

W. Gilliar

Stanford University School of Medicine, Palo Alto, USA

Osteopathische Medizin: eine Frage der Zeit?

„Das Leben ist kurz, die Wissenschaft unendlich, die Zeit ist wenig, die Erfahrung trügerisch und das richtige Urteil schwierig. Es genügt nicht, dass der Arzt das Gebotene tut, er braucht auch die Hilfe des Kranken, wie auch die Hilfe der Personen, die ihn umgeben und die geeigneten Umstände.“

Hippokrates (460–377 v. Chr.)

„Wer ein guter Arzt ist, ist auch Philosoph.“

Galen (130–200 n. Chr.)

Die zunehmende Akzeptanz der Manuellen Medizin als relevante Untersuchungs- und Behandlungsmethode, nicht nur in der Bevölkerung, sondern auch in der traditionellen Schulmedizin, hat neue Wege der Forschung und Lehre eröffnet, welche vor einem halben Jahrhundert kaum vorstellbar waren.

In den USA gibt es zwei ärztlich voll ausgebildete Berufsgruppen, welche parallel und völlig gleichgestellt die Heilkunst ausüben, nämlich die allopathischen Ärzte (Medical Doctors, M.D., dem Dr. med. entsprechend) und die osteopathischen Ärzte (Doctors of Osteopathy, D.O.). Während die Wurzeln der zahlenmäßig stärkeren Berufsgruppe der M.D. – die Vertreter der traditionellen oder orthodoxen westlichen Medizin – auf Ärzte, welche ihre Ausbildung in Deutschland erfahren hatten, zurückzuführen sind, war es ein Arzt an der „neuen Grenze der USA“, der am Ende des 19. Jahrhunderts die osteopathische Medizin gründete.

In der osteopathischen Medizin war von Anfang an die Integration der Manuellen Medizin, die Anwendung der Hände im gesamten diagnostischen und therapeutischen Prozess der Zentralgedanke. Innerhalb der letzten 100 Jahre machte die osteopathische Medizin eine Transformation durch, indem sie von ihrer ursprünglichen Reformbewegung – im Vergleich zu dem damaligen Wildwuchs der oft fanatisch betriebenen Heilungsformen – zu einer sozialen und patientenbetonten Primärversorgung im amerikanischen Gesundheitswesen avancierte. Heute hat die osteopathische Medizin in den USA eine solide und beachtete Stellung, aber genau wie ihr allopathischer Partner wird sie sich im Sinne des momentanen Paradigmenwandels der Aufgabe der neuen „World-

Order“ nicht entziehen können. Die Beweiskraft, dass die osteopathische Medizin mit ihrer Philosophie unter Einbeziehung des osteopathischen manuellen Gedankens innerhalb eines Ganzheitskonzepts sowohl kostenträgend als auch effektiv sein kann, stellt die osteopathische Profession in den U. S. A. vor neue Aufgaben, die vielleicht die lebenswichtigsten in ihrer gesamten Geschichte darstellen.

Dieser Artikel beschreibt die Gründung und Entwicklung der osteopathischen Medizin in den USA mit ihren zentralen philosophischen Gedanken bis zu ihrem heutigen Stellenwert und den neuen Aufgaben im amerikanischen Gesundheitssystem im neuen, dem 21. Jahrhundert.

Andrew Taylor Still, M.D. – Begründer der Osteopathie

In seiner Autobiographie beschreibt der Begründer der Osteopathie, der Arzt Andrew Taylor Still, M.D., dass er am 22. Juni 1874 die „Fahne der Osteopathie“ aufstellte und „wie Columbus die Segel hisste, um als Erforscher auf Entdeckungsreise zu gehen“ [1].

Ungefähr 10 Jahre zuvor hatte Still zusehen müssen, wie 3 seiner Kinder trotz der verschiedensten medizinischen Behandlungsweisen, die seine ärztlichen Kollegen aufzuweisen hatten, aufgrund einer Rückenmarkshautentzündung starben. Laut seiner Autobiographie gab dieses Erlebnis ihm den Anstoß, nach

W. Gilliar, D.O., Assistant Clinical Professor,
Stanford University School of Medicine,
101 South San Mateo Drive, Suite 303,
San Mateo, CA 94401, USA,
E-Mail: drgilliar@yahoo.com

effizienteren und alternativen Behandlungsmethoden zu suchen. Er setzte sich mit den damals aufgekommenen Lehrmethoden und Behandlungssystemen wie die Homöopathie, Eklektizismus, Magnetismus und den gängigen Medikamentenpraktiken auseinander. Er kam zu dem Schluss, dass eine medikamentöse Behandlung eher schädlich als hilfreich sein kann. Er glaubte nunmehr, dass der „Körper einem effizienten Chemielabor ähnelte, welches bei guter Gesundheit die Medikamente selbst produzieren könne“. Um zur Lösung zu kommen, „müsste man eher nach den verantwortlichen Systemstörungen suchen und die damit verknüpften Interferenzen beheben, um den Körper gesunden lassen zu können [2].

