



W. von Heymann

Bremen, Deutschland

Manuelle Medizin und ärztliche Osteopathie

Einheit und/oder Gegensatz?

Manuelle Medizin ist Osteopathie, und Osteopathie ist manuelle Medizin, so lautet die Kurzformel. Im Einzelnen gibt es tatsächlich ein hohes Maß an Übereinstimmung: In der Diagnostik benutzen beide die schmerzhaft Spannung, die funktionelle Asymmetrie, das Bewegungsausmaß und die Gewebeveränderungen. In der Therapie finden sich bei beiden diverse Muskel- und Fasziertechniken, Mobilisationen und Manipulationen sowie die gezielte Nutzung der freien bzw. der gesperrten Richtung. Nicht zufällig hat Philip Greenman sein Lehrbuch der Osteopathie *Principles of manual medicine* genannt [1].

Welche Bedeutung hat nun die Aussage im Gutachten der Bundesärztekammer (BÄK): „Osteopathie ist Bestandteil und Erweiterung der Manuellen Medizin“ [2]? Ist Osteopathie wirklich so viel mehr und anders als die manuelle Medizin (MM)? Diese Aufteilung ergab sich auf der Grundlage, dass nicht alle manuellen Techniken in 320 Stunden gelehrt werden können, dass es viel mehr Techniken gibt, die dann eben unter der Überschrift „ärztliche Osteopathie“ gelistet werden. Und es ist nicht zu verschweigen, dass Osteopathie auch ein Geschäftsmodell ist. Die Schweiz mit einer ähnlich hohen Dichte an Manualmedizinerinnen wie Deutschland hat relativ fast keine ärztlichen Osteopathen – es gibt in der Einheitsversicherung mit dem Einheitstarif keine zusätzliche Abrechnungsmöglichkeit, wenn man nach den 300 Stunden

MM mit Diplom dann noch 450 Stunden Fortbildung in Osteopathie betreibt. Also interessiert sich kaum einer dafür. In Deutschland ist dies eindeutig anders.

Die Definitionen unterscheiden sich jedenfalls nicht besonders:

Die Manuelle Medizin (MM) ist die medizinische Disziplin, in der unter Nutzung der theoretischen Grundlagen, Kenntnisse und Verfahren weiterer medizinischer Gebiete die Befundaufnahme am Bewegungssystem, dem Kopf, viszeralen und bindegewebigen Strukturen sowie die Behandlung ihrer Funktionsstörungen mit der Hand unter präventiver, kurativer und rehabilitativer Zielsetzung erfolgt. Diagnostik und Therapie beruhen auf biomechanischen und neurophysiologischen Prinzipien. ((Muster-)Kursbuch Manuelle Medizin/Chirotherapie, Bundesärztekammer, S. 4)

Osteopathie beruht auf dem manuellen Kontakt für Diagnose und Therapie. Sie berücksichtigt die Beziehungen zwischen Körper, Seele und Geist in Gesundheit und in Krankheit. Sie legt großen Wert auf die strukturelle und funktionelle Integrität des Körpers sowie auf die intrinsische Fähigkeit zur Selbstheilung. Osteopathische Anwender nutzen eine große Bandbreite therapeutischer manueller Techniken, um die physiologische Funktion zu verbessern und/oder die Homöostase zu unterstützen, sofern sie durch somatische Dysfunktion verändert wurden; d. h. durch gestörte oder veränderte Funktion der Bestandteile des somatischen Systems aus skeletalen, gelenkigen und myofaszialen Komponenten sowie den dazu gehörigen vaskulären, lymphatischen und neuralen

Elementen. (Benchmarks for Training in Osteopathy, World Health Organization, S. 1; Übersetzung vom Autor)

Sicher ist über die Osteopathie: Der Begriff Osteopathie leitet sich ab von: altgr. ὀστέον, ostéon, „Knochen“ und πάθος, páthos, „Leiden“, was heute heißen soll: „krank durch Fehlfunktion der Knochen“. Dabei sind Unterscheidungen möglich, in parietale Osteopathie, betreffend das Haltungs- und Bewegungsorgan, viszerale, betreffend innere Organe, Lymph- und Blutgefäße, sowie kraniosakrale, basierend auf dem Modell einer autonomen Liquorwelle im Körper. Parietale Osteopathie hat eine sehr große Schnittmenge mit der MM; viszerale und kraniosakrale Techniken beruhen heute noch wesentlich auf Empirie und sind – das gilt zumindest für die kraniosakralen – nicht unmittelbar in die MM integrierbar [2].

