BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

**Bekanntmachungen**

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung

vom 28. August 2009 folgende Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Beirats zustimmend zur Kenntnis genommen:

**Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren**

**Vorwort**

Der Vorstand der Bundesärztekammer beauftragte seinen Wissen- schaftlichen Beirat mit einer Bewertung osteopathischer Verfahren. Die vorgelegte Ausarbeitung wurde von einem Arbeitskreis des Wis- senschaftlichen Beirats nach Anhörung der Fachkreise erarbeitet. Es wird u. a. ersichtlich, dass Begrifflichkeiten wie „Osteopathie“ und

„osteopathische Medizin“ keine klare, weltweit akzeptierte Definiti- on besitzen. Dennoch haben verschiedene osteopathische Verfahren Eingang in die Medizin gefunden und können als Bestandteil und Er- weiterung der Manuellen Medizin betrachtet werden.

Die Notwendigkeit einer ärztlichen Differenzialdiagnostik ist dabei aber essenziell.

Auf die Frage, welche Erwartungen osteopathische Verfahren erfüllen können und welche nicht, wird ebenfalls eingegangen, besonders unter dem Aspekt der Sicherheit und Wirksamkeit. Verordnung und Delegierbarkeit sowie Qualifizierungswege zur Anwendung osteopathischer Verfahren werden auch unter juristi- schem Blickwinkel dargestellt.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Norbert P. Haas

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba

**I. Präambel**

Der Auftrag für die vorliegende Ausarbeitung bestand einerseits in einer nach wissenschaftlichen Kriterien vorzunehmenden Be- wertung osteopathischer Verfahren und der mit der Ausübung der sogenannten „Osteopathie“ verbundenen konkreten Gefahren für die behandelten Patienten. Andererseits sollte die Frage beant- wortet werden, ob die „Osteopathie“ oder einzelne Teilbereiche davon nach deutschem Recht als Heilkunde einzuordnen sind.

Die Frage, ob osteopathische Verfahren als Heilkunde zu qua- lifizieren sind, wird unterschiedlich beurteilt. In diesem Zusam- menhang ist u. a. der Arztvorbehalt nach deutschem Recht (z. B. nach § 15 Abs. 1, § 28 Abs. 1 SGB V) zu berücksichtigen. Ein- zelne Erfahrungen verweisen auf die erfolgreiche therapeutische Anwendung verschiedener osteopathischer Verfahren. Vor die- sem Hintergrund besteht eine Notwendigkeit für eine fundierte Positionierung der Bundesärztekammer zur Einordnung der „Os- teopathie“ als Heilkunde.

Eine differenzierte Bewertung in Bezug auf verschiedene – nach wissenschaftlichen Kriterien abgrenzbare – osteopathische Verfahren sollte dazu der Ansatzpunkt sein.

**II. Definitionen**

Begrifflichkeiten wie „Osteopathie“, „osteopathische Medizin“,

„osteopathische Behandlung“ fehlt eine klare, weltweit akzep-

tierte Definition. Vielmehr werden sie von Land zu Land unter- schiedlich gebraucht und reflektieren damit teilweise auch Dif- ferenzen in der Behandlung. Der aktuelle Entwurf der „WHO Guidelines on Basic Training and Safety in Osteopathy“ (1) ori- entiert sich im Wesentlichen an dem Sonderfall USA und lässt sich deshalb nicht verallgemeinern, zumal es umstritten ist, in- wieweit die „Osteopathie“ auf einem eigenständigen philosophi- schen Konzept beruht oder dieses zwingend voraussetzt. Ähnli- ches gilt für die Kurzdefinition der World Osteopathic Health Organization (WOHO) (2) sowie für die eher additive Definition eines europäischen Fachverbandes (European Register of Osteo- pathic Physicians) (3). In den USA wird die osteopathische Be- handlung gemeinhin als „OMT“ (osteopathic manipulative treat- ment) bezeichnet. Dabei hat der Ausdruck *„manipulative“* hier keine so enge Bedeutung wie in der Chiropraktik oder der Ma- nuellen Medizin (4).

Ihren grundsätzlichen Zielstrukturen entsprechend wird die

„Osteopathie“ typischerweise in drei Bereiche unterteilt:

**●** parietale „Osteopathie“ (Bindegewebe, Muskulatur)

**●** viszerale „Osteopathie“ (innere Organe und ihre bindege- webigen Aufhängungen)

**●** kraniale (kraniosakrale) „Osteopathie“ (basierend auf der

Annahme spezifischer inhärenter Rhythmen des menschli- chen Organismus).

Die befunderhebenden und therapeutischen Techniken im Rahmen der „Osteopathie“ entsprechen der Erhebung und Ana- lyse von Befund- und Symptomkonstellationen auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen, wobei die palpatorische Befunderhebung im Vordergrund steht. Es handelt sich dabei um keine Krankheitsdiagnose und damit auch nicht um eine Diffe- renzialdiagnose.

Während die parietale „Osteopathie“ bereits Teil des ursprüng- lichen Behandlungskonzepts war, sich also in Grundzügen bereits bei Andrew Still (1828–1917), 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 (5). Die Kranio-Sakral-Therapie (von englisch cranio-sa- cral therapy: „Schädel-Kreuzbein-Therapie“, auch Kraniosakral- therapie) geht dagegen auf den US-amerikanischen osteopathi- schen Arzt William Garner Sutherland (1873–1954), einem Schü- ler von Andrew Taylor Still, zurück (6). Es handelt sich um ein Verfahren, bei dem Handgriffe vorwiegend im Bereich des Schä- dels und des Kreuzbeins ausgeführt werden. Mit diesen Handgrif- fen sollen eigenständige inhärente Rhythmen des menschlichen Organismus („cranial rhythmic impulse“ [CRI] oder „primärer re- spiratorischer Mechanismus“ [PRM]) im Sinne einer Harmonisie- rung beeinflusst werden. Die heutige Ausprägung als eigenständi-

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 46 | 13. November 2009 **A** 2325

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

ge, von der ursprünglichen „Osteopathie“ weitgehend losgelöste Therapieform ist mit dem Namen John E. Upledger verbunden (7). Dieser reduzierte das osteopathische Behandlungskonzept auf zehn Schritte und verband es mit der alternativen Psychotherapie der 1970er-Jahre zum Konzept des „Somato Emotional Release“ („körperlich-seelische Lösung“). Eine der Grundannahmen dieses Ansatzes lautet, dass es sogenannte „Energie-Zysten“ gibt, in de- nen sich ein Trauma im Gewebe festsetzt. Inzwischen gibt es mehrere Richtungen der Kraniosakraltherapie, die ihre eigenen Ausbildungsinstitute haben sowie teilweise in internationalen und nationalen Verbänden organisiert sind (8).

Ein großes Problem ist und bleibt, dass die Begriffe „Manuel- le Medizin“, „Manualtherapie“, „Osteopathie“ und „Chiroprak- tik“ oft synonym gebraucht werden; denn manipulative Techni- ken finden sowohl in der (parietalen) „Osteopathie“ als auch in der Manuellen Medizin Anwendung. Der Deutsche Ärztetag hat

2003 im Rahmen der Neustrukturierung der (Muster-)Weiterbil- dungsordnung (MWBO) auch die Bedingungen für den Erwerb der Zusatz-Weiterbildung „Manuelle Medizin/Chirotherapie“ er- weitert. In der MWBO 2003 wurde die bisherige Zusatzbezeich- nung „Chirotherapie“ im Titel um den Begriff „Manuelle Medi- zin“ ergänzt. Das Kursbuch der Bundesärztekammer, das für die Gestaltung der Kursinhalte zum Erwerb der Zusatz-Weiterbil- dung „Chirotherapie/Manuelle Medizin“ empfohlen wird, defi- niert die Manuelle Medizin wie folgt: „Die Manuelle Medizin (MM) ist die medizinische Disziplin, in der unter Nutzung der theoretischen Grundlagen, Kenntnisse und Verfahren weiterer medizinischer Gebiete die Befundaufnahme am Bewegungssys- tem, dem Kopf, viszeralen und bindegewebigen Strukturen so- wie die Behandlung ihrer Funktionsstörungen mit der Hand un- ter präventiver, kurativer und rehabilitativer Zielsetzung erfolgt. Diagnostik und Therapie beruhen auf biomechanischen und neu- rophysiologischen Prinzipien.“ (9)

Offensichtlich ist auch eine inhaltlich-konzeptionelle Diffe- renzierung der Begriffe „Osteopathie“ und „Manuelle Medizin“ bisher nicht ohne Weiteres möglich. Denn osteopathische Ver- fahren lassen sich, wie bereits angedeutet, auch anwenden, *ohne* das besondere Menschenbild der „Osteopathie“ US-amerikani- scher Prägung und die damit kongruenten Funktionsvorstellun- gen zu übernehmen, wenn man sich dazu auf die Ebene anatomi- scher und neurophysiologischer Grundlagenforschung begibt. Zudem gibt es sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede bzgl. befunderhebender Maßnahmen, welche in der Manuellen Medizin, in der „Osteopathie“ und in der Chiropraktik genutzt werden. Dabei fällt auf, dass immerhin etwas mehr als die Hälfte der wichtigsten manuellen Techniken in allen drei genannten Richtungen zur Standardprozedur gehören (10). Verschiedene Verbände (wie die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Me- dizin und Rehabilitation e.V. [DGPMR], der Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. [BvPRM], die Gesell- schaft für Manuelle Wirbelsäulen- und Extremitätenbehandlung [MWE], die Schweizer Gesellschaft für Manuelle Medizin [SAMM], das Europäische Forum für Manuelle Medizin [EFOMM] und die Ärztevereinigung für Manuelle Medizin – Ärzteseminar Berlin e.V. [ÄMM]) betrachten die „Osteopathie“ heute als Bestandteil *und* Erweiterung der Manuellen Medizin (11). Da dieser Begriff in Deutschland klar definiert ist und auch in vielen europäischen Ländern inzwischen rezipiert worden ist, ergibt es Sinn, die osteopathischen Verfahren unter diesem Ober- begriff zusammenzufassen und den eingeführten Begriff „Manu- elle Medizin“ nicht durch „osteopathische Medizin“ zu ersetzen.

