

Was ist Osteopathie?

1. Einführung und Nomenklatur*

Die „Osteopathie“ ist ein therapeutisches Verfahren, das auf einem Konzept beruht, welches gegen Ende des 19. Jahrhunderts von Andrew Taylor Still in den USA entwickelt wurde. Der Begriff „Osteopathy“ (aus griech. *osteon* „Knochen“ und *pathos* „das Leiden“) wurde 1885 von Still selbst geprägt, da er seiner therapeutischen Herangehensweise einen Namen geben wollte und eine Vorliebe für Termini hatte, welche die Knochenstruktur des menschlichen Körpers bezeichnen.¹ Das Verfahren, nicht unbedingt das ursprüngliche Konzept, hat inzwischen in zahlreichen Ländern Verbreitung gefunden. Nur in den USA hat sich die „Osteopathie“ zu einer eigenen Profession entwickelt. Während die parietale „Osteopathie“ bereits Teil des ursprünglichen Behandlungskonzepts war, sich also in Grundzügen bereits bei Andrew Still (1828 bis 1917), dem Begründer der „Osteopathie“, finden lässt, ist die viszerale Therapie eine Weiterentwicklung, an der in den 1940er-Jahren Osteopathen wie H.V. Hoover oder M.D. Young und später Jean-Pierre Barral maßgeblich beteiligt waren.² Die Kranio-Sakral-Therapie (von englisch *cranio-sacral therapy*: „Schädel-Kreuzbein-Therapie“, auch Kraniosakraltherapie) geht dagegen auf den US-amerikanischen osteopathischen Arzt William Garner Sutherland (1873 bis 1954), einem Schüler von Andrew Taylor Still, zurück.³ Es handelt sich um ein Verfahren, bei dem Handgriffe vorwiegend im Bereich des Schädels und des Kreuzbeins ausgeführt werden. Mit diesen Handgriffen sollen eigenständige inhärente Rhythmen des menschlichen Organismus („cranial rhythmic impulse“ [CRI] oder „primärer respiratorischer Mechanismus“ [PRM]) im Sinne einer Harmonisierung beeinflusst werden. Die heutige Ausprägung als eigenständige, von der ursprünglichen „Osteopathie“ weitgehend losgelöste Therapieform, ist

mit dem Namen John E. Upledger verbunden.⁴ So kann man in Hinblick auf die Länder außerhalb der USA auch nicht von der „Osteopathie“ als einer eigenständigen Heilweise und sozialen Bewegung sprechen, sondern vielmehr ist in der Regel lediglich eine Übernahme einzelner therapeutischer Bereiche (zum Beispiel die parietale, viszerale und kraniosakrale „Osteopathie“, siehe unten) zu beobachten.⁵ Begrifflichkeiten wie „Osteopathie“, „osteopathische Medizin“, „osteopathische Behandlung“ fehlt dabei eine klare, weltweit akzeptierte Definition. Sie werden von Land zu Land unterschiedlich gebraucht und reflektieren damit teilweise auch Differenzen in den pathophysiologischen Vorstellungen, der Diagnostik und der Behandlung. Im „Mutterland“ der Osteopathie, den USA, wird die osteopathische Behandlung gemeinhin als „OMT“ (*osteopathic manipulative treatment*) bezeichnet. Es ist umstritten, inwieweit die „Osteopathie“ auf einem eigenständigen philosophischen Konzept beruht oder dieses zwingend voraussetzt. Für die USA ist das der Fall. „Osteopathie“ wird dabei nicht als reine bio-medizinische Wissenschaft betrachtet, sondern als „osteopathische Philosophie, Wissenschaft und Kunst“ („osteopathic philosophy, science and art“). In den USA ist die Bezeichnung *Doctor of Osteopathy (D.O.)* dem *M.D. (medical doctor)*, der an einem regulären *Medical College* erworben wurde, gleichgestellt.