Juristisch und gesundheitspolitisch stellt sich die Osteopathie heute so dar:

- Osteopath darf sich in den USA nur derjenige nennen, der ein 6-jähriges ärztliches Studium an einer Osteopathie-Universität absolviert hat.
- In Europa ist dieser Begriff juristisch nicht geschützt; jeder darf ihn benutzen.
- Die Europäische Union (EU) und die deutsche Bundesregierung lehnen bisher die Einführung des Berufsbildes eines nichtärztlichen Osteopathen ab. Letztere wünscht aber von den Ärzten (BÄK) eine qualitätskontrollierte Besetzung dieser Lücke.

Dieser Beitrag basiert auf einem Vortrag, gehalten auf dem *Symposium Manuelle Medizin in Klinik und Praxis – quo vadis*, 23.–24. Juni 2017 in den Sana Kliniken Sommerfeld.

- In Deutschland bemühen sich die nichtärztlichen Therapeuten politisch und auf dem Klageweg um die Anerkennung eines Abschlusses und den Primärzugang zum Patienten.
- Die BÄK hat eine curriculare, zertifizierte Fortbildung „osteopathische Verfahren“ für Ärzte mit MM mit 160 Stunden beschlossen.

Inhaltlich gehören aus den US-amerikanischen Lehrbüchern folgende Techniken zur Osteopathie, die jeweils ein komplettes System zur Behandlung des ganzen Menschen anbieten (die ersten vier sind praktisch identisch mit den Techniken der MM, wie sie in den 320 Stunden gemäß dem (Muster-)Kursbuch der BÄK betreffend Manuelle Medizin/Chirotherapie, vorgesehen sind, auch wenn mancher Osteopath dies anders sehen will; [3]):

- „myofascial release“ (MFR),
- „integrated neuromuscular release“ (INR),
- „high velocity – low amplitude“ (HVLA),
- „muscle energy techniques“ (MET),
- „balanced ligamentous tension“ (BLT),
 - „ligamentous articular strain“ (LAS),
- „counterstrain“ (CnStr),
 - „facilitated positional release“ (FPR),
- „Still techniques“,
- „visceral techniques“,
- „osteopathy in the cranial field“.

Wie sind (scheinbar) trennende Begrifflichkeiten einzuordnen [4]?

Körper, Geist und Seele. Die präzise Einordnung der Begriffe Geist und Seele ist aus der Sicht des naturwissenschaftlich orientierten Mediziners weiterhin nicht möglich. Diese Fragestellung ist Gegenstand umfangreichster philosophischer und theologischer Diskussionen – es handelt sich also auch um weltanschauliche Fragen. Dagegen ist im Bereich ärztlicher Diagnostik und Therapie die zunehmende Auflösung der Grenzen zwischen Psyche und Soma unstrittig; eine Dualisierung in Psyche und Soma darf aus medizinischer Sicht als obsolet gelten.

Schmerzwahrnehmung ist auch die Folge eines zentralen komplexen Integrationsprozesses auf der Basis von biologischem Stress auf die peripheren Nozizeptoren und auf der Basis von psychosozialen Stress.

Struktur, Funktion und Ganzheitlichkeit. Unstrittig ist die Verbindung von Struktur und Funktion. Diese Ganzheitlichkeit kann nicht als spezifischer Teil eines eigenständigen medizin-philosophischen Konzepts, der Osteopathie, betrachtet werden. Sie ist nicht an die Methode Osteopathie gekoppelt, sondern eine Frage der Grundhaltung des Arztes bzw. des Therapeuten gegenüber der Problemstellung bzw. dem Patienten. Ganzheitlichkeit hat v. a. mit der Integration des Komplexitätsbegriffes zu tun.

