

Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER: Bundesärztekammer

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 Wissenschaftlichen Beirat mit einer Bewertung osteopathischer Verfahren. Die vorgelegte Ausarbeitung wurde von einem Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirats nach Anhörung der Fachkreise erarbeitet. Es wird u. a. ersichtlich, dass Begrifflichkeiten wie „Osteopathie“ und „osteopathische Medizin“ keine klare, weltweit akzeptierte Definition besitzen. Dennoch haben verschiedene osteopathische Verfahren Eingang in die Medizin gefunden und können als Bestandteil und Erweiterung 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 juristischem 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 Bewertung osteopathischer Verfahren und der mit der Ausübung der sogenannten „Osteopathie“ verbundenen konkreten Gefahren für die behandelten Patienten. Andererseits sollte die Frage beantwortet werden, ob die „Osteopathie“ oder einzelne Teilbereiche davon nach deutschem Recht als Heilkunde einzuordnen sind.

Die Frage, ob osteopathische Verfahren als Heilkunde zu qualifizieren sind, wird unterschiedlich beurteilt. In diesem Zusammenhang ist u. a. der Arztvorbehalt nach deutschem Recht (z. B. nach § 15 Abs. 1, § 28 Abs. 1 SGB V) zu berücksichtigen. Einzelne Erfahrungen verweisen auf die erfolgreiche therapeutische Anwendung verschiedener osteopathischer Verfahren. Vor diesem Hintergrund besteht eine Notwendigkeit für eine fundierte Positionierung der Bundesärztekammer zur Einordnung der „Osteopathie“ 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 akzeptierte Definition. Vielmehr werden sie von Land zu Land unterschiedlich gebraucht und reflektieren damit teilweise auch Differenzen in der Behandlung. Der aktuelle Entwurf der „WHO Guidelines on Basic Training and Safety in Osteopathy“ (1) orientiert sich im Wesentlichen an dem Sonderfall USA und lässt sich deshalb nicht verallgemeinern, zumal es umstritten ist, inwieweit die „Osteopathie“ auf einem eigenständigen philosophischen Konzept beruht oder dieses zwingend voraussetzt. Ähnliches gilt für die Kurzdefinition der World Osteopathic Health Organization (WOHO) (2) sowie für die eher additive Definition eines europäischen Fachverbandes (European Register of Osteopathic Physicians) (3). In den USA wird die osteopathische Behandlung gemeinhin als „OMT“ (osteopathic manipulative treatment) bezeichnet. Dabei hat der Ausdruck „manipulative“ hier keine so enge Bedeutung wie in der Chiropraktik oder der Manuellen Medizin (4).

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

parietale „Osteopathie“ (Bindegewebe, Muskulatur)

viszerale „Osteopathie“ (innere Organe und ihre bindegewebigen Aufhängungen)

kraniale (kraniosakrale) „Osteopathie“ (basierend auf der Annahme spezifischer inhärenter Rhythmen des menschlichen Organismus).

Die befunderhebenden und therapeutischen Techniken im Rahmen der „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 handelt sich dabei um keine Krankheitsdiagnose und damit auch nicht um eine Differenzialdiagnose.

Während die parietale „Osteopathie“ bereits Teil des ursprünglichen 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-sacral therapy: „Schädel-Kreuzbein-Therapie“, auch Kraniosakraltherapie) geht dagegen auf den US-amerikanischen osteopathischen Arzt William Garner Sutherland (1873–1954), einem Schüler von Andrew Taylor Still, zurück (6). 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 (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 denen 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 „Manuelle Medizin“, „Manualtherapie“, „Osteopathie“ und „Chiropraktik“ oft synonym gebraucht werden; denn manipulative Techniken finden sowohl in der (parietalen) „Osteopathie“ als auch in der Manuellen Medizin Anwendung. Der Deutsche Ärztetag hat 2003 im Rahmen der Neustrukturierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) auch die Bedingungen für den Erwerb der Zusatz-Weiterbildung „Manuelle Medizin/Chirotherapie“ erweitert. In der MWBO 2003 wurde die bisherige Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“ im Titel um den Begriff „Manuelle Medizin“ ergänzt. Das Kursbuch der Bundesärztekammer, das für die Gestaltung der Kursinhalte zum Erwerb der Zusatz-Weiterbildung „Chirotherapie/Manuelle Medizin“ empfohlen wird, definiert 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 Bewegungssystem, dem Kopf, viszeralen und bindegewebigen Strukturen sowie die Behandlung ihrer Funktionsstörungen mit der Hand unter präventiver, kurativer und rehabilitativer Zielsetzung erfolgt. Diagnostik und Therapie beruhen auf biomechanischen und neurophysiologischen Prinzipien.“ (9)