Seine philosophischen Ideen veranlassten Still letztendlich, sich intensiv dem Studium der nicht-medikamentösen Behandlungen und vor allem der damaligen Physiologie und strukturellen Anatomie und besonders deren Anwendung beim „Knochensetzen“ (bone setting) zu widmen. Seine praktischen Erfahrungen am Patienten ließen ihn Behandlungserfolge erzielen, wo die damalige „offizielle“ Medizin versagt hatte. Gestärkt von diesen Erfolgen formulierte er eine eigenständige und kohärente Gesundheitslehre und nannte diese „Osteopathie“. Dies ist eine eher ungeschickte Wortwahl, denn laut seiner Biographie wollte er nicht die Krankheit der Knochen („osteon“ und „pathos“) beschreiben, sondern die Behandlungsweise der Knochen und des Knochengerüsts [3]. Als Antwort, da die damalige offizielle Medizin kein Interesse an seinen Ideen zeigte, gründete er 1892 in Kirksville, Missouri, im mittleren Westen der USA, die erste osteopathische „Schule“ (American School of Osteopathy). 1894 erhielten 18 Absolventen den ersten „D.O.“-Titel und wurden somit zum „Doctor of Osteopathy“.

Osteopathie: Richtschnur, kein Dogma

Dr. Still stellte seine Philosophie nicht als Dogma vor [3], denn es war sein Wunsch, dass er mit seinen Ideen eher eine Richtschnur für Diagnose und Behandlung in der medizinischen Welt angeben wollte. Sein Verdienst liegt nicht in der Formulierung neuer Ideen, sondern eher darin, dass er verschiedene, ihm wohl bekannte Gedanken zu einem

Konzept vereinte, in dem der Patient wirklich als die Hauptperson gesehen wird und es die wichtigste Aufgabe des Arztes sei, eine positive „Host-Response“ (frei übersetzt: Eigenreaktion des Körpers) beim Patienten zu erzielen. Einige seiner Ideen sind schon bei Hippokrates zu finden, wo der Arzt als Helfer der Natur angesehen wird und der Kranke eine organisch-physiologische Einheit bildet und die Krankheit gewissen, immer wiederkehrenden Regeln unterliegt.

Es ist nicht belegt, von wem Still die Idee der Manipulation erhielt. Da er vor dem amerikanischen Sezessionskrieg bei den Shawnee-Indianern als Arzt tätig war, könnte er einige Techniken von ihnen gelernt haben, wie auch von englischen Ärzten, die in Missouri z. Z. des Sezessionskrieges das Knochensetzen ausübten [4]. Gevitz [5] und Trowbridge [6] führen aus, dass Stills Techniken eine Synthese aus dem Knochensetzen und dem zu seiner Zeit populären Gedanken des „Magnetismus“ darstellen.

Osteopathische Medizin: Lehrmethode und medizinischer Beruf

Während die osteopathische Idee ursprünglich starken Zulauf und große Akzeptanz bei der Bevölkerung hatte, wurde sie von der traditionellen Medizin von Anfang an als Außenseitermethode und „vorübergehende Modeerscheinung“ gewertet [7]. Trotz der scharfen und vernichtenden Beurteilungen im Carnegie Foundation Report von A. Flexner [8], welcher zur Schließung von einer Anzahl an traditionellen und osteopathischen Instituten führte, verstand es in diesem Jahrhundert die osteopathische Berufsgruppe unter der Führung der American Osteopathic Association, die Standards und Ausbildungskriterien denen der traditionellen Medizin anzugleichen.

Dies führte dazu, dass 1974 den osteopathischen Ärzten das uneingeschränkte Recht der Ausübung der Heilkunde in allen Staaten der USA zugesprochen wurde und somit der gleiche Status wie der der allopathischen Kollegen erreicht wurde.

Vor über 100 Jahren versuchte die neue osteopathische Berufsgruppe das wildwüchsige medizinische Wesen zu reformieren und initiierte somit eine soziale Bewegung dadurch, dass sie ihre

besonderen Zugangsweisen und Behandlungsmethoden hervorhob. Während der letzten 75 Jahre jedoch verlagerte sich die Betonung fast ausschließlich auf die Formation einer selbständigen Berufsgruppe, mit einem Berufsbild, das dem der traditionellen Medizin eher ähnelte, als dass es sich unterschied. Es ist der osteopathischen Berufsgruppe gelungen, trotz vieler politischer Hindernisse mit der allopathischen Berufsgruppe in den USA gleichzuziehen, indem sie gleiche Praxismodelle, uneingeschränkte Ausübungsrechte, höchste Standards bei Studium und Facharzt-ausbildung aufweisen [7].