Selbstregulation und funktionsorientierte Betrachtung vs. Pathogenesemodelle. Medizin fußt keineswegs allein auf dem Pathogenesemodell. Salutogenesemodelle (z. B. nach Antonovsky) sind im Rahmen des biopsychosozialen Krankheitsmodells heute Standard. In der Rehabilitation sind neben pathogeneseorientierten Klassifizierungen (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD) auch funktionsorientierte Klassifizierungen (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) Standard. Selbstregulation ist ein Grundelement eines komplexen adaptiven Systems, wie es der menschliche Organismus in seiner Gesamtheit darstellt.

Klinische Bilder als komplexe adaptive Systeme. Die Funktionsweisen des autonomen Nervensystems und anderer zentraler Nerven sind wesentliche Elemente des hochadaptiven menschlichen Systems. Klinische Bilder, v. a. bei chronischen Zuständen, sind also als Resultat komplexer adaptiver Systeme zu sehen, gemäß einem systemtheoretischen Ansatz. Die Reaktionsweise dieses hochkomplexen menschlichen Systems auf den beliebigen therapeutischen Zugriff ist nicht oder nur begrenzt vorhersehbar (nach dem Prinzip der Emergenz

Manuelle Medizin 2017 · 55:283–286
DOI 10.1007/s00337-017-0303-3
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

W. von Heymann

Manuelle Medizin und ärztliche Osteopathie. Einheit und/oder Gegensatz?

Zusammenfassung

Manuelle Medizin (MM) und ärztliche Osteopathie (ÄO) haben große gemeinsame Schnittmengen, besonders bei der parietalen Osteopathie. Wenn man immer wieder aufscheinende Aspekte der Weltanschauung nicht berücksichtigt, sondern sich ausschließlich auf die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse bezieht, stellt die ÄO keine andere, neue oder gar überlegene „Medizin“ dar. Im vorliegenden Beitrag wird besonders auf die Unterschiede bei den viszeralen und kraniosakralen Techniken eingegangen, mit einigen Verweisen auf die Datenlage. Es besteht weiterhin der Bedarf an methodisch guten Studien, um die Anerkennung der ÄO in der Hochschulmedizin zu verbessern.

Schlüsselwörter

Manuelle Therapien · Berufsweiterbildung · Evidenz · Viszerale Techniken · Kraniosakrale Techniken

Manual medicine and medical osteopathy. Entity and/or opposite?

Abstract

Manual medicine (MM) and osteopathic medicine (OM) have a large area of overlap, especially concerning parietal osteopathy. If one does not take the repeatedly appearing aspects of philosophy and ideology into consideration, but relies exclusively on the facts of basic scientific research, OM does not represent a new or even superior kind of “medicine”. This article emphasizes especially the differences concerning visceral and craniosacral techniques with a review of the existing data. There is further need for methodologically high quality studies to improve the recognition of OM by university medicine.

Keywords

Manual therapies · Professional education · Evidence · Visceral techniques · Craniosacral techniques

und Nichtlinearität komplexer adaptiver Systeme).

Komplexe adaptive Systeme. Man kann dies auch so zusammenfassen:

- einfache Systeme: wenige Elemente, Beziehungen und Verhaltensmöglichkeiten: lineares System,
- komplizierte Systeme: viele Elemente und Beziehungen; Verhalten ist determiniert, d. h. vorausseh- und gezielt beeinflussbar (auflösbar in die einzelnen Elemente: Summe linearer Systeme),
- komplexe Systeme: Vielzahl von Elementen mit vielfältigen Beziehungen; große Vielfalt an Verhaltensmöglichkeiten mit veränderlichen Wirkungsverläufen zwischen den Elementen, d. h., sie entziehen sich der Vereinfachung, zeigen Emergenz; die Reaktion des Systems auf veränderte Input-Faktoren ist nicht voraussehbar.

