Behandlung“ fehlt eine klare, weltweit akzeptierte Definition.“

Stimmen Sie dieser Aussage zu?

Dieser Aussage wird im Wesentlichen zugestimmt.

Der Begriff „Osteopathie“ stammt aus Nordamerika, wo in den 2. Hälfte des vorletzten Jahrhunderts durch den Allgemeinarzt Dr. Andrew Taylor Still eine Methode der konservativen Behandlung von Störungen im menschlichen Organismus entwickelt wurde, die 1892 mit der Anerkennung einer Universitätsausbildung mit dem Diplom eines „Doctor of Osteopathy“ (D.O.) legal gleichgestellt dem M.D. anerkannt wurde.

Nach US-amerikanischem Recht sind die heute in den USA praktizierenden 54.000 D.O.-Ärzte also „Ärzte“ in dem Sinne, wie sie in Deutschland nach deutschem Recht definiert sind. Innerhalb der USA ist der Begriff der Osteopathie ausschließlich auf diese heute an 25 Universitäten (mit 3 Dependancen) ausgebildeten D.O.-Ärzte beschränkt, es handelt sich somit um einen in den USA klar definierten und rechtlich eingegrenzten Begriff. Diese 28 Universitäten (zusammengeschlossen im Dachverband AACOM „American Association of Colleges of Osteopathic Medicine“) „produzierten“ jährlich im Durchschnitt bisher 3100 osteopathische Ärzte (D.O.). Die aktuellen Studentenzahlen sind jedoch gestiegen, so dass in einigen Jahren mehr als 5000 pro Jahr das Studium beenden werden¹. Sich ohne den entsprechenden Universitätsabschluss in den USA mit dem Begriff „Osteopathie“ zu schmücken, entspräche also, sich als deutscher Heilpraktiker „Arzt“ zu nennen.

Insofern entspricht der Ablauf des universitären Studium an einer US-amerikanischen osteopathischen Universität^{2,3,4} in Anzahl der Stunden und Jahre, wie bezogen auf die Inhalte der Krankheitslehre (Pathologie), der Anatomie, wie auch der Neurophysiologie im Wesentlichen dem Inhalt der nicht-osteopathischen amerikanischen M.D.-Fakultäten; zusätzlich erfolgt eine Ausbildung in „osteopathic manipulative medicine“, welche in den ersten beiden Jahren ca. 300 Stunden an Vorlesungen und Palpationskursen umfasst, in den folgenden Jahren ständig praktische Kurse, Patientenvorstellungen und überwachte Anwendungen. Für die Anmeldung zum Examen müssen mehrere Hundert vollständig erarbeitete (Anamnese, manuelle Befunderhebung, technische Diagnostik und Epikrise) Patientendokumentationen vorgelegt werden. Die Examina werden landesweit einheitlich und schriftlich abgehalten. Für die postgraduierte Facharztweiterbildung werden für Allgemeinmediziner und die den hiesigen konservativen Orthopäden vergleichbaren Ärzte für „Neuromuskuloskelettale Medizin“ 2 Jahre Weiterbildung ganztags in einer zugelassenen Weiterbildungsklinik verlangt. Zum Erhalt der Anerkennung und Zulassung sind jeweils 120 Stunden Fach-Fortbildung innerhalb von drei Jahren nachzuweisen. D.O.-Ärzte arbeiten in den USA und in Kanada in allen Bereichen des gesamten Gesundheitswesens, auch als Pathologen, Radiologen usw. Die größte Gruppe betätigt sich allerdings in der Familienmedizin und beim Militär. Für die Situation in Nordamerika, speziell für die USA, ist die „Osteopathie“ heute inhaltlich und juristisch klar definiert. Nicht-Ärzte haben demnach kein Recht, Osteopathie anzubieten.

Außerhalb von Nordamerika existieren leider keinerlei exakte Vorgaben für die Verwendung des Begriffes „Osteopathie“ und aller davon abgeleiteten Titel. In Frankreich werden „Osteopathen“ als Teilnehmer im Gesundheitswesen anerkannt⁷, sie sind aber

keine „Ärzte“. Auch in Großbritannien und Belgien gibt es „Osteopathen“, die jedoch in ihrer Rechtsstellung den deutschen Ärzten nicht gleichgestellt sind. In Deutschland kann sich – wie Sie wissen – jeder mit beliebigen Vorkenntnissen und ohne jede höhere Bildung „Osteopath“ nennen, was insbesondere bei den Patienten zu erheblichen Verwirrungen führt. Auch für die Leistungsträger im deutschen Gesundheitssystem wäre eine Regulierung über qualitätsgesicherte Standards wünschenswert.

Auch wenn es in Europa Bestrebungen gibt, gewisse Standards zu setzen (z. B. durch das „European Register of Osteopathic Physicians“ – EROP), so ist die hiesige Situation keinesfalls klar definiert.

Frage 2:

Sehen Sie ein Problem darin, dass die Begriffe „manuelle Medizin“, „Manualtherapie“, „Osteopathie“ und „Chiropraktik“ oft synonym gebraucht werden?

Dies ist in der Tat ein großes Problem.

Manuelle Medizin und **Chirotherapie** sind gesetzlich definierte Begriffe aus der ärztlichen Weiterbildung und beschreiben eine Zusatz-Weiterbildung (früher: Zusatzbezeichnung). Hierfür bestehen klare gesetzliche Regelungen und Vorgaben in den Heilberufegesetzen der Länder.

Manuelle Therapie ist eine Zusatzausbildung für staatlich examinierte Physiotherapeuten und – inzwischen durch Gerichtsverfahren erstritten – einige Masseur. Auch dieser Begriff unterliegt klaren Regulierungen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen, hier vertreten durch die IKK.

