

**Osteopathie bei chronischen unteren
Rückenschmerzen aus Sicht der PatientInnen
Eine qualitative Studie**

Master Thesis zur Erlangung des Grades
Master of Science in Osteopathie

an der Donau Universität Krems

Zentrum für chinesische Medizin & Komplementärmedizin

niedergelegt

an der Wiener Schule für Osteopathie

von Friederike Brenner

Unterfrauenhaid, Dezember 2013

Betreut von Mag. Dr. Astrid Grant Hay

Übersetzt von DI Dr. Alexander Brenner

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorgelegte Masterthese selbständig verfasst zu haben.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Arbeiten anderer übernommen wurden, wurden als solche gekennzeichnet. Sämtliche Quellen und Hilfsmittel, die ich für die Arbeit genutzt habe, sind angegeben. Die Arbeit ist mit gleichem Inhalt, weder im In- noch im Ausland, noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Diese Arbeit stimmt mit der von dem/der Gutachter/in beurteilten Arbeit überein.

Datum

Unterschrift

Danksagung

Mein großer Dank gilt Mag. Dr. Astrid Grant-Hay für die wissenschaftliche Betreuung meiner Masterthese. Sie fand stets hilfreiche Antworten auf meine Fragen und begleitete mich bei meiner Arbeit auch mit vielen motivierenden Worten. Zusätzlich bedanke ich mich bei den Patientinnen und Patienten, die sich für die Interviews zur Verfügung gestellt haben und ohne die, die Durchführung dieser Masterthese nicht möglich gewesen wäre.

Ein besonderer Dank gilt meinem Mann Alex, der mir stets mit Rat und Tat zur Seite gestanden ist und der mich viele wertvolle Stunden entbehren musste. Weiters gilt mein Dank meiner Cousine Tanja und meiner Tante Liza für die wertvollen Inputs im Zuge der Entstehung dieser Arbeit.

Abschließend möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Umsetzung dieser Masterthese unterstützt haben, im speziellen meiner Familie und meinen Freunden für die motivierenden Gespräche und für die Unterstützung während meiner Ausbildung.

Kurzfassung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Sicht der PatientInnen mit chronischen unteren Rückenschmerzen über Osteopathie zu erkunden. Die Motivation und Erwartungen der PatientInnen, sowie die subjektive Wirksamkeit der Behandlung, Veränderungen und Besonderheiten der Osteopathie bzw. der wahrgenommene Behandlungserfolg wurden mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews mit acht Patienten ermittelt. Die Interviews wurden nach Mayring ausgewertet.

Die Analyse ergab, dass die PatientInnen hauptsächlich zur Osteopathie kamen, weil andere Therapien keinen Behandlungserfolg brachten. Empfehlungen und Neugier spielten ebenso eine große Rolle. Die PatientInnen erwarteten sich eine langfristige Heilung oder zumindest eine Besserung ihres körperlichen Zustandes.

Unmittelbare Reaktionen nach der Behandlung waren eine Minimierung des Schmerzes, Muskellockerung, aber auch eine ganzheitliche Müdigkeit. Langfristig konnten Schmerzfreiheit, eine geringere Schmerzintensität und eine Verkleinerung der Schmerzareale beobachtet werden. Ein signifikantes Ergebnis war, das bei fast allen der größte Effekt nach der ersten Behandlung spürbar war. Positive Veränderungen im psychischen Bereich, Sozialleben und Alltag wurden ebenfalls bemerkt.

Der Unterschied zu anderen Therapiealternativen lag aus Sicht der PatientInnen in der Sanftheit, Ganzheitlichkeit, Effektivität und der langanhaltenden Wirkung. Alle PatientInnen empfanden die Befundaufnahme in der osteopathischen Behandlung sehr umfassend und fast alle wussten über ihre osteopathische Diagnose Bescheid. Der/die OsteopathIn selbst wurde als wichtigstes Kriterium in der osteopathischen Behandlung genannt. Vertrauenswürdigkeit, Ausbildung und Sympathie waren grundlegende Attribute für den/die OsteopathenIn. Abschließend kann festgehalten werden, dass alle der befragten PatientInnen mit dem Behandlungserfolg zufrieden waren.

Schlüsselwörter: Osteopathie, chronische untere Rückenschmerzen, qualitative Studie, Wirkung aus Sicht der PatientInnen

Abstract

The objective of this masterthesis is to determine the affects of osteopathic treatment to chronic low back pain from the perspective of the patients. In order to achieve this objective the motivation and expectations of patients, the sensed impact, respectively the sensed satisfaction will be examined using guided interviews conducted with eight different patients. The interviews were evaluated according to Mayring.

The analysis showed, that patients mainly tried osteopathic treatment, because other standard manual therapies did not bring any satisfying or anticipated outcome. Recommendations and curiosity were also decisive. In general patients expected long-term healing or at least an improvement of their physical condition.

Effects directly after osteopathic treatment ranged from reduced pain to overall muscle-relaxation. Also fatigue was mentioned. Long-term observations covered analgesia, reduced pain intensity and decreased pain areas. A very significant result was that patients viewed the first treatment as the most effective. Additionally positive changes were observed by the patients psychologically, in their social life and in their daily routines.

The main differences to other therapies were sensed in gentleness, the holistic approach to problem solving, the effectiveness and the long-term impact. Positively mentioned was the extensive way for clarifying medical history through examination and nearly all of the interviewees knew their specific osteopathic diagnosis very detailed. The osteopath himself was seen as the most important criteria for osteopathic treatment. Trustworthiness, education and sympathy were significant attributes of the osteopath. Finally for all of the interviewees the osteopathic treatment brought a very satisfying result.

Keywords: osteopathic treatment, chronic low back pain, qualitative study, impact of osteopathic treatment from the perspective of patients

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
2	Theorie.....	10
2.1	Definition	10
2.2	Einteilung	10
2.3	Dauer	11
2.4	Epidemiologie.....	11
2.5	Risikofaktoren	12
2.6	Diagnostik	13
2.6.1	Allgemeine Diagnostik.....	13
2.6.2	Testverfahren in der Schmerzdiagnostik	14
2.7	Therapie.....	15
2.7.1	Medikamente.....	15
2.7.2	Bewegungstherapie.....	16
2.7.3	Physikalische Therapie	16
3	Osteopathie und chronische Rückenschmerzen.....	16
3.1	Die fünf Prinzipien der Osteopathie	16
3.2	Osteopathische Zusammenhänge bei Rückenschmerzen.....	17
3.3	Wirksamkeitsstudien	24
3.4	Masterthesen Osteopathie	30
3.5	Studien über Reaktionen der Osteopathie.....	31
4	Methodik	32
4.1	Forschungsfragen	32
4.2	Untersuchungsmethode	33
4.3	Interviewpartner	34
4.4	Ein- und Ausschlusskriterien	34
4.4.1	Einschlusskriterien	34
4.4.2	Ausschlusskriterien	35
4.5	Organisation und Durchführung der Befragung	35
4.6	Ablauf der Analyse	36
5	Ergebnisse	36
5.1.1	Grundlegendes zu den Rückenbeschwerden der Interviewpartner.....	36
5.1.2	Andere Therapien, die vor der Osteopathie gemacht wurden.....	39
5.1.3	Grund zur Behandlung	39
5.1.4	Erwartungen.....	40
5.1.5	Änderung der Beschwerdesymptomatik	41

5.1.6	Andere Therapien oder spezielle Übungen zur Behandlung von Rückenschmerzen.....	43
5.1.7	Wie fühlten sich die Patienten während der Behandlung.....	43
5.1.8	Reaktionen unmittelbar nach der Behandlung.....	44
5.1.9	Änderung des psychischen Wohlbefindens durch die Osteopathie.....	44
5.1.10	Veränderungen des Soziallebens.....	45
5.1.11	Veränderungen im Alltag und andere Veränderungen.....	46
5.1.12	Laienhafte Beschreibung der Osteopathie.....	47
5.1.13	Empfinden der Befundaufnahme.....	48
5.1.14	Ärztliche Diagnosen.....	49
5.1.15	Osteopathische Diagnosen.....	49
5.1.16	Unterschied zu anderen Therapien.....	50
5.1.17	Wichtige Kriterien bei der osteopathischen Behandlung.....	51
5.1.18	Welche Behandlungsmethoden waren am wirksamsten.....	52
5.1.19	Empfindungen von Patienten bei der craniosacralen Therapie.....	53
5.1.20	Was denken und fühlen Patienten in Bezug auf die Manipulation.....	54
5.1.21	Empfindungen der Patienten bei der viszeralen Therapie.....	54
5.1.22	Kriterien einer gelungenen Therapie.....	55
5.1.23	Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg.....	56
5.1.24	Weiterempfehlung der Osteopathie.....	56
5.1.25	Besuch des Osteopathen in der Zukunft.....	56
5.2	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.....	57
5.3	Schlussfolgerung.....	63
6	Abbildungsverzeichnis.....	65
7	Abkürzungsverzeichnis.....	66
8	Literaturverzeichnis.....	67
9	Anhang - Interviewleitfaden.....	72
10	Summary.....	74
10.1	Introduction.....	74
10.2	General facts relating to low back pain.....	74
10.3	Osteopathic treatment.....	76
10.4	Current status of research.....	78
10.5	Studies of Osteopathy relating to the point of view of the patients.....	80
10.6	Studies of adverse events concerning Osteopathy.....	81
10.7	Methodology.....	81
10.7.1	Inclusion criteria.....	82
10.7.2	Exclusion criteria.....	82

10.8	Organisation and procedure of interviews	82
10.9	Process of analysis	83
10.10	Results	83
10.11	Discussion	85
10.12	Conclusion.....	89
10.13	List of references	90

1 Einleitung

In der vorliegenden Arbeit wird zur besseren Lesbarkeit generell die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Personen beiderlei Geschlechts gemeint.

Untere Rückenschmerzen und Nackenschmerzen sind der Hauptgrund der Patienten, die einen Osteopathen konsultieren (Klein, Lepers & Salem, 2011).

In meinem Berufsalltag erlebe ich oft verzweifelte Patienten mit Rückenschmerzen, die sich von der Osteopathie viel versprechen. Gaul, Schmidt, Czaja, Eismann und Zierz untersuchten 2011 die Einstellungen von chronischen Rückenschmerzpatienten zu alternativen Heilmethoden. Diese Studie zeigte, dass 84,75% der befragten Patienten sich nicht rein schulmedizinisch behandeln lassen. Der Grund hierzu war, dass die Patienten nichts unversucht lassen bzw. aus eigener Initiative nach weiteren Lösungsmöglichkeiten suchen.

Die Wirksamkeit der Osteopathie ist bei chronischen Rückenschmerzen sehr häufig untersucht worden. Nicht alle Studien können die Wirksamkeit eindeutig belegen. In der Literatur finden sich viele klinisch, quantitative, experimentelle Studien zu diesem Thema. Die Wirksamkeit kann aber auch an den subjektiven Erfahrungen der Patienten mit Hilfe eines qualitativen Zuganges gemessen werden. Da in der Literatur keine qualitativen Studien aus Sicht der Patienten zu diesem Thema auffindbar waren, entschied ich mich, die Wirkungsweise der Osteopathie über diesem Weg zu ergründen. Über die Osteopathie aus Sicht der Patienten habe ich ein einzelnes Pilotprojekt der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) mit Fragebogenerhebung gefunden, wobei diese Studie allerdings einige detaillierte Fragen offen lässt. Näheres hierzu findet sich im theoretischen Teil dieser Arbeit.