**III. „Osteopathie“ und ihre Stellung im**

**Gesundheitssystem – ein Ländervergleich**

**III.1 Die Entwicklung in den USA, England und Deutschland**

Die Frage, ob die „Osteopathie“ als Heilkunde zu bezeichnen ist, kann nur vor dem Hintergrund der Entwicklung des jeweiligen Gesundheitssystems entschieden werden. Die „Osteopathie“ ist ein therapeutisches Verfahren, das auf einem Konzept beruht, das gegen Ende des 19. Jahrhunderts von Andrew Taylor Still in den USA entwickelt wurde (12). Der Begriff „Osteopathy“ (aus griech. *osteon* „Knochen“ und *pathos* „das Leiden“) wurde 1885 von Still selbst geprägt, da er seiner therapeutischen Herange- hensweise einen Namen geben wollte und eine Vorliebe für Ter- mini hatte, welche die Knochenstruktur des menschlichen Kör- pers bezeichnen (13). Das Verfahren, nicht unbedingt das ur- sprüngliche Konzept, hat inzwischen in zahlreichen Ländern Verbreitung gefunden. Aber nur in den USA hat sich die „Osteo- pathie“ zu einer eigenen Profession entwickelt, wofür verschie- dene Gründe ausschlaggebend waren (14). So kann man in Hin- blick 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 ledig- lich eine Übernahme einzelner therapeutischer Bereiche (z. B. die parietale, viszerale und kraniosakrale „Osteopathie“) zu be- obachten (15), wenngleich der sogenannte ganzheitliche Ansatz auch von einzelnen hiesigen Therapeuten betont wird.

Im Rahmen dieser wissenschaftlichen Bewertung, der ein klar umrissener Auftrag zugrunde liegt, geht es nicht darum zu prüfen, ob eine weitere heilkundliche Profession in das deutsche Gesund- heitssystem Eingang finden soll, zumal dabei die großen struktu- rellen Unterschiede zwischen dem deutschen und dem US-ameri- kanischen Gesundheitssystem zu beachten wären. Warum das so ist, zeigt ein kurzer Blick in die Geschichte, der auch Antwort auf aktuelle gesundheitspolitische Fragen zu geben vermag.

Das zähe Ringen um die berufliche Vorrangstellung der aka- demisch ausgebildeten Ärzte1 wird in der Medizingeschichte meist mit dem aus der Soziologie entlehnten Begriff der „Pro-

fessionalisierung“ bezeichnet (16). Je nach Definition sind es mindestens vier Merkmale oder Phänomene, die diesen Pro- zess, der auch bei anderen Berufsgruppen (z. B. Juristen) zu be- obachten ist, charakterisieren: 1. das Streben nach einem Marktmonopol, 2. die Kontrolle der Ausbildung und des Zu- gangs zum Beruf, 3. die Normierung des Verhaltens durch eine eigene Berufsethik, 4. die Durchsetzung beruflicher Autonomie (u. a. durch einen verbandsmäßigen Zusammenschluss). Die Reform des Medizinstudiums, die im 19. Jahrhundert zeitgleich oder mit einiger zeitlicher Verzögerung in zahlreichen europä- ischen Ländern wie auch in den USA zunächst gefordert und dann auch praktisch umgesetzt wurde, ist lediglich ein Teil- aspekt dieses komplexen Transformationsprozesses, und viel- leicht nicht einmal der wichtigste.

Zwar gab es in fast allen Ländern Bestrebungen, den medizi- nischen Markt seitens der studierten Ärzteschaft zu monopoli- sieren, doch waren diese Bemühungen bis weit in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts hinein kaum von dauerhaftem Er- folg geprägt (17). So schuf beispielsweise das englische Gesetz von 1858, das die Einrichtung eines Ärzteregisters *(Medical Register)* vorschrieb und das deswegen häufig als ein Meilen- stein in der Professionalisierungsgeschichte der Ärzteschaft in Großbritannien angesehen wird, noch längst nicht das ersehnte Behandlungsmonopol. Im Gegenteil, es entstand in England so-

**A** 2326 Deutsches Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 46 | 13. November 2009

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

gar eine von unterschiedlichen Gruppierungen getragene Be- wegung, die sich gegen jede Art von Monopolisierung des Ge- sundheitsmarkts aussprach. Die Folge war, dass viele engli- sche Ärzte sich auch in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts darüber beklagten, dass die britische Insel immer noch ein „pa- radise of quacks“ sei. Dieser Vorwurf traf auch die „Osteopa- thie“, als zu Beginn des 20. Jahrhunderts die ersten Vertreter dieser Richtung in Großbritannien zu praktizieren begannen (18). So überrascht es nicht, dass trotz früher Ansätze zu einer Professionalisierung (British Osteopathic Association seit

1911, eigene Ausbildungsstätten wie die British School of Os- teopathy, gegründet 1917) die Osteopathen lange um Anerken- nung im englischen Gesundheitswesen kämpfen mussten. Erst seit dem „Osteopathy Act“ von 1993 ist die Zulassung geregelt. Zuständig ist der General Osteopathic Council. Trotz dieser for- mellen Anerkennung ist die „Osteopathie“ in England im Un- terschied beispielsweise zur Homöopathie nicht Teil des staatli- chen Gesundheitssystems, des National Health Service. Dafür spielt die „Osteopathie“ aber im privaten Gesundheitsmarkt in Großbritannien zunehmend eine Rolle (19).

In den USA vermochten die Ärzte dagegen nicht einmal die- sen bescheidenen Erfolg staatlicher Unterstützung im Kampf um ihre Monopolisierungsbemühungen zu erringen. In den

1830er- und 1840er-Jahren verloren die Ärzte sogar noch die wenigen Privilegien, die ihnen einzelne Bundesstaaten zuer- kannt hatten. So musste die American Medical Association (AMA), die 1847 als Reaktion auf die Liberalisierung und den Konkurrenzdruck auf dem Gesundheitsmarkt gegründet wurde, ohne staatliche Unterstützung auskommen, was die Lizenzie- rung von Ärzten anbetraf. In der zweiten Hälfte des 19. Jahr- hunderts überließen immer mehr Bundesstaaten die Approbie- rung häufig gemischt zusammengesetzten Gremien, sodass ne- ben Homöopathen auch Osteopathen eine offizielle Zulassung bekommen konnten. Bereits 1913 war die „Osteopathie“ in 39

Bundesstaaten der USA offiziell anerkannt (20). Seit 1963 ist der Abschluss einer Ausbildung an einem der zahlreichen Col- leges, an denen dieses Verfahren auf der Basis einer medizini- schen Grundausbildung im Sinne einer Schwerpunktbildung in theoretischen und klinischen Kursen gelehrt wird, mit der Be- zeichnung Doctor of Osteopathy (D. O.) dem M. D. (medical doctor), der an einem regulären Medical College erworben wur- de, gleichgestellt. US-amerikanische Osteopathen (D. O.), die über einen solchen Abschluss und über eine chirurgische Wei- terbildung verfügen, sind in den USA als Chirurgen, u. a. auch in den Streitkräften, zugelassen. Bis heute tut sich die US-ame- rikanische Öffentlichkeit allerdings schwer, den Unterschied zwischen beiden Doktorgraden (D. O. und M. D.) zu verstehen, zumal die Ausbildungsinhalte (Anatomie, Physiologie etc.) größtenteils gleich sind und auch D. O.s nur noch zum geringen Teil ausschließlich osteopathische manuelle Therapie praktizie- ren und schulmedizinische sowie andere komplementärmedizi- nische Verfahren ebenfalls in ihrer Praxis anwenden (21).

Das Gegenteil einer Monopolisierung des medizinischen Marktes ist im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts im Deut- schen Reich zu beobachten. Dort fühlten sich die Ärzte den an- deren Heilern so überlegen, dass sie einer völligen Liberalisie- rung des Heilgewerbes im Rahmen der Gewerbeordnung von

1869 bzw. 1871 zunächst zustimmten, um sich dann alsbald darüber zu beschweren, dass der Konkurrenzkampf nicht zu ih- ren Gunsten auszugehen schien. Das führte dazu, dass auch in Deutschland immer mehr Ärzten der florierende Markt für Ge-

heimmittel ein Dorn im Auge wurde und dass Ärztetage seit den 1880er-Jahren ein Verbot der „Kurpfuscherei“ forderten, aber damit beim Gesetzgeber auf taube Ohren stießen. Neben der organisierten Ärzteschaft war es vor allem die „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Kurpfuscherei“, die gegen angebliche Missstände im Heilgewerbe ankämpfte und eine Vielfalt von Aktivitäten entfaltete. In der von ihr herausgegebe- nen Zeitschrift „Der Gesundheitslehrer“ erschien 1932 ein Arti- kel mit dem Titel „Moral und Recht im Kurpfuschertum“. Da- rin wurde gefordert, jedem, der wirklich Kenntnisse und Fähig- keiten auf dem Gebiet der Heilkunde besitzt, zu ermöglichen, eine staatliche Genehmigung zur Ausübung dieser Heilkunde zu erlangen. Die geforderte „kleine Approbation“ (22) sollte die Gewähr dafür bieten, dass jeder Heilkundige „eine mora- lisch einwandfreie Persönlichkeit“ und „kein Pfuscher“ sei. Hier deutet sich bereits die Lösungsmöglichkeit an, die schließ- lich unter geänderten politischen Bedingungen 1939 Eingang in das „Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz)“ fand. Diese Entwick- lung erklärt, dass in Deutschland im Unterschied zu anderen Ländern sämtliche osteopathische Verfahren von Ärzten, aber auch von einer weiteren Berufsgruppe, den Heilpraktikern, im Primärzugang zum Patienten angewendet werden. Das Heil- praktikergesetz hat in veränderter Form weiterhin Gültigkeit und wird ergänzt und konkretisiert durch die Durchführungs- verordnung zum Heilpraktikergesetz und durch Richtlinien zur Durchführung des Heilpraktikergesetzes in den einzelnen Bun- desländern.