Osteopathie ist ein derzeit in Deutschland unregelter Begriff, wie bereits ausgeführt.

Chiropraktik stammt ebenfalls aus den USA, wo sich eine Gruppierung medizinischer Laien aufbauend auf dem ehemaligen Gemischtwarenhändler David D. Palmer und seinem ebenfalls autodidakt wirkenden Sohn Benjamin J. Palmer gebildet hat, die ohne ärztliche Diagnostik Handgrifftechniken zur Behandlung von Funktionsstörungen an den Haltungs- und Bewegungsorganen anbieten. Deren Vorstellung der Krankheitslehre basiert auf der Annahme, dass alle Erkrankungen grundsätzlich auf einer Gelenkfunktionsstörung beruhen, welche mit der Hand und der „spirituellen Energie“ des Chiropraktors zu heilen sei⁵. Die Anerkennung im US-amerikanischen Gesundheitssystem variiert, in einigen Bundesstaaten sind „Chiropractors“ legal nicht zugelassen. In Deutschland wird der Begriff hauptsächlich von mit Handgrifftechniken arbeitenden Heilpraktikern verwendet. Eine Regulierung diesbezüglich existiert nicht. Nicht-ärztliche Chiropraktoren verwenden in Deutschland üblicherweise den Titel „D.C.“, was von dem in den USA vergebenen „Diploma of Chiropractic“ abgeleitet wird. Von vielen deutschen Patienten wird das „D“ dabei mit einem Dokortitel verwechselt, was aber von den Heilpraktikern durchaus erwünscht scheint.

Die hier genannten Differenzierungen der Begriffe ist der Allgemeinheit wenig bis nicht bekannt. Eine deutlichere Regulierung wäre insofern wünschenswert.

Frage 3:

Warum ist eine inhaltlich-konzeptionelle Differenzierung der Begriffe Osteopathie und Manuelle Medizin bisher nicht ohne weiteres möglich?

In erster Linie haben beide Begriffe historisch gemeinsame Wurzeln – zur Heilung gedachte Handgrifftechniken sind durchaus aus Mesopotamien, dem alten China, bzw. aus Indien über einen Zeitraum von 5000 Jahren bekannt⁵, auch wenn sie nicht immer nur von Ärzten ausgeübt wurden, sondern aus der empirischen Volksmedizin stammen. Auch Hippokrates hat sich dieser Techniken in Kos bedient und sie gelehrt, ebenso sein

mentaler Schüler Galen später in Rom. Der manuelle Behandlungstechniken enthaltende Medizin-Kanon des im Mittelmeerraum wirkenden persischen Arztes Abu Ibn Sinna (genannt Avicenna) ist der Grundstock der sog. abendländischen Medizin⁶. Warum der amerikanische Arzt Still seine Methode dann „Osteopathie“ genannt hat, ist leider unklar und nicht mehr zu eruieren. In einem Europa, in dem die ärztlichen Manuelle Medizin im letzten Jahrhundert sehr schwach vertreten war, sind die osteopathischen Techniken spätestens nach dem Ende des 2. Weltkrieges verstärkt von amerikanischen D.O.- Ärzten wieder nach Europa gekommen. Viele betrachten daher die ärztliche Manualmedizin in ihrer technischen Anwendung als ein Ergebnis der US-amerikanischen osteopathischen Universitätslehre. Natürlich haben sich im Laufe der Jahre durch sehr aktive und forschende Lehrer in Europa Entwicklungen ergeben, die von den amerikanischen Osteopathen abweichen. Besonders zu nennen wären hier Robert Maigne in Frankreich, der die Schulen auch in Spanien, Portugal und Italien bestimmt hat, Karl Lewit in der Tschechei, der die Schulen im gesamten slawischen Raum und in der DDR bestimmt hat, sowie die deutschen Schulgründer Gottfried Gutmann und Hans-Dieter Wolff für die Schule Hamm- Boppard und Karl Sell für die MWE in Isny⁵.

Eine gewisse inhaltlich-konzeptionelle Abgrenzung hat sich allerdings daraus ergeben, dass das osteopathische Konzept umfassender Selbstheilungskräfte des Körpers, welches auch die viszerale Organe und den sog. primären Rhythmus der Schädel-Kreuzbein-System einbezieht, von den europäischen Schulen nicht umstandslos übernommen werden kann, solange die anatomischen und neurophysiologischen Grundlagen dieses Konzepts nicht geklärt und belegt sind. Für den sog. kraniosakralen Rhythmus wäre auf meinen Artikel zu diesem Thema zu verweisen⁸.

Während in manchen Bereichen der amerikanischen Osteopathie noch überlieferte Reste einer nicht wissenschaftlich begründeten Interpretation von empirischen Beobachtungen zu erkennen sind, haben sich die meisten europäischen – und damit auch deutschen – Manualmediziner heute völlig auf die Ebene anatomischer und neurophysiologischer Grundlagenforschung begeben, um ihre Konzepte nach dem heutigen wissenschaftlichen Verständnis zu erklären^{9,10}.

Da die Medizin insgesamt eher eine Erfahrungswissenschaft ist und keine naturwissenschaftliche Grundlagenlehre (wie Mathematik oder Physik), bestehen auch in der Manuellen Medizin heute noch empirische Phänomene, an deren voller Aufklärung noch gearbeitet werden muss.