Das zentrale Anliegen dieser Arbeit ist die Analyse der subjektiven Wahrnehmung der osteopathischen Behandlung der Patienten bei chronischen Rückenschmerzen. Das Ziel ist, mit Hilfe der Patienten herauszufinden, warum sie überhaupt einen Osteopathen konsultieren und wie eine osteopathische Behandlung wirkt. Weiterführend soll herausgefunden werden, welche Erwartungen die Patienten von der Behandlung haben, welche Auswirkungen sich für die Patienten nicht nur körperlich sondern auch psychisch ergeben und was das Besondere aus Sicht der Patienten an der Osteopathie ist.

Letztendlich stellt sich noch die Frage, ob die Patienten mit dem Behandlungserfolg zufrieden sind. Diese Aspekte werden mittels leitfadengestützten Interviews untersucht. Anhand von acht Patienten sollen diese Fragen näher erörtert werden.

Diese Arbeit soll den Osteopathen ein Feedback geben, wie Patienten eine Behandlung subjektiv wahrnehmen. Ebenso kann das Ergebnis dieser Interviews auch Patienten bei der Entscheidung ihres weiteren Behandlungsweges helfen.

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Im theoretischen Teil werden zunächst Grundlagen über Rückenschmerzen näher beschrieben. Anschließend wird über die osteopathische Behandlung bei chronischen Rückenschmerzen Auskunft gegeben. Zum Abschluss wird der Forschungsstand der Osteopathie zu diesem Thema vorgestellt

Im empirischen Teil wird zunächst die Methodik der Interviews erläutert. Anschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst. Im Diskussionsteil werden diese analysiert. Weiterführende Forschungsfragen und eine kritische Reflexion zu dieser Studie werden sowohl im Diskussionsteil als auch in der Schlussfolgerung abgegeben.

2 Theorie

2.1 Definition

Rückenschmerzen werden als akute, rezidivierende oder chronische Schmerzzustände in verschiedenen Bereichen des Rückens definiert. Je nach Lokalisation werden sie in Zervikal-Thorakal- und Lumbalsyndrom eingeteilt. Schmerzen im Lumbalbereich, umgangssprachlich sogenannte Kreuzschmerzen, sind am häufigsten verbreitet (Hildebrandt & Pflingsten, 2012).

2.2 Einteilung

Rückenschmerzen werden in spezifische und nichtspezifische Rückenschmerzen unterteilt. Spezifisch bedeutet, dass die Schmerzen auf eine Ursache zurückzuführen ist, welche mittels Anamnese, klinischer Untersuchung und auch medizinischen Diagnosemethoden (Labor, bildgebende Verfahren) festgestellt werden kann. Spezifische Ursachen von Rückenschmerzen sind: Bandscheibenvorfall, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose,

Wirbelbruch, Osteoporose, Tumore, Metastasen, bakterielle und rheumatische Entzündungen.

85% aller Rückenschmerzen sind jedoch nichtspezifisch. Bei diesen liegt keine organische Störung vor, sondern sie sind durch funktionelle Veränderungen bedingt (Überlastung, Fehlbewegung, Muskelverspannung). Allerdings muss eine radiologisch nachgewiesene Pathologie (zum Beispiel ein Bandscheibenvorfall) nicht unbedingt direkt mit den Beschwerden in Zusammenhang stehen. Viele der im Röntgen entdeckten Veränderungen an der Wirbelsäule sind Zufallsbefunde (Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA), 2008).

2.3 Dauer

Die Einteilung von Rückenschmerzen erfolgt oft über die Dauer, wobei aber keine einheitliche und deterministische Definition zu der Dauer von Rückenschmerzen existiert.

Nach der evidenzbasierten Leitlinie des Ludwig Boltzmann Institutes (2008) sind akute Schmerzen jene, die nicht länger als sechs Wochen dauern. Als subakute Schmerzen gelten jene, die bis zu zwölf Wochen dauern bzw. in diesem Zeitraum immer wieder kehren. Rezidivierende Rückenschmerzen treten nach einer beschwerdefreien Zeit von mindestens sechs Monaten auf und werden als eine neue Episode akuter Rückenschmerzen bezeichnet. Chronische Rückenschmerzen bestehen länger als zwölf Wochen bzw. treten innerhalb kurzer Abstände über eine längere Zeitperiode immer wieder auf.

Die International Association for the Study of Pain (IASP) definiert chronische Schmerzen ab einer Dauer von sechs Monaten, wobei die Übergänge der zeitlichen Angaben nicht scharf begrenzt sind, sondern ineinander überfließen (Hildebrandt & Pfingsten, 2012).

2.4 Epidemiologie

Rückenschmerzen sind vor allem in den westlichen Industrieländern ein großes Gesundheitsproblem, hingegen treten sie in Entwicklungsländern selten auf. Hochentwickelte Gesellschaften sind auf Grund ihres gesellschaftlich bedingten Bewegungsverhaltens hohen Wirbelsäulenbelastungen ausgesetzt (LBI-HTA, 2008).

Laut Statistik Austria (Klimont, Kytir & Leitner, 2007) leiden 2,3 Millionen Österreicher an Rückenschmerzen. Die Zahl der Menschen mit chronischen Rückenschmerzen hat im

Verlauf des vergangenen Jahrzehnts um fast ein Drittel zugenommen. Jede dritte Person gibt an, jemals unter Wirbelsäulenschmerzen gelitten zu haben. Männer sind im Alter zwischen 45 und 59 Jahren am stärksten betroffen. Bei den Frauen nimmt die Häufigkeit im Alter zu. Ein Drittel aller 75 Jährigen leiden an erheblichen Schmerzen. Bezogen auf die einzelnen Abschnitte der Wirbelsäule, treten Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule am häufigsten auf. Ein Viertel der Personen mit unteren Rückenschmerzen war aus diesem Grund im Krankenstand. Innerhalb von zwölf Monaten wurden durchschnittlich 23 Krankenstandstage diesbezüglich benötigt

Eine Studie der deutschen Allgemeinmediziner von Becker und seinen Mitarbeitern (2003) zeigte, dass jeder zwölfte Patient den Hausarzt auf Grund von Rückenschmerzen aufsucht. Trotz Behandlung zeigten 20% der Patienten einen chronischen Verlauf.

2.5 Risikofaktoren

Die folgenden Fakten basieren auf den Ergebnissen einer Metaanalyse aus den USA. Personen, die schon eine Rückenschmerzepisode durchgemacht haben, haben ein fünffach erhöhtes Risiko, nochmals an Rückenschmerzen zu leiden. Der allgemeine Gesundheitszustand und andere körperliche Beschwerden spielen nicht so eine große Rolle. Klinisch manifestierte Erkrankungen wie degenerative Bandscheibenveränderungen, entzündliche Veränderungen der Wirbelsäule, Osteoporose und andere Diagnosen können nur selten als eindeutige Schmerzursache identifiziert werden (Dagenais & Haldeman, 2012).

Rückenschmerzen zeigen einen starken Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status. Niedriges Bildungsniveau, niedriges Einkommen oder niedriger Berufsstatus korrelieren positiv mit dem Auftreten von Rückenschmerzen. Verheiratete leiden weniger oft an Rückenschmerzen als Ledige oder Geschiedene. Rauchen, Alkoholkonsum oder geringe körperliche Aktivität stellen interessanterweise keine Risikofaktoren dar. Personen mit psychischen Beeinträchtigungen wie Depressivität und Distress entwickeln häufiger Rückenschmerzen. Auch Stress am Arbeitsplatz, soziale Konflikte, niedrige Arbeitsplatzzufriedenheit sind begünstigende Faktoren für die Entstehung von Rückenschmerzen. Schwere körperliche Belastungen, wie Heben und Tragen, ungünstige Körperhaltungen oder Ganzkörpervibrationen können als Risikofaktoren belegt werden. Langes Sitzen oder Stehen konnten bisher nicht als Risikoerhöhung nachgewiesen werden (Dagenais & Haldeman, 2012).

2.6 Diagnostik

2.6.1 Allgemeine Diagnostik

Die Aufgabe der Ärzte in der Primärversorgung besteht in erster Instanz zunächst darin, durch Anamnese und klinische Untersuchung, gefährliche Verläufe oder sogenannte „red flags“ auszuschließen. Liegen folgende Warnhinweise vor, soll eine bildgebende Untersuchung vorgenommen werden (LBI-HTA, 2008):

- Alter < 20 J. oder > 55 J.
- Zunahme oder Persistenz der Beschwerden trotz Therapie
- Kurz zurückliegende Verletzungen
- Hinweise auf oder bekannte tumoröse oder entzündliche Erkrankung oder Osteoporose
- Schmerz, der unabhängig von körperlicher Belastung ist oder sich in Ruhe verstärkt
- Gleichzeitiges Bestehen von thorakalen Schmerzen
- Langzeittherapie mit Steroiden und Immunsuppressiva
- Drogenabusus, HIV
- Neurologische Ausfälle und Symptome
- Allgemeines Krankheitsgefühl oder schlechter Allgemeinzustand
- Ungewollter Gewichtsverlust
- Schwere strukturelle Deformitäten
- Fieber

Liegen keine Warnhinweise vor, ist zunächst keine weitergehende Diagnostik notwendig. Es gibt keinen evidenzbasierten Beweis, dass diese eine therapeutische Konsequenz hat (LBI-HTA, 2008). Laut Roudsari & Jarvik (2010) kann nach Ausschluss der „red flags“ auf eine radiologische Untersuchung verzichtet werden. Viele im Röntgen entdeckte Veränderungen an der Wirbelsäule sind Zufallsbefunde und eine Korrelation mit Rückenschmerzen ist nicht bekannt. Laboruntersuchungen sind bei Verdacht auf eine systemische Erkrankung sinnvoll (Hildebrandt & Pflingsten, 2012).

Zur Vermeidung einer Chronifizierung sollten die nachfolgenden „yellow flags“ beachtet werden. Sie stellen eine aussagekräftigere Prognose im Gegensatz zu somatischen Befunden dar (Linton, 2000).

In der Leitlinie des Ludwig Boltzmann Institutes (2008) zum Thema Rückenschmerzen werden folgende „yellow flags“ genannt:

- Konflikte am Arbeitsplatz bzw. unbefriedigende Arbeit
- Wunsch nach Pensionierung
- Rückzug von sozialem Umfeld
- Niedriger Bildungsstand
- Ängstliche Aufmerksamkeit auf körperliche Prozesse, inadäquates Schmerzerleben
- Unpassendes Krankheitsverhalten (Vermeidung, Schonung, „Katastrophieren“)
- Somatisierungstendenz
- Unsicherheit und Unklarheit bzgl. diagnostischer, therapeutischer und prognostischer Informationen
- Pessimistisch-resignative Einstellung und Erwartungen, Depression

2.6.2 Testverfahren in der Schmerzdiagnostik

Hier wird noch auf häufig verwendete Testverfahren in der Schmerzdiagnostik eingegangen, weil diese, wie man später im Kapitel „*Wirksamkeitsstudien*“ sieht, gängige Verfahren bei quantitativen Studien darstellen.