Im generellen Vergleich der Curricula eines allopathischen und osteopathischen Universitätsstudiums sind die Übereinstimmungen und die fast identischen Lerninhalte sofort erkennlich. An einigen Universitäten besuchen die allopathischen und osteopathischen Studenten gemeinsame Vorlesungen (z. B. Michigan State University).

Die Zulassungsbedingungen und Anforderungen sind für beide Berufsgruppen ähnlich hoch, wo nicht nur Noten entscheiden, sondern auch der standardisierte „MCAT“ (Medical College Admission Test), Referenzschreiben, Vorstellungsgespräche und wissenschaftliche Veröffentlichungen von Bedeutung sind.

Der Hauptunterschied liegt jedoch darin, dass während des osteopathischen Medizinstudiums zusätzliche 200–300 Lehrstunden für die osteopathischen manuellen Fertigkeiten, sowohl für Diagnose als auch für die Behandlung, absolviert werden. Der Wert der osteopathischen manuellen Fertigkeiten wird darin gesehen, dass dies nicht nur eine zusätzliche Behandlungsmodalität bedeutet, sondern auch ein praktisches und zugängliches Konzept für die Begegnung mit dem Patienten darstellt. Weiterhin hilft dies bei der „Desensibilisierung“, d. h. die Überwindung der Scheu vor Berührung eines Patienten, in einer Welt, die sich zunehmend von direkter Berührung anderer Menschen entfernt [9]. In zusätzlich angebotenen Seminaren kann der angehende Arzt sein Wissen in den verschiedensten osteopathischen Techniken und Konzepten erweitern (weitere 400–600 h).

Heute üben in den USA über 44.000 osteopathisch ausgebildete Ärzte ihre Tätigkeit aus. Sämtliche Facharzt-

richtungen sind in den 22 Fächern vertreten, wie Allgemeinmedizin, aber auch Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin, Notfallmedizin, Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Psychiatrie, Kinderheilkunde und andere.

Während die osteopathisch ausgebildeten Ärzte ungefähr 5% der allopathischen Kollegen (Gesamtzahl ca. 650.000) ausmachen, sind sie für fast 10% der Primärversorgung in den USA zuständig. Die meisten osteopathischen Ärzte wählen ihre Ausbildung in den Primärfachrichtungen (Allgemeinmedizin und Innere Medizin) [10], während die allopathischen Kollegen vornehmlich die spezialisierten Fächer belegen. Die osteopathische Weiter- und Facharztzubereitung (Post Graduate Education) findet eher in einem Consortium von verschiedenen Kliniken und Arztpraxen statt, den sog. Community Based Programs („OPTI“=Osteopathic Postgraduate Teaching Institutions, welche jeweils mit einer osteopathischen Universität verbunden sind).

Doch auch hier ist eine Trendänderung festzustellen. Immer mehr osteopathische Ärzte erfahren ihre Facharztzubereitung in allopathischen Einrichtungen, welche gewöhnlich an große Universitätskliniken angeschlossen sind [11].

Die osteopathische Medizin erlebt momentan einen Aufschwung. Während die Anzahl der allopathischen Universitäten seit den 80er-Jahren eher konstant blieb (125 Universitäten), sind in den letzten 5 Jahren weitere 5 neue osteopathische Universitäten gegründet worden. Heute gibt es 19 solcher osteopathischen „Medical Colleges“ in den USA. Die Anzahl der osteopathischen Studienabgänger hat sich in den letzten 20 Jahren fast verdoppelt (2000), während in den allopathischen Institutionen die jährliche Studienabgängerzahl konstant blieb (16.000) [12].

Obwohl die Integration der osteopathischen manuellen Techniken innerhalb eines rationellen Ganzheitgedankens bei der Ausübung der Heilkunde im osteopathischen Medizinstudium gelehrt wird, befassen sich nur 5–10% der osteopathischen Ärzte mit der Anwendung der osteopathischen Techniken in der täglichen Praxis.