Frage 4:

Verschiedene Verbände (wie die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation e.V., der Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V., die Gesellschaft für Manuelle Wirbelsäulen- und Extremitätenbehandlung (MWE), die Schweizer Gesellschaft für Manuelle Medizin, das Europäische Forum für Manuelle Medizin (EFOMM) und die Ärztevereinigung für Manuelle Medizin – Ärzteseminar Berlin (ÄMM) e.V.) betrachten die Osteopathie heute als Bestandteil und Erweiterung der Manuellen Medizin. Stimmen Sie dieser Auffassung zu?

Dieser Aussage kann zugestimmt werden.

Das Kursbuch „Manuelle Medizin“ der Bundesärztekammer, welches zusammen mit der DGMM für die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung erstellt wurde, enthält explizit die Verpflichtung zur Vermittlung auch osteopathischer Techniken. Dabei geht die DGMM/MWE keineswegs von einem Verständnis einer eigenständigen „osteopathischen Medizin“ abgelöst und isoliert vom allgemeinen naturwissenschaftlich orientierten Verständnis aus, sondern verwendet und lehrt osteopathische Techniken,

sofern sie sich im praktischen Alltag als **sicher, wirksam** und **lehrbar** erwiesen haben. Die Durchführung weiterer Studien gegenüber Placebo-Behandlungen ist hier jedoch in mancherlei Hinsicht dringend erforderlich und zum Teil in Arbeit. Manches bewegt sich tatsächlich noch auf der Ebene einer empirischen, internen Evidenz.

„Philosophische“ Aspekte der amerikanischen Osteopathie werden dort so definiert¹¹:

- Der menschliche Körper ist eine dynamische Funktionseinheit,
- Der Körper selbst- regulierende Mechanismen, die in sich selbst- heilend wirken,
- Struktur und Funktion sind auf allen Ebenen miteinander verbunden,
- Jede rationale Therapie basiert auf diesen Prinzipien.

Unabhängig von dieser „ganzheitlichen“ Sichtweise sind die heute in den USA gelehrt osteopathischen Techniken unter der Vorgabe der Kenntnis von funktioneller Anatomie und Neurophysiologie gleich sicher, wie die der deutschen Manuellen Medizin. Der Atlas des Ordinarius für Osteopathische Manipulative Medizin des Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Prof. Alexander Nicholas¹², könnte als Grundlage jedes deutschen Seminars für Manuelle Medizin in voller Übereinstimmung mit dem o.g. Kursbuch der BÄK verwendet werden.

Auf die historischen Grundlagen dieser Bezüge wurde bereits verwiesen.

Eine ärztliche Weiterbildung in osteopathischen Techniken neben der Weiterbildung „Manuelle Medizin“ ist unsinnig und überflüssig; über die Basis-Weiterbildung Manuelle Medizin hinaus können osteopathische Techniken in den obligaten Fortbildungen vermittelt werden, was bereits geschieht.

Frage 5:

Einige osteopathische Schulen, wie z. B. die US amerikanische "American Association of Osteopathy" (AAO), gehen von einer eigenständigen und von der naturwissenschaftlich basierten westlichen Medizin zu unterscheidenden osteopathischen Medizin basierend auf einer spezifischen "osteopathic philosophy, science and art" aus.

Wie ist Ihre Meinung zu dieser Aussage?

Die AOA, die American Osteopathic Association, ist eine Art Berufsverband aller osteopathischen Ärzte.

Demgegenüber ist die AAO, die American Academy for Osteopathy, eine Art wissenschaftliche Fachgesellschaft, nämlich der Zusammenschluss der wissenschaftlich arbeitenden Lehrer der Colleges sowie der wissenschaftlich arbeitenden „D.O.- Fachärzte für Neuromuskuloskeletale Medizin (NMM-specialists)“, vergleichbar etwa den konservativ arbeitenden Orthopäden in Deutschland. Die AAO ist das US-amerikanische Mitglied in der internationalen Ärzteföderation für Manuelle Medizin FIMM. Sie ist natürlich auch Mitglied in der AOA.

Wie bereits unter Frage 4 ausgeführt, lässt sich die sog. Philosophie der AOA aus den Publikationen so beschreiben¹¹:

- Der menschliche Körper ist eine dynamische Funktionseinheit,
- Der Körper selbst- regulierende Mechanismen, die in sich selbst- heilend wirken,
- Struktur und Funktion sind auf allen Ebenen miteinander verbunden,
- Jede rationale Therapie basiert auf diesen Prinzipien.

Innerhalb der Osteopathischen Medizin wird im Wesentlichen (Ausnahmen: kraniosakrale Techniken, viszerale Techniken) nicht von einer abweichenden Anatomie oder Neurophysiologie ausgegangen, auch die gelehrt Techniken in Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie, HNO- und Augenheilkunde weichen nicht von unseren europäischen Standards ab, außer dass sie stets auch immer einen funktionellen

Zusammenhang herzustellen versuchen. Der philosophische Aspekt besteht darin, nicht isoliert das schmerzhafte L4/L5 Segment zu sehen, welches die Arbeitsunfähigkeit verursacht, dieses mit einer Manipulation und/oder mit NSAR zu dämpfen und evidenzbasiert die kürzeste AU- Zeit zu ermitteln, sondern dieser Aspekt stellt sich so dar, dass der Patient in seinem Familien- und Arbeitsumfeld gesehen, quasi psychosomatisch abgeholt werden soll, um dann seine Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Dabei werden dann durchaus auch Manipulationen L4/L5 vorgenommen.

Nun mag man argumentieren, dass auch die deutsche Universität Psychosomatik anerkennt, dass dies in allen Gebieten der Weiterbildung vorgeschrieben implementiert wird und der deutsche Arzt nicht nur mit bornierten Scheuklappen herumläuft – worin also besteht dann der Unterschied zur osteopathischen Philosophie? In der Tat – aus unserer europäischen Sicht gibt es keine Notwendigkeit, zwischen einer allopathischen und einer osteopathischen Philosophie zu unterscheiden.