2.6.2.1 Numerische Rating-Skala (NRS)

Das am häufigsten verwendete Verfahren zur Messung der Schmerzintensität ist die Numerische Rating-Skala (NRS). Der Patient gibt seine subjektive Schmerzintensität auf einer Skala von 0 bis 10 an, wobei mit 0 „kein Schmerz“ und mit 10 „extremster Schmerz“ vorgegeben ist. Zur Diagnostik wird oft nach dem durchschnittlichen Schmerz, der größten, geringsten und momentanen Schmerzintensität gefragt (Hildebrandt & Pfingsten, 2012).

2.6.2.2 Oswestry-Fragebogen

Dieser Fragebogen erfasst eine globale Beeinträchtigung in allen Bereichen des täglichen Lebens (Sitzen, Gehen, Stehen, Sozialleben, Reisen, Körperpflege, Heben, Schlafen, Sexualleben und Schmerzerleben) und ist nicht nur für Rückenschmerzen anwendbar. Für jeden Bereich sind sechs Aussagen formuliert, die das Ausmaß der Beeinträchtigung abstufen. Eine deutschsprachige Version dieses Fragebogens ist ebenso validiert (Mannion, Junge, Fairbank, Dvorak & Grob, 2006).

2.6.2.3 Disability Questionnaire von Roland & Morris

Dieser Fragebogen ist ausschließlich auf Rückenschmerzen begrenzt. Der Fragebogen besteht aus 24 Elementen, die verschiedene Verhaltensweisen beschreiben (z. B: „Wegen meiner Rückenschmerzen bleibe ich die meiste Zeit zu Hause“) und mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten sind. Dieser Fragebogen kann in wenigen Minuten ausgefüllt werden und ist valide und reliabel (Hildebrandt & Pfingsten, 2012).

2.6.2.4 Gesundheitsfragebogen SF36 (short form)

Der von der World Health Organisation entwickelte Fragebogen erfasst die Lebensqualität. Er besteht aus 36 Fragen, welche die körperliche Funktionsfähigkeit, die körperliche Rollenfunktion, Schmerzerleben, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, emotionale Rollenerfüllung, soziale Funktion, psychisches Wohlbefinden, Vitalität und allgemeine Gesundheitswahrnehmung erfassen. Er kann in fünf bis fünfzehn Minuten ausgefüllt werden. Die Validität, Reliabilität und Sensitivität dieses Fragebogens ist als gut bis sehr gut eingestuft (Kurth & Ellert, 2002).

2.7 Therapie

2.7.1 Medikamente

Malanga und Wolff (2008) empfehlen bei chronischen Rückenschmerzen einfache Schmerzmedikamente (Paracetamol), nichtsteroidale Antirheumatika oder Muskelrelaxanzien. Bei fehlendem Ansprechen können auch schwache Opioide eingesetzt werden. Diese sollten nicht länger als drei Monate aufgrund des hohen Abhängigkeitsrisikos und der Nebenwirkungen eingesetzt werden (Hildebrandt & Pfingsten, 2012).

Ein systematisch durchgeführtes Review aus dem Jahr 2003 zeigte, dass Antidepressiva bei chronischen Schmerzen eine schmerzlindernde Wirkung haben. Diese sollten aufgrund der Nebenwirkungen nur bei Patienten mit indikationsrelevanter Komorbidität (Depression, Angststörung) in Betracht gezogen werden (Staiger, Gaster, Sullivan & Deyo, 2003).

Zur schnellen Schmerzerleichterung werden lokale Infiltrationen eingesetzt. Dabei wird ein Lokalanästhetikum in die schmerzhafteste Region verabreicht. Die Dauer der Schmerzfreiheit ist von Patient zu Patient unterschiedlich (LBI-HTA, 2008).

2.7.2 Bewegungstherapie

Die kontrollierte Bewegungstherapie ist ein wichtiger Bestandteil in der Behandlung bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen. Da laut Studien keine Therapieart (Muskeltraining, Aerobic, Walken und dergleichen) der anderen überlegen ist, soll sich der Schmerzpatient individuell entscheiden, welche Therapieart er persönlich bevorzugt. Eine Bewegungstherapie hilft, schneller normale Aktivitäten aufzunehmen und an den Arbeitsplatz zurückzukehren (Hildebrandt & Pfingsten, 2012). Laut einer Metaanalyse aus 2004 kann eine Bewegungstherapie bei subakuten und chronischen unspezifischen Rückenschmerzen die Dauer des Krankenstandes signifikant reduzieren (Kool, De Bie, Oesch, Knüsel, van den Brandt & Bachmann, 2004).

2.7.3 Physikalische Therapie

Massage und Wärmetherapie als alleinig durchgeführte Maßnahme sind bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen nur schwach wirksam. Der Wirkungsnachweis der Elektrotherapie (Ultraschall, Tens, Interferenz) ist unzureichend (Hildebrandt & Pfingsten, 2012).

3 Osteopathie und chronische Rückenschmerzen

3.1 Die fünf Prinzipien der Osteopathie

Die Osteopathie stützt sich auf die folgenden fünf Prinzipien (Liem & Dobler, 2005; Meert, 2003):

1. Der Körper ist eine Einheit

Aus diesem Grund sind eine umfassende Anamnese und eine komplexe Untersuchung des ganzen Körpers notwendig. So könnte beispielsweise ein Problem im Knie zu einem Beckenschiefstand führen und somit Rückenschmerzen auslösen.

2. Struktur und Funktion stehen in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander

So kann zum Beispiel eine schmerzfreie skoliotische Haltung auf Dauer für eine Strukturveränderung in den Bandscheiben verantwortlich sein und in weiterer Folge zu einem Vorfall führen. Ein weiteres Beispiel ist eine wenig mobile Niere, die vermehrt Nierensteine entwickeln und somit auch lumbale Schmerzen auslösen kann.

3. Der Körper hat das Potenzial zur Selbstheilung und Selbstregulierung

Der Körper ist ständig bestrebt, zu entgiften und auszuscheiden. Der Körper kann oft über lange Perioden Stress und Belastungen kompensieren. Wenn jedoch viele pathologische Einflüsse zusammentreffen, kann die Abwehrkraft so vermindert sein, dass selbst die kleinsten Auslöser zu einer erneuten Pathologie führen. Durch die osteopathische Behandlung können Kompensationsfähigkeit und damit Selbstheilung wiedererlangt werden. Hierzu muss der Osteopath die primäre Läsion finden und korrigieren.

4. Leben ist Bewegung

Bei der Behandlung steht die Mobilität aller Strukturen im Vordergrund. Findet sich im Körper eine Stagnation, kann dies zur Krankheit werden.

5. Die Durchblutung als Wichtigstes

Die Bewegung der Körperflüssigkeiten ist für die Aufrechterhaltung der Gesundheit essentiell. Eine ungehinderte Zirkulation von Nahrungs- und Stoffwechselprodukte über das Blut, die Lymphe, den Liquor und der Synovialflüssigkeit ist für die Ernährung der Zellen wichtig. Dysfunktionen können diese Zirkulation behindern.

3.2 Osteopathische Zusammenhänge bei Rückenschmerzen

Für die Behandlung von Rückenschmerzen gibt es kein einheitliches Behandlungskonzept. Wichtig ist, die vielseitigen Ursachen bei jedem einzelnen Patienten zu überprüfen und die Behandlung individuell zu gestalten. Im Folgenden werden mögliche Ursachen von Beschwerden im unteren Rücken ohne Anspruch auf Vollständigkeit angeführt. Die dargestellten Abbildungen über mechanische und viszerale Funktionsbeziehungen sollen hierzu näher erläutert werden.

L4 und links von L1-3. Das Crus laterale entspringt von zwei Bögen, dem Ligamentum (Lig.) arcuatum mediale und laterale. Das Crus mediale reicht von der Seitenfläche des 1. Lendenwirbelkörpers bis zum Processus costalis des 1. Lendenwirbels. Das Crus laterale zieht vom Processus costalis zur 12. Rippe (Platzer, 1991). So können Schmerzen vom Zwerchfell zur Lendenwirbelsäule übertragen werden.

Dysfunktionen im lumbosacralen Übergang, Sacrum, Hüfte, Knie, Fuß, Pubis, Ilium und Brustwirbelsäule können die Mechanik der gesamten LWS beeinflussen (Liem & Dobler, 2005).

Faszien sind die einzigen Anteile im Körper, die alle Strukturen miteinander verbinden und sind deshalb Basis der osteopathischen Ganzheitlichkeit. Sie sind die Umhüllung des Körpers: viele Umhüllungen mit funktionellem Inhalt, die in immer größer werdende Umhüllungen eingepackt und mit diesen verbunden sind. Gefäße, Nerven, Muskel, Organe, Peritoneum und Pleura sind alle von Faszien umhüllt und können somit Dysfunktionen eines Ortes an einen anderen weiterleiten. Durch die Behandlung der Faszien kann man Einfluss auf alle Strukturen und Flüssigkeiten nehmen (Strunk, 2013).

Die Fascia thoracolumbalis bedeckt die Muskeln des Rückens. Folgende Muskeln stehen mit dieser Faszie in Verbindung: Musculus (M.) latissimus dorsi, M. obliquus externus abdominis, M. trapezius, M. gluteus maximus, M. erector spinae und M. quadratus lumborum, M. iliopsoas (Strunk, 2013).