Der Hauptfehler, der in der Diagnostik und der Therapie von v. a. chronisch-dysfunktionalen Zuständen bzw. Schmerzzuständen gemacht wird, ist, dass man so tut, als würde es sich um lineare Systeme bzw. um die Summe von linearen Systemen handeln. Auch bahnbrechende neue diagnostische und therapeutische Ansätze eines bestimmten klinischen Elements ändern nichts an der Nichtlinearität der nichtvorhersehbaren Reaktion in einem komplexen System. Ein weiterer Irrtum besteht darin, dass oft geglaubt wird, man könne durch eine sog. ganzheitlichere Analyse mithilfe angeblich noch differenzierterer Diagnostik dem diagnostischen und dem therapeutischen Komplexitätsdilemma entrinnen. Eine so verstandene Ganzheitlichkeit verletzt das Komplexitätsprinzip. Diese Erkenntnisse haben wichtige Konsequenzen auf Diagnostik und Therapie komplexer Befund- und Krankheitssituationen. Diese dürfen nicht wie eine Summe linearer Systeme behandelt werden. Sie können nicht besser diagnostiziert und behandelt werden, durch weiterhin hypothetische erfahrungsmedizinische Konzepte. Die Reagibilität des Systems bleibt extrem variabel [4].

Zur naturwissenschaftlichen Einordnung der heute noch vorwiegend empirisch begründeten kraniosakralen Osteopathie gibt es nicht viele positive Daten. Das zentrale Element, die Existenz und Palpierbarkeit einer autonomen Liquorwelle unter dem Begriff des „primären, respiratorischen Mechanismus (PRM)“ (Sutherland), konnte in keiner Kappa-Studie als reproduzierbarer, lehrbarer Palpationsbefund belegt werden. Die Intertester-Reliabilität beträgt danach $\kappa = -0,09$ bis $0,31$ [5]. Wenn die Intratester-Reliabilität eigentlich ganz gut erscheint, so ist dies dadurch erklärt, dass der Tester seinen eigenen Rhythmus palpirt [6]. Die Frequenz des PRM variiert dann auch noch um das Doppelte zwischen erfahrenen und unerfahrenen Testern [7]. Hier gibt es dringenden Bedarf für ein anderes Erklärungsmodell, wie es der Vorschlag zur Nutzung inhibitorisch-rezeptiver Felder an den transkranial verlaufenden Nervenästen (z. B. des Trigeminus) aus den Instituten für Anatomie und Physiologie der Universität in Erlangen darstellt [8, 9].

Für die zur viszeralen Technik gehörende „Lymph-Pumpe“ konnte im Tiermodell nachgewiesen werden, dass im Vergleich zu normaler Alltagsbeweglichkeit die Lymph-Pumpe fast einen normalen Lymphabfluss erreichen kann [10]. Das wäre eine Indikation für immobilisierte Patienten.

Bei den therapeutischen Evidenzen steht die parietale Osteopathie, wie auch die MM, gut dar. Es gibt heute viele methodisch gute Studien, die eine gute Wirksamkeit dieser Techniken belegen (z. B. Licciardone et al. [11]; Franke et al. [12]; Ceritelli et al. [13]). Für die viszeralen Techniken liegen zu wenige und auch nicht vergleichbare Daten vor [14, 15]. Eine Therapieevidenz für die kraniosakrale Technik fehlt völlig. In den Zusammenfassungen der durchgeführten Studien wird von der Anwendung abgeraten [16].

Allerdings kommen immer wieder Behauptungen auf den Markt, für die eine Überprüfbarkeit nicht möglich ist, weil die Daten nicht publiziert werden. So behauptet die BKK advita gemäß einer Presserklärung des Verbands der Osteopathen Deutschland e. V. (VOD),

osteopathische Behandlungen hätten eine Reduktion der Behandlungskosten um 45 % erreicht. Das klingt super – wenn man die Daten prüfen könnte. Die sind aber geheim. Zumindest wird zugegeben, dass die Kosten für die Osteopathie nicht enthalten sind; somit verringert sich die Einsparung um 20 % [17].