Die befunderhebenden und therapeutischen Techniken im Rahmen der klassischen „Osteopathie“ entsprechen der Erhebung und Analyse von Befund- und Symptomkonstellationen auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen, wobei die palpatorische Befunderhebung im Vordergrund steht. Es werden deswegen innerhalb der klassischen US-amerikanischen Osteopathie keine Krankheitsdiagnosen und damit auch keine Differenzialdiagnosen gestellt.⁶ Untersucht werden lokal oder generell differente Gewebespannungen in Ruhe und bei passiven Bewegungen, die dann in eine sogenannte „somatische Dysfunktion“ („somatic

dysfunction“) eingeordnet werden. Verschiedene Verbände (wie die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation e. V. (DGPMR), der Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e. V. (BvPRM), die Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin, die Schweizer Gesellschaft für Manuelle Medizin (SAMM) und die Ärztevereinigung für Manuelle Medizin – Ärzteseminar Berlin e.V. (ÄMM)) betrachten die „Osteopathie“ heute als Bestandteil und Erweiterung der Manuellen Medizin und sprechen in Abgrenzung zu einer so postulierten eigenständigen „osteopathischen Philosophie“ von osteopathischen Verfahren, einzuordnen in die kritisch-rationale Medizin westeuropäischer Prägung.⁷ Da dieser Begriff in Deutschland klar definiert ist und auch in vielen europäischen Ländern inzwischen rezipiert worden ist, ist es zielführend, die „Osteopathie“ unter diesem Oberbegriff zusammenzufassen und den eingeführten Begriff „Manuelle Medizin“ nicht durch „osteopathische Medizin“ zu ersetzen. In Deutschland sind eine Reihe von osteopathischen Verfahren in der MWBO implementiert (zum Beispiel der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin, der Orthopädie oder der Manuellen Medizin). Insofern sind „osteopathische Techniken“ in Deutschland bereits der Heilkunde zuzurechnen und können als Bestandteil und Erweiterung der Manuellen Medizin betrachtet werden.⁶

2. Pathophysiologisches Modell und Evidenz

Ihren grundsätzlichen Zielstrukturen entsprechend, wird die „Osteopathie“ typischerweise in drei Bereiche unterteilt:

- Parietale „Osteopathie“ mit den Zielstrukturen Bindegewebe und Muskulatur; manuell untersucht und behandelt werden myofasziale Spannungsphänomene, Gelenkdysfunktionen und segmentale Dysfunktionen.
- Viszerale „Osteopathie“ mit der Zielstruktur intrathorakale und intraabdominelle Organe; manuell untersucht und behandelt werden Beweglichkeitsstörungen

* Anteile des Textes sind mit dem wissenschaftlichen Gutachten des Senats der Bundesärztekammer (Quelle 6) identisch.

innerer Organe in ihren bindegewebigen Aufhängungen.

- Kraniale (kraniosakrale) „Osteopathie“, einerseits basierend auf der Annahme spezifischer inhärenter Rhythmen des menschlichen Organismus und andererseits gerichtet auf Beweglichkeitsstörungen bindegewebiger (myofaszialer) Strukturen, die an Suturen ansetzen.

Prinzipiell erfolgt also innerhalb der osteopathischen Verfahren eine manuelle Palpation mit dem Zielkriterium des Nachweises einer gestörten, meist erhöhten, Gewebespannung. Die pathophysiologische Grundannahme bei der Anwendung besteht damit in der palpatorischen Differenzierung und gegebenenfalls Behandlung einer Spannungserhöhung segmental zusammengesetzter Strukturen, beruhend auf der metameren Gliederung des menschlichen Organismus. Etwas linear und vereinfacht ausgedrückt, kann beispielsweise eine Gelenkfunktionsstörung im thorakolumbalen Übergang zu einer Spannungserhöhung nicht nur der segmental zugehörigen tiefen Rückenmuskulatur führen (wie bereits allgemein bekannt und akzeptiert) sondern auch zu einer reflektorischen Restriktion in viszerale Aufhängungen mit resultierender Beweglichkeitsstörung segmental zugehöriger innerer Organe, zum Beispiel der Nieren (siehe Abbildung 1). Andersherum kann eine viszerale Beweglichkeitsstörung reflektorisch zu einer Spannungserhöhung der segmental zugehörigen Rückenmuskulatur mit eventueller Gelenkdysfunktion und / oder Triggerpunktbildung und resultierendem Schmerz führen. Dieser Prozess liegt wahrscheinlich auch den Schmerzprojektionen der „Head“ oder „McKenzie“ Zonen zugrunde.⁸

Für einige Bereiche der osteopathischen Befunderhebung und Therapie sowie für bestimmte Techniken liegt bereits eine relevante Zahl wissenschaftlicher Arbeiten vor. Im Rahmen der Bewertung der „Osteopathie“ durch den wissenschaftlichen Beirat des Vorstandes der Bundesärztekammer Bereich fanden die wissenschaftlichen Gutachter bei restrikti-