Auch wenn z. B. der Verband der Osteopathen Deutschland e.V. (VOD) die Bezeichnung „D. O.“ als geschützte Wortmarke vergibt, so hat dieser Titel rechtlich keine Bedeutung, er ist auch nicht mit dem genannten US-amerikanischen Abschluss zu ver- gleichen, der auf einer vollwertigen medizinischen Ausbildung basiert (23).

In Deutschland wenden neben Ärzten auch Heilpraktiker und Physiotherapeuten mit entsprechender Ausbildung osteopathi- sche Techniken an. Die Ausbildung/das Training ist unterschied- lich umfangreich bzw. intensiv. Daneben gibt es seit ca. zehn Jahren eine steigende Zahl von Schulen, die Angehörige ver- schiedener medizinischer Fachberufe (vornehmlich Physiothera- peuten und Heilpraktiker, aber auch Ärzte) in einer berufsbeglei- tenden Ausbildung zum „Osteopathen“ ausbilden. Die meisten dieser Schulen sind bzw. waren Ableger etablierter Schulen aus dem benachbarten Ausland (z. B. Belgien, Frankreich), wo sich die „Osteopathie“ schon früher etabliert hatte. Neben anspruchs- vollen klinischen Prüfungen wurde vor ca. zehn Jahren auch be- gonnen, nach den Kriterien der klinischen Forschung in der Me- dizin Forschungsaktivitäten im Rahmen von „Diplomarbeiten“ zu initiieren.

**III.2 Versuche des Nachweises der**

**Wissenschaftlichkeit in der Vergangenheit**

Ob die „Osteopathie“ mit Blick auf das deutsche Gesundheits- system als Heilkunde zu bezeichnen ist, kann nicht losgelöst von der Frage beantwortet werden, ob es sich dabei um eine wirksa- me Behandlungsmethode ohne größere Risiken für die Patienten handelt. Dazu ist zunächst aus historischer Sicht zu bemerken, dass US-amerikanische Osteopathen schon früh begonnen ha- ben, den Nachweis der Wissenschaftlichkeit zu erbringen (24). Allerdings ist man bereits in den 20er- und 30er-Jahren des 20. Jahrhunderts zu der Erkenntnis gelangt, dass der subjektive Fak-

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 46 | 13. November 2009 **A** 2327

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

tor aus klinischen Überprüfungen nur schwer zu eliminieren ist. Man hat deshalb frühzeitig auf pathophysiologische Studien ge- setzt, die zeigen sollten, dass das theoretische Konzept, das von Andrew Taylor Still und seinen Schülern (vor allem John Martin Littlejohn, 1856–1947 [25]) entwickelt worden ist, mit biomedi- zinischen Erkenntnissen übereinstimmt. Inzwischen liegen eini- ge randomisierte Doppelblindstudien zu einzelnen osteopathi- schen Verfahren vor, auf die in dieser wissenschaftlichen Bewer- tung an anderer Stelle näher eingegangen wird. In diesem Zu- sammenhang sei bereits darauf hingewiesen, dass bei der Evi- denzbewertung nicht mit zweierlei Maßstäben gemessen werden darf, denn z. B. in der Orthopädie fehlt ebenfalls für viele Verfah- ren aus mehr oder weniger einsichtigen Gründen die Ausrichtung am „Goldstandard“ (RCTs). Auch sonst ist die Studiendichte im Sinne einer evidenzbasierten Medizin in diesem Feld therapeuti- schen Handelns eher gering (26).

Entsprechend ihrem universitären Status beschäftigen sich die Osteopathic Medical Schools in den USA schon seit vielen Jahr- zehnten wissenschaftlich mit der gesamten Bandbreite der The- men der Grundlagen- und klinischen Forschung. Demgegenüber waren die Bemühungen um Evidenzbasierung spezifisch osteo- pathischer Fragestellungen lange Zeit eher wenig intensiv. In letzter Zeit lassen sich zunehmend stärkere Aktivitäten feststel- len. So führt die AACOM (American Association of Colleges of Osteopathic Medicine) eine „clinical research database“, die Links zu vielen relevanten Webseiten bietet. Ein „Manual of Basic Tools for Research in Osteopathic Manipulative Medici- ne“, herausgegeben vom Texas College of Osteopathic Medi- cine, gibt differenzierte Anleitungen für eine osteopathische For- schung nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin (27).

In Großbritannien werden in den osteopathischen Schulen schon seit vielen Jahren, vor allem im Rahmen von „Diplomar- beiten“ und ohne finanzielle Ressourcen, Studien realisiert, aller- dings bislang kaum kontrollierte klinische Interventionsstudien (29). Lange Zeit wurden die Ergebnisse bewusst nicht einer brei- ten Scientific Community zur Verfügung gestellt, sondern *intra muros* bewahrt. In den letzten Jahren werden zunehmend neue Ergebnisse aktiv kommuniziert, seit einigen Jahren auch in elek- tronischer Form als „ORTB – Osteopathic Research and Treat- ment Bulletin“ (30).

In Deutschland kam es mit zunehmenden Bemühungen um ei- ne Vereinheitlichung von Eckpunkten der Ausbildung, nament- lich der Einführung obligatorischer Abschlussarbeiten und später der Marke „DO“, zu einer sprunghaften Zunahme der For- schungsaktivitäten. Eine schulübergreifende „Akademie für Os- teopathie“ unternahm vor einiger Zeit den Versuch, ambitionierte Qualitätsstandards für Diplomarbeiten zu entwickeln (31). Meist sind aber nur Abstracts dieser bi- oder trizentrischen klinischen Studien leicht zugänglich (32).

Es muss gefordert werden, dass dieselben Kriterien, die für die Nutzenbewertung in der Medizin allgemein gelten, auch für die osteopathischen Verfahren eingesetzt werden. Der Sachverstän-

digenrat hat in seinem Gutachten 20072 über die Kooperation mit

den nicht ärztlichen Heilberufen die Fakultäten dazu aufgerufen, sich der Forschung und der Lehre in diesen Kooperationsberei- chen anzunehmen.

**IV. Wirksamkeit und Sicherheit osteopathischer Verfahren**

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit und der Sicherheit osteopa- thischer Verfahren sind einige grundlegende Aspekte zu berück-

sichtigen. Als Erstes ist es sinnvoll, die Beurteilung des philoso- phischen Gedankengebäudes von der wissenschaftlichen Beur- teilung der Wirksamkeit und der Sicherheit der befunderheben- den und therapeutischen Maßnahmen zu trennen. Als Zweites ist es wichtig festzuhalten, dass die Beurteilung der Wirksamkeit und der Sicherheit für die befunderhebenden und therapeutischen Maßnahmen nicht an klassischen Indikationen, welche sich an Krankheitsdiagnosen im Sinne der Internationalen Klassifikation für Krankheiten (ICD) orientieren, erfolgen kann. Dies ergibt sich daraus, dass zwar grundsätzliche indikationsspezifische Aspekte berücksichtigt werden, die spezifisch osteopathische Befunderhebung und die daraus abgeleiteten therapeutischen Maßnahmen sich jedoch vorrangig an aktuellen, individuellen Befundkonstellationen und nicht an Krankheitsdiagnosen orien- tieren. Entsprechend lässt sich die Beurteilung der wissenschaft- lichen Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit auch nicht für die Bereiche parietale, viszerale und kraniosakrale „Osteopathie“ differenzieren. Offensichtlich kommen für verschiedene Befund- und Symptomkonstellationen grundsätzlich alle drei Ansätze zur Anwendung. Als Konsequenz daraus ergibt sich, dass bei der Be- urteilung der Wirksamkeit und der Sicherheit *nicht* nach den je- weiligen Befundkonstellationen, sei es in der parietalen „Osteo- pathie“ oder sei es in der viszeralen respektive kraniosakralen

„Osteopathie“, differenziert werden kann.