Der einzig wirklich einleuchtende Grund für diese Betonung eines scheinbaren Unterschieds ist ein wirtschaftlicher: amerikanische Medizin-Universitäten – für das M.D.- wie für das D.O.- Studium – finanzieren sich über Studiengebühren (die erschreckend hoch sind: 35.000 bis 55.000\$ pro Studienjahr, ohne Lehrmaterial, Bücher, Unterkunft und Verpflegung). Dies erfordert Marketing, Werbestrategien etc. zur Anwerbung von Studenten. In diesem Konzert von Werbemaßnahmen positionieren sich die osteopathischen Colleges als etwas „spezielles“, indem sie eine ganzheitliche, eben osteopathische Heilungssicht für den Patienten propagieren. Unter anderen ökonomischen Bedingungen würde diese Debatte ganz anders oder gar nicht erfolgen.

II Wirksamkeit und Sicherheit osteopathischer Verfahren

Frage 6:

Allgemeine Beurteilung der Wirksamkeit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

Von der Kommission in Auftrag gegebene Gutachten kamen zu dem Schluss, dass für einige Bereiche der osteopathischen Diagnostik und Therapie (Techniken) bereits eine relevante Zahl wissenschaftlicher Arbeiten vorliegt. Dies betrifft insbesondere die Aspekte der Osteopathie, welche weitgehend in die Manuelle Medizin eingeflossen sind. Laut Aussage der Gutachten kamen verschiedene Studien und Meta-Analysen zum Ergebnis, dass osteopathische Behandlungen bei einer Reihe unterschiedlicher Gesundheitsstörungen/Erkrankungen wirksam sein können. Es wurde darauf hingewiesen, dass offensichtlich ein wesentlicher Teil der Literatur nicht in Medline gelistet ist. In den letzten Jahren sei jedoch eine deutliche Intensivierung der klinischen Forschung nach allgemein üblichen Standards zu verzeichnen, sowie eine relevante Anzahl größerer RCTs zur osteopathischen Behandlung sei aktuell in der Durchführung (clinical trials register).

Stimmen Sie mit dieser Beurteilung der Gutachter überein?

Falls nein, wieso nicht?

Dieser Auffassung kann zugestimmt werden.

Für die Studien aus dem Bereich der sog. parietalen Osteopathie, also dem Bereich, der im Wesentlichen deckungsgleich ist mit der Manuellen Medizin, gilt mit geringen Ausnahmen das Gleiche, wie für die Manuelle Medizin in Deutschland speziell, wie aber auch für viele Bereiche der konservativen oder sogar der operativen Medizin überhaupt: es gibt zu wenig korrekt durchgeführte, zuverlässige, kontrollierte Studien, zu wenig placebo- kontrollierte RCTs, zu wenig Dosis-Findungsstudien (wie viele „Manipulationen“ sind notwendig?) etc. Die von Alf Nachemson¹³ im Jahr 2000 herausgegebenen Metaanalysen in der Nachfolge der Quebec Task Force geben ein ebenso deprimierendes Bild wie die neueren EU-Studien zum Lenden- Kreuzschmerz¹⁴.

Insofern bewegen sich die osteopathischen Studienergebnisse auf dem gleichen Niveau wie Studien in vergleichbaren, nicht- osteopathischen Bereichen.

Das Journal der AOA („J Am Osteopath Assoc“, oder „JAOA“) ist in medline/pubmed gelistet, die deutsche Zeitschrift der DGMM, „Manuelle Medizin“, leider noch nicht.

Sog. Diplomarbeiten europäischer Anbieter osteopathischer Ausbildungen sind in diesem Rahmen nicht vergleichbar und genügen wissenschaftlichen Anforderungen nur in seltenen Ausnahmen. Wenn sie allerdings gut sind, kann dabei auch noch ein für die Osteopathie sehr negatives Ergebnis herauskommen¹⁵.

Frage 7:

Beurteilung der Wirksamkeit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei verschiedenen Indikationen

Die beiden Gutachten fanden, dass einigermaßen zuverlässige Aussagen zur Wirksamkeit/Effektivität osteopathischer Behandlungen nur bei wenigen Erkrankungsbildern vorliegen (im wesentlichen bei chronisch idiopathischen Schmerzsyndromen der Wirbelsäule), einzelne RCTs aber auch auf positive Effekte außerhalb des Bereichs muskuloskelettaler Störungen, vor allem im viszeralen Bereich hindeuten. Es handelt sich dabei typischerweise um Störungen, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass keine primär irreversiblen Strukturveränderungen vorliegen wie etwa die Funktionsfähigkeit älterer Menschen⁵, Fibromyalgie⁶, rezidivierende Otitis media⁷, jugendliches Asthma⁸ oder Drei-Monats-Koliken⁹

- 5 Knebl JA, Shores JH, Gamber RG, Gray WT, Herron KM. Improving functional ability in the elderly via the Spencer technique, an osteopathic manipulative treatment: a randomized, controlled trial. J Am Osteopath As-soc. 2002;102:387-96.
- 6 Gamber RG, Shores JH, Russo DP, Jimenez C, Rubin BR. Osteopathic manipulative treatment in conjunction with medication relieves pain associated with fibromyalgia syndrome: results of a randomized clinical pilot pro-ject. J Am Osteopath Assoc. 2002;102:321-5
- 7 Mills MV, Henley CE, Barnes LL, Carreiro JE, Degenhardt BF. The use of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in children with recurrent acute otitis media. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157:861-6.
- 8 Guiney PA, Chou R, Vianna A, Lovenheim J. Effects of osteopathic manipulative treatment on pediatric patients with asthma: a randomized controlled trial. J Am Osteopath Assoc. 2005;105: 7-12
- 9 Hayden C, Mullinger B. A preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2006;12:83–90

Stimmen Sie dieser Beurteilung der Gutachter zu?