Offensichtlich ist auch eine inhaltlich-konzeptionelle Differenzierung der Begriffe „Osteopathie“ und „Manuelle Medizin“ bisher nicht ohne Weiteres möglich. Denn osteopathische Verfahren lassen sich, wie bereits angedeutet, auch anwenden, ohne das besondere Menschenbild der „Osteopathie“ US-amerikanischer Prägung und die damit kongruenten Funktionsvorstellungen zu übernehmen, wenn man sich dazu auf die Ebene anatomischer 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 Medizin und Rehabilitation e.V. [DGPMR], der Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. [BvPRM], die Gesellschaft 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 Oberbegriff zusammenzufassen und den eingeführten Begriff „Manuelle 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 Herangehensweise einen Namen geben wollte und eine Vorliebe für Termini hatte, welche die Knochenstruktur des menschlichen Körpers bezeichnen (13). Das Verfahren, nicht unbedingt das ursprüngliche Konzept, hat inzwischen in zahlreichen Ländern Verbreitung gefunden. Aber nur in den USA hat sich die „Osteopathie“ zu einer eigenen Profession entwickelt, wofür verschiedene Gründe ausschlaggebend waren (14). 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 (z. B. die parietale, viszerale und kraniosakrale „Osteopathie“) zu beobachten (15), wengleich 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 Gesundheitssystem Eingang finden soll, zumal dabei die großen strukturellen Unterschiede zwischen dem deutschen und dem US-amerikanischen 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 akademisch ausgebildeten Ärzte¹ wird in der Medizingeschichte meist mit dem aus der Soziologie entlehnten Begriff der „Professionalisierung“ bezeichnet (16). Je nach Definition sind es mindestens vier Merkmale oder Phänomene, die diesen Prozess, der auch bei anderen Berufsgruppen (z. B. Juristen) zu beobachten ist, charakterisieren: 1. das Streben nach einem Marktmonopol, 2. die Kontrolle der Ausbildung und des Zugangs 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 europäischen Ländern wie auch in den USA zunächst gefordert und dann auch praktisch umgesetzt wurde, ist lediglich ein Teilaspekt dieses komplexen Transformationsprozesses, und vielleicht nicht einmal der wichtigste.

Zwar gab es in fast allen Ländern Bestrebungen, den medizinischen Markt seitens der studierten Ärzteschaft zu monopolisieren, doch waren diese Bemühungen bis weit in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts hinein kaum von dauerhaftem Erfolg geprägt (17). So schuf beispielsweise das englische Gesetz von 1858, das die Einrichtung eines Ärztereisters (Medical Register) vorschrieb und das deswegen häufig als ein Meilenstein in der Professionalisierungsgeschichte der Ärzteschaft in Großbritannien angesehen wird, noch längst nicht das ersehnte Behandlungsmonopol. Im Gegenteil, es entstand in England sogar eine von unterschiedlichen Gruppierungen getragene Bewegung, die sich gegen jede Art von Monopolisierung des Gesundheitsmarkts aussprach. Die Folge war, dass viele englische Ärzte sich auch in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts darüber beklagten, dass die britische Insel immer noch ein „paradise of quacks“ sei. Dieser Vorwurf traf auch die „Osteopathie“, als zu Beginn des 20. Jahrhunderts die ersten Vertreter dieser Richtung in Großbritannien zu praktizieren begannen (18). So überrascht es nicht, dass trotz früherer Ansätze zu einer Professionalisierung (British Osteopathic Association seit 1911, eigene Ausbildungsstätten wie die British School of Osteopathy, gegründet 1917) die Osteopathen lange um Anerkennung im englischen Gesundheitswesen kämpfen mussten. Erst seit dem „Osteopathy Act“ von 1993 ist die Zulassung geregelt. Zuständig ist der General Osteopathic Council. Trotz dieser formellen Anerkennung ist die „Osteopathie“ in England im Unterschied beispielsweise zur Homöopathie nicht Teil des staatlichen 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 diesen 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 zuerkannt 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 Lizenzierung von Ärzten anbetraf. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts überließen immer mehr Bundesstaaten die Approbierung häufig gemischt zusammengesetzten Gremien, sodass neben 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 Colleges, an denen dieses Verfahren auf der Basis einer medizinischen Grundausbildung im Sinne einer Schwerpunktbildung in theoretischen und klinischen Kursen gelehrt wird, mit der Bezeichnung Doctor of Osteopathy (D. O.) dem M. D. (medical doctor), der an einem regulären Medical College erworben wurde, gleichgestellt. US-amerikanische Osteopathen (D. O.), die über einen solchen Abschluss und über eine chirurgische Weiterbildung verfügen, sind in den USA als Chirurgen, u. a. auch in den Streitkräften, zugelassen. Bis heute tut sich die US-amerikanische 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 praktizieren und schulmedizinische sowie andere komplementärmedizinische Verfahren ebenfalls in ihrer Praxis anwenden (21).