Segmentale Gliederung des menschlichen Körpers

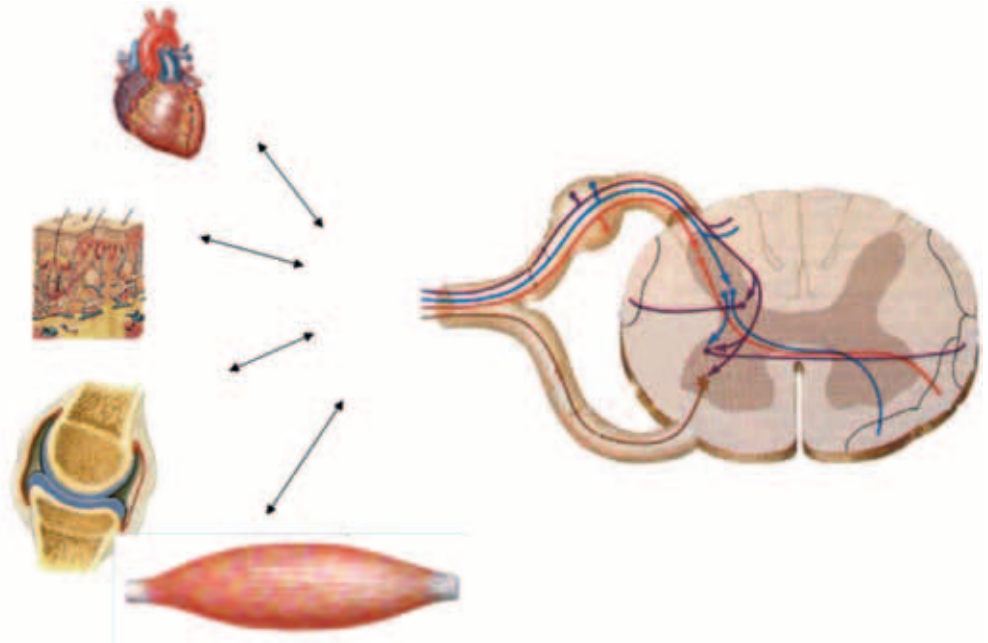


Abb. 1: metamere (segmentale) Gliederung des menschlichen Organismus; propriozeptiver oder nozizeptiver Input aus einer der Strukturen führt reflektorisch zu palpablen Spannungsänderungen in allen anderen
Quelle: Sobotta: Atlas der Anatomie des Menschen, ©Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag München

ver Suche in der Datenbank Medline insgesamt 62 als thematisch relevant zu bezeichnende Einträge, welche also tatsächlich die Wirksamkeit osteopathischer Behandlungsformen thematisieren. Verschiedene dieser Studien und Meta-Analysen belegen die Wirksamkeit osteopathischer Behandlungen bei einer Reihe unterschiedlicher Gesundheitsstörungen (Literatur siehe unter 6: Deutsches Ärzteblatt 2009, Jg. 106, Heft 46, A2325-2334). Grundsätzlich ist festzustellen, dass einigermaßen zuverlässige Aussagen zur Wirksamkeit/Effektivität osteopathischer Behandlungen nur zu einigen Erkrankungsbildern vorliegen. Daraus ist insgesamt zu folgern, dass für die Anwendung bestimmter, hauptsächlich „parietaler“ (= manualmedizinischer) und in geringerem Maße „viszeraler osteopathischer Techniken“ Hinweise für die Wirksamkeit nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin vorliegen. Für „kraniosakral-osteopathische“ Aspekte ist das nur sehr eingeschränkt der Fall. Angemerkt sei, dass viele Vertreter der „Osteopathie“ den Anspruch erheben, die Wirksamkeit hänge von der Beherrschung aller drei Teilbereiche der „Osteopathie“ durch den Therapeuten ab.