Dies bedeutet nicht, dass automatisch jeder osteopathische in den

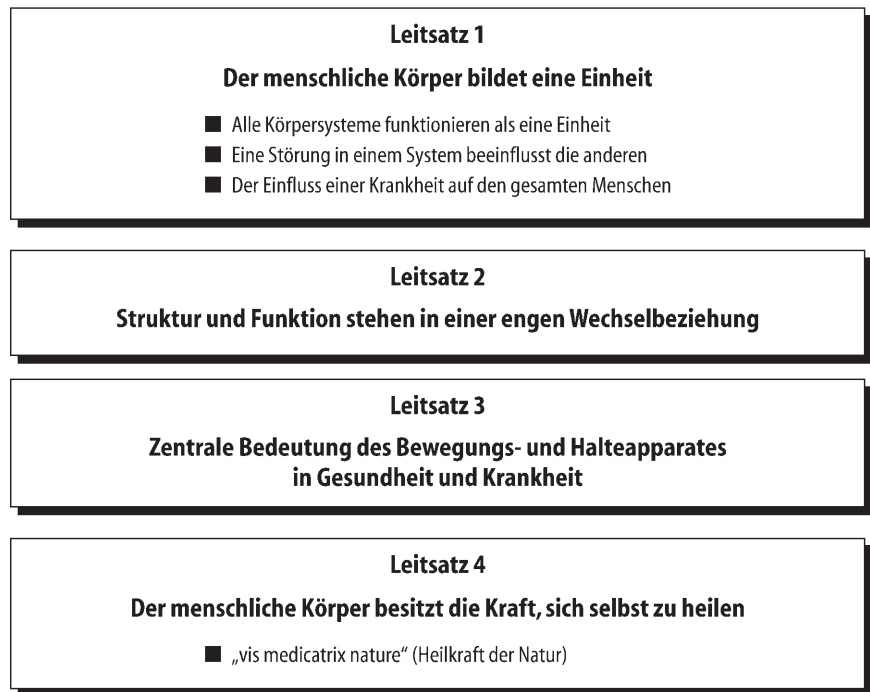


Abb. 1 ▲ Die ursprünglichen osteopathischen Leitsätze

USA ausgebildete Arzt, der den „D.O.“-Titel führt, die osteopathischen Techniken regelmäßig anwendet.

Die für die osteopathischen manuellen Techniken und Konzepte offizielle Organisation in den USA stellt die American Academy of Osteopathy (AAO) dar, welche auch für die Zertifizierung verantwortlich ist („Neuromusculoskeletal Medicine and Osteopathic Manipulative Medicine – Stand 2000“).

Philosophie in der Osteopathischen Medizin

Der Gedanke der Osteopathie basiert auf 4 Leitsätzen (Abb. 1):

1. Jedes Körpersystem beeinflusst das andere und die einzelne Systeme sind eng miteinander verknüpft und gegenseitig, in Gesundheit wie Krankheit.
2. Struktur und Funktion stehen in enger Wechselbeziehung: Es ist fast unmöglich, in den physiologischen Prozessen die Struktur von Funktion zu trennen.
3. Der Bewegungsapparat hat eine zentrale Stellung in Gesundheit und Krankheit: Der Bewegungs- und

Halteapparat steht in reziprokem Verhältnis mit den anderen Körpersystemen.

4. Der menschliche Körper besitzt die Kraft, sich selbst zu heilen. Diese Selbstheilungskraft besteht darin, dass es dem Körper gelingt, sich auf neue Situationen neu einzustellen und zu adaptieren. Während dies innerhalb gewisser „Schranken“ im Gesundheitszustand ständig geschieht, werden bei Krankheit Reserven freigesetzt, die zur Heilung führen können.

Diese Leitsätze sind noch heute ein wichtiger Bestandteil der osteopathischen Lehre [13], doch ihre konsequente Anwendung und Realisation in der täglichen Praxis ist schwer zu erfassen. Noch weniger ist zu erkennen, ob diese Philosophie letztendlich eine „bessere“ Medizin zur Folge hat (s. Diskussion unten).

Ein weitere philosophische Betrachtung in der osteopathischen Medizin wird von einem Zitat Stills [2] abgeleitet, „the rule of the artery is supreme“ (die Aufgabe der Arterie ist von größter Bedeutung). Der Kardiologe F.J Rogers überträgt diesen Gedanken auf das