Das Gegenteil einer Monopolisierung des medizinischen Marktes ist im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts im Deutschen Reich zu beobachten. Dort fühlten sich die Ärzte den anderen Heilern so überlegen, dass sie einer völligen Liberalisierung des Heilgewerbes im Rahmen der Gewerbeordnung von 1869 bzw. 1871 zunächst zustimmten, um sich dann alsbald darüber zu beschweren, dass der Konkurrenzkampf nicht zu ihren Gunsten auszugehen schien. Das führte dazu, dass auch in Deutschland immer mehr Ärzten der florierende Markt für Geheimmittel ein Dorn im Auge wurde und dass Ärzetage 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 herausgegebenen Zeitschrift „Der Gesundheitslehrer“ erschien 1932 ein Artikel mit dem Titel „Moral und Recht im Kurpfuschertum“. Darin wurde gefordert, jedem, der wirklich Kenntnisse und Fähigkeiten 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 moralisch einwandfreie Persönlichkeit“ und „kein Pfuscher“ sei. Hier deutet sich bereits die Lösungsmöglichkeit an, die schließlich unter geänderten politischen Bedingungen 1939 Eingang in das „Gesetz über die

berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz)“ fand. Diese Entwicklung 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 Heilpraktikergesetz hat in veränderter Form weiterhin Gültigkeit und wird ergänzt und konkretisiert durch die Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz und durch Richtlinien zur Durchführung des Heilpraktikergesetzes in den einzelnen Bundesländern.

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 vergleichen, der auf einer vollwertigen medizinischen Ausbildung basiert (23). In Deutschland wenden neben Ärzten auch Heilpraktiker und Physiotherapeuten mit entsprechender Ausbildung osteopathische Techniken an. Die Ausbildung/das Training ist unterschiedlich umfangreich bzw. 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 bzw. waren Ableger etablierter Schulen aus dem benachbarten Ausland (z. B. Belgien, Frankreich), wo sich die „Osteopathie“ schon früher etabliert hatte. Neben anspruchsvollen klinischen Prüfungen wurde vor ca. zehn Jahren auch begonnen, nach den Kriterien der klinischen Forschung in der Medizin 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 Gesundheitssystem als Heilkunde zu bezeichnen ist, kann nicht losgelöst von der Frage beantwortet werden, ob es sich dabei um eine wirksame Behandlungsmethode ohne größere Risiken für die Patienten handelt. Dazu ist zunächst aus historischer Sicht zu bemerken, dass US-amerikanische Osteopathen schon früh begonnen haben, 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 Faktor aus klinischen Überprüfungen nur schwer zu eliminieren ist. Man hat deshalb frühzeitig auf pathophysiologische Studien gesetzt, 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 biomedizinischen Erkenntnissen übereinstimmt. Inzwischen liegen einige randomisierte Doppelblindstudien zu einzelnen osteopathischen Verfahren vor, auf die in dieser wissenschaftlichen Bewertung an anderer Stelle näher eingegangen wird. In diesem Zusammenhang sei bereits darauf hingewiesen, dass bei der Evidenzbewertung nicht mit zweierlei Maßstäben gemessen werden darf, denn z. B. in der Orthopädie fehlt ebenfalls für viele Verfahren aus mehr oder weniger einsichtigen Gründen die Ausrichtung am „Goldstandard“ (RCTs). Auch sonst ist die Studiendichte im Sinne einer evidenzbasierten Medizin in diesem Feld therapeutischen Handelns eher gering (26).

Entsprechend ihrem universitären Status beschäftigen sich die Osteopathic Medical Schools in den USA schon seit vielen Jahrzehnten wissenschaftlich mit der gesamten Bandbreite der Themen der Grundlagen- und klinischen Forschung. Demgegenüber waren die Bemühungen um Evidenzbasierung spezifisch osteopathischer Fragestellungen lange Zeit eher wenig intensiv. In letzter Zeit lassen sich zunehmend stärkere Aktivitäten feststellen. 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 Medicine“, herausgegeben vom Texas College of Osteopathic Medicine, gibt differenzierte Anleitungen für eine osteopathische Forschung nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin (27).