**IV.1 Beurteilung der osteopathischen Philosophie**

Wie jedes andere philosophische Gedankengebäude lassen sich die konzeptionellen Annahmen der „Osteopathie“ nicht natur- wissenschaftlich, beispielsweise im Sinne der Evidenzbeurtei- lung, untersuchen. Allerdings lassen sich diese durchaus in Be- zug auf unser heutiges naturwissenschaftliches und ärztliches Denken beurteilen. Dabei wird klar, dass das Theorem der „Os- teopathie“ starke historische Wurzeln hat. Andrew Taylor Still, der Begründer der „Osteopathie“, nahm unter anderem an, dass der Körper eine Funktionseinheit ist und dass der Körper die Fähigkeit zur Selbstregulierung besitzt. Nach seiner Auffassung hängen alle Körperfunktionen von der Ver- und Entsorgung durch das Gefäß- und das Nervensystem ab. Träten Störungen auf, so werde der Körper versuchen, diese zu beseitigen bzw. zu kompensieren. Nach Auffassung Stills heilt sich der Körper bei Störungen grundsätzlich selbst, und es ist nicht möglich, ihn ausschließlich von außen zu heilen. Die „Osteopathie“ soll die Selbstheilungskräfte aktivieren und fördern. Dieses Konzept ähnelt in gewisser Hinsicht komplementärmedizinischen Ver- fahren, die man unter dem Etikett „Regulationsmedizin“ zu- sammenfassen kann. Auf einer abstrakten Ebene sind einige dieser Annahmen (Bewegung, Fluss und Ganzheitlichkeit) durchaus mit unserem heutigen naturwissenschaftlich-ärztli- chen Denken kompatibel. So sind Aspekte wie Bewegung und Ganzheitlichkeit essenzieller Bestandteil verschiedener medizi- nischer Fachdisziplinen. Als Beispiel seien hier die Ganzheit- lichkeit des Ansatzes in der Rehabilitation oder Allgemeinme- dizin sowie die zügige funktionelle Mobilisierung unter Ver- meidung einer längeren Immobilisation nach chirurgischen Eingriffen erwähnt. Unter Ausklammerung des historischen Kontextes sind die Grundgedanken der „Osteopathie“ eher als allgemeine Grundprinzipien und nicht als ein philosophisches Gedankengebäude im engeren Sinne zu verstehen. Dies unter- scheidet beispielsweise die „Osteopathie“ von der Anthroposo- phischen Medizin, aber auch von der Traditionellen Chinesi- schen Medizin (TCM).

**A** 2328 Deutsches Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 46 | 13. November 2009

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

**IV.2 Beurteilung der Wirksamkeit osteopathischer Verfahren**

Zwei beauftragte Gutachter *(siehe Anhang)* kamen zum Schluss, dass für einige Bereiche der osteopathischen Befunderhebung und Therapie sowie bestimmter Techniken bereits eine relevante Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten vorliegt. Dies betrifft insbe- sondere die Aspekte der „Osteopathie“, welche weitgehend in die Manuelle Medizin eingeflossen sind. Für diesen Bereich fand eines der Gutachten bei restriktiver Suche in der Datenbank Medline (Einschränkung auf Records mit einschlägigen MeSH- Begriffen und ohne Verwendung des Begriffs „effectiveness“) insgesamt 62 als thematisch relevant zu bezeichnende Einträge, welche also tatsächlich die Wirksamkeit osteopathischer Be- handlungsformen thematisieren. Hiervon konnten 16 der Evi- denzklasse I a zugeordnet werden. Zudem erfüllen weitere 16

Artikel die Kriterien der Evidenzklasse I b. Die restlichen 30

Einträge zählen entweder zu den Kategorien II–IV Level und Metaanalysen. Verschiedene dieser Studien und Metaanalysen kamen zum Ergebnis, dass osteopathische Behandlungen bei ei- ner Reihe unterschiedlicher Gesundheitsstörungen/Erkrankun- gen wirksam sein können.

Im zweiten Gutachten wird zudem darauf verwiesen, dass of- fensichtlich ein wesentlicher Teil der Literatur nicht in Medline gelistet ist. Auch sei in den letzten Jahren eine deutliche Intensi- vierung der klinischen Forschung nach allgemein üblichen Stan- dards zu verzeichnen gewesen. Dies lasse sich auch daran erken- nen, dass eine relevante Anzahl größerer RCTs zur osteopathi- schen Behandlung aktuell in der Durchführung sei.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass einigermaßen zuverlässi- ge Aussagen zur Wirksamkeit/Effektivität osteopathischer Be- handlungen nur bei wenigen Erkrankungsbildern vorliegen (im Wesentlichen bei chronischen Schmerzsyndromen der Wirbel- säule), einzelne RCTs aber auch auf positive Effekte außerhalb des Bereichs muskuloskelettaler Störungen, vor allem im visze- ralen Bereich hindeuten. Es handelt sich dabei typischerweise um Störungen, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass keine primär irreversiblen Strukturveränderungen vorliegen wie etwa die eingeschränkte Funktionsfähigkeit älterer Menschen (33), Fibromyalgie (34), rezidivierende Otitis media (35), ju- gendliches Asthma (36) oder Dreimonatskoliken (37).

Unter Berücksichtigung der Schwierigkeit der Differenzierung der drei osteopathierelevanten Bereiche parietal, viszeral und kra- niosakral wird klar, dass für den Bereich der viszeralen „Osteopa- thie“ deutlich weniger wissenschaftliche Grundlagen vorhanden sind und diese für den Bereich der kraniosakralen „Osteopathie“ fast vollständig fehlen. Studien über die Wirksamkeit der Kranio- sakraltherapie weisen methodische Mängel auf, die Wirkweise bleibt spekulativ. Auch die durch bildgebende Verfahren im Mi- krobereich festgestellte Bewegung der Schädelnähte, welche zu- dem nur bei großen Kräften auftritt, welche in der manuellen Therapie kaum erreicht werden, ist so gering, dass der menschli- che Tastsinn sie nicht mehr wahrnehmen kann (38, 39, 40). Sie wird auch durch neuere Arbeiten von Osteopathen selbst grund- sätzlich infrage gestellt (41).

**IV.3 Risiken und Nebenwirkungen**

Die beiden Gutachter kamen zum Schluss, dass zurzeit keine sys- tematische Dokumentation im Sinne der Post-marketing-Surveil- lance zur Sicherheit im Rahmen der Anwendung der befunderhe- benden und therapeutischen ärztlichen Maßnahmen vorliegt. Die Beurteilung des Risikopotenzials muss sich deshalb – wie in vie-

len Bereichen der Medizin – an Einzelfall-Publikationen und noch wichtiger an einer Gesamtschau der durchgeführten befun- derhebenden, differenzialbefunderhebenden und therapeutischen Maßnahmen einschließlich der Beherrschung ihrer Komplikatio- nen orientieren.

In diesem Zusammenhang ist es entscheidend, dass in der

„Osteopathie“ funktionsbezogen, aber auch an der Körperstruk- tur orientiert Befunde erhoben und behandelt werden. Daraus er- geben sich implizit die möglichen Gefahren, d. h. der Schädi- gung von Strukturen und – entscheidend – vorgeschädigter Strukturen.

Die Risiken, welche sich aufgrund der befunderhebenden und therapeutischen Maßnahmen für *nicht geschädigte Strukturen* er- geben, können in Abhängigkeit der eingesetzten Techniken den Risiken der Manuellen Medizin und insbesondere der sogenann- ten Manipulation mit Impuls (thrust) vergleichbar sein (42), wenngleich letztere Techniken in der „Osteopathie“ einen ver- gleichsweise niedrigeren Stellenwert einnehmen. So ist bekannt, dass die Mobilisation oder Manipulation mit Impuls der HWS mit der Gefahr der Dissektion der Arteria vertebralis und damit einer zerebralen Durchblutungsstörung assoziiert ist (43, 44, 45). Wie bei jeder befunderhebenden und therapeutischen ärztlichen Maßnahme muss deshalb für diese Interventionen eine sorgfälti- ge Abwägung des Nutzens und der Risiken erfolgen.

Die Risiken, welche sich aufgrund von befunderhebenden und therapeutischen Maßnahmen einer *geschädigten Struktur* erge- ben, sind breit gefächert; es sind immer Strukturläsionen im Rah- men der ärztlichen Differenzialdiagnostik zu erfassen und zu be- werten. Hinsichtlich der therapeutischen Intervention betreffen sie beispielsweise die Komplikationen bei einer auch nur leich- ten Traktion der HWS bei einer atlantoaxialen Dislokation, die Gefahr einer Fraktur bei generalisierter Osteoporose oder das Aufplatzen eines Divertikels bei einer bestehenden Divertikuli- tis. Beim älteren Menschen mit vorgeschädigten, insbesondere vaskulären Strukturen, ist ein höheres Risikopotenzial anzuneh- men. Entsprechend der Literaturübersicht durch die beiden Gut- achter sowie den Erfahrungsberichten der osteopathisch-tätigen Kollegen im Arbeitskreis sind die Komplikationen sowohl im Rahmen einer ungeschädigten wie auch einer vorgeschädigten Struktur als gering zu betrachten.

Entscheidende Voraussetzung, um insbesondere Komplikatio- nen durch befunderhebende und therapeutische Maßnahmen ei- ner *vorgeschädigten Struktur* zu vermeiden, ist eine umfassende ärztliche Untersuchung und Differenzialdiagnose. Im Rahmen einer solchen Untersuchung gilt es insbesondere, krankheitsbe- dingte Strukturschädigungen auszuschließen, welche im Rahmen der in der „Osteopathie“ üblichen befunderhebenden und thera- peutischen Maßnahmen Komplikationen verursachen können. Deshalb ist es wiederum anzustreben, dass Ärzte, die osteopathi- sche Behandlungen verordnen, Grundkenntnisse des struktur- und funktionsorientierten Vorgehens der „Osteopathie“ haben und bei der Verordnung von ausgewählten osteopathischen be- funderhebenden und therapeutischen Leistungen nicht nur Krankheitsdiagnosen, sondern insbesondere auch relevante In- formationen zu geschädigten Strukturen kommunizieren.

Besonders bei der Durchführung osteopathischer Verfahren, welche in erster Linie über die Beeinflussung inhärenter Rhyth- men („CRI“ oder „PRM“) (s. o.) des menschlichen Körpers wir- ken sollen, besteht die Gefahr einer verzögerten oder verpassten Diagnose und Behandlung psychisch kranker Menschen oder der Exazerbation der Symptomatik (46). Unter anderem daraus er-

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 46 | 13. November 2009 **A** 2329

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

gibt sich wiederum die Notwendigkeit einer ärztlichen – u. U. einschließlich psychiatrischer/psychosomatischer – Diagnostik vor Durchführung osteopathischer Techniken.