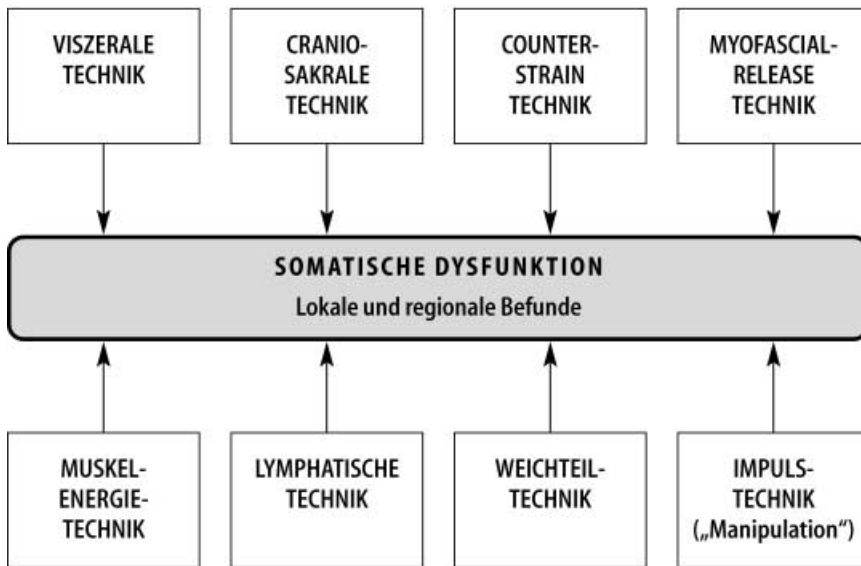


Abb. 2 ▲ Die wichtigsten osteopathischen Behandlungstechniken

heutige Wissen [14], indem er die Erkenntnisse aus dem Molekularbereich über die vaskulären Strukturen – z. B. das Endothel in seiner Aufgabe als regulierendes Organ – mit den philosophischen Prinzipien in Einklang bringt. Somit beurteilt er die Gesundheit des Patienten nicht nur nach „objektiven“ messbaren Werten allein, sondern versucht die *Funktion* und *Lebensqualität* des einzelnen determinieren zu können.

Wie schon oben erwähnt liegt der Wert der osteopathischen Philosophie darin, dass hiermit ein Zugang zum Patienten („key to the patient“) geschaffen werden soll, der es erlaubt, den Gesundheits- und Krankheitsstand im Sinne von einer Balance-Dysbalance zu erfassen und wenn möglich Gesetzmäßigkeiten zu erkennen, die generell für die Diagnose und Therapie in der Heilkunst Gültigkeit haben [3].

Der Begründer der osteopathischen Medizin formulierte seine Gedanken und Ideen als Reaktion auf eine unorganisierte und unüberschaubare Medizin seiner Zeit. Er wollte ein generell gültiges und praktisches System einer Vorgehensweise einführen und betonte die Wichtigkeit der regional übergreifenden strukturellen und funktionellen Verbindungen des gesamten Körpers und Menschen.

Dies steht im Gegensatz zu den Arbeiten von Rudolf Virchow (1821–1902) und Theodor Schwann (1810–1882), welche zwar neue „Verbindungsgedanken“

erläutern, diese aber auf die neuen Erkenntnisse der *zellulären* und *molekularen* Entdeckungen beziehen.

Es scheint, dass Still nichts von den Arbeiten seiner Kollegen aus Deutschland wusste, obwohl Virchow den Gedanken der strukturellen und funktionellen Molekularbasis schon 1855 ausführte.

Im Zeitvergleich ist zu bemerken, dass der Tuberkuloseerreger erst 8 Jahre nach Stills Einführung der Osteopathie identifiziert wurde (1882), das Diphtherie-Antitoxin und die Röntgenstrahlen erst 20 Jahre danach bekannt wurden (1895).

Somit entwickelte die osteopathische Medizin eine der traditionellen und orthodoxen Medizin diametral entgegengesetzte Philosophie: während die Errungenschaften der Molekularmedizin als Folge der wissenschaftlichen Arbeiten aus Biologie und Physiologie (das autopoietische Prinzip) [15] anzusehen sind und weiter sich bis ins 21. Jahrhundert weiterentwickeln, verfolgten die osteopathischen Gedanken eher die Grundsätze des heteropoietischen Prinzips der Mechanik und Technik.

Erst vor kurzer Zeit kam es zu einem konstruktiven Austausch zwischen der osteopathischen und allopathischen Medizin, wobei erkannt wurde, dass beide Systeme von einander lernen können, indem sie die „Tunnels“ („Bias“=Voreingenommenheit) des anderen zuerst anerkennen, um dann nach einer gemeinsamen Lösung zu suchen [16].

Manuelle Medizin in der osteopathischen Medizin

Anfänglich benutzte Still die Weichteil- und bewegungsinduzierenden („articulatory“) Techniken, die er wahrscheinlich von den englischen Bonesetters (Knochensetzern) gelernt hatte. Still benutzte ebenso die myofaszialen Techniken [17]. Er verwendete den Terminus „Subluxation“ erst im Jahre 1903, und er soll die kurzen Hebeltechniken, die spinalen Impulstechniken („thrust“), welche die Chiropraktiker charakteristisch durchführen, nie angewendet haben [18].