In Großbritannien werden in den osteopathischen Schulen schon seit vielen Jahren, vor allem im Rahmen von „Diplomarbeiten“ und ohne finanzielle Ressourcen, Studien realisiert, allerdings bislang kaum kontrollierte klinische Interventionsstudien (29). Lange Zeit wurden die Ergebnisse bewusst nicht einer breiten Scientific Community zur Verfügung gestellt, sondern intra muros bewahrt. In den letzten Jahren werden zunehmend neue Ergebnisse aktiv kommuniziert, seit einigen Jahren auch in elektronischer Form als „ORTB – Osteopathic Research and Treatment Bulletin“ (30).

In Deutschland kam es mit zunehmenden Bemühungen um eine Vereinheitlichung von Eckpunkten der Ausbildung, namentlich der Einführung obligatorischer Abschlussarbeiten und später der Marke „DO“, zu einer sprunghaften Zunahme der Forschungsaktivitäten. Eine schulübergreifende „Akademie für Osteopathie“ 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 Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten 2007/2 über die Kooperation mit den nicht ärztlichen Heilberufen die Fakultäten dazu aufgerufen, sich der Forschung und der Lehre in diesen Kooperationsbereichen anzunehmen.

IV. Wirksamkeit und Sicherheit osteopathischer Verfahren

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit und der Sicherheit osteopathischer Verfahren sind einige grundlegende Aspekte zu berücksichtigen. Als Erstes ist es sinnvoll, die Beurteilung des philosophischen Gedankengebäudes von der wissenschaftlichen Beurteilung der Wirksamkeit und der Sicherheit der befunderhebenden 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 orientieren. Entsprechend lässt sich die Beurteilung der wissenschaftlichen 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 Beurteilung der Wirksamkeit und der Sicherheit nicht nach den jeweiligen Befundkonstellationen, sei es in der parietalen „Osteopathie“ 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 naturwissenschaftlich, beispielsweise im Sinne der Evidenzbeurteilung, untersuchen. Allerdings lassen sich diese durchaus in Bezug auf unser heutiges naturwissenschaftliches und ärztliches Denken beurteilen. Dabei wird klar, dass das Theorem der „Osteopathie“ 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 Verfahren, die man unter dem Etikett „Regulationsmedizin“ zusammenfassen kann. Auf einer abstrakten Ebene sind einige dieser Annahmen (Bewegung, Fluss und Ganzheitlichkeit) durchaus mit unserem heutigen naturwissenschaftlich-ärztlichen Denken kompatibel. So sind Aspekte wie Bewegung und Ganzheitlichkeit essenzieller Bestandteil verschiedener medizinischer Fachdisziplinen. Als Beispiel seien hier die Ganzheitlichkeit des Ansatzes in der Rehabilitation oder Allgemeinmedizin sowie die zügige funktionelle Mobilisierung unter Vermeidung 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 unterscheidet beispielsweise die „Osteopathie“ von der Anthroposophischen Medizin, aber auch von der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM).

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 insbesondere 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 Behandlungsformen thematisieren. Hiervon konnten 16 der Evidenzklasse 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 einer Reihe unterschiedlicher Gesundheitsstörungen/Erkrankungen wirksam sein können.

Im zweiten Gutachten wird zudem darauf verwiesen, dass offensichtlich ein wesentlicher Teil der Literatur nicht in Medline gelistet ist. Auch sei in den letzten Jahren eine deutliche Intensivierung der klinischen Forschung nach allgemein üblichen Standards zu verzeichnen gewesen. Dies lasse sich auch daran erkennen, dass eine relevante Anzahl größerer RCTs zur osteopathischen Behandlung aktuell in der Durchführung sei.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass einigermaßen zuverlässige Aussagen zur Wirksamkeit/Effektivität osteopathischer Behandlungen nur bei wenigen Erkrankungsbildern vorliegen (im Wesentlichen bei chronischen Schmerzsyndromen der Wirbelsäule), einzelne RCTs aber auch auf positive Effekte außerhalb des Bereichs muskuloskelettaler Störungen, vor allem im viszeralen Bereich hindeuten. Es handelt sich dabei typischerweise um Störungen, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass keine primär irreversiblen

Strukturveränderungen vorliegen wie etwa die eingeschränkte Funktionsfähigkeit älterer Menschen (33), Fibromyalgie (34), rezidivierende Otitis media (35), jugendliches Asthma (36) oder Dreimonatskoliken (37). Unter Berücksichtigung der Schwierigkeit der Differenzierung der drei osteopathierelevanten Bereiche parietal, viszeral und kraniosakral wird klar, dass für den Bereich der viszeralen „Osteopathie“ deutlich weniger wissenschaftliche Grundlagen vorhanden sind und diese für den Bereich der kraniosakralen „Osteopathie“ fast vollständig fehlen. Studien über die Wirksamkeit der Kraniosakraltherapie weisen methodische Mängel auf, die Wirkweise bleibt spekulativ. Auch die durch bildgebende Verfahren im Mikrobereich festgestellte Bewegung der Schädelnähte, welche zudem nur bei großen Kräften auftritt, welche in der manuellen Therapie kaum erreicht werden, ist so gering, dass der menschliche Tastsinn sie nicht mehr wahrnehmen kann (38, 39, 40). Sie wird auch durch neuere Arbeiten von Osteopathen selbst grundsätzlich infrage gestellt (41).