Falls nein, wieso nicht?

Der Beurteilung der Gutachter wird zugestimmt.

Wie die Manuelle Medizin, so befasst sich die parietale Osteopathie in erster Linie mit reversiblen Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane. Dies entspricht der Definition der Manuellen Medizin, wie sie auch die FIMM in ihrem „Leitbild“ darstellt¹⁶.

Frage 8:

Beurteilung der Wirksamkeit drei osteopathie-relevanten Bereiche parietal, viszeral und craniosacral im Vergleich

Unter Berücksichtigung der Schwierigkeit der Differenzierung der drei osteopathie-relevanten Bereiche parietal, viszeral und craniosacral wird klar, dass für die Bereiche der viszeralen Osteopathie deutlich weniger wissenschaftliche Grundlagen vorhanden sind und für den Bereich der craniosacralen Osteopathie fast vollständig fehlen. Studien über die Wirksamkeit der Cranio-Sacral-Therapie weisen methodische Mängel auf, die Wirkweise bleibt spekulativ. Auch die durch bildgebende Verfahren im Mikrobereich festgestellte Bewegung der Schädelnähte, eines der aktuellen Erklärungsmodelle, ist so gering, dass der menschliche

Tastsinn sie nicht mehr wahrnehmen kann^{1,2,3.} und wird auch durch neuere Arbeiten von Praktikern selbst grundsätzlich in Frage gestellt⁴

- 1 Green C et al. „A systematic review of craniosacral therapy: biological plausibility, assessment reliability and clinical effectiveness“. Complement Ther Med. 1999 Dec;7(4):201-7;
- 2 Rogers JS et al. „Simultaneous palpation of the craniosacral rate at the head and feet: intrarater and interrater reliability and rate comparisons“. Phys Ther. 1998 Nov;78(11):1175-85;
- 3 Moran RW et al. „Intraexaminer and interexaminer reliability for palpation of the cranial rhythmic impulse at the head and sacrum“. J Manipulative Physiol Ther. 2001 Mar-Apr;24(3):183-90
- 4 Schalkhaußer A. Schließung und Mobilität der Synchronosis sphenobasilaris. Diplomarbeit COE 2000 [erhältlich über www.osteopathie-akademie.de].

Stimmen Sie diesen Aussagen zu?

Falls nein, wieso nicht?

Den Aussagen der Gutachter wird voll zugestimmt.

Insbesondere zur „Kraniosakralen“ Osteopathie hat der Unterzeichner selbst eine sehr kritische Zusammenstellung verfasst⁸.

Es mag hier als Anekdote angefügt werden, dass Herr Upledger, welcher ein Schüler des Erstbeschreibers des sog. kraniosakralen Rhythmus Sutherland¹⁷ war, sich diese Methode hat patentieren und mit einem Copyright versehen lassen, weshalb die nicht an ihn Gebühren zahlenden D.O.- Ärzte nunmehr von „Osteopathy in the cranial field – Osteopathie auf kraniellem Feld“ sprechen müssen. Man hat ihn deshalb aus der AAO ausgeschlossen. Seine Gruppierung ist heute in den USA sehr klein und in der „Gemeinde“ der Osteopathen (AOA) praktisch nicht mehr existent (persönliche Mitteilung: Prof. A. Nicholas, PCOM/AAO). Wahrscheinlich sind sie deshalb in Europa dermaßen aktiv¹⁸.

Die viszerale Osteopathie, die neben dem amerikanischen D.O. Chapman („neurolympatische Punkte“) von den Franzosen Jarricot („Dermalgie-Reflexe“) und der Gruppe Barral/Mercier vorgestellt wurde, bewegt sich ähnlich wie die kraniosakrale Osteopathie in erster Linie auf der Spekulation. Sie ist in Deutschland sehr bei Heilpraktikern verbreitet. Wissenschaftlich relevante Studienergebnisse sind nicht bekannt.

Frage 9:

Allgemeine Beurteilung der Sicherheit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

Die beiden Gutachter kamen zum Schluss, dass zurzeit keine systematische Dokumentation im Sinne der post-marketing-Surveillance zur Sicherheit im Rahmen der Anwendung der diagnostischen und therapeutischen ärztlichen Maßnahmen vorliegt. Die Beurteilung des Risikopotenzials muss sich deshalb – wie in vielen Bereichen der Medizin – an Einzelfall-Publikationen und noch wichtiger an einer Gesamtschau der durchgeführten diagnostischen, differentialdiagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einschließlich der Beherrschung ihrer Komplikationen orientieren.

Stimmen Sie dieser Beurteilung der Gutachter zu?

Falls nein, wieso nicht?

Dieser Beurteilung wird zugestimmt.

Es ist in diesem Zusammenhang darauf zu verweisen, dass in der gesamten osteopathischen Literatur der Begriff „manipulation“ identisch verwendet wird für alle manuellen Techniken, also für die deutsche Manipulation als einmalige, schnelle Aktion wie für die Mobilisierung als mehrfache, langsame Aktionen. Insofern ist die Analyse der Aussagen der Literatur dahingehend zu orientieren, dass bei Berichten und Analysen von Zwischenfällen in englischer Sprache die tatsächlich durchgeführte Technik meist nicht

beschrieben ist, und daher zwischen Manipulation und Mobilisierung nach deutschen Sprachgebrauch nicht unterschieden werden kann. Nur wenn der Begriff HVLA-Manipulation verwendet wird, entspricht dies der deutschen Definition einer ärztlichen Manipulation.