Auch Fixierungen viszeraler faszialer Strukturen können Rückenschmerzen verursachen. Durch ihre Aufhängungen sind die Organe miteinander oder mit dem muskuloskelettalen System verbunden. Ebenso wichtig sind die somato-viszeralen und viszero-somatischen Reflexe. Die Ursprünge der sympathischen Nervenfasern, die die Organe des Beckens versorgen, liegen in den Seitenhörnern der unteren Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule. Somit kann ein Schmerz von einem Organ zur Lendenwirbelsäule weitergeleitet werden und umgekehrt (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

Vorschläge viszeraler Funktionsbeziehungen

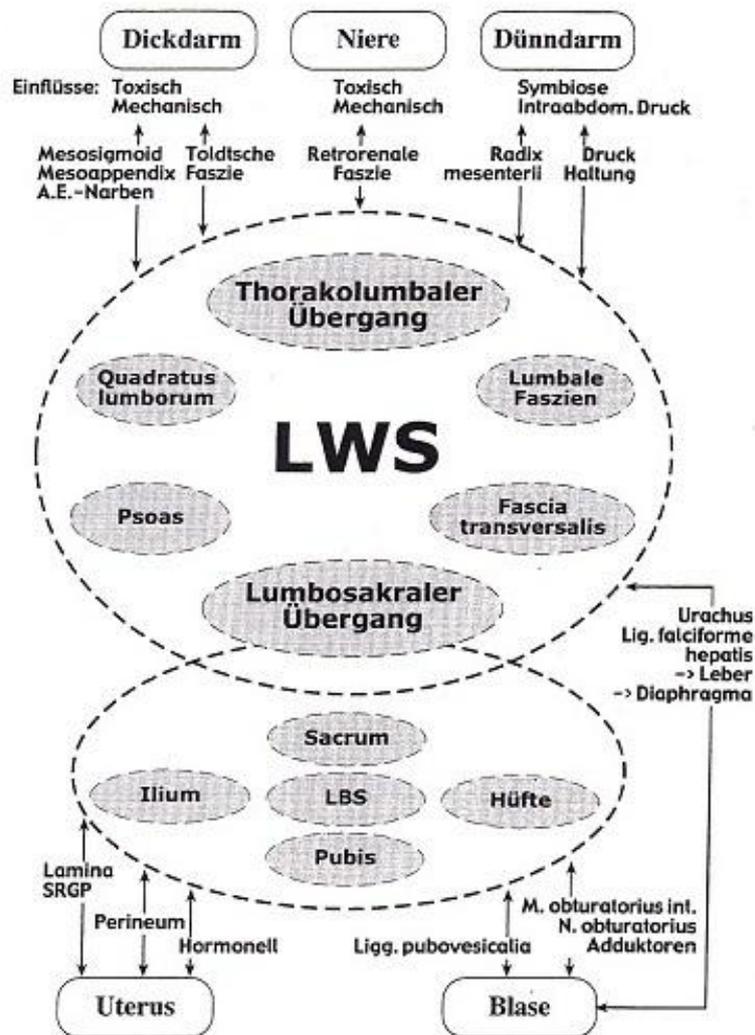


Abbildung 2: Vorschläge viszeraler Funktionsbeziehungen, Sommerfeld (2004), S.31

Die wichtigsten Organe, die mit der Lendenwirbelsäule in Kontakt stehen und deren sympathische Versorgung, sind wie folgend gelistet:

- Nieren
- Blase
- Uterus
- Prostata
- Colon
- Dünndarm
- Leber und Magen

Ad Nieren: Die Nieren liegen etwa in Höhe des zwölften Brustwirbels bis dritten Lendenwirbels und der 11. und 12. Rippe, die rechte ungefähr eine halbe Wirbelhöhe tiefer. Die Rückseite der Nieren liegt in einer Rinne, die vom M. psoas und M. quadratus lumborum gebildet wird. Eine Nierenerkrankung kann Einfluss auf beide Muskeln nehmen und deshalb auch auf die LWS bzw. umgekehrt (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

Die Nerven (Nervus subcostalis, Nervus iliohypogastricus, Nervus ilioinguinalis, Nervus genitofemoralis, Nervus cutaneus femoris lateralis und Nervus femoralis) überqueren die Rückseite der Nieren (zwischen Niere und M. psoas). So kann es bei Raumforderungen oder Verklebungen in dieser Nierenregion zu Schmerzen in den Innervationsgebieten dieser Nerven, vor allem im Unterbauch, an der Crista iliaca und Leistenregion, Genitalien und Oberschenkel bis zum Knie kommen (Ligner, 2005).

Die Niere und Nebenniere werden von der Fascia renalis umhüllt. Sie vereinigt sich kranial mit der Zwerchfellfaszie. Die Fascia renalis besteht aus zwei Blättern: das vordere Blatt (Fascia prärenalis) grenzt an das Peritoneum parietale und ist teilweise durch die Faszie von Told verstärkt. Das hintere Blatt (Fascia retrorenalis) setzt medial an der Wirbelsäule an. Die Fascia renalis ist nach unten hin offen (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

Barral und Mercier (2005) beschreiben eine Lumbalgie, die durch die Nieren bedingt ist, als einen typischen Schmerz beim Aufwachen, der nach dem Aufstehen schnell nachlässt und der abends wieder kommt. Mechanische Restriktionen im Bereich von Th10-L1 sind typisch für den Nierenbereich.

Die Niere wird sympathisch von Th10-12 versorgt (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

Ad Blase: Das Lig. pubovesicale und Lig. puboprostaticum sind unter anderem für die Fixierung der Blase verantwortlich. Diese Bänder stellen eine Verbindung zur Symphyse und somit zum knöchernen Becken her. Die Blase ist caudal vom Beckenboden begrenzt. Seine Insertion am knöchernen Becken stellt auch einen Zusammenhang zur Lendenwirbelsäule her (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

Die Blase stellt mit ihrer Fixierung am Nabel durch das Lig. umbilicale medianum und der beiden Lig. umbilicalia medialis eine Verbindung zur Leber (über das Lig. faciforme) und somit zum Zwerchfell her (Ligner, 2005).

Nach Barral und Mercier (2005) gehen Blasenbeschwerden immer mit Restriktionen im Sacrum, Sacrococcygeal- und Fußbereich einher. Eine Harninkontinenz ist häufig mit Gelenksproblemen von L2 und L3 assoziiert.

Bei Blasendysfunktionen können folgende muskuläre Verspannungen auftreten: Zwerchfell, M. psoas, Musculi (Mm.) intercostalis, M. quadratus lumborum, M. trapezius, M. rhomboideus, M. transversus abdominis und Beckenbodenmuskulatur (De Coster& Pollaris, 2007).

Die Ursprünge der sympathischen Nervenfasern, die die Blase versorgen liegen zwischen Th12 und L2 (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

Ad Uterus: Der Uterus wird vom Lig. latum uteri und vom Lig. teres uteri fixiert. Das Lig latum uteri ist eine Bauchfellduplikatur und zieht vom Uterus zur seitlichen Bauchwand. Das Lig. teres uteri zieht vom seitlichen oberen Rand des Uterus zur seitlichen Beckenwand und durch den Leistenkanal zu den großen Schamlippen. Ein weiteres Unterstützungssystem ist die Lamina sacrorectogenitopubicalis, welche eine Verbindung zwischen Pubis, Blase, Scheide, Rectum und Sacrum darstellt. Das Lig. sacrouterina verstärkt hinten die Lamina sacrorectogenitopubicalis. Bei einer Verspannung dieses Bandes kann es zu einer Dysfunktion des Sacrums oder L5-S1 kommen. Auch die Beckenbodenmuskulatur ist ein wichtiger Halteapparat des Uterus und wiederum eine wichtige Verbindung zur LWS (Ligner, 2005).

Nach Barral und Mercier (2005) sind bei urogenitalen Beschwerden fast immer Bewegungseinschränkungen im Lumbosacralbereich zu bemerken.

Folgende Muskeln verspannen sich häufig bei Dysfunktionen des Uterus: Zwerchfell, M. psoas, Bauchmuskeln, Beckenbodenmuskeln, paravertebrale Muskeln, M. piriformis, M. obturatorius internus, Adduktoren (De Coster& Pollaris,2007).

Die sympathische Versorgung erfolgt von Th10-L3 (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

Ad Prostata: Die sympathische Versorgung läuft von L1-L3. Eine mögliche Verbindung zum Becken ist das Lig. puboprostaticum, welches von der Prostata zur Symphyse zieht und die Lamina sacrorectogenitovesicopubicalis (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

Ad Colon: Durch die Lage des Colons wird eine enge Verbindung zur LWS hergestellt. Ein weiterer Grund für die Entstehung von Rückenschmerzen könnte die Toldsche Faszie sein. Restriktionen des Colons könnten über diesen Weg eine Verbindung zur Wirbelsäule herstellen. Die Toldsche Faszie fixiert das Colon ascendens und descendens. Dieses dichte Bindegewebe entsteht durch Verschmelzung des Mesocolon ascendens und descendens mit dem parietalen Bauchfell. Auch der Appendix ist über ein eigenes Meso fixiert. Das Mesocolon transversum ist mit seiner Radix 15-18 cm lang an der Hinterwand der Peritonealhöhle angeheftet. Sie verläuft von der Höhe des rechten Nierenhilus über die Mitte vom zweiten Abschnitt des Duodenums (D2) und dem Pankreaskopf und zieht entlang der Vorderkante vom Pankreaskörper und –schwanz zum Milzhilum. Das Mesocolon sigmoideum ist mit der Hinterwand des Peritoneum parietale verbunden und läuft von der Fossa iliaca nach medial (öfters nach medial und cranial, seltener nach medial und inferior), kreuzt den M. psoas, die Vasa ovarica/testicularia und den linken Ureter. Das Rectum hat Verbindung zum M. puborectalis und zum Beckenboden. Beide Flexuren haben über die Lig. phrenicocolicum dextrum und sinistrum Verbindung zum Zwerchfell. Der Colon wird von Th12-L1 innerviert (Dick, 2008).

Nach Barral (2005) stehen Rückenschmerzen häufiger mit dem Colon als mit anderen inneren Organen in Verbindung. Die Schmerzen sind meist im oberen Lendenbereich und sind vom Rhythmus der Verdauungstätigkeit abhängig. Bei solchen Colonerkrankungen sind oft die zugeordneten Rückenmarkssegmente stärker sensibilisiert und die paravertebralen Muskeln kontrahieren sich leichter. Die Schmerzen treten oft bei einfachen Tätigkeiten auf und werden fälschlicherweise mit Medikamenten behandelt. Dies führt wiederum zur Reizung der Darmschleimhaut und somit wird der Circulus vitiosus aufrecht erhalten.

Bei Darmerkrankungen können folgende Muskeln eine Verspannung aufweisen: Bauchmuskeln, M. psoas, Mm. intercostales 8-12, Mm. paravertebrales Th11-L5, Beckenbodenmuskeln und M. quadratus lumborum (De Coster & Pollaris, 2007).

Durch Narben und abgelaufenen Entzündungen kann es im Darmbereich leicht zu Verklebungen kommen. Auch die Ernährung spielt für die Funktion des Darms eine große Rolle (Dick, 2008).

Ad Dünndarm: Die Radix mesenterii verläuft S-förmig, zieht von der Flexura duodenojejunalis (FDJ) zur Valvula ileocecalis (VIC) und überquert schräg L2-5. Wenn viel Spannung auf die Radix kommt, kann es zu thorakolumbalen Dysfunktionen kommen. Eine wichtige Verbindung zum Zwerchfell stellt der Treitz- Muskel her. Er zieht aus dem rechts

gelegenen Zwerchfellbereich in die Längsmuskulatur des Duodenums D4 und manchmal in die FDJ. Die sympathische Versorgung verläuft von Th5-Th11 (Dick, 2008).

Nach Barral (2005) stehen folgende Wirbeln mit dem Dünndarm in Verbindung: Doudenum: TH12- L1, Jejunum und Ileum: Th10-L2.

Verspannungen können in folgenden Muskeln auftreten: Bauchmuskeln, M. psoas, Mm. intercostales 7-12, paravertebrale Muskeln im Bereich Th8-Th11, Beckenbodenmuskeln und Zwerchfell (De Coster & Pollaris, 2007).

Ad Leber und Magen: Die Leber und der Magen sind am Zwerchfell aufgehängt. Das Zwerchfell ist durch seinen Ansatz mit der LWS verbunden. Viszerale Dysfunktionen von Zwerchfell und Magen gehen nach Barral (2005) mit artikulären Restriktionen von L1 einher.