IV.3 Risiken und Nebenwirkungen

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

In diesem Zusammenhang ist es entscheidend, dass in der „Osteopathie“ funktionsbezogen, aber auch an der Körperstruktur orientiert Befunde erhoben und behandelt werden. Daraus ergeben sich implizit die möglichen Gefahren, d. h. der Schädigung von Strukturen und – entscheidend – vorgeschädigter Strukturen.

Die Risiken, welche sich aufgrund der befunderhebenden und therapeutischen Maßnahmen für nicht geschädigte Strukturen ergeben, können in Abhängigkeit der eingesetzten Techniken den Risiken der Manuellen Medizin und insbesondere der sogenannten Manipulation mit Impuls (thrust) vergleichbar sein (42), wenngleich letztere Techniken in der „Osteopathie“ einen vergleichsweise 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 sorgfältige Abwägung des Nutzens und der Risiken erfolgen.

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

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

Besonders bei der Durchführung osteopathischer Verfahren, welche in erster Linie über die Beeinflussung inhärenter Rhythmen („CRI“ oder „PRM“) (s. o.) des menschlichen Körpers wirken sollen, besteht die Gefahr einer verzögerten oder verpassten Diagnose und Behandlung psychisch kranker Menschen oder der Exazerbation der Symptomatik (46). Unter anderem daraus ergibt 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 Beurteilung 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, verwendet. 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 unterschiedlichen Techniken schwierig.

Unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten 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 insbesondere über Risiken setzt eine durch den Arzt vorgenommene Diagnose und Differenzialdiagnose voraus und muss durch diesen erfolgen. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die haftungsrechtlichen 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 osteopathischer Verfahren, für deren Durchführung eine zusätzliche Qualifikation erforderlich ist.

Die Tätigkeit von Physiotherapeuten kann sowohl als Angestellte in Krankenhäusern,

Rehabilitationseinrichtungen und Praxen sowie freiberuflich ausgeübt werden. Im Rahmen von medizinischen

Kooperationsgemeinschaften oder einer engen Zusammenarbeit 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 Physiotherapeuten, delegiert werden, und zwar nach vorausgegangener ärztlicher Differenzialdiagnose und insbesondere nach einer erfolgten Risikoabschätzung in Bezug auf vorgeschädigte Strukturen 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 einer Manipulation mit Impuls (HVLA-Manipulation) an der Wirbelsäule an Nichtärzte ausgeschlossen.

VI. Rechtliche Fragen

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

Wegen der nicht unproblematischen Abgrenzung zur heilkundlichen Tätigkeit wurde Physiotherapeuten in der Vergangenheit u. a. angeraten, eine Heilpraktikererlaubnis oder eine auf den Bereich 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). Nunmehr hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass ein Physiotherapeut eine auf das Gebiet der Physiotherapie begrenzte Heilpraktikererlaubnis erwerben kann, sich allerdings einer eingeschränkten Kenntnisüberprüfung unterziehen muss. Zur Begründung 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 eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde mit den Mitteln der Physiotherapie nicht entgegen, wenn die Voraussetzungen des Heilpraktikergesetzes für die Erteilung einer Erlaubnis erfüllt seien. 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. November 2008 die Verordnung einer Weiterbildungs- und Prüfungsordnung im Bereich der Osteopathie (WPO-Osteo) verkündet. Die Verordnung regelt die Weiterbildung in der Osteopathie für Personen, die eine Erlaubnis zur

1. Führung der Berufsbezeichnung Physiotherapeutin oder Physiotherapeut, Masseurin und medizinische Bademeisterin oder Masseur und medizinischer Bademeister nach § 1 Abs. 1 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), zuletzt geändert durch Gesetz vom 30. September 2008 (BGBl. I S. 1910), oder

2. Ausübung der Heilkunde nach § 1 des Heilpraktikergesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 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 Tätigkeiten nach ärztlicher Verordnung durchführen darf.