Wie sieht die Zukunft des Miteinanders von MM und ÄO aus? Der Facharzt/-anwärter sollte mit einer Weiterbildung in MM (320 Stunden) beginnen und damit praktische Erfahrungen sammeln. Sofern er für sich entscheidet, dass ihm dies nicht reicht, dass er seine ganze Tätigkeit mit manueller Diagnostik und Therapie füllen will, kann er seinen Horizont mit den dann sog. osteopathischen Techniken erweitern. Es wird sich zeigen, ob die BÄK zukünftig die Kurse für ärztliche Osteopathie als Zusatzweiterbildung anerkennt und es dafür einen führungsbaren Titel mit der Möglichkeit eigener Gebührenziffern geben wird. In jedem Fall sollten sich die ärztlich-osteopathischen Gruppierungen intensiv darum bemühen, durch

- Sammlung und Interpretation der translationalen Grundlagenforschung die jeweiligen Erklärungsmodelle für die pathologischen Befunde und die Therapieansätze zu begründen,
- klinische Studien zum Vergleich der Osteopathie mit anderen konservativen Therapien (einschließlich der MM) und medikamentösen Leitlinientherapien, je mit einer Placebogruppe, zur Evidenz dieser Methode beizutragen,
- Vermeidung jeden Anscheins eines esoterischen Glaubens, zur Integration der ärztlichen Osteopathie in die Konzepte der europäischen Hochschulmedizin (speziell auch für den europäischen Facharztverband UEMS) beizutragen.

Korrespondenzadresse

Dr. W. von Heymann

Mendestr. 7, 28203 Bremen, Deutschland
heyman@cosit.de

Interessenkonflikt. W. von Heymann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. DeStefano LA (2011) Greenmans principles of manual medicine, 4. Aufl. Wolters Kluwer, Philadelphia
2. Bundesärztekammer (2009) Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren. Dtsch Ärztebl 106(46):A-2325/B-1997/C-1941
3. Nicholas AS, Nicholas EA (2008) Atlas of osteopathic techniques
4. Böhni UW, von Heymann W, Locher H (2013) Manuelle Medizin und Osteopathie. Man Med 51:302–306
5. Moran RW, Gibbons P (2001) Intraexaminer and interexaminer reliability for palpation of the cranial rhythmic impulse at the head and sacrum. J Manipulative Physiol Ther 24:183–190
6. Sommerfeld P, Kaider A, Klein P (2004) Inter- und intraexaminer reliability in palpation of the „primary respiratory mechanism“ within the „cranial concept“. Man Ther 9(1):22–29
7. Serguueff N, Greer M, Nelson KE, Glonek T (2011) Kranialer rhythmischer Impuls: Ist die palpierete Frequenz abhängig von der Berufserfahrung der Untersucher? Osteopath Med 12(4):4–11
8. Schueler M, Messlinger K, Dux M, Neuhuber WL, De Col R (2013) Extracranial projections of meningeal afferents and their impact on meningeal nociception and headache. Pain 154:1622–1631
9. Schueler M, Neuhuber WL, De Col R, Messlinger K (2014) Innervation of rat and human dura mater and pericranial tissues in the parieto-temporal region by meningeal afferents. Headache 54:996–1009
10. Knott EM, Tune JD, Stoll ST, Downey HF (2005) Increased lymphatic flow in the thoracic duct during manipulative intervention. J Am Osteopath Assoc 105(10):447–456
11. Licciardone JC, Buchanan S et al (2010) Osteopathic manipulative treatment of back pain and related symptoms during pregnancy: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 202(1):43.e1–43.e8
12. Franke H, Franke JD, Fryer G (2014) Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord 15:286
13. Cerritelli F, Pizzolorusso G et al (2015) A multicenter, randomized, controlled trial of osteopathic manipulative treatment on preterms. PLOS ONE 10(5):e0127370
14. McSweeney TP, Thomson OP et al (2012) The immediate effects of sigmoid colon manipulation on pressure pain thresholds in the lumbar spine. J Bodyw Mov Ther 16:416–423
15. Müller A, Franke H et al (2014) Effectiveness of osteopathic manipulative therapy for managing symptoms of irritable bowel syndrome: a systematic review. J Am Osteopath Assoc 114:470–479
16. Jäkel A, von Hauenschild P (2012) A systematic review to evaluate the clinical benefits of craniosacral therapy. Complement Ther Med 20:456–465
17. VOD-Nachrichten (2017) Osteopathien senken Kosten für Arzt- und Heilmittel. <http://osteopathie.de/n1493909100> (Erstellt: 4. Mai 2017). Zugegriffen: 19. Juli 2017