Weitere Untersuchungs- und Behandlungstechniken wurden seither in der osteopathischen Welt vorgestellt, wie die Counterstrain- und Muskelenergie-Technik, kraniosakrale, funktionelle („functional“), lymphatische und viszerale Technik, wie auch andere, oft nach einzelnen Personen benannte Techniken, welche jedoch oft nicht mehr sind als Variationen der oben genannten. Die wichtigsten Techniken sind hier kurz beschrieben (Abb. 2) im Bewusstsein, dass eben eine Zusammenfassung nicht allen Gesichtspunkten voll Rechnung tragen kann.

Techniken der osteopathischen Medizin

Counterstrain-Technik (nach L. Jones, D.O.)

In dieser Technik wird der Patient von der restriktiven Barriere wegbewegt, um ihn zu einer ihm angenehmen Position zu führen. Dadurch wird passiv eine nicht-symptomatische Spannung („strain“) herbeigeführt, die auf neurophysiologischem Wege eine Normalisierung der Muskulatur und der damit verbundenen Faszienanteile induzieren soll. Das Hauptaugenmerk wird hier auf die sog. „Tender-Points“ gelegt, nicht spontane Schmerzpunkte, welche von den aktiven myofaszialen Triggerpunkten mit ihrer spontanen Schmerzleitung zu unterscheiden sind.

Kraniosakrale Technik (W.G. Sutherland, D.O.)

Diese Technik nimmt eine besondere Stellung innerhalb des osteopathischen Konzepts ein. Der Grundgedanke ist, dass diese Technik die Strukturen und

Flüssigkeit, welche das zentrale Nervensystem umgeben, beeinflusst, und somit einen Effekt auf den ganzen Körper allgemein hat und letztendlich seine inhärente Selbstheilkraft stimulieren kann. Die wissenschaftliche Erforschung dieser Technik zeigt, dass die Nähte im Schädel auch im fortgeschrittenen Alter zwar verzahnt, aber *nicht* komplett verwachsen sind. Diese Überlegung führte dann dazu, dass die Schädelknochen verschiebbar sind und durch gezielte Kräfteeinwirkungen durch die Hand („Mobilisation“), auch wenn sehr fein, die duralen Membranen wieder ausgerichtet werden können; die Liquorflüssigkeit wird dabei innerhalb des sog. „craniosacral rhythmic impulse“ gepumpt [19,20].

Funktionelle Technik („functional technique“ nach W. Johnston, D.O.)

Die funktionelle Technik bewertet die Qualität der Bewegung, indem man nicht nach einer bestimmten Barriere in einer Richtung sucht, sondern die gesamte Bewegung benachbarter Wirbel auf freie oder eingeschränkte Bewegung („ease and bind“) im dreidimensionalen Raum bestimmt. Die Diagnostik und Behandlung fließen ineinander und wechseln sich gegenseitig ab, um schließlich den Patienten wieder passiv und frei in die nun uneingeschränkte Neutralposition zurückzuführen. Die Idee hinter dieser Technik ist, dass durch ein konstantes Feedback bei Diagnose und Behandlung eine Reduktion der afferenten Reize erzielt wird.

Lymphatische Technik

Diese Technik, welche am parietalen wie axialen Skelett angewendet werden kann, stimuliert die Zirkulation der Lymphflüssigkeit. Ihre Anwendung z. B. am Thorax erlaubt durch einen rhythmisch angewendeten Pumpmechanismus den negativen intrathorakalen Druck zu erhöhen, um somit den respiratorischen Mechanismus zu unterstützen und zu verstärken, ohne dass der Patient zusätzliche Muskelkraft aufwenden muss.

Muskelenergie-Technik („muscle energy technique“ nach F. Mitchell, Sr.)

In dieser Technik wird der Patient nach der Einstellung an der Barriere aufgefor-

dert, eine dem Arzt entgegengerichtete isometrische Kraft aufzubringen. Dieser Prozess wird dann nach der Neueinstellung der Barriere 2- bis 4-mal wiederholt. Hiermit soll die Wirbelbewegung und Muskeltonus wiederhergestellt werden.

Viszerale Technik (J.P. Barral, D.O.)

In dieser Technik werden die verschiedenen Organe durch gezielte Berührung behandelt, um deren physiologische Funktion zu verbessern oder auszubalancieren. Gewöhnlich werden die Viszera in Richtung ihrer fascialen „Aufhängung“ bewegt, um somit eine fasciale Balance zu etablieren. Diese Technik konzentriert sich nicht nur auf die Bewegung des einzelnen Organs in seiner dreidimensionalen Anordnung, sondern zieht ebenso die inhärente Bewegung des Organs in Betracht.