Allerdings stellt sich die Frage, ob durch diese landesrechtliche Regelung nicht einem eigenständigen Gesundheitsberuf der Weg geebnet werden soll, wohlwissend, dass die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen der Gesetzgebung des Bundes 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 Verfahren durch den Arzt ist die Approbation.
- Grundsätzlich muss jeder Arzt, der osteopathische Verfahren selbst durchführt, sicherstellen, dass er dafür ausreichend qualifiziert ist.
- Im Rahmen der (Muster-)Weiterbildungsordnung ist die Zusatz-Weiterbildung „Manuelle Medizin“ verankert, deren Erwerb eine Facharztanerkennung voraussetzt. Ausgehend von dieser Zusatz-Weiterbildung liegt ein vom Vorstand der BÄK empfohlenes Kurscurriculum vor (9), welches 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 Qualifikation vorliegt.
- Für Physiotherapeuten gibt es mehrere Möglichkeiten zur Erlangung und Sicherstellung der notwendigen Qualifikation als Voraussetzung für die Erbringung osteopathischer Leistungen. So enthält die Qualifikation „Manuelle Therapie“ (Minimum 260 Stunden) mit einem von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen bestätigtem Curriculum Inhalte osteopathischer Verfahren für Physiotherapeuten.

c) Heilpraktiker

- Das Heilpraktikergesetz erlaubt es, Nichtärzten selbstständig 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 allerdings gesetzliche Verbote. Die Anwendung osteopathischer 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 wesentlicher Anteile osteopathischer Verfahren Bestandteil des ärztlichen Tätigkeitsspektrums. Deshalb wird wie in allen Teilen der Medizin die ärztliche Weiter- und Fortbildung fortlaufend zu prüfen und an die Erkenntnislage anzupassen sein. Aus den genannten Zusammenhängen liegt es nahe, die Qualifikationsanforderungen für die Anwendung osteopathischer Verfahren durch Ärzte zu aktualisieren. Dies ist Aufgabe der Weiterbildungs- und Fortbildungsgremien 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 Ausübung der „Osteopathie“ verbundenen konkreten Gefahren für die behandelten Patienten. Andererseits sollte die Frage beantwortet werden, ob die sogenannte „Osteopathie“ oder einzelne Teilbereiche davon nach deutschem Recht als Heilkunde einzuordnen 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 akzeptierte 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 osteopathische Verfahren typischerweise unterteilt in drei Bereiche:

parietale „Osteopathie“ (Bindegewebe, Muskulatur)

viszerale „Osteopathie“ (innere Organe und ihre bindegewebigen Aufhängungen)

kraniale (kraniosakrale) „Osteopathie“ (basierend auf der Annahme spezifischer inhärenter Rhythmen des menschlichen Organismus)

Die befunderhebenden und therapeutischen Techniken im Rahmen der „Osteopathie“ entsprechen der Erhebung von Befund- und Symptomkonstellationen auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen. Sie umfassen primär die palpatorische Befunderhebung. Es handelt sich dabei also um keine Krankheitsdiagnose und damit auch nicht um eine Differenzialdiagnose.

US-amerikanische Osteopathen praktizieren fast ausschließlich Techniken der „parietalen Osteopathie“. Die „viszerale Osteopathie“ wird in den USA kaum gelehrt; dort ist auch die „kraniosakrale Osteopathie“ umstritten. Die „Osteopathie“, so wie sie in den USA entwickelt wurde und dort noch weiterhin gelehrt wird, basiert – ganz gleich, welche der drei oben genannten Bereiche einzeln oder in ihrer Gesamtheit 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 „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.

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. Aufgrund dieser besonderen Situation kommt es allerdings immer wieder zu Begriffsverwirrungen bezüglich der Termini „Manuelle Medizin/Chirotherapie“ (ärztlich), „Manuelle Therapie“ (physiotherapeutisch) und „Osteopathie“ oder „Chiropraxis“ (in Deutschland nicht geregelt). Offensichtlich ist eine inhaltlich-konzeptionelle Differenzierung der Begriffe „Osteopathie“ und Manuelle Medizin bisher nicht ohne Weiteres möglich. Denn osteopathische Verfahren lassen sich, wie die Anhörung von Experten größtenteils bestätigte, auch anwenden, ohne das besondere Menschenbild der „Osteopathie“ 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 osteopathischen Befunderhebung und Therapie sowie bestimmter Techniken bereits eine relevante Zahl wissenschaftlicher Arbeiten vorliegt. 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 Wirksamkeit osteopathischer Behandlungsformen thematisieren. Verschiedene 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 deutliche Intensivierung der klinischen Forschung nach allgemein üblichen Standards zu verzeichnen gewesen. Grundsätzlich ist festzustellen, dass einigermaßen zuverlässige Aussagen zur Wirksamkeit/Effektivität osteopathischer Behandlungen nur zu wenigen Erkrankungsbildern vorliegen. Daraus ist insgesamt zu folgern, dass für die Anwendung bestimmter, hauptsächlich „parietaler“ (= manualmedizinischer) und in geringerem Maß „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. Öffentlich zugängliche Publikationen zu Indikationen 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 essenzieller Bestandteil verschiedener medizinischer Fachdisziplinen (z. B. Allgemeinmedizin, Rehabilitation).