3. Berufspolitische Aspekte

In Deutschland wenden neben Ärzten auch Heilpraktiker und Physiotherapeuten mit entsprechender Ausbildung osteopathische Techniken an. Die Ausbildung/das Training ist unterschiedlich umfangreich und intensiv. Daneben gibt es seit ca. zehn Jahren eine steigende Zahl von Schulen, die Angehörige verschiedener medizinischer Fachberufe (vornehmlich Physiotherapeuten und Heilpraktiker, aber auch Ärzte) in einer berufsbegleitenden Ausbildung zum „Osteopathen“ ausbilden. Die meisten dieser Schulen sind oder waren Ableger etablierter Schulen aus dem benachbarten Ausland (zum Beispiel Belgien, Frankreich), wo sich die „Osteopathie“ schon früher etabliert hatte. Infolge des Bologna-Prozesses gibt es derzeit erhebliche Bestrebungen in Deutschland, ein eigenständiges Berufsbild „Osteopath“ mit Primärzugang zum Patienten einzuführen. Dabei ist nicht nachzuvollziehen, welche Rolle ein solches Berufsbild neben dem des Arztes und des Physiotherapeuten spielen sollte. Gerne wird diese Problematik auch mit der deutschen Singularität des Heilpraktikerstatus verbunden. Von ärztlicher Seite sollten wir allen Versuchen entgegenste-

hen, sowohl sogenannte „ärztliche Osteopathen“ zu etablieren als auch sozusagen „auf dem Schleichwege Heilpraktiker“ Berufsbilder wie den des „Osteopathen“ oder den des „Chiropraktors“ in Deutschland zu etablieren. Deswegen ist berufspolitisch die fächerübergreifende Aufnahme der osteopathischen Verfahren in das ärztliche diagnostische und therapeutische Repertoire wichtig.

In Deutschland sind viele Techniken der „parietalen“ und teilweise auch der „viszeralen Osteopathie“ bereits Bestandteil der Zusatz-Weiterbildung „Manuelle Medizin/Chirotherapie“ und damit in die ärztliche Heilkunst integriert und weiterentwickelt worden. Deswegen bietet es sich an, die osteopathischen Verfahren in die Kontinuität der Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin einzuordnen als daran anschließende Fortbildung. Eine fächerübergreifende Qualifikation wie die Manuelle Medizin/osteopathische Verfahren fügt sich sowohl inhaltlich in die evidenzbasierte kritisch-rationale Medizin als auch berufspolitisch zwanglos in die ärztliche Weiter- und Fortbildungslandschaft der Bundesrepublik ein. Sie bietet interessierten ärztlichen Kollegen, die sich mit dem Bewegungs-

system beschäftigen, interessante Erweiterungen ihres differenzialdiagnostischen und therapeutischen Repertoires. Zu nennen wären zum Beispiel Allgemeinmediziner, Orthopäden, Physikalische Mediziner und Neurologen, aber auch HNO-Ärzte, Internisten, Urologen oder Gynäkologen.

4. Verordnungsfähigkeit, Qualifizierung

Osteopathische Verfahren werden von Ärzten angewendet und können grundsätzlich auch von diesen verordnet werden. Die ärztliche Verordnungsfähigkeit ist voraussetzungsfrei. Es wäre anzustreben, dass verordnende Kollegen die Möglichkeit erhalten, sich über Indikationen und Kontraindikationen der osteopathischen Verfahren zu informieren. Bestimmte „osteopathische Techniken“ dürfen an entsprechend qualifizierte Physiotherapeuten delegiert werden. Ausgenommen davon sind aufgrund des erhöhten Risikopotenzials Manipulationen mit Impuls an der Wirbelsäule sowie intraanale oder intravaginale Techniken. Die Diagnosen und Differentialdiagnosen müssen streng unter Arztvorbehalt bleiben. Für die Delegation ist Voraussetzung, dass der delegierende

Arzt die osteopathischen Verfahren bezüglich ihrer Indikationen und Kontraindikationen kennt. Für die Delegation von osteopathischen Verfahren an Physiotherapeuten ist vom Arzt sicherzustellen, dass Physiotherapeuten in Hinblick auf diese osteopathischen Leistungen entsprechend qualifiziert sind. Diese Forderung gilt auch für Ärzte, die osteopathische Verfahren selbst anwenden.⁶ Dem folgend steht eine strukturierte curriculäre ärztliche Fortbildung in „osteopathischen Verfahren“ für interessierte Kollegen, die die Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin absolviert haben, vor der Einführung auch in Sachsen. Es bietet sich an, diese curriculäre Fortbildung bundesländerübergreifend in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern der Bundesländer Thüringen, Sachsen-Anhalt, Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zu etablieren.

Literatur beim Verfasser

Anschriften der Verfasser:
Priv.-Doz. Dr. med. Johannes Buchmann
Universität Rostock
Medizinische Fakultät, 18051 Rostock
Prof. Dr. med. Ulrich Smolenski
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Universitätsklinikum, Institut für Physiotherapie