Generell ist bei der Beurteilung der Risiken osteopathischer Techniken genau gleich wie bei einer entsprechenden Beurtei- lung von manualmedizinischen Techniken darauf hinzuweisen, dass die Begrifflichkeit in der internationalen Literatur sich von der Begrifflichkeit im deutschsprachigen Raum unterscheidet. In der internationalen Literatur wird der Begriff „Manipulation“ für alle Techniken, inklusive Mobilisation und Manipulation, ver- wendet. Nur der Begriff der HVLA-Manipulation (high velocity low amplitude) entspricht der Manipulation mit Impuls im deutschsprachigen Raum. Entsprechend ist die Interpretation der Literatur betreffend Unterschieden in der Sicherheit der unter- schiedlichen Techniken schwierig.

Unter haftungsrechtlichen Gesichtpunkten ist außerdem zu beachten, dass eine Körperverletzung i. S. des Strafrechts nur dann ausgeschlossen ist, wenn der Patient umfassend über die Risiken, die mit der selbstständigen Anwendung osteopathischer Verfahren verbunden sind, aufgeklärt wurde. Die Aufklärung ins- besondere über Risiken setzt eine durch den Arzt vorgenommene Diagnose und Differenzialdiagnose voraus und muss durch die- sen erfolgen. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die haftungs- rechtlichen Fragen bei Delegation von manualmedizinischen Techniken im Sinne der Manipulation mit Impuls ungeklärt sind.

**V. Verordnung und Delegierbarkeit osteopathischer Verfahren**

Ein Physiotherapeut behandelt nach entsprechender ärztlicher Diagnose aufgrund ärztlicher Verordnung.3 Wegen des breiten Aufgabenspektrums sind Spezialisierungen und Fortbildungen

unumgänglich. Dies betrifft insbesondere die Anwendung osteo- pathischer Verfahren, für deren Durchführung eine zusätzliche Qualifikation erforderlich ist.

Die Tätigkeit von Physiotherapeuten kann sowohl als Ange- stellte in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Pra- xen sowie freiberuflich ausgeübt werden. Im Rahmen von medi- zinischen Kooperationsgemeinschaften oder einer engen Zusam- menarbeit von Ärzten mit fortgebildeten Physiotherapeuten kann die befunderhebende und therapeutische Vorgehensweise mittels osteopathischer Techniken auch an entsprechend qualifiziertes nicht ärztliches Personal, z. B. entsprechend fortgebildete Phy- siotherapeuten, delegiert werden, und zwar nach vorausgegange- ner ärztlicher Differenzialdiagnose und insbesondere nach einer erfolgten Risikoabschätzung in Bezug auf vorgeschädigte Struk- turen und mögliche andere therapeutische Notwendigkeiten. Ärztlicherseits müssen bei einer Delegation Kontraindikationen und Vorsichtsmaßnahmen entsprechend kommuniziert werden. Aufgrund der haftungsrechtlichen Situation und des potenziell höheren Risikos ist eine Delegation von Techniken im Sinne ei- ner Manipulation mit Impuls (HVLA-Manipulation) an der Wir- belsäule an Nichtärzte ausgeschlossen.

**VI. Rechtliche Fragen**

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit von Physiotherapeuten ist das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Phy- siotherapiegesetz – MPhG) vom 6. Mai 1994 i. d. F. v. 30. Septem- ber 2008. Die Ausbildung zum Physiotherapeuten dauert drei Jah- re. Sie besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht sowie einer praktischen Ausbildung. Sie wird durch staatlich anerkann- te Schulen vermittelt und schließt mit der staatlichen Prüfung ab.

Wegen der nicht unproblematischen Abgrenzung zur heilkund- lichen Tätigkeit wurde Physiotherapeuten in der Vergangenheit u. a. angeraten, eine Heilpraktikererlaubnis oder eine auf den Be- reich der Physiotherapie beschränkte Heilpraktikererlaubnis zu erwerben. Diesbezüglich waren durch die Gerichte verschiedene Auffassungen vertreten worden (z. B. VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 19. März 2009, Az.: 9 S 1413/08; OVG Rheinland- Pfalz, Urteil vom 21. November 2006, Az.: 6 A 10271/06). Nun- mehr hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass ein Physiotherapeut eine auf das Gebiet der Physiotherapie begrenzte Heilpraktikererlaubnis erwerben kann, sich allerdings einer ein- geschränkten Kenntnisüberprüfung unterziehen muss. Zur Be- gründung hat das Bundesverwaltungsgericht im Wesentlichen ausgeführt: Das Berufsbild des Physiotherapeuten sei ebenso wie andere Gesundheitsfachberufe auf eine Krankenbehandlung nach ärztlicher Verordnung ausgerichtet. Die Ausbildung berechtige nicht zur eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde. Die gesetzliche Fixierung des Berufsbildes stehe andererseits einer ei- genverantwortlichen Ausübung der Heilkunde mit den Mitteln der Physiotherapie nicht entgegen, wenn die Voraussetzungen des Heilpraktikergesetzes für die Erteilung einer Erlaubnis erfüllt sei- en. Die Erlaubnis könne bei ausgebildeten Physiotherapeuten auf ihr Gebiet beschränkt werden (Pressemitteilung des BVerwG zum

Urteil vom 26. August 2009, Az.: 3 C 19.08).4

Aufgrund des § 16 Abs. 1 und 2 des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst wurde in Hessen am 4. No- vember 2008 die Verordnung einer Weiterbildungs- und Prü- fungsordnung im Bereich der Osteopathie (WPO-Osteo) verkün- det. Die Verordnung regelt die Weiterbildung in der Osteopathie für Personen, die eine Erlaubnis zur

1. Führung der Berufsbezeichnung Physiotherapeutin oder Physiotherapeut, Masseurin und medizinische Bademeiste- rin oder Masseur und medizinischer Bademeister nach § 1

Abs. 1 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom

26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), zuletzt geändert durch Ge- setz vom 30. September 2008 (BGBl. I S. 1910), oder

2. Ausübung der Heilkunde nach § 1 des Heilpraktikergeset- zes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnum- mer 2122–2, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S.

2702),

besitzen (§ 1 Abs. 1 WPO-Osteo).

Weitere Anforderungen regelt § 1 Abs. 1 Satz 2 WPO-Osteo im Hinblick auf Masseure sowie medizinische Bademeister.

Diese WPO-Osteo geht davon aus, dass eine Person, die diese Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat, die erlernten Tätig- keiten nach ärztlicher Verordnung durchführen darf.

Allerdings stellt sich die Frage, ob durch diese landesrechtli- che Regelung nicht einem eigenständigen Gesundheitsberuf der Weg geebnet werden soll, wohlwissend, dass die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen der Gesetzgebung des Bun-

des gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz unterliegt.5

**VII. Qualifizierungswege zur Anwendung osteopathischer Verfahren**

**VII.1 Feststellungen zur gegenwärtigen rechtlichen Lage**

**a) Ärzte**

– Voraussetzung für die Anwendung osteopathischer Verfah- ren durch den Arzt ist die Approbation.

**A** 2330 Deutsches Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 46 | 13. November 2009

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

– Grundsätzlich muss jeder Arzt, der osteopathische Verfah- ren selbst durchführt, sicherstellen, dass er dafür ausrei- chend qualifiziert ist.

– Im Rahmen der (Muster-)Weiterbildungsordnung ist die Zusatz-Weiterbildung „Manuelle Medizin“ verankert, de- ren Erwerb eine Facharztanerkennung voraussetzt. Ausge- hend von dieser Zusatz-Weiterbildung liegt ein vom Vor- stand der BÄK empfohlenes Kurscurriculum vor (9), wel- ches bereits jetzt Inhalte osteopathischer Verfahren enthält.

**b) Physiotherapeuten**

– Grundsätzlich können osteopathische Verfahren auch von entsprechend qualifizierten Physiotherapeuten angewendet werden. Dies setzt aber eine ärztliche Verordnung voraus. Soweit ein Arzt osteopathische Verfahren delegiert, hat er sich davon zu überzeugen, dass eine entsprechende Quali- fikation vorliegt.

– Für Physiotherapeuten gibt es mehrere Möglichkeiten zur Er- langung und Sicherstellung der notwendigen Qualifikation als Voraussetzung für die Erbringung osteopathischer Leis- tungen. So enthält die Qualifikation „Manuelle Therapie“ (Minimum 260 Stunden) mit einem von den Spitzenverbän- den der gesetzlichen Krankenkassen bestätigtem Curriculum Inhalte osteopathischer Verfahren für Physiotherapeuten.

**c) Heilpraktiker**

– Das Heilpraktikergesetz erlaubt es, Nichtärzten selbststän- dig und eigenverantwortlich die Heilkunde am Menschen auszuüben, wenn sie eine Heilpraktikererlaubnis (§ 1 HPG) erworben haben.

– Ein Heilpraktiker darf grundsätzlich alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anwenden, die er tatsächlich beherrscht. Für bestimmte Verrichtungen bestehen aller- dings gesetzliche Verbote. Die Anwendung osteopathi- scher Verfahren ist von der Heilpraktikererlaubnis erfasst. Damit ist aber keine Feststellung über eine entsprechende Qualifikation verbunden.