VIII.4 Sicherheit

In diesem Zusammenhang ist es entscheidend, dass in der „Osteopathie“ funktionsbezogen, aber auch an der Körperstruktur orientiert Befunde erhoben und behandelt werden. Daraus ergeben sich implizit die möglichen Gefahren, d. h. der Schädigung von Strukturen und – entscheidend – vorgeschädigter Strukturen. Entscheidende Voraussetzung, um insbesondere Komplikationen durch befunderhebende und therapeutische Maßnahmen einer vorgeschädigten Struktur zu vermeiden, ist eine umfassende ärztliche Untersuchung und Differenzialdiagnose. Im Rahmen einer solchen Untersuchung gilt es insbesondere, krankheitsbedingte Strukturschädigungen auszuschließen, welche im Rahmen der befunderhebenden und therapeutischen Maßnahmen Komplikationen 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 „Osteopathie“ haben. Im Falle einer Delegation von ausgewählten osteopathischen befunderhebenden und therapeutischen Leistungen müssen Ärzte nicht nur Krankheitsdiagnosen, sondern insbesondere auch relevante Informationen zu geschädigten Strukturen kommunizieren.

Die Risiken, welche sich aufgrund der befunderhebenden und therapeutischen Maßnahmen für nicht geschädigte Strukturen ergeben, können in Anhängigkeit der eingesetzten Techniken den Risiken der Manuellen Medizin und insbesondere der sogenannten Manipulation mit Impuls (thrust) vergleichbar sein, wenngleich letztere Techniken in der „Osteopathie“ einen vergleichsweise niedrigeren Stellenwert einnehmen. Wie bei jeder befunderhebenden und therapeutischen ärztlichen Maßnahme muss deshalb 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 inhärenter Rhythmen („CRI“ oder „PRM“) des menschlichen Körpers wirken sollen, besteht die Gefahr einer verzögerten oder verpassten Diagnose und Behandlung psychisch kranker Menschen oder der Exazerbation der Symptomatik. Unter anderem daraus ergibt sich wiederum die Notwendigkeit einer ärztlichen Differenzialdiagnostik 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 werden. Das deutsche Heilpraktikergesetz, zu dem es in keinem anderen Land ein Pendant gibt, erlaubt es, Nichtärzten die Heilkunde am Menschen auszuüben. Voraussetzung hierfür ist die Erteilung einer Heilpraktikererlaubnis. Dabei fallen solche Verrichtungen, die für sich gesehen ärztliche Fachkenntnisse nicht voraussetzen unter die Erlaubnispflicht, wenn sie mittelbar Gesundheitsgefährdungen 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 Medizin betrachtet werden.

Osteopathische Verfahren werden von Ärzten angewendet und können grundsätzlich auch von diesen verordnet werden. Bestimmte „osteopathische Techniken“ dürfen an entsprechend qualifizierte Physiotherapeuten delegiert werden. Ausgenommen davon sind aufgrund des erhöhten Risikopotenzials Manipulationen mit Impuls an der Wirbelsäule. Die Diagnose und Differenzialdiagnose 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 Physiotherapeuten in Hinblick auf die osteopathischen Leistungen entsprechend 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 Literaturrecherchen jeweils Gutachten zur Verfügung gestellt und mit dem Arbeitskreis erörtert:

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.bundesaerztekammer.de abrufbar.

Darüber hinaus wurden die im Folgenden aufgeführten Fachgesellschaften und Verbände angehört:
Ärztevereinigung Manuelle Medizin (ÄMM)/Berliner Akademie 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. (DAAO)
Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM)
Deutsche Gesellschaft für manuelle Wirbelsäulen- und Extremitätenbehandlung (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 Rehabilitation (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 Fachgesellschaften und Verbände sind im Internet abrufbar. Die in diesen Stellungnahmen enthaltenen Meinungen geben die Auffassung 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 physician: Is a person with full, scope of medical practice rights and who has achieved the nationally recognized academic and professional standards within his or her country to practice acute, chronic and preventative healthcare using diagnose and treatment which is based upon the principles of osteopathic philosophy. Individual countries establish the national academic and professional standards for osteopathic physicians practicing within their countries.“, „Osteopath: A person who has achieved the nationally recognized academic and professional 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 national 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 visceral components of a disease or strain.“ (www.who.org/index.php?option=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-genetische Ressourcen zur Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit einzusetzen. OM beinhaltet insbesondere eine umfassende manuelle Untersuchung, Diagnostik, Therapie und Prävention von Funktionsstörungen – somatischen Dysfunktionen – im muskulo-skeletalen System (parietal), den visceralen Organen (visceral) und dem peripheren und zentralen Nervensystem (cranio-

sacral). Osteopathische Medizin ergänzt und erweitert das etablierte Medizinsystem im Kontext einer integrierten Patientenversorgung, die sowohl Evidenz basiert als auch Patienten zentriert arbeitet.“ (www.erop.org/definition.shtml, letzter Zugriff, 18. 6. 2008).