Die oben genannten Strukturen stellen Verbindungen von den Organen zur Lendenwirbelsäule dar. Eine Schmerzentstehung in der Lendenwirbelsäule ist meist nicht nur durch eine Ursache zu erklären und wird oft nicht direkt von einer benachbarten Struktur ausgelöst. Über Gleitflächen, ligamentäre und faszielle Verbindungen können sich auch benachbarte Organe beeinflussen.

Der Vollständigkeit halber muss noch erwähnt werden, dass auch der dritte Pfeiler der Osteopathie - die craniosacrale Komponente - in der Therapie mit berücksichtigt werden muss.

3.3 Wirksamkeitsstudien

Licciardone, Minotti, Gatchel, Kearns und Singh (2013) untersuchten den Effekt von Osteopathie und Ultraschalltherapie bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen im Alter zwischen 21 und 69 Jahren. Von den Patienten erhielten 230 Personen Osteopathie, 225 Personen eine placeboosteopathische Behandlung, 233 Personen erhielten Ultraschalltherapie und 222 Personen eine Placeboultraschalltherapie. Die Placeboosteopathie wurde mit verminderter Kraft und ungenauer Position an der Beckenregion durchgeführt. Die Patienten erhielten sechs Behandlungen innerhalb von acht Wochen. Der Schmerz wurde anhand der visuellen analogen Skala gemessen. Ebenso wurden der Roland Morris Disability Fragebogen, eine Kurzform des SF36 Fragebogens, angewendet, die Krankenstandstage und die Zufriedenheit auf einer fünfstufigen Skala erhoben. Die Osteopathieklienten erreichten eine signifikante Verbesserung der

Rückenschmerzen im Gegensatz zu den Placeboosteopathiepatienten in der zwölften Woche. Diese Verbesserung wird laut Cochrane Back Review Group als mittlerer Effekt eingestuft. Zwischen Ultraschalltherapie und Placeboultraschalltherapie gab es keine signifikanten Schmerzveränderungen. Beim SF36 Fragebogen, beim Roland Morris Disability Fragebogen und der Arbeitsunfähigkeit zeigten sich keine signifikanten Veränderungen bei der Gruppe der Osteopathiepatienten und der Placeboosteopathiepatienten. Die Osteopathiepatienten waren jedoch zufriedener mit der Behandlung ihres Rückens und brauchten innerhalb der zwölf Wochen weniger Medikamente. Ultraschalltherapie war für die Behandlung chronischer Rückenschmerzen nicht effektiv.

Rubinstein, van Middelkoop, Assendelft, de Boer und van Tulder (2013) untersuchten in einem Cochrane Review den Effekt der spinalen manipulativen Therapie bei chronischen Rückenschmerzpatienten. In dieser Literaturstudie wurden 26 randomisierte, kontrollierte Studien hinzugezogen. Die Schmerzlokalisierung und die Schmerzart spielten keine Rolle, Studien mit Ischiasbeschwerden wurden jedoch ausgeschlossen. Manualtherapeuten, Chiropraktiker und Osteopathen behandelten die Patienten in diesen Studien. Es zeigte sich kein klinisch relevanter Unterschied zwischen spinaler Manipulation, anderen aktiven oder passiven Behandlungen und Placebobehandlungen bezüglich Schmerzen und funktionellem Status. Allein in Kombination mit anderen Behandlungen verbesserten sich diese zwei Komponenten signifikant. Daten zur Genesung, Lebensqualität, Behandlungskosten und Arbeitsfähigkeit konnten nicht beurteilt werden. Es wurden keine ernsthaften Komplikationen durch die Behandlung beobachtet.

Vismara und seine Mitarbeiter führten 2012 eine randomisierte, kontrollierte Studie mit neunzehn übergewichtigen Frauen mit chronischen unteren Rückenschmerzen durch. Die Probanden wurden in zwei Gruppen geteilt. Die eine Gruppe erhielt osteopathische, manipulative Behandlungen kombiniert mit spezifischen Übungen, während die andere nur spezifische Übungen durchführte. Hauptziel der Studie war es, die biomechanischen Veränderungen festzustellen. Hierzu wurde die Beweglichkeit der Wirbelsäule während der Flexion mit einem speziellen Gerät überprüft. Des Weiteren wurde der Schmerz mit einer visuellen analogen Schmerzskala gemessen, sowie der Roland Morris Fragebogen und der Oswestry-Fragebogen vorgegeben. Die Beweglichkeit der Brustwirbelsäule konnte nur in der kombinierten Gruppe signifikant verbessert werden. Hinsichtlich Schmerz und Bewegungseinschränkung konnten in beiden Gruppen Verbesserungen gezeigt werden.

Bronfort, Haas, Evans, Leininger und Triano veröffentlichten 2010 ein Review über die Effektivität der Manualtherapie. 101 randomisierte, kontrollierte Studien und Leitlinien wurden

in diese Untersuchung mit einbezogen. Der Nutzen der Manualtherapie wurde bei dreizehn muskuloskelettalen Erkrankungen, vier Kopfschmerztypen und neun nicht-muskuloskelettaler Beschwerden überprüft. Bei Patienten mit akuten, subakuten und chronischen Rückenschmerzen, Migräne, zervikogenen Kopfschmerzen, zervikogenen Schwindel und vielen Gelenksproblemen zeigte sich eine Effizienz der spinalen Manipulation und Mobilisation. Auch die Massage wurde als effektiv bei chronischen Nacken- und Rückenschmerzen bewertet. Es bestand jedoch keine Evidenz bei Ischialgien, Spannungskopfschmerzen, Brustwirbelsäulenbeschwerden, Steißbeinbeschwerden, Fibromyalgien, Kieferbeschwerden, prämenstruellen Syndrom und Lungenentzündung.

Die Amerikanische Osteopathische Gesellschaft (Seffinger, 2010) kam in einem veröffentlichten Review mit 525 Patienten zu dem Ergebnis, dass die osteopathische manipulative Therapie bei unteren Rückenschmerzen zu einer signifikanten Schmerzreduktion führte. Metaanalysen von Untergruppen zeigten, dass es zu einer signifikanten Schmerzreduktion im Zuge der osteopathischen manipulativen Therapie im Vergleich zu aktiven Übungen, einer Placebobehandlung oder einer unterlassenen Behandlung gekommen ist und, dass die Ergebnisse in den UK und in den USA ident waren. Die Schmerzreduktion war größer als von einem reinen Placeboeffekt zu erwarten wäre und hielt ein Jahr lang an. Die Amerikanische Osteopathische Gesellschaft hat daraus folgend Richtlinien zur Behandlung von Rückenschmerzen definiert, welche sich zum Großteil auf dieses Review stützen und sich auch teilweise auf die Ergebnisse von Licciardone, Brimhall und King (2005) berufen. Die spinale Manipulation wird von dieser amerikanischen Leitlinie als Behandlung bei chronischen Rückenschmerzen empfohlen.

Licciardone, Brimhall und King (2005) verglichen in einer Metaanalyse sechs Studien, in denen osteopathische Manipulationen durchgeführt wurden. Durch die Behandlung kam es zu einer signifikanten Schmerzreduktion. Auch gegenüber den Kontrollgruppen (aktive Behandlung, keine Behandlung, Placebo) konnte die osteopathische Manipulation signifikante Verbesserungen vorweisen. Das Schmerzempfinden der Patienten war der einzige Parameter der gemessen wurde. Die Schmerzlinderung hielt mindestens drei Monate an.

2009 veröffentlichten Gaul, Schmidt, Czaja, Eismann und Zierz ein Review über die schmerzlindernde Wirkung bei der Behandlung chronischer nicht spezifischer Rückenschmerzen mittels spinaler manipulativer Therapie im Vergleich zu placebokontrollierten Studien. 76 Studien mit 34 Behandlungsmethoden wurden für dieses

Review herangezogen. Das Review zeigte, dass die spinale manipulative Therapie nicht wirksamer als bei Placebogruppen ist.

Das „National Collaborating Centre for Primary Care und Royal College of General Practitioners“ in London (2009) erstellte einen Leitfaden über das Frühmanagement von nicht spezifischen Rückenschmerzen. Basierend auf mehreren Studien und unter verschiedensten Randbedingungen werden Empfehlungen zur Behandlung von Rückenschmerzen festgelegt. Als zusammenfassendes Ergebnis, im speziellen zum Thema „manuelle Therapie“, kann festgehalten werden, dass Wirbelsäulenmanipulation in Kombination mit spezifischen Übungen die besten Resultate erzielte. Auf Basis der in den einzelnen Studien erzielten Erkenntnisse gibt der Leitfaden zusätzlich die Therapieempfehlung von neun Manualtherapien verteilt im Zeitraum von zwölf Wochen. Interessanterweise ergaben Untersuchungen zum Thema Massage, dass diese Art der manuellen Therapie nur kurzfristig positive Resultate erzielt.

Chown, Whittamore, Rush, Allan, Stott und Archer führten 2008 eine Studie mit 239 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen durch. Gruppenphysiotherapie, Osteopathie und Einzelphysiotherapie wurden verglichen. Als Hauptoutcome- Parameter diente der Oswestry-Fragebogen, der vor Beginn, nach sechs Wochen und nach zwölf Monaten ausgefüllt wurde. Bei allen drei Behandlungsmethoden zeigte sich eine minimale Verminderung (5%) der Funktionseinschränkung nach sechs Wochen. Nach zwölf Monaten zeigte sich immer noch ein gleichbleibender Effekt. Allerdings war die Gruppe der Probanden nach den zwei Follow-ups auf 65 Teilnehmer reduziert. Aufgrund des zahlreichen Ausfalls der Probanden und der Inhomogenität der Gruppenteilnehmer wird die Studie als unpräzise bezeichnet. Die Einzeltherapiepatienten zeigten eine größere Zufriedenheit als jene der Gruppentherapie. Die Drop-out Rate der Gruppentherapie war größer als die der Einzeltherapien.

Die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie (Weber & Woisetschläger, 2006) hat zwischen 2003 und 2005 eine Feldstudie über die Effizienz und Sicherheit der osteopathischen Behandlungen durchgeführt. Ziel der Studie war es, einen allgemeinen Überblick über die subjektiv von den Patienten empfundene Wirksamkeit der Behandlung, sowie die Patientenzufriedenheit zu geben. Die Studie umfasste ein Gesamtsample von 684 Patienten, von denen 74 Lumbagopatienten waren. 110 Patienten wurden zusätzlich vom Osteopathischen Zentrum für Kinder befragt. Nur beim ersten Durchgang mussten die Patienten als Einschlusskriterium mehr als drei osteopathische Behandlungen erhalten haben. Um die Zahl der Befragten zu erhöhen, spielte die Behandlungszahl bei den weiteren

Durchgängen keine Rolle. Um die Ergebnisse nicht zu beeinflussen, war die Befragung doppelt verblindet, sowohl Therapeuten als auch Patienten waren anonym.