Forschung auf dem Gebiet der Manuellen und Osteopathischen Medizin

Eine Serie von Workshops in 1970er Jahren, unterstützt durch die National Institutes of Neurological Diseases and Stroke (Washington, D.C.), stimulierte die wissenschaftlichen Untersuchungen auf dem Gebiet der Manuellen Medizin, welche die osteopathischen Techniken beinhalteten [21, 22, 23].

1983 veranstaltete die Michigan State University, College of Osteopathic Medicine, eine Konferenz, in der die verschiedenen klinischen Studien auf ihre Forschungsmodalitäten und Validität untersucht wurden [24].

Im September 1983 veranstaltete die Schweizerische Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin unter der Schirmherrschaft der FIMM (Fédération Internationale de Médecine Manuelle) im Anschluss an den 7. Internationalen Kongress in Zürich eine internationale Seminarwoche in Fischingen. Heute international bekannt als die „Fishingen Conference“ gelang es den Veranstaltern, 30 manualmedizinische Experten aus 12 Ländern und 7 Sprachen zusammenzuführen und den Status der Manuellen Medizin zu erörtern.

Dabei nahmen 5 osteopathische Professoren aus den USA teil, und es kam zu einem regen Austausch von Ideen und verschiedenen Praktiken.

Dieser Konferenz ist es zu verdanken, dass erstmals eine Standardisierung der Terminologie eingeführt wurde, wie sie nie zuvor stattgefunden hatte [25].

Es würde den Rahmen dieses Artikels wohl sprengen, wenn hier der Versuch gemacht würde, den momentanen Stand der Forschung der osteopathischen Medizin innerhalb der Manuellen Medizin im Detail erläutern zu wollen. Doch ein Grundgedanke soll hier vorgestellt werden: während in den früheren Jahren immer wieder die Frage gestellt wurde, ob die osteopathische Medizin „funktioniert“, hat sich heute die Fragestellung eindeutig verlagert. Es ist nicht die Frage „ob“ die osteopathische manuelle Medizin „was bringt“, sondern sie muss innerhalb der neuen „Evidence Based Medicine“ beleuchtet werden, indem neben reinen medizinisch-technischen Werten, solche Faktoren wie Kosten, Lebensqualität, Effektivität, Funktionstüchtigkeit und bewiesene Standards beachtet werden sollen, also nicht nur die anatomisch-pathophysiologischen Gesichtspunkte, sondern auch die sozio-ökonomischen Faktoren.

Der 1999 im *New England Journal of Medicine* erschienene Artikel „A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain“ [26] kommt zu dem Schluss, dass die osteopathische manual-medizinische Vorgehensweise sich statistisch nicht von der einer ärztlichen Standardbehandlung unterscheidet. Jedoch wurde festgestellt, dass weniger Medikamente in der osteopathischen Gruppe eingesetzt wurden. Interessanterweise hätte diese Studie noch aussagekräftiger sein können, wenn mehr Patienten für die Studie bereitgestellt worden wären. Trotz einer großen Anzahl von ursprünglichen Kandidaten (über 1000) wurden nur 178 (!) in die Studie aufgenommen. Einer der Autoren (R E. Kappler, D.O.) teilte mir mit, dass eine statistische Signifikanz von $p=0,06$, also einem Hundertstel über dem gewählten Wert von $p=0,05$, errechnet wurde.

Ebenso bedeutend ist vielleicht das mit diesem Artikel erschienene Editorial [12], das die momentane Situation der osteopathischen Medizin beleuchtet und direkt die fundamentalen Fragen der Identität und Besonderheit aufwirft.

Paradigmenwandel, osteopathische Medizin und der Faktor Zeit

Momentan unterliegen wir einem tiefgründigen Paradigmenwandel, wo sich ein isoliertes Gesundheitssystem vom bisherigen einseitigen biomedizinisch-technischen Gedanken loslösen muss, um die sozioökonomischen Aspekte wie auch Funktions- und Lebensqualitätsgedanken annehmen zu können, um letztendlich dem biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit gerecht zu werden.

Dieses Modell darf nicht mit Blindheit, sondern mit einer logischen empirischen Unterstützung angewendet werden, so dass eine „evidence base“ (Beweis-Basis) geschaffen werden kann, die selbst die härtesten Gegner überzeugt [27].

Erst wenn es der osteopathischen Medizin weiter gelingt, sich in diesem neuen Klima eindeutig zu behaupten und zu „beweisen“, dass ihre Ideen, Zugangsweisen, Behandlungsmethoden und die Betonung der Primärversorgung und Prävention ein gesamt günstiges Ergebnis beinhalten, ist ihr eine sichere und vielleicht stärkere Zukunft als je zuvor beschieden.