Frage 10:

Beurteilung der Risiken

Die Risiken, welche sich aufgrund von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einer geschädigten Struktur ergeben, sind breit gefächert; es sind immer Strukturläsionen im Rahmen der Differentialdiagnostik zu erfassen und zu bewerten. Hinsichtlich der therapeutischen Intervention betreffen sie beispielsweise die Komplikationen bei einer auch nur leichten Traktion der HWS bei einer Atlanto-axialen Dislokation oder die Gefahr einer Fraktur bei generalisierter Osteoporose, oder das Aufplatzen eines Divertikels bei einer bestehenden Divertikulitis. Beim älteren Menschen mit vorgeschädigten, insbesondere vaskulären Strukturen, ist ein höheres Risikopotenzial anzunehmen. Entsprechend der Literaturübersicht durch die beiden Gutachter sowie den Erfahrungsberichten der osteopathisch-tätigen Kollegen in der Kommission, sind die Komplikationen sowohl im Rahmen einer ungeschädigten wie auch einer vorgeschädigten Struktur als gering zu betrachten.

Stimmen Sie diesen Aussagen zu?

Falls nein, wieso nicht?

Entscheidend für die Indikation zur Therapie ist die ärztliche Kunst der Diagnose, mit Organisation der entsprechenden diagnostischen Hilfen bildgebender Verfahren, Laboruntersuchungen etc. neben der Anamnese und der klinischen Palpation. Nur aus diesem „Durchblick“ (diagnosis) ist die Abwägung therapeutischer Möglichkeiten gegeben. Sofern der erfolgreich weiter- und fortgebildete Arzt die Regeln der Kunst beachtet, ist das Restrisiko minimal^{19,20} – für manuelle wie für osteopathische Techniken. Es darf nicht der Eindruck erweckt werden, dass einmalige, korrekt ausgeführte Manipulationen grundsätzlich gefährlicher wären, als Mobilisationen. Dies ist durch nichts zu beweisen, wie eine sorgfältige Metaanalyse dies kürzlich in Bezug auf die A. vertebralis belegt hat²¹.

Frage 11:

Gibt es weitere, wichtige, nicht beschriebene Risiken?

Es besteht die Gefahr, dass bei der Anwendung kraniosakraler oder viszeraler Techniken, die über den manuellen Kontakt nach unserem Verständnis in erster Linie über die Empathie¹⁶ wirken, psychisch labile oder psychisch kranke Menschen, die über Schmerzen klagen, von einer korrekten Diagnostik abgehalten werden, oder die Symptomatik exazerbieren kann. Insofern besteht in jedem Fall die Notwendigkeit einer ärztlichen Diagnostik vor der Indikationsstellung.

Frage 12:

Beurteilung der Gefahren im Vergleich zur Physikalischen Medizin

Im Sinne eines Vergleiches, können die Gefahren von osteopathischen, diagnostischen und therapeutischen, Maßnahmen mit den weitgehend bekannten Gefahren in der Physikalischen Medizin unter Berücksichtigung der entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen und insbesondere einer vorgehenden ärztlichen Differentialdiagnose, gleichgesetzt werden.

Stimmen Sie diesen Aussagen zu?

Falls nein, wieso nicht?

Ein solcher Vergleich ist nur bedingt möglich.

Physiotherapie (Krankengymnastik und Massage) sowie Bewegungs- und Ergotherapie sind z. B. Elemente der Physikalischen Medizin. In dieser Hinsicht sind die Gefahren vergleichbar, wenngleich die Indikationsstellung bei manuellen wie osteopathischen Therapien sorgfältiger erfolgen muss.

Andere physikalische Verfahren, insofern sie die Anwendung von Stromformen am Menschen beinhalten, stellen ein ganz anderes Spektrum von Gefahren dar und sind nicht vergleichbar.

Auch balneologische und klimatische Reiztherapien sind methodisch hier nicht vergleichbar.

Frage 13:

Vermeidung von Komplikationen

Entscheidende Voraussetzung, um insbesondere Komplikationen durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen einer vorgeschädigten Struktur zu vermeiden, ist eine umfassende ärztliche Untersuchung und Differentialdiagnose. Im Rahmen einer solchen Untersuchung gilt es insbesondere, krankheitsbedingte Strukturschädigungen auszuschließen, welche im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen Komplikationen verursachen können. Deshalb ist es wiederum wünschenswert, dass Ärzte, welche osteopathisch tätig sind, oder mit osteopathisch tätigen Berufen zusammenarbeiten, Grundkenntnisse zum strukturorientierten Vorgehen der Osteopathie haben und, im Falle einer Delegation von ausgewählten osteopathischen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, nicht nur Krankheitsdiagnosen, sondern insbesondere auch relevante Informationen zu geschädigten Strukturen kommunizieren.

Stimmen Sie diesen Aussagen zu?

Falls nein, wieso nicht?

Diesen Aussagen wird im Wesentlichen zugestimmt.

Es wäre allerdings klarzustellen, ob aus Sicht der BÄK wirklich diagnostische Leistungen an Nicht-Ärzte delegiert werden dürfen.

Nach unserem Verständnis ist die Diagnosestellung dem Arzt vorbehalten. Delegierbarer Anteil wäre eine spezielle Befunderhebung und ggf. die ausgewählte Therapie.

Nur unter der Maßgabe, dass es heißt: „... im Falle einer Delegation von **ausgewählten Befunderhebungen** und therapeutischen Leistungen,...“ wird diesen Aussagen uneingeschränkt zugestimmt.