Das markanteste Ergebnis dieser Studie ist die hohe Erfolgsrate, die von einer über 90%igen Verbesserung der Ursprungssymptome spricht. Die Zufriedenheit wurde von 88% als hoch und von 12% als mittel angeführt. Reaktionen nach der Behandlung wurden von 70,9 % der Patienten wahrgenommen. Als Reaktionen werden Entspannung, Wohlbefinden, temporäre Schmerzverstärkung und verbesserte Körperwahrnehmung angegeben. Bei den Kindern wird noch zusätzlich Emotionen, Schlaf und Entwicklung genannt. Sonstige körperliche Veränderungen wurden von 50% der Patienten wahrgenommen. Hier wurden verbesserte Haltung und Beweglichkeit, sowie Schmerzreduktion aufgezählt. Bei den Kindern wurden zusätzlich Entwicklungsschübe angegeben. Seelische, nicht mit den Ursprungssymptomen im Zusammenhang gebrachte Veränderungen, wurden von 46,1% genannt. Ausgeglichenheit, positives Bewusstsein und emotionale Entspannung wurden hierzu angegeben. Explizite Ergebnisse der Befragung der Lumbagopatien gehen aus der Studie nicht hervor. Insgesamt stellt diese Umfrage den Osteopathen ein gutes Zeugnis aus und gibt die Wirksamkeit der Osteopathie aus Sicht des Patienten an.

In einer randomisierten, kontrollierten Studie in United Kingdom (UK) wurde vom UK Beam Trial Team 2004 die Schmerzbeeinflussung von Übungen und/oder Manipulation auf chronischen Rückenschmerzen überprüft. Die erste Interventionsgruppe erhielt körperliches Gruppentraining mit einem Therapeuten. Die Patienten trainierten acht Mal 60 Minuten lang innerhalb von vier bis acht Wochen. Nach zwölf Wochen wurde ein Wiederholungstraining angeboten. Die zweite Interventionsgruppe wurde mit spinaler Manipulation acht Mal 20 Minuten lang innerhalb von zwölf Wochen behandelt. Die dritte Gruppe wurde mit acht 20 minütigen spinalen Manipulationen innerhalb der ersten sechs Wochen behandelt und erhielt anschließend acht körperliche Trainingseinheiten in den anschließenden sechs Wochen. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Behandlung durch den Hausarzt. 1334 Patienten nahmen an der Studie teil; bei 59 % bestanden die Rückenschmerzen seit mehr als drei Monaten. Die Schmerzsymptomatik aller drei Interventionsgruppen verbesserte sich im Laufe der Zeit. Die Verbesserung der Rückenfunktion war in der Übungsgruppe nach drei Monaten gering signifikant und zeigte nach einem Jahr keine Wirkung mehr. Manipulation und die kombinierte Gruppe zeigten signifikante Verbesserungen nach drei Monaten und einem Jahr. Der Effekt ist jedoch so klein, dass die klinische Relevanz unklar ist.

Zwischen 2000 und 2001 führten Licciardone und seine Mitarbeiter eine randomisierte kontrollierte Studie über die Wirksamkeit bei chronischen Rückenschmerzen durch. Von 199

der gemeldeten Patienten, erfüllten 91 die Einschlusskriterien der Studie. Nach einem Monat waren noch 82 Patienten, nach drei Monaten 71 Patienten und nach sechs Monaten 66 Patienten in der Studie. Die Patienten wurden in drei Gruppen aufgeteilt: osteopathische manipulative Behandlung, Scheinbehandlung und keine Therapie. Sie durften ihre bisherigen Behandlungen weitermachen. Vorgegeben wurden der SF36 Fragebogen, der Roland Morris Fragebogen und eine visuelle analoge Schmerzskala, die Krankenstandstage und die Zufriedenheit mit der erfolgten Behandlung wurden zusätzlich erhoben. Verglichen mit einer unterlassenen Behandlung hatte die Gruppe mit der osteopathischen manipulativen Behandlung wesentliche Schmerzverbesserung, mehr Zufriedenheit mit der Behandlung ihrer Rückenschmerzen, eine bessere psychische und physische Verfassung nach einem Monat und weniger Begleitbehandlungen nach sechs Monaten. Die Gruppen mit der Scheinbehandlung bemerkten ebenfalls eine Schmerzverbesserung, eine bessere physische Verfassung und eine größere Zufriedenheit mit der Behandlung ihrer Rückenschmerzen als die Gruppe ohne Intervention. Verglichen mit der Scheinbehandlung erzielte die osteopathische manipulative Behandlung keine signifikante Verbesserung. Es bleibt also unklar, ob die Techniken der Osteopathie wirken, oder ob die Verbesserungen dem Placeboeffekt zuzuschreiben sind (Licciardone, 2003).

Andersson, Lucente, Davis, Kappler, Lipton und Leurgans (1999) verglichen in einer randomisierten, kontrollierten Studie den Effekt der osteopathischen Manipulation der Wirbelsäule (83 Patienten) mit der Standardtherapie (72 Patienten). Die Patienten litten mehr als drei Wochen lang und weniger als sechs Monate lang an den Schmerzen. Die osteopathische Behandlung inkludierte Techniken wie Thrusts, Muskelenergietechniken, Counterstrain oder Myofascial Release-Techniken. In der Standardtherapie wurde mit nichtsteroidalen Antirheumatika, Analgetika, aktiver physikalischer Therapie, Ultraschall, Diathermie, Wärme- und Kältepackungen, Korsett oder transkutanelektrostimulation behandelt. Die Schmerzen beider Patientengruppen verbesserten sich innerhalb von zwölf Wochen. Es gab jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Gemessen wurde anhand des Roland Morris Fragebogens, des Oswestry-Fragebogens, einer visuell analogen Schmerzskala, Bewegungsmessungen und dem Lasegue-Test. Die Osteopathiegruppe benötigte deutlich weniger Medikamente und physikalische Therapie. Mehr als 90 % der Patienten in den beiden Gruppen waren mit der Behandlung zufrieden. An der Studie mangelte es jedoch vor allem an der geringen Patientenzahl, dem Fehlen einer Placebo-Kontrollgruppe und der Verblindung der Patienten.

3.4 Masterthesen Osteopathie

In diesem Kapitel werden einige Masterthesen, die auf der Wiener Schule für Osteopathie (WSO) publiziert wurden, vorgestellt. Diese befassen sich mit den Einstellungen der Patienten, beschränken sich allerdings nicht nur auf chronische Rückenschmerzpatienten.

Wagner-Scheidel verfasste 2006 eine Masterthese mit dem Titel „Wie kommen Sie eigentlich zu uns“. Es handelt sich um eine quantitative Sozialstudie mit 204 Erwachsenen und 81 Kindern. Bei den erwachsenen Patienten hatten 62% ihr Problem schon über Jahre. 154 Patienten konsultierten den Osteopathen aufgrund von Nacken- und Rückenschmerzen. Viele Therapien wurden schon vor der Osteopathie versucht, am öftesten physikalische Therapie, Medikamente und Rückentraining. Den besten Effekt erzielten die Patienten laut eigener Einschätzung mit Sport und Rückentraining, gefolgt von physikalischer Therapie, Physiotherapie und fernöstlichen Heilmethoden (z.B.: Shiatsu, Akupunktur). Infiltrationen, Medikamente und Homöopathie wurden als weniger nützlich eingestuft. Die osteopathische Behandlung wurde hauptsächlich mit medizinischer Trainingstherapie und Wirbelsäulengymnastik kombiniert. Der Großteil der befragten Patienten kam auf Empfehlung eines Freundes oder Verwandten und direkt, ohne vorher einen Arzt zu konsultieren, zum Osteopathen.

In der Masterthese von Meuser über Patientenerwartungen (2008) bezüglich osteopathischer Behandlung und dem Osteopathen wurden mittels leitfadengestützter Interviews die Fragen qualitativ ausgewertet. Die Patienten kamen hauptsächlich auf Empfehlung zu einem bestimmten Osteopathen. Die Patienten erwarteten sich eine anhaltende Problemlösung auf sanfte Weise und eine Beratung zur Fehlervermeidung im Alltag. Ausschlaggebend für die Patienten war die Sympathie und Freundlichkeit des Osteopathen. Auf akademische Grade legten die Patienten keinen Wert, viel wichtiger war eine gute Ausbildung. Ebenso wichtig war den Patienten ein freundlich eingerichteter Behandlungsraum.

May beschäftigte sich 2008 in ihrer Masterthese „Osteopathie – the way from therapie to prevention“ unter anderem auch über die Gründe warum Patienten nach Besserung oder Schmerzfreiheit immer noch zur osteopathischen Behandlung kommen. Mittels leitfadengestützter Interviews mit sechs Patienten wurden ihre Fragen beantwortet. Die befragten Patienten mit den unterschiedlichsten Symptomen erwarteten sich von der Behandlung eine Heilung oder zumindest eine Besserung ihrer Symptomatik. Entspannung, Müdigkeit, aber auch Energie sind einige von den Reaktionen, die nach einer Behandlung auftraten. Für alle Interviewten war das Wohlbefinden ein wichtiger Aspekt und Grund zur

Aufrechterhaltung der Therapie. Als psychische Reaktionen wurden Energiegeladenheit, mehr Lebenslust, Reduzierung von Angst und Glücksgefühle verspürt. Die Patienten bemerkten eine geistige Veränderung und eine verbesserte Akzeptanz für den eigenen Körper, sowie eine Veränderung des Empfindungsvermögens. Schmerzreduktion, Verbesserung der Mobilität, Reduzierung der Schmerzmedikamente sind Veränderungen, die von den interviewten Patienten ebenfalls registriert wurden. Weitere körperliche Veränderungen wie Schlafverbesserungen, generell physisches Wohlbefinden, Wärme oder eine Art „Fließen“ konnten beobachtet werden. Geplante Operationen konnten hinausgezögert werden. Zusätzlich gaben die Interviewten an, dass eine gut funktionierende osteopathische Behandlung in erster Linie vom Osteopathen selbst abhängt. Eine wichtige Rolle spielte dabei nicht die Auswahl der Techniken, sondern vielmehr die Persönlichkeit des Osteopathen. Die Patienten erwarteten sich Unterstützung und Verständnis von dem Osteopathen und es entwickelte sich oft eine Art „Freundschaft“ bei den Langzeitpatienten, die förderlich und nicht störend für die Therapie wirkte. Die Berührung in der Therapie wurde noch weiter erörtert: Die Patienten genießen die Berührung des Therapeuten, die Wärme der Hände und das am Kopf gehalten werden.

3.5 Studien über Reaktionen der Osteopathie

Obwohl die Osteopathie eine sanfte Methode der Behandlung darstellt, beinhaltet sie auch eine Technik, die Manipulation, die viele negative Reaktionen haben kann.

Viele Nebenwirkungen und Komplikationen sind bei Manipulationen bekannt. Nach Gibbons und Tehan (2000) sind die folgenden Parameter Ursachen vieler Komplikationen: fehlende Diagnose, fehlende Berücksichtigung der Kontraindikationen, fehlende Zustimmung des Patienten, ungenaue palpatorische Untersuchung und inadäquate Durchführung der Technik.