Die manuellen Fertigkeiten müssen weiterhin auf ihre Validität und Reproduzierbarkeit untersucht werden. Wenn sie nicht nur im muskulo-skelettalen Bereich Anwendung finden sollen, dann müssen spezifische aber auch relevante Indikationen, messbare Indikatoren und realistische Ziele erstellt werden, die in der Medizin nicht nur generelle Allgemeingültigkeit haben, sondern im

größeren Sinne zur funktionellen Verbesserung und einer höheren Lebensqualität unter kostengünstigen Umständen beim einzelnen Patienten führen.

Dieser Balanceakt wird nicht leicht sein, denn die *direkte* Heilkunst und Patientenbetreuung, in welcher die Hand, das Zuhören und die direkte Zuwendung angewendet werden, bedarf letztendlich des Faktors Zeit. Und da „Zeit Geld ist“, bleibt es momentan ungewiss, wer in Zukunft dafür zahlen kann, will oder gar muss.

Literatur

1. Still AT (1908) *Autobiography of Andrew Taylor Still*. Still (Privat), Kirksville/MO
2. Still AT (1902) *Philosophy and mechanical principles of osteopathy*. Still (Privat), Kirksville/MO
3. Northup GW (1976) *Osteopathic medicine – an American reformation*. American Osteopathic Association, Chicago/IL
4. Beatty DR (1990) Searching for clues to the origins of OMT. *J Am Osteopath Assoc* 90:653
5. Gevitz N (1982) *The Do's: Osteopathic medicine in America*. Johns Hopkins Univ Press, Baltimore
6. Trowbridge C (1991) *Andrew Taylor Still: 1829–1917*. Thomas Jefferson Univ Press, Kirksville/MO
7. Gevitz N (1996) In: Sirica CM (ed) *Osteopathic medicine: past, present and future*. Josiah Macy Jr. Foundation, New York
8. Flexner A (1910) *Medical education in the United States and Canada*. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York
9. Meyer CT (1996) In: Sirica CM (ed) *Osteopathic medicine: past, present and future*. Josiah Macy Jr. Foundation, New York
10. Council on Graduate Medical Education (1999) *COGME Physician Work Force Policies; recent developments and remaining challenges in meeting national goal; 14th report*. Department of Health and Human Services, Washington DC
11. Swallow CS, Bronersky VM, Falbo PW (1998) *Osteopathic graduate medical education*. *J Am Osteopath Assoc* 98:599–606
12. Howell JD (1999) *The paradox of osteopathy*. *N Engl J Med* 341:1465–1467
13. Hayes OW, Greenman PE (1993) Reprise on a theme: osteopathic principles for the 21st century. *The D.O.*, December, p 21–8
14. Rogers FJ (1996) In: Sirica CM (ed) *Current challenges to M.D.'s and D.O.'s 1996*. Josiah Macy Jr. Foundation, New York
15. Canguilhem G (1989) *La connaissance de la vie*. Paris; zitiert in: Tanner J (1998) *Weisheit des Körpers*. In: Sarasin P, Tanner J (eds) *Physiologie und industrielle Gesellschaft*. Suhrkamp, p 138
16. Sirica CM (ed) (1996) *Osteopathic medicine: past, present and future*. Josiah Macy Jr. Foundation, New York
17. Ward R (1993) *Myofascial release concept*. In: Basmajian JV, Nyberg R (eds) *Rational manual therapies*. Williams & Wilkins, Baltimore, pp 223–241
18. Wardwell WI (1993) *Chiropractic: History and evolution of a new profession*. Mosby, St. Louis
19. Greenman PE, McPartland JM (1995) *Cranial findings and iatrogenesis from craniosacral manipulation in patients with traumatic brain syndrome*. *J Am Osteopath Assoc* 95:182–192
20. Upledger JE, Vredevoogd JD (1983) *Craniosacral therapy*. Eastland, Chicago
21. Goldstein M (1975) *Workshop on the research status of spinal manipulative therapy*. US Department of Health, Education and Welfare, Bethesda/MD
22. Buerger AA, Tobias JS (1977) *Approaches to the validation of manipulative therapy*. Thomas, Springfield/IL
23. Korr IM (1978) *Neurobiologic mechanisms in manipulative therapy*. Plenum, New York
24. Buerger AA, Greenman PE (1985) *Empirical Approaches to the validation of spinal manipulation*. Thomas, Springfield/IL
25. Dvorak J, Dvorak V, Schneider W (1984) *Manuelle Medizin*. Springer, Berlin Heidelberg New York
26. Andersson GBJ, Lucente T, Davis AM, Kappler RE, Lipton JA, Leurgans S (1999) *A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain*. *N Engl J Med* 341:1426–1431
27. O'Neill E (1996) In: Sirica CM (ed) *Osteopathic medicine: past, present and future*. Josiah Macy Jr. Foundation, New York