Frage 14:

Delegierbarkeit von osteopathischen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

Unter Berücksichtigung der diagnostisch-therapeutischen Vorgehensweise in der Osteopathie, der Wirksamkeit und vor allem der Risiken, ist es denkbar, dass diagnostische und therapeutische osteopathische Maßnahmen durch Ärzte an entsprechend qualifizierte Physiotherapeuten delegiert werden können. Entscheidend für die Delegation osteopathischer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ist die vorangehende Differentialdiagnose und insbesondere Risikoabschätzung in Bezug auf vorgeschädigte Strukturen und mögliche andere therapeutische Notwendigkeiten. Kontraindikationen und Vorsichtsmaßnahmen müssen entsprechend kommuniziert werden. Ein Arzt, welcher diagnostische und therapeutische osteopathische Maßnahmen delegieren will, braucht keine Ausbildung in Osteopathie. Hingegen ist es wichtig, dass er die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bzgl. ihrer Indikationen für bestimmte Befundkonstellationen und bzgl. ihrer Risiken kennt.

Stimmen Sie diesen Aussagen zu?

Falls nein, wieso nicht?

Ärzte, die keine Vorstellung davon haben, **was, wie viel, oder wie wenig** an den Patienten ausgeführt, therapiert wird, wenn eine Delegation osteopathischer Techniken erfolgt, sollten diese Leistungen auch nicht delegieren.

In der Zusatzweiterbildung Manuelle Medizin werden so viele Grundkenntnisse über die osteopathischen Techniken vermittelt, dass hier eine Delegation erfolgen kann. Andere Formen von Fortbildungen, wie ein Basiskurs in osteopathischen Techniken, mögen auch ausreichen.

Hervorzuheben ist allerdings auch hier, dass die Diagnose zweifelsfrei vor der Delegation durch den Arzt erfolgen muss. Insofern können Verfahren der speziellen palpatorischen Befunderhebung delegiert werden, nicht jedoch „diagnostische...Maßnahmen“, wie es in der Frage heißt.

Wie bereits ausgeführt, wird der Begriff „Manipulation“ seitens der Osteopathie geradezu inflationär verwendet. Jede Berührung – gelegentlich sogar ohne wirkliche Berührung – des Patienten wird ebenso als Manipulation bezeichnet, wie durchaus sehr harte, in der deutschen Manualmedizin im Konsens abgelehnt „Hau-Ruck-Techniken“, wie sie auch von den Chiropraktoren verwendet werden.

Es sollte somit klar sein, dass delegierbarer Anteil osteopathischer Techniken nur der Anteil sein kann, der sich auf eine langsame Krafterleichterung unter ständiger Beobachtung schmerzhaften Reaktionen des Patienten bezieht, also auf die deutsche Definition einer Mobilisation. Manipulationen im Sinne der deutschsprachigen Definition als ein einmaliger Impuls, der zeitlich sehr **kurz** ist, nur über eine **kleine** Wegstrecke ohne Erreichen einer pathologischen oder physiologischen Barriere und nur mit **kleiner** Kraft ausgeführt wird („Regel der 3 K“²³), sollten weiterhin dafür weitergebildeten Ärzten vorbehalten sein. Nur letztere sind in der Lage, das differentialdiagnostische Risiko aus der Kenntnis von funktioneller Anatomie und Neurophysiologie, unter Berücksichtigung der sich verändernden Gewebespannung bei dem „obligaten Probezug“²³ korrekt abzuschätzen und damit angemessen risikoarm zu arbeiten.

Die Probleme des Haftungsrisikos bei der Delegation einer echten HVLA- Manipulation sind zudem vollständig ungeklärt.

III Fragen mit juristischem Hintergrund

Frage 15:

Die Frage, ob die Osteopathie als Heilkunde zu bezeichnen ist, kann nur vor dem Hintergrund der Entwicklung des jeweiligen Gesundheitssystems entschieden werden.

Stimmen Sie dieser Auffassung zu?

Osteopathische Techniken sind in jedem Fall als Bestandteil der ärztlichen Heilkunde – mit delegierbaren Anteilen – einzuordnen. Es ist als Besonderheit des US-amerikanischen Gesundheitssystem anzusehen, dass es – wohl in erster Linie aus ökonomischem Marketing-Interesse – möglich war, eine Behandlungsmethode mit der wenig definierten Aura von „osteopathic philosophy, science and art“ verbrämt im allopathischen orientierten Gesundheitswesen als eine spezielle, osteopathische Blüte zu installieren. Was heute als spezielle Entwicklung des US-amerikanischen Gesundheitssystem durch eine strenge staatliche Kontrolle exakt reguliert ist, stellt sich als völlig deregulierte Goldrausch-Mentalität in Europa dar – der Klondike ist diesmal die Geldbörse des verwirrten Patienten, der wiederum Ansprüche an seine Krankenkasse weiterleiten möchte. Hier besteht nach unserer Ansicht ein erheblicher Klärungs- und Regulierungsbedarf.

Frage 16:

Welches sind die Qualifikationsanforderungen zur Delegation und Anwendung osteopathischer Verfahren?