Negative Reaktionen der manuellen Therapie wurden in der Vergangenheit in der Literatur schon oft beschrieben, doch meist hat man nur die wenigen ernsthaften Reaktionen veröffentlicht und die oft milden und moderaten Erscheinungen nach der Behandlung außer Acht gelassen. Außerdem wurde zuvor die subjektive Sicht der Patienten bei der Definition der negativen Reaktionen auf manuelle Therapie nicht mit einbezogen. Carlesso, Cairney, Dolovich und Hoogenes (2011) wollten herausfinden, wie Patienten negative Reaktionen einer manuellen Therapie wahrnehmen und definieren. Es wurde ein qualitativer Zugang mit Interviews an zwölf Teilnehmern durchgeführt. Die Patienten erhielten manuelle Therapie

von Physiotherapeuten, Osteopathen und Chiropraktikern. Zwei Hauptpunkte haben sich dabei herauskristallisiert:

- Die Reaktion unmittelbar nach der Behandlung. Vier Elemente die bei der Definition mitwirken, ob eine Reaktion negativ ist oder nicht, sind der Schmerz, die Symptomatik, Funktionsbeeinflussung nach der Behandlung und die Dauer der Reaktion. Die Teilnehmer gaben die Funktionseinschränkung als Hauptgrund für eine negative Erscheinung an.
- Die Erwartung an eine manuelle Therapie. Generell gehen die Patienten davon aus, über mögliche Therapiereaktionen informiert zu werden. Selbstverständlich erwarten sich Patienten durch die Therapie eine Besserung, nehmen aber eine Erstverschlechterung als normal hin; sie nehmen also einen leichten Schmerz in Kauf, wenn danach eine entsprechende Besserung eintritt. Das Vertrauen zum behandelnden Therapeuten und die Aufklärung aus seiner Sicht spielt eine wichtige Rolle, wie Reaktionen wahrgenommen werden. Alte Erfahrungen mit negativen Reaktionen wirken sich auf die Wahrnehmung von momentanen Reaktionen aus.

Flynn und seine Mitarbeiter (2002) untersuchten in einer Studie die Vorhersagbarkeit des Erfolgs der Wirbelsäulenmanipulation bei Rückenschmerzen. Folgende Variablen können eine erfolgreiche Wirbelsäulenmanipulation vorhersagen: Dauer der Schmerzen weniger als 16 Tage, wenig Angst/Befangenheit vor der Manipulation, mehr als 35 Grad Innenrotation zumindest auf einer Hüfte, Hypomobilität der Lendenwirbelsäule und keine Symptome distal des Knies. Wenn vier dieser fünf Variablen zutreffen, steigt die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Wirbelsäulenmanipulation von 45% auf 95%.

4 Methodik

4.1 Forschungsfragen

Der Literaturüberblick zeigt, dass eine Vielzahl an experimentellen quantitativen Studien zur Wirksamkeit der Osteopathie zu diesem Thema existiert, aber der Nachweis nicht bei allen Studien eindeutig belegt werden kann. Ziel dieser Arbeit ist es, die subjektive Sichtweise der Patienten mit chronischen Rückenschmerzen zur Osteopathie, speziell mit Hilfe eines qualitativen Zuganges, zu ermitteln, um ein uneingeschränktes Gesamtbild zur Wirksamkeit einer osteopathischen Behandlung zu bekommen. In weiterer Folge können die so

gewonnenen Erkenntnisse in die Vorgehensweise einer Behandlung zum Zwecke einer Effizienzsteigerung einfließen.

Im Rahmen dieser Masterthese sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Warum suchen Patienten mit chronischen Rückenschmerzen einen Osteopathen auf?
- Welche Erwartungen stellen sie an die osteopathische Behandlung?
- Wie wirkt die Osteopathie bei diesen Patienten?
- In welchen Bereichen manifestiert sich eine Veränderung (Psyche, Sozialleben, etc.)?
- Welche Konsequenzen im täglichen Leben ergeben sich für die Patienten (Medikamentenreduzierung, Operationsvermeidung, etc.)?
- Was ist das Besondere der Osteopathie für die Patienten?
- Wie empfinden die Patienten den osteopathischen Behandlungserfolg?

4.2 Untersuchungsmethode

Bei der quantitativen Forschung werden zahlenmäßige Ausprägungen eines oder mehrerer Merkmale gemessen. Sie eignen sich auch sehr gut zum Vergleichen von Ergebnissen nach verschiedenen Zeitpunkten. Die Messwerte werden miteinander oder mit anderen Variablen verglichen. Der Vorteil des quantitativen Weges ist, dass eine große Anzahl von Patienten befragt werden können und die Ergebnisse einen hohen Grad an Verallgemeinerbarkeit haben. Der Zeit- und Kostenaufwand ist geringer als bei der qualitativen Methode. Der Nachteil ist, dass auf die befragten Personen nicht individuell eingegangen werden kann und somit wichtige Aspekte verloren gehen können (Flick, 2009; Universität Karlsruhe, 2000).

Die qualitative Forschung hat das Ziel, den subjektiv gemeinten Sinn des untersuchten Gegenstandes aus der Perspektive der Beteiligten zu erfassen. Sie eignet sich für die ausführliche Beschreibung von Meinungen und Eindrücken, zur Erkundung von Ursachen und zur Sammlung von Verbesserungsvorschlägen. Eine Möglichkeit der qualitativen Forschung stellt das Interview dar. Hier werden die Fragen offen und flexibel gestellt, damit der Interviewpartner seine Sicht ohne Einschränkungen irgendwelcher Art vermitteln kann, wodurch in weiterer Folge neue Sachverhalte entdeckt werden können. Durch die persönliche Interaktion können Hintergründe erfragt werden und Unklarheiten beseitigt werden. Es wird dadurch ein tieferer Informationsgehalt erreicht. Der Befragung selbst liegt ein grober thematischer Leitfaden zu Grunde. Der Vorteil des qualitativen Zugangs liegt darin, dass genaue Analysen von wenigen Fällen erstellt werden können. Der Nachteil dabei

ist, dass die Ergebnisse weniger verallgemeinert werden können und die Durchführung mitunter zeitaufwendiger ist. Die Qualität der Daten ist vom Interviewer abhängig (Flick, 2009; Universität Karlsruhe, 2000).

Durch Abwägung der Vor- und Nachteile der beiden differenten Zugänge, ist der Verfasser zum Entschluss gekommen, dass für diese Forschungsfragen, der qualitative Zugang, die bessere Variante ist. Ein Interviewleitfaden mit verschiedenen Fragen über die Beschwerden, Erwartungen, Motivation, Wirkung und Zufriedenheit der Osteopathie bei chronischen Rückenschmerzen wurde erstellt. Aus dem Gesprächsverlauf ergaben sich gegebenenfalls spezifische ergänzende Fragen, um eventuelle Unklarheiten zu vermeiden. Die Leitfadenfragen befinden sich im Anhang.

4.3 Interviewpartner

Vier der insgesamt acht Patienten kamen von einer befreundeten Kollegin, die in Mattersburg praktiziert. Nachdem sie bei der Kollegin zum Interview einwilligten, wurden sie vom Verfasser kontaktiert. Weitere vier der Teilnehmer, waren Bekannte des Verfassers und absolvierten ihre osteopathischen Behandlungen in Wien. Alle behandelnden Osteopathen waren Abgänger der WSO. Alle Interviewteilnehmer waren vorbehaltlos mit der Befragung einverstanden, keiner der Gefragten hat verweigert.

Das Alter der Interviewpartner rangierte zwischen 32 und 57 Jahren. Vier weibliche und vier männliche Personen wurden ausgewählt, um eventuell bei einzelnen Antworten geschlechtsspezifische Unterschiede herauszuarbeiten. Die Berufsgruppen der Interviewten waren sehr unterschiedlich.

4.4 Ein- und Ausschlusskriterien

4.4.1 Einschlusskriterien

- Patienten mit chronischen spezifischen und unspezifischen Rückenschmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich

Es gibt keine einheitliche Definition, ab wann man von chronischen Schmerzen spricht. Aus diesem Grund hat der Verfasser, den spätesten in der Literatur dokumentierten Zeitpunkt, also ab sechs Monaten, gewählt.

Da eine Unterteilung in spezifische und nicht spezifische Rückenschmerzen diagnostisch schwierig ist und es damit oft zu Überschneidungen kommt, wurden sowohl spezifische als auch unspezifische Rückenschmerzpatienten in die Befragung mit einbezogen. Denn oft sind

Veränderungen, die in bildgebenden Verfahren entdeckt werden, auch nur Zufallsbefunde (LBI- HTA, 2008). Zusätzlich spielt eine Unterteilung für die ganzheitliche osteopathische Behandlung keine Rolle.

- Ab dem vollendetem 18. Lebensjahr

Schmerzen im Bereich des Rückens spielen bei jüngeren Patienten eine untergeordnete Rolle. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys aus dem Jahr 2003 zeigten, dass 10% der drei bis sechs Jährigen Rückenschmerzen in den letzten drei Monaten hatten und bei den elf bis siebzehn Jährigen zeigte sich eine Drei- Monats Prävalenz von 13% (Hildebrandt & Pfingsten, 2012). Ebenso war dadurch keine Einwilligung der Erziehungsberechtigten notwendig.

- Die Befragten mussten mehr als drei osteopathische Behandlungen aufgrund der Rückenschmerzen absolviert haben

4.4.2 Ausschlusskriterien

- Akute Rückenschmerzen

Diese treten erstmalig oder nach mindestens einem halben Jahr Beschwerdefreiheit auf und halten für höchstens drei Monate an (LBI-HTA, 2008).

- Rezidivierende Rückenschmerzen

Diese treten nach einer beschwerdefreien Zeit von mindestens sechs Monaten auf und gelten als eine neue Episode von akuten Rückenschmerzen (LBI-HTA, 2008).

- Schlechte Deutschkenntnisse, um sprachbedingte Missverständnisse ausschließen zu können
- Osteopathen und Osteopathiestudenten aufgrund von Voreingenommenheit und entsprechendem Vorwissen
- Patienten, die vom Verfasser behandelt wurden, um sozial erwünschte Antworten zu vermeiden

4.5 Organisation und Durchführung der Befragung

Vor Beginn der acht Interviews führte der Verfasser zwei Probeinterviews mit einer Patientin und einem Patienten, die vom Verfasser behandelt wurden, durch. Basierend auf derlei gewonnenen Erkenntnissen wurden noch einige Fragen verändert, erklärt oder ergänzt, die bei beiden Patienten unklar waren. Die Gespräche wurden mit dem Diktiergerät aufgezeichnet und später vom Verfasser analysiert.

Danach wurde mit den Interviews für die Masterthese begonnen. Im Vorfeld der Interviews wurden die Befragten zunächst über die Ziele der Masterthese und dem Vorgehen des

Interviews aufgeklärt; im Zuge dessen erfolgte ebenso die Zusicherung der Anonymität. Alle acht Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Fünf Interviews erfolgten in der Praxis des Verfassers in Unterfrauenhaid, zwei im Haus der befragten Personen und ein Interview bei einer öffentlichen Veranstaltung. Die Dauer der Durchführung der Interviews benötigte circa fünfzehn Minuten. Der Zeitpunkt der Interviews spielte sich innerhalb einer Woche von 15. bis 21. Juli 2013 ab. Danach wurden die Interviews transkribiert und von Dialekten befreit. Die Herstellung der Transkripte war zwar aufwendig, aber für die Interpretation des Textes unumgänglich. Die Zeilen der einzelnen Interviews wurden nummeriert. Die im Ergebnisteil verwendeten Zitate der interviewten Personen, wurden mit Zeilennummerierungen versehen (z.B.: Herr B, 11).