**VII.2 Möglichkeiten für eine Weiterentwicklung der berufsrechtlichen/weiterbildungsrechtlichen Lage**

Nach gegenwärtigem Verständnis ist die Anwendung wesentli-

cher Anteile osteopathischer Verfahren Bestandteil des ärztlichen Tätigkeitsspektrums. Deshalb wird wie in allen Teilen der Medi- zin die ärztliche Weiter- und Fortbildung fortlaufend zu prüfen und an die Erkenntnislage anzupassen sein. Aus den genannten Zusammenhängen liegt es nahe, die Qualifikationsanforderun- gen für die Anwendung osteopathischer Verfahren durch Ärzte zu aktualisieren. Dies ist Aufgabe der Weiterbildungs- und Fort- bildungsgremien der Bundesärztekammer. Aus Anlass dieser Ausarbeitung haben Mitglieder dieses Arbeitskreises einleitende Kontakte mit diesen Gremien hergestellt.

**VIII. Zusammenfassende Bewertung**

Der Auftrag der vorliegenden Ausarbeitung bestand einerseits in einer nach wissenschaftlichen Kriterien vorzunehmenden Bewertung osteopathischer Verfahren und der mit der Aus- übung der „Osteopathie“ verbundenen konkreten Gefahren für die behandelten Patienten. Andererseits sollte die Frage beant- wortet werden, ob die sogenannte „Osteopathie“ oder einzelne Teilbereiche davon nach deutschem Recht als Heilkunde einzu- ordnen sind.

**VIII.1 Osteopathische Verfahren und Manuelle Medizin**

Trotz einiger Versuche seitens der World Health Organization (WHO) oder der World Osteopathic Health Organization (WOHO) fehlt Begriffen wie „Osteopathie“, „osteopathische Medizin“,

„osteopathische Behandlung“ eine eindeutige, weltweit akzep- tierte Definition. In der vorliegenden Ausarbeitung wurde daher von osteopathischen Verfahren gesprochen.

Auch aus der Anhörung der Fachkreise ergab sich keine für

Deutschland einheitliche Begriffsdefinition.

Entsprechend ihrer grundsätzlichen Zielstrukturen werden os- teopathische Verfahren typischerweise unterteilt in drei Berei- che:

**●** parietale „Osteopathie“ (Bindegewebe, Muskulatur)

**●** viszerale „Osteopathie“ (innere Organe und ihre bindege- webigen Aufhängungen)

**●** kraniale (kraniosakrale) „Osteopathie“ (basierend auf der

Annahme spezifischer inhärenter Rhythmen des menschli- chen Organismus)

Die befunderhebenden und therapeutischen Techniken im Rahmen der „Osteopathie“ entsprechen der Erhebung von Be- fund- und Symptomkonstellationen auf der Ebene der Körper- funktionen und -strukturen. Sie umfassen primär die palpatori- sche Befunderhebung. Es handelt sich dabei also um keine Krankheitsdiagnose und damit auch nicht um eine Differenzial- diagnose.

US-amerikanische Osteopathen praktizieren fast ausschließ- lich Techniken der „parietalen Osteopathie“. Die „viszerale Os- teopathie“ wird in den USA kaum gelehrt; dort ist auch die „kra- niosakrale Osteopathie“ umstritten.

Die „Osteopathie“, so wie sie in den USA entwickelt wurde und dort noch weiterhin gelehrt wird, basiert – ganz gleich, wel- che der drei oben genannten Bereiche einzeln oder in ihrer Ge- samtheit praktiziert werden – weitestgehend auf anatomischen und neurophysiologischen Erkenntnissen, nimmt für sich jedoch in Anspruch, darüber hinaus besonders die Selbstheilungskräfte des Patienten zu stärken. „Osteopathie“ wird dabei nicht als reine biomedizinische Wissenschaft betrachtet, sondern als „osteopa- thische Philosophie, Wissenschaft und Kunst“ („osteopathic phi- losophy, 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. In Deutschland sind viele Techniken der „parietalen“ und teil- weise auch der „viszeralen Osteopathie“ bereits Bestandteil der Zusatz-Weiterbildung „Manuelle Medizin/Chirotherapie“ und da- mit in die ärztliche Heilkunst integriert. Aufgrund dieser besonde- ren Situation kommt es allerdings immer wieder zu Begriffsver- wirrungen bezüglich der Termini „Manuelle Medizin/Chirothera- pie“ (ärztlich), „Manuelle Therapie“ (physiotherapeutisch) und

„Osteopathie“ oder „Chiropraxis“ (in Deutschland nicht gere- gelt). Offensichtlich ist eine inhaltlich-konzeptionelle Differen- zierung der Begriffe „Osteopathie“ und Manuelle Medizin bisher nicht ohne Weiteres möglich. Denn osteopathische Verfahren las- sen sich, wie die Anhörung von Experten größtenteils bestätigte, auch anwenden, *ohne* das besondere Menschenbild der „Osteopa- thie“ amerikanischer Prägung und deren Funktionsvorstellungen zu übernehmen. Es reicht, lediglich die Ebene anatomischer und neurophysiologischer Grundlagenforschung zu betrachten.

**VIII.2 Wirksamkeitsnachweise**

Zwei von der Kommission beauftragte Gutachter *(siehe Anhang)*

kommen zum Schluss, dass für einige Bereiche der osteopathi-

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 46 | 13. November 2009 **A** 2331

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

schen Befunderhebung und Therapie sowie bestimmter Techni- ken bereits eine relevante Zahl wissenschaftlicher Arbeiten vor- liegt. Dies betrifft insbesondere die Aspekte der „Osteopathie“, welche weitgehend in die „Manuelle Medizin“ eingeflossen sind. Für diesen Bereich fand einer der Gutachter bei restriktiver Suche in der Datenbank Medline insgesamt 62 als thematisch relevant zu bezeichnende Einträge, welche also tatsächlich die Wirksam- keit osteopathischer Behandlungsformen thematisieren. Verschie- dene dieser Studien und Metaanalysen belegen die Wirksamkeit osteopathischer Behandlungen bei einer Reihe unterschiedlicher Gesundheitsstörungen. Ein wesentlicher Teil der Literatur ist nach Aussagen der Gutachter nicht in öffentlich zugänglichen Datenbanken gelistet. Auch sei in den letzten Jahren eine deut- liche Intensivierung der klinischen Forschung nach allgemein üblichen Standards zu verzeichnen gewesen. Grundsätzlich ist festzustellen, dass einigermaßen zuverlässige Aussagen zur Wirk- samkeit/Effektivität osteopathischer Behandlungen nur zu weni- gen Erkrankungsbildern vorliegen. Daraus ist insgesamt zu fol- gern, dass für die Anwendung bestimmter, hauptsächlich „parie- taler“ (= manualmedizinischer) und in geringerem Maß „viszera- ler osteopathischer Techniken“ Hinweise für die Wirksamkeit nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin vorliegen. Für

„kraniosakral-osteopathische“ Aspekte ist das nur sehr einge- schränkt der Fall. Angemerkt sei, dass viele Vertreter der „Osteo- pathie“ den Anspruch erheben, die Wirksamkeit hänge von der Beherrschung aller drei Teilbereiche der „Osteopathie“ durch den Therapeuten ab. Öffentlich zugängliche Publikationen zu In- dikationen oder Effektivität einer solchen Herangehensweise fehlen jedoch.

**VIII.3 Wissenschaftlichkeit**

Bei den philosophischen Grundlagen der „Osteopathie“ bewegt man sich dagegen auf dem Gebiet der Weltanschauung, für die es keine Evidenz im naturwissenschaftlichen Sinne geben kann. Auf einer abstrakten Ebene sind aber einige dieser Annahmen (Bewegung, Fluss und Ganzheitlichkeit) durchaus mit unserem heutigen naturwissenschaftlich-ärztlichen Denken kompatibel. So sind Aspekte wie Bewegung und Ganzheitlichkeit essenziel- ler Bestandteil verschiedener medizinischer Fachdisziplinen (z. B. Allgemeinmedizin, Rehabilitation).

**VIII.4 Sicherheit**

In diesem Zusammenhang ist es entscheidend, dass in der „Os- teopathie“ funktionsbezogen, aber auch an der Körperstruktur orientiert Befunde erhoben und behandelt werden. Daraus erge- ben sich implizit die möglichen Gefahren, d. h. der Schädigung von Strukturen und – entscheidend – vorgeschädigter Strukturen. Entscheidende Voraussetzung, um insbesondere Komplikatio- nen durch befunderhebende und therapeutische Maßnahmen ei- ner *vorgeschädigten Struktur* zu vermeiden, ist eine umfassende ärztliche Untersuchung und Differenzialdiagnose. Im Rahmen einer solchen Untersuchung gilt es insbesondere, krankheitsbe- dingte Strukturschädigungen auszuschließen, welche im Rahmen der befunderhebenden und therapeutischen Maßnahmen Kom- plikationen verursachen können. Deshalb ist es anzustreben, dass Ärzte, welche osteopathische Verfahren nicht selbst anwenden, sondern lediglich verordnen, zumindest Grundkenntnisse des struktur- und funktionsorientierten Vorgehens in der „Osteopa- thie“ haben. Im Falle einer Delegation von ausgewählten osteo- pathischen befunderhebenden und therapeutischen Leistungen müssen Ärzte nicht nur Krankheitsdiagnosen, sondern insbeson-

dere auch relevante Informationen zu geschädigten Strukturen kommunizieren.

Die Risiken, welche sich aufgrund der befunderhebenden und therapeutischen Maßnahmen für *nicht geschädigte Strukturen* er- geben, können in Anhängigkeit der eingesetzten Techniken den Risiken der Manuellen Medizin und insbesondere der sogenann- ten Manipulation mit Impuls (thrust) vergleichbar sein, wenn- gleich letztere Techniken in der „Osteopathie“ einen vergleichs- weise niedrigeren Stellenwert einnehmen. Wie bei jeder befund- erhebenden und therapeutischen ärztlichen Maßnahme muss des- halb für diese Interventionen eine sorgfältige Abwägung des Nutzens und der Risiken erfolgen.