Die MWE hält hier folgendes Vorgehen für juristisch unbedingt erforderlich:

1. Der Erstkontakt des Patienten zur Erstellung einer Diagnose und zur Festlegung einer nach differentialdiagnostischen Abwägungen zu vertretenden Therapie muss bei einem approbierten und entsprechend weitergebildeten Arzt (z. B. Facharzt mit Manueller Medizin als Zusatz) erfolgen.
2. Die vollständige Diagnosestellung mit **allen** ärztlichen Verfahren wie auch die Differentialdiagnostischen Abwägungen verbleiben in der Hand und der Verantwortung des Arztes. Ein Arzt mit vollständig abgeschlossener Fortbildung und Diplom/Zertifikat für „Osteopathische Medizin“ ist berechtigt, therapeutische osteopathische Verfahren auch selbst durchzuführen oder Teile davon zu delegieren.
3. Bestimmte (mobilisierende) therapeutische Techniken können – möglichst nach einer ärztlichen Probebehandlung – an dafür ausgebildete und zertifizierte Physiotherapeuten delegiert werden.

Für den Arzt bestehen somit folgende Qualitätsanforderungen:

- Studium der Humanmedizin, mit Staatsexamen und Approbation
- Weiterbildung in einem Gebiet mit Patientenkontakten, mit Urkunde der LÄK
- Zusatz-Weiterbildung in Manueller Medizin, mit Urkunde der LÄK
- Fortbildung in osteopathischen Techniken, ggf. mit Zertifikat eines abgeschlossenen Fortbildungscurriculums (z. B. der DAAO, DGOM, ÄMM-BAOM)

Für den nicht-ärztlichen Therapeuten bestehen somit folgende Qualitätsanforderungen:

- Ausbildung zum Physiotherapeuten/in mit Staatsexamen und Anerkennung
- Zusatzausbildung in Manueller Therapie mit Zertifikat durch die IKK
- Fortbildung in spezieller osteopathischer Befunderhebung und mobilisierenden osteopathischen Techniken mit Erwerb eines Fortbildungszertifikats durch die (durch wen akkreditierte/befugte?) Ausbildungsstätte.

Literatur:

1. Thomas L (2008) A Report on a Survey of Osteopathic Medical School Growth 2007-08, © American Association of Colleges of Osteopathic Medicine, 5550 Friendship Boulevard, Chevy Chase, MD 20815
2. ECOP Glossary of Osteopathic Terminology (2006) www.aacom.org/om/Glossary.doc
3. International White Paper of the Bureau of International Osteopathic Medical Education and Affairs (2007)
4. AOA Position Papers (2005) http://www.osteopathic.org/pdf/aoa_positionindex.pdf
5. Sollmann AH (1974) 5000 Jahre manuelle Medizin, Puchheim, Marczell
6. Frölich E (1983) Vom Knochensetzen zum gezielten Gelenkdeblockieren – Entwicklung der Manuellen Medizin, Monatskurse für die Ärztliche Fortbildung – Seminar Manuelle Medizin
7. Dekret Nr. 2007-435 vom 25.03.2007, veröffentlicht am 27.03.2007 im Journal Officiel de la République Française, S. 42
8. Heymann W, Kohrs C: Was ist der „kraniosakrale Rhythmus“? Man Med 44: 177 – 184, 2006

9. Heymann W, Böhni U, Locher H: Grundlagenforschung trifft Manualmedizin, *Man Med* 43: 385 – 394, 2005
10. Locher H et al. (2007) Orthopädische Schmerztherapie, in: Bischoff HP, Heisel J, Locher H (Hrsg.), *Praxis Konservative Orthopädie*, Stuttgart, Thieme: 205 - 225
11. Tunanidas AG, Burkhart DN (2005) American Osteopathic Association Commitment to Quality and Lifelong Learning, *J Am Osteopath Assoc* 105(9): 404-7
12. Nicholas AS, Nicholas EA (2008) *Atlas of Osteopathic Techniques*, Philadelphia – Baltimore, Lippincott Williams and Wilkens
13. Nachemson A, Jonsson E (2000) Neck and Back Pain – The scientific Evidence of Causes, Diagnosis and Treatment; Philadelphia – Baltimore – New York et al.: Lippincott Williams & Wilkins
14. COST B13 project (2006) European guidelines for prevention in low back pain, *Eur Spine J* 15 (Suppl. 2): 128 - 300
15. Sommerfeld P, Kaider A, Klein P (2004) Inter- und Intratester-Reliabilität der Palpation des “Primären Respiratorischen Mechanismus” innerhalb des “Cranialen Konzeptes“, *Osteopathische Medizin* 5, Heft 4: 4 – 10
16. FIMM Policy & Mission (2005):
http://www.fimm-online.com/pub/en/data/objects/fimm_policy_and_mission_e.pdf
17. Sutherland WG (1944): The cranial bowl, *JAOA* 43: 348 – 353
18. Übersicht über die osteopathischen Ausbildungsangebote in Deutschland (2003) *Osteopathie-Ausbildungseinrichtungen im Überblick*, *Osteopathische Medizin* 4(4): 26 – 39, Urban&Fischer
19. Refisch A, Bischoff HP (2004) Manipulationen und Läsionen der Zervikalarterien, *Manuelle Medizin* 42: 109 - 118
20. Graf-Baumann T, Ringelstein EB (2004) Qualitätssicherung, Aufklärung und Dokumentation in der Manuellen Medizin an der Wirbelsäule, *Manuelle Medizin* 42: 141 - 170
21. Rubinstein SM, Peerdeman SM, van Tulder MW, Riphagen I, Haldeman S (2005) A systematic review of the risk factors for cervical artery dissection, *Stroke*, 36(7):1575-80
22. Zieglängsberger W, Klein S (2007) Das stärkste der Gefühle, *ZEIT ONLINE* 47/2007 S. 31
[<http://www.zeit.de/2007/47/Klein-Schmerz>]
23. Bischoff HP, Moll H (2007) *Kurz gefasstes Lehrbuch der Manuellen Medizin*, 5. Aufl., Balingen, spitta