19,5 Millionen Patienten stationär behandelt

Im Jahr 2016 wurden 19,5 Millionen Patientinnen und Patienten stationär im Krankenhaus behandelt. Das waren 277.400 Behandlungsfälle oder 1,4 % mehr als im Jahr zuvor. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) nach vorläufigen Ergebnissen mitteilt, dauerte der Aufenthalt im Krankenhaus wie im Vorjahr durchschnittlich 7,3 Tage.

In 1948 Krankenhäusern Deutschlands standen für die stationäre Behandlung der Patientinnen und Patienten insgesamt 498.700 Betten zur Verfügung. Annähernd jedes zweite Krankenhausbett (47,8 %) stand in einem Krankenhaus eines öffentlichen Trägers, jedes dritte Bett (33,5 %) befand sich in einem freigemeinnützigen Haus. Der Anteil der Krankenhausbetten in Einrichtungen privater Träger betrug 18,7 %. Die durchschnittliche Bettenauslastung lag bei 77,8 %, wie Destatis weiter berichtet – und damit ebenfalls etwa auf dem Vorjahresniveau. Die Betten in öffentlichen Krankenhäusern seien dabei zu 79,9 % ausgelastet gewesen, die Betten in freigemeinnützigen Häusern zu 76,6 % und die in privaten Häusern zu 74,9 %.

Mehr Ärzte und Pfleger

Rund 894.500 Vollkräfte – das ist die Anzahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten – versorgten 2016 die Krankenhauspatientinnen und -patienten. Rund 158.000 Vollkräfte gehörten zum ärztlichen Dienst und 736.500 zum nicht-ärztlichen Dienst, darunter allein 325.200 Vollkräfte im Pflegedienst. Die Zahl der Vollkräfte nahm im Vergleich zum Vorjahr im ärztlichen Dienst um 3600 (+ 2,3 %) zu, im nichtärztlichen Dienst um 22.800 (+ 3,2 %). Die Zahl der Pflegevollkräfte stieg um 4300 (+ 1,3 %). Rund 8700 Vollkräfte im ärztlichen Dienst und 83.900 Vollkräfte im nichtärztlichen Dienst – darunter 21.300 Pflegevollkräfte – versorgten 2016 die vollstationären Patientinnen und Patienten in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Knapp zwei Millionen Patientinnen und Patienten nahmen im Jahr 2016 eine stationäre

Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Anspruch. Das waren 13.300 Behandlungsfälle mehr als im Vorjahr (+ 0,7 %). In 1148 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen standen knapp 164.900 Betten zur Verfügung. Anders als bei den Krankenhäusern sind bei den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen private Träger die größten Anbieter: Hier standen fast zwei Drittel aller Betten (65,7 %). Einrichtungen öffentlicher Träger verfügten über 18,5 % der Betten. Den geringsten Anteil hatten freigemeinnützige Einrichtungen mit 15,8 % des Bettenangebots. Die durchschnittliche Bettenauslastung lag bei 83,2 %. Öffentliche Einrichtungen erreichten eine Bettenauslastung von 91,3 % und freigemeinnützige Einrichtungen von 84,8 %. Die Betten privater Einrichtungen waren mit 80,6 % am geringsten ausgelastet.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) www.destatis.de