Besonders bei der Durchführung osteopathischer Verfahren, welche in erster Linie über die Beeinflussung postulierter inhä- renter Rhythmen („CRI“ oder „PRM“) des menschlichen Kör- pers wirken sollen, besteht die Gefahr einer verzögerten oder ver- passten Diagnose und Behandlung psychisch kranker Menschen oder der Exazerbation der Symptomatik. Unter anderem daraus ergibt sich wiederum die Notwendigkeit einer ärztlichen Diffe- renzialdiagnostik vor Durchführung osteopathischer Techniken.

**VIII.5 Stellung der „Osteopathie“ in der Heilkunde**

Die Frage, ob „Osteopathie“ zur Heilkunde im juristischen Sinne zu rechnen ist, kann nur vor dem Hintergrund der Entwicklung des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems beantwortet wer- den. Das deutsche Heilpraktikergesetz, zu dem es in keinem an- deren Land ein Pendant gibt, erlaubt es, Nichtärzten die Heil- kunde am Menschen auszuüben. Voraussetzung hierfür ist die Erteilung einer Heilpraktikererlaubnis. Dabei fallen solche Ver- richtungen, die für sich gesehen ärztliche Fachkenntnisse nicht voraussetzen unter die Erlaubnispflicht, wenn sie mittelbar Ge- sundheitsgefährdungen zur Folge haben können (BVerwG NJW

1970, 1987 zur Chirotherapie). In Deutschland ist eine Reihe von osteopathischen Verfahren in der MWBO implementiert (z. B. der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin, der Orthopädie bzw. der Manuellen Medizin). Insofern sind „osteopathische Techniken“ in Deutschland bereits der Heilkunde zuzurechnen und können als Bestandteil und Erweiterung der Manuellen Me- dizin betrachtet werden.

Osteopathische Verfahren werden von Ärzten angewendet und können grundsätzlich auch von diesen verordnet werden. Be- stimmte „osteopathische Techniken“ dürfen an entsprechend qualifizierte Physiotherapeuten delegiert werden. Ausgenommen davon sind aufgrund des erhöhten Risikopotenzials Manipulatio- nen mit Impuls an der Wirbelsäule. Die Diagnose und Differen- zialdiagnose stehen unter Arztvorbehalt. Für die Delegation ist Voraussetzung, dass der delegierende Arzt die osteopathischen Techniken bzgl. ihrer Indikationen und Kontraindikationen kennt. Für die Delegation von „osteopathischen Techniken“ an Physiotherapeuten ist vom Arzt sicherzustellen, dass Physiothe- rapeuten in Hinblick auf die osteopathischen Leistungen entspre- chend qualifiziert sind. Diese Forderung gilt auch für Ärzte, die osteopathische Techniken selbst anwenden.

**IX. Anhang**

Die vorliegende wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren wurde von einem Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer erstellt. Von den folgenden Sachverständigen wurden auf Grundlage von systematischen Li- teraturrecherchen jeweils Gutachten zur Verfügung gestellt und mit dem Arbeitskreis erörtert:

**A** 2332 Deutsches Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 46 | 13. November 2009

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

**●** Prof. Dr. med. Karl-Ludwig Resch,

FBK Deutsches Institut für Gesundheitsforschung, Bad Elster

**●** Prof. Dr. med. Ulrich C. Smolenski,

Komm. Direktor des Instituts für Physiotherapie, Jena

Diese Gutachten sind im Internet unter [www.bundesaerzte](http://www.bundesaerzte) kammer.de abrufbar.

Darüber hinaus wurden die im Folgenden aufgeführten Fachge- sellschaften und Verbände angehört:

**●** Ärztevereinigung Manuelle Medizin (ÄMM)/Berliner Aka-

demie für Osteopathische Medizin e.V. (BAOM)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **●**  **●**  **●**  **●** | Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e.V. (BAO) Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V. Deutsche Ärzte Gesellschaft für Osteopathie e.V. (dägo) Deutsch-Amerikanische Akademie für Osteopathie e.V. | 6. Sutherland WG: The Cranial Bowl. Mankato/Minn.: Free press company 1939.  Vgl. dazu Gevitz N: The DOs: osteopathic medicine in America. Baltimore, Johns  Hopkins Univ. Press 2004; 108–9.  7. Upledger JE: Lehrbuch der Kraniosakral-Therapie (1. amerikanische Ausgabe  1983), Heidelberg 1991; derselbe: Auf den Inneren Arzt hören, Eine Einführung |
|  | (DAAO) | in die KranioSacral-Arbeit, Basel: Sphinx; 94. |
| **●** | Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM) | 8. Vgl. z. B. die Webseiten der Schweizerischen Gesellschaft für Craniosacral The- |
| **●** | Deutsche Gesellschaft für manuelle Wirbelsäulen- und Ex- | rapie [(www.craniosuisse.ch/)](http://www.craniosuisse.ch/) und der englischen Craniosacral Therapy Associa-  tion [(www.craniosacral.co.uk/index.html).](http://www.craniosacral.co.uk/index.html) |

zusetzen. OM beinhaltet insbesondere eine umfassende manuelle Untersu- chung, Diagnostik, Therapie und Prävention von Funktionsstörungen – somati- schen Dysfunktionen – im muskulo-skelettalen System (parietal), den visceralen Organen (visceral) und dem peripheren und zentralen Nervensystem (cranio-sa- cral). Osteopathische Medizin ergänzt und erweitert das etablierte Medizinsys- tem im Kontext einer integrierten Patientenversorgung, die sowohl Evidenz ba- siert als auch Patienten zentriert arbeitet.“ [(www.erop.org/definition.shtml,](http://www.erop.org/definition.shtml) letz- ter Zugriff, 18. 6. 2008).

4. Pauli Y: WHO keeps chiropractic, osteopathic guidelines separate. The Chirop- racic Journal 2004 [(www.worldchiropracticalliance.org/tcj/2004/aug/h.html).](http://www.worldchiropracticalliance.org/tcj/2004/aug/h.html)

5. Franke H: Geschichte der funktionellen Technik. in: Hover H, Bowles C, Johnston W (Hrsg): Osteopathische Medizin 2006; 7: 4–12 [(www.elsevier.de/elsevier/](http://www.elsevier.de/elsevier/) journals/files/osteo/osteo\_7–2/04–12\_HISTORY.pdf, letzter Zugriff

11. 12. 2007); vgl. auch das Standardwerk: Barral JP, Mercier P: Visceral Mani- pulation. Seattle/WA: Eastland Press 1989.

tremitätenbehandlung (MWE)

**●** Deutsche Gesellschaft für Muskuloskeletale Medizin e.V. (DGMSM)

**●** Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische

Chirurgie (DGOOC)

**●** Deutsche Gesellschaft für Osteopathische Medizin

(DGOM)

**●** Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Re- habilitation (DGPMR)

**●** Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der

Physiotherapeuten/Krankengymnasten ZVK e.V.

**●** Verband der Osteopathen Deutschland e.V. (VOD)

**●** Verband Physikalische Therapie VPT e.V.

Die schriftlichen Stellungnahmen der oben genannten Fachge- sellschaften und Verbände sind im Internet abrufbar. Die in die- sen Stellungnahmen enthaltenen Meinungen geben die Auffas- sung der jeweiligen Fachgesellschaften und Verbände wieder.

**X. Literatur**

1. World Health Organization. Revised Draft: WHO Guidelines on basic training and

safety in osteopathy (Stand: Januar 2007) unveröffentlicht: „*Osteopathic physi- cian:* Is a person with full, scope of medical practice rights and who has achiev-

ed the nationally recognized academic and professional standards within his or her country to practice acute, chronic and preventative healthcare using diag-

nose and treatment which is based upon the principles of osteopathic philoso- phy. Individual countries establish the national academic and professional stand-

ards for osteopathic physicians practicing within their countries.”, „*Osteopath:*

A person who has achieved the nationally recognized academic and profession- al standards within her or his country to independently practice acute, chronic

and preventative healthcare using diagnosis and treatment which is based upon

the principles of osteopathic philosophy. Individual countries establish the nation- al academic and professional standards for osteopaths practicing within their

countries.“

2. „Osteopathy is an established recognized system of healthcare which relies on manual contact for diagnosis and treatment. It respects the relationship of body, mind and spirit in health and disease; it lays emphasis on the structural and functional integrity of the body and the body’s intrinsic tendency for self-healing. Osteopathic treatment is viewed as a facilitative influence to encourage this self regulatory process. Pain and disability experienced by patients are viewed as resulting from a reciprocal relationship between the musculoskeletal and viscer- al components of a disease or strain.“ [(www.woho.org/index.php?option=](http://www.woho.org/index.php) com\_content&task=view&id=5&Itemid=31, letzter Zugriff, 18. 6. 2008).

3. „[…] Osteopathische Medizin betont die wechselseitige Beziehung zwischen Struktur und Funktion. Sie unterstützt die Fähigkeit des Organismus, saluto-ge- netische Ressourcen zur Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit ein-

9. (Muster-)Kursbuch Manuelle Medizin/Chirotherapie: Methodische Empfehlun- gen, Lehr- und Lerninhalte für den Weiterbildungskurs zur Zusatzbezeichnung

„Manuelle Medizin/Chirotherapie. Nach den Richtlinien zur (Muster-)Weiterbil- dungsordnung der Bundesärztekammer (April 2005), S. 3.