4. Pauli Y: WHO keeps chiropractic, osteopathic guidelines separate. *The Chiropractic Journal* 2004 (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/journals/files/osteo/osteo_7-2/04-12_HISTORY.pdf, letzter Zugriff 11. 12. 2007); vgl. auch das Standardwerk: Barral JP, Mercier P: *Visceral Manipulation*. Seattle/WA: Eastland Press 1989.

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 in die CranioSacral-Arbeit*, Basel: Sphinx; 94.

8. Vgl. z. B. die Webseiten der Schweizerischen Gesellschaft für Craniosacral Therapie (www.craniosuisse.ch/) und der englischen Craniosacral Therapy Association (www.craniosacral.co.uk/index.html).

9. (Muster-)Kursbuch *Manuelle Medizin/Chirotherapie: Methodische Empfehlungen, Lehr- und Lerninhalte für den Weiterbildungskurs zur Zusatzbezeichnung „Manuelle Medizin/Chirotherapie. Nach den Richtlinien zur (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (April 2005)*, S. 3.

10. Dvorak J et al.: *Manuelle Medizin, Chiropraktik, Osteopathie*. *Man Med Osteopath 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 Osteopathie*. *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*. Cincinnati: 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 Standortbestimmung vor der Novellierung der Weiterbildungsordnung*. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2002; 12: 315–6.

16. Bonner TN: *Becoming a physician. Medical education in Britain, France, Germany, 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 Scienza*. 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 conventional 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. Behörden ; Organ der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums* 1932; 35: 200.

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

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

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

26. Schröder P, Scharf HP, Günther KP, Puhl W, Porzsolt F: *Evidence-Based Medicine in der Orthopädie – Sinnvolle Ergänzung oder überflüssiger Ballast in der klinischen Arbeit? Teil 2: Das Modul „Therapie“*. *Orthop Unfallchir* 2003; 141: 391–4.

27. www.hsc.unt.edu/orc/documents/ResearchManual.pdf.

28. www.aacom.org/om/research/synergy-white-paper.doc.

29. Vgl. u. a. www.bso.ac.uk/sm4publ.htm.

30. Siehe z. B. *ORTB – Osteopathic Research and Treatment Bulletin*. www.bso.ac.uk/sm4ortb.htm.

31. www.osteopathie-akademie.de/diplom_erstellen.html.

32. 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 Assoc*. 2002; 102: 387–96.

34. Gamber RG, Shores JH, Russo DP, Jimenez C, Rubin BR: *Osteopathic manipulative treatment in conjunction with medication relieves pain associated with fibromyalgia syndrome: results of a randomized clinical pilot*

project. J Am Osteopath Assoc. 2002; 102: 321–5.

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

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 plausibility, 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].

42. Graf-Baumann T, Ringelstein EB. Qualitätssicherung, Aufklärung und Dokumentation 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 systematic 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: Manipulationsbehandlung der HWS und Schlaganfall. Fortschr Neurol Psychiatr 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 Manuelle Medizin und Schmerztherapie, Tettngang

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba,
em. Direktor der Medizinischen Klinik Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München, Vorsitzender des Wissenschaftlichen 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, Berlin

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 Dezernat 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, beide Geschlechter gemeint.

2 www.svr-gesundheit.de, Gutachten 2007, Band 1, Textziffer 266–268

3 Auf die Entschließung VIII-30 des 112. DÄT 2009 wird hingewiesen (vgl. Beschlussprotokoll des 112. DÄT: 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. Beschlussprotokoll des 112. DÄT: www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.6499.7184.7342.7467.7470).

Bookmark-Service:



Gefällt mir

[Home](#) | [Archiv](#) | [Nachrichten](#) | [Foren](#) | [BLOGs](#) | [DÄ plus](#) | [Förderpreise](#) | [Dossiers](#) | [cme](#) | [ePaper](#) | [Jobs](#) | [Impressum](#)

© 2011 Deutsches Ärzteblatt, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
entwickelt von L.N. Schaffrath NeueMedien GmbH



Perspektiven und Karriere