10. Dvorak J et al.: Manuelle Medizin, Chiropraktik, Osteopathie. Man Med Osteo- path Med 39; 66–71.

11. Beyer L, Böhni U, Buchmann J, Locher H, Seidel EJ, Smolenski U: Osteopathie als Bestandteil und Erweiterung der Manuellen Medizin. Position zur Osteopa- thie. Manuelle Medizin 2007; 45: 245–6.

12. Trowbridge C: Andrew Taylor Still, 1828–1917. Pähl: Jolandos, 2003; bes. S.

181ff; Gevitz N: Andrew Taylor Still and the Social Origins of Osteopathy. In: Cooter R (Hrsg.): Studies in the History of Alternative Medicine. New York: St.

Martin’s Press 1988; 154–70; Fuller RC: Alternative Medicine and American

Religions Life. New York, Oxford: Oxford University Press 1989; 81 ff.

13. Trowbridge (wie Anm. 12), S. 203.

14. Booth ER: History of osteopathy and twentieth-century medical practice. Cincin- nati: Press of Jennings and Graham 1905; bes. S. 44–70; Miller CP: A second voice: a century of osteopathic medicine in Ohio. Athens, Ohio: Ohio Univ. Press

2004; Gevitz, DOs [wie Anm.6].

15. Buchmann J: Manuelle Medizin und Osteopathie in Deutschland oder Was ist Neues an der Osteopathie. In: Manuelle Medizin 2002; 40: 235–7; derselbe: Manuelle Medizin und Osteopathie in Deutschland – Versuch einer Standortbe- stimmung vor der Novellierung der Weiterbildungsordnung. Physikalische Medi- zin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2002; 12: 315–6.

16. Bonner TN: Becoming a physician. Medical education in Britain, France, Germa- ny, and the United States, 1750–1945. New York, Oxford: Oxford University Press 1995; Burnham JC: How the Idea of Profession Changed the Writing of Medical History. London; Wellcome Institute for the History of Medicine 1998.

17. Jütte R: La professione medica. In: Storia della Scienca. Enciclopedia Italiana

Treccani. Rom; Istituto della Enciclopedia Italiana 2003; 7: 862–3.

18. Larkin G: Orthodox and Osteopathic Medicine in the Inter-War-Years. In: Mike

Saks (Hrsg): Alternative Medicine in Britain. Oxford; Clarendon Press 1992;

112–3.

19. Thomas KJ, Carr J, Westlake L, Williams BT: Use of non-orthodox and conven- tional health care in Great Britain. British Medical Journal 1991; 302(26): 207–10.

20. Gevitz, DOs [wie Anm. 6]; 143.

21. Harris R: The Cost of Professionalization: A Case Study of Osteopathic Medicine in the United States. Ph.D.-Dissertation University of South Florida 2005; 29 ff.

22. Der Gesundheitslehrer. Zeitschr. gegen Mißstände im Heilwesen für Ärzte u. Be- hörden ; Organ der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuscher- tums 1932; 35: 200.

23. Dvorak J, Gauchat MH, Graf-Baumann T, Mühlemann D, Pscolla M: Manuelle Medizin, Chiropraktik, Osteopathie. Manuelle Medizin und Osteopathische Medi- zin 2001; 39: 66–71.

24. Gevitz, DOs [wie Anm. 6]; 106, 184.

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 46 | 13. November 2009 **A** 2333

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

25. Hartmann C: John Martin Littlejohn, Vater der europäischen Osteopathie. Deut- sche Zeitschrift für Osteopathie 2004; 2: 30–1.

26. Schräder P, Scharf HP, Günther KP, Puhl W, Porzsolt F: Evidence-Based Medicine in der Orthopädie – Sinnvolle Ergänzung oder überflüssiger Ballast in der klini- schen Arbeit? Teil 2: Das Modul „Therapie“. Orthop Unfallchir 2003; 141:

391–4.

27. [www.hsc.unt.edu/orc/documents/ResearchManual.pdf.](http://www.hsc.unt.edu/orc/documents/ResearchManual.pdf)

28. [www.aacom.org/om/research/synergy-white-paper.doc.](http://www.aacom.org/om/research/synergy-white-paper.doc)

29. Vgl. u. a. [www.bso.ac.uk/sm4publ.htm.](http://www.bso.ac.uk/sm4publ.htm)

30. Siehe z. B. ORTB – Osteopathic Research and Treatment Bulletin. [www.bso.ac.](http://www.bso.ac) uk/sm4ortb.htm.

31. [www.osteopathie-akademie.de/diplom\_erstellen.html.](http://www.osteopathie-akademie.de/diplom_erstellen.html)

32. [www.osteopathie-akademie.de/diplom\_chrono.html.](http://www.osteopathie-akademie.de/diplom_chrono.html)

33. 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.

34. Gamber RG, Shores JH, Russo DP, Jimenez C, Rubin BR: Osteopathic manipula- tive treatment in conjunction with medication relieves pain associated with fi- bromyalgia syndrome: results of a randomized clinical pilot project. J Am Osteo- path Assoc. 2002; 102: 321–5.

35. Mills MV, Henley CE, Barnes LL, Carreiro JE, Degenhardt BF: The use of osteo- pathic manipulative treatment as adjuvant therapy in children with recurrent acute otitis media. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003; 157: 861–6.

36. 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.

37. Hayden C, Mullinger B: A preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic. Compl Ther Clin Prac. 2006; 12:

83–90.

38. Green C et al.: A systematic review of craniosacral therapy: biological plausibili- ty, assessment reliability and clinical effectiveness. Complement Ther Med.

1999 Dec; 7(4): 201–7.

39. 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.

40. 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.

41. Schalkhaußer A: Schließung und Mobilität der Synchondrosis sphenobasilaris.

Diplomarbeit COE 2000 [erhältlich über [www.osteopathie-akademie.de].](http://www.osteopathie-akademie.de)

42. Graf-Baumann T, Ringelstein EB. Qualitätssicherung, Aufklärung und Dokumen- tation in der Manuellen Medizin an der Wirbelsäule. Man Med 2004; 42:

141–70.

43. Rubinstein SM, Peerdeman SM, van Tulder MW, Riphagen I, Haldeman S: A sys- tematic review of the risk factors for cervical artery dissection. Stroke 2005;

36(7): 1575–80.

44. Refisch A, Bischoff HP: Manipulationen und Läsionen der Zervikalarterien. Man

Med 2004; 42: 109–18.

45. Marx P, Püschmann H, Haferkamp G, Busche T, Neu J: Manipulationsbehand- lung der HWS und Schlaganfall. Fortschr Neurol Psychiat 2009; 77: 83–90.

46. Buchmann J: Kraniosakrale Therapie – Fiktion oder Möglichkeit? Man Med

2007; 45(1): 21–5.

**XI. Mitglieder des Arbeitskreises**

PD Dr. Johannes **Buchmann**,

Stellv. Klinikdirektor der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter; Zentrum für Nervenheilkunde, Universität Rostock

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Norbert P. **Haas** *(Federführender)*, Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie (CMSC) der Charité – Universitätsmedizin, Campus Virchow-Klinikum, Berlin

Ass. jur. Ulrike **Hespeler**,

Juristische Geschäftsführung der Landesärztekammer Baden- Württemberg, Stuttgart

Prof. Dr. phil. Robert **Jütte**,

Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert- Bosch-Stiftung, Stuttgart

Dr. med. Hermann-Alexander **Locher**,

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Zentrum für Manu- elle Medizin und Schmerztherapie, Tettnang

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. **Scriba**,

em. Direktor der Medizinischen Klinik Innenstadt der Ludwig- Maximilians-Universität München, Vorsitzender des Wissen- schaftlichen Beirats der Bundesärztekammer

Prof. Dr. med. Gerold **Stucki**,

Direktor der Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität, München

Prof. h. c. Dr. med. Almut **Tempka**,

Leitende Ärztin Sektion Rehabilitation, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité (CMSC), Campus Virchow-Klinikum, Ber- lin

**Beratend**

Dr. med. Annette **Güntert**,

Leiterin Dezernat Weiterbildung der Bundesärztekammer

Dr. jur. Marlis **Hübner**,

Abteilungsleiterin, Rechtsabteilung der Bundesärztekammer/KBV

**Geschäftsführung**

Dr. med. Gert **Schomburg**, Dezernent

Dr. med. Frieder **Bäsler**, Referent

Dezernat VI – Wissenschaft und Forschung – Bundesärztekammer

Herbert-Lewin-Platz 1

10623 Berlin

Der Dank der Autoren geht auch an Dipl.-Kauffrau Cornelia Schulze, Sachbearbeiterin De- zernat VI, die bei der organisatorischen Betreuung des Arbeitskreises und der Erstellung des Manuskripts eine wertvolle Unterstützung war.

1 Mit den in dieser Stellungnahme verwendeten Personen- und Tätigkeitsbezeichnungen sind, auch wenn sie aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in einer Form auftreten, bei- de Geschlechter gemeint.

2 [www.svr-gesundheit.de,](http://www.svr-gesundheit.de) Gutachten 2007, Band 1, Textziffer 266–268

3 Auf die Entschließung VIII-30 des 112. DÄT 2009 wird hingewiesen (vgl. Beschlussproto- koll des 112. DÄT: [www.bundesaerztekammer.de/page.](http://www.bundesaerztekammer.de/page) asp?his=0.2.6499.7184.7342.7467).

4 Die schriftliche Urteilsbegründung lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

5 Auf die Entschließung VIII-55 des 112. DÄT 2009 wird hingewiesen (vgl. Beschlussproto- koll des 112. DÄT: [www.bundesaerztekammer.de/page.](http://www.bundesaerztekammer.de/page) asp?his=0.2.6499.7184.7342.7467.7470).

**A** 2334 Deutsches Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 46 | 13. November 2009