4.6 Ablauf der Analyse

Im Anschluss an die Transkription wurden die Interviews einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) unterzogen. Nach Mayring (2002) wird für die Analyse ein Kategoriensystem entwickelt, damit die Analyse für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar ist. Die inhaltstragenden Textstellen wurden den einzelnen Kategorien zugeordnet. Danach erfolgte die Übersetzung und Verallgemeinerung aller inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene. Bedeutungsgleiche Textstellen wurden gestrichen. Häufigkeiten der einzelnen Interviewten dargestellt und die Aussagen untereinander verglichen (Mayring, 2010). In der vorliegenden Arbeit werden einzelne Aussagen der Interviewteilnehmer zitiert.

5 Ergebnisse

5.1.1 Grundlegendes zu den Rückenbeschwerden der Interviewpartner

Als Einstieg diente ein Frageblock zu den Rückenbeschwerden, die nun folgend zusammengefasst werden:

Herr R ist 50 Jahre alt, verheiratet und hat eine 9-jährige Tochter. Er arbeitet als Sozialarbeiter. Herr R litt seit rund siebzehn Jahren an seinen Schmerzen. Die Schmerzen traten erstmalig beim Hausbau bzw. bei intensiven körperlichen Belastungen auf. Die Schmerzen waren temporär akut, so ca. alle ein bis zwei Monate, dann traten auch wieder schmerzfreie Intervalle auf. Die Schmerzen befanden sich im Lendenwirbelsäulenbereich und waren stechender Natur mit Ausstrahlung in die linke Gesäßhälfte. Sie traten vor allem beim Heben schwerer Gegenstände, beim Aussteigen aus dem Auto oder durch Luftzug auf.

Herr R konsultierte vor eineinhalb Jahren eine Osteopathin und war circa sieben bis acht Mal in Behandlung. Nur ein einziges Mal wurde er aufgrund anderer Beschwerden (Schmerzen im Brust- und Schlüsselbeinbereich) behandelt. Alle anderen Male waren der Hauptbeweggrund der Behandlung die Rückenschmerzen. Seine letzte Behandlung liegt ein halbes Jahr zurück und zum Zeitpunkt des Interviews ist Herr R nach wie vor schmerzfrei.

Herr B, 40 Jahre, ist technischer Angestellter. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder, die ein und drei Jahre alt sind. Herr B hatte seine Schmerzen im Lendenbereich seit rund elf Monaten. Sie traten nach dem Aufstehen beim Anziehen, und hier vor allem beim Sockenanziehen auf. Er spürte einen ziehenden Schmerz und eine Bewegungseinschränkung. Sonst traten unter Tags keine Schmerzen auf. Er war das erste Mal vor acht Monaten für fünf bis sechs Einheiten ausschließlich aufgrund der Rückenschmerzen in osteopathischer Behandlung. Die letzte Behandlung liegt ein halbes Jahr zurück und er ist seitdem schmerzfrei.

Frau C ist 32 Jahre alt, arbeitet als Psychologin und ist ledig. Sie leidet an chronischen Rückenschmerzen seit ihrem 15. Lebensjahr. Vor der ersten osteopathischen Behandlung kamen die Schmerzen in unregelmäßigen Abständen, so alle ein bis drei Monate. Die Schmerzen waren meist stechend, manchmal ziehend und traten vor allem nach langem Sitzen auf. Neben Schmerzen im Lendenbereich, hatte Frau C auch Schmerzen im Nackenbereich beidseitig. Vor drei Jahren war sie je zehn Mal in vierwöchigen Abständen bei einer Osteopathin in Wien und letztes Jahr auch zehn Mal in vierwöchigen Abständen bei einer anderen Osteopathin im Burgenland. Bei der Behandlung in Wien war sie wegen den chronischen Rückenschmerzen und wegen eines Tinnitus. Seit Sommer 2012 war sie nicht mehr bei einer osteopathischen Behandlung aufgrund verringerter Beschwerden.

Frau H ist 42 Jahre alt und arbeitet in einem Supermarkt als Verkäuferin. Sie ist verheiratet und hat zwei Kinder mit 18 und 16 Jahren. Seit ihrem 18. Lebensjahr hat Frau H ziehende Schmerzen in der Lendenwirbelsäule rechtsseitig, welche sie permanent leicht und vor und während der Periode verstärkt spürt. Beim Heben von schweren Gegenständen treten die Schmerzen vermehrt auf. Bisher war Frau H fünf Mal diesbezüglich in osteopathischer Behandlung. Das erste Mal war vor einem Jahr, das letzte Mal vor einem Monat. Die Intensität der Schmerzen konnten verringert werden.

Herr K, 42 Jahre, ist Beamter und ledig. Seine Rückenschmerzen traten das erste Mal vor sieben oder acht Jahren auf, wobei diese dann in unregelmäßigen Abständen mal leichter, dann wieder stärker spürbar waren. Die Schmerzen befanden sich in der unteren

Lendenwirbelsäule und waren ziehend und drückend. Sie traten nach langem Sitzen, beim schweren Heben und bei schnellen Drehbewegungen auf. Vor rund fünf Jahren wurde er drei Mal, knapp nach einander folgend, osteopathisch behandelt und ist seither schmerzfrei.

Herr M ist 57 Jahre alt und arbeitet als Projektmanager. Er ist seit drei Jahren verwitwet, hat einen Sohn mit 33 Jahren, und lebt jetzt in einer neuen Partnerschaft. Er klagt seit zehn Jahren über brennende und stechende Rückenschmerzen in der unteren Lendenwirbelsäule, mit Taubheitsgefühlen an der Vorderseite der Oberschenkel und ein Kribbeln an der Oberschenkelaußenseite und am Fuß auf beiden Seiten. Die akuten Schmerzen kommen ca. alle drei Monate und bleiben für ca. einen Monat bestehen. Zwischendurch ist aber immer ein latentes Schmerzgeschehen spürbar. Die Schmerzen treten im Liegen, Sitzen und Stehen auf und werden nur beim Gehen besser. Vor zwei Jahren war Herr M vier bis fünf Mal in kurzen Abständen bei einer Osteopathin in Behandlung und war nach Beendigung der Therapie ein halbes Jahr schmerzfrei. Zum Zeitpunkt des Interviews sind die Schmerzen wieder so stark wie vor der ersten osteopathischen Behandlung.

Frau E, 32 Jahre, ist Kindergartenpädagogin und ledig. Sie leidet seit eineinhalb Jahren an stechenden Schmerzen in der Lendenwirbelsäule linksseitig und ein Ziehen bis zur linken Kniekehle. Die Schmerzen kommen in unregelmäßigen Abständen und treten vor allem beim Gehen und beim Drehen zur linken Seite auf. Frau E war letztes Jahr zum ersten Mal, nur wegen den Rückenschmerzen, bei einer Osteopathin, für circa 10 bis 15 Mal. Anfangs waren die Abstände zwischen den Therapien alle drei Wochen, später wurden die Abstände länger. Das letzte Mal war sie vor einem halben Jahr bei ihrer Osteopathin. Die Beschwerden konnten durch die Osteopathie verringert werden.

Frau F ist 36 Jahre alt, verheiratet, Hausfrau und Mutter dreier Kinder mit drei, sechs und acht Jahren. Ihr Rücken schmerzt seit ihrem 21. oder 22. Lebensjahr. Die stechenden Schmerzen befinden sich in der unteren Lendenwirbelsäule und Becken rechts und strahlen auch in den hinteren Oberschenkel aus, wenn der Schmerz entsprechend stark auftritt. Die Schmerzen kommen vor allem bei Stress, das heißt, wenn sie viel im Haushalt und mit den Kindern zu tun hat. Ebenso treten sie auch bei der Gartenarbeit auf oder wenn sie viel gegessen ist. Sie hatte bereits zehn osteopathische Behandlungen. Der Beginn der Therapie war letztes Jahr, wo sie sechs Behandlungen hintereinander konsumierte. Nach einer halbjährigen Pause besucht sie dieses Jahr wieder regelmäßig ihre Osteopathin, damit die Schmerzsymptomatik auf ein Minimum gehalten wird. Das letzte Mal war dies vor einer Woche. Sie kommt ausschließlich wegen den Rückenschmerzen zur Behandlung.

5.1.2 Andere Therapien, die vor der Osteopathie gemacht wurden

Alle interviewten Personen hatten vor ihrer ersten osteopathischen Behandlung schon andere Therapien gegen die Rückenschmerzen versucht.

Fünf Personen probierten Massagen aus. Bei Herrn R verstärkte die Massage seine Schmerzen, die anderen vier Befragten verspürten nur eine kurzfristige Linderung.

Zwei männliche Personen erhielten eine Injektionskur und medikamentöse Therapie, die die akuten Schmerzen eingedämmt haben, die aber sonst keine langfristige Problemlösung mit sich brachten.

Drei Interviewpartner machten Erfahrung mit Physiotherapie. Alle drei vermerkten eine schmerzlindernde Wirkung durch die Physiotherapie. Frau H führt immer noch Übungen durch, die ihr guttun.

Bei Herrn B half die Physiotherapie bis zu einem gewissen Punkt, er bemerkte jedoch eine Stagnierung der Schmerzproblematik: *„Meine Probleme liegen nicht nur in den Knochen und Muskeln, andere Bereiche meines Körpers brauchen Hilfe“ (Herr B, 37).*

Frau C begeisterte sich in ihrer Jugend wenig dafür, die Übungen aus der Physiotherapie durchzuführen.

Frau E spürte mit Reiki und Sacralenergetik, Frau F mit Craniosacraltherapie und Herr M mit Impulsgalvanisation nur eine kurzzeitige Wirkung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass alle Interviewpartner mit klassischen Therapiemethoden wie Massage, Physiotherapie und Elektrotherapie oder mit Alternativmethoden bereits Erfahrung gesammelt haben und, dass der Therapieerfolg als kurzfristig oder unzureichend eingestuft wurde. Vor allem die befragten Frauen hatten mehr Erfahrung mit Alternativbehandlungen, während die Männer mehr mit klassischen Behandlungsmethoden vertraut waren.

5.1.3 Grund zur Behandlung

Wie im vergangenen Kapitel bereits erwähnt, war die Wirkung anderer Therapien kurzzeitig und/oder unzureichend. Dies war für fünf Interviewpartner das auslösende Moment für eine osteopathische Behandlung.

Ein Patient schilderte seine Beweggründe für die Osteopathie folgendermaßen: *„Mit der Physiotherapie bin ich irgendwie an Grenzen gestoßen. Ich habe gemerkt, damit komme ich nicht mehr weiter, ich brauche mehr“* (Herr B, 33-35).

Eine weitere Befragte berichtete Folgendes: *„Man könnte ja genauso um eine Spritze gehen, dann bekommt man die und dann ist vorübergehend eine Besserung, weil ja das den Schmerz lindert, aber das ist nicht von Dauer“* (Frau F, 35-37).

Ebenso spielten Empfehlungen eine große Rolle für die Motivation zu einer osteopathischen Behandlung. Zwei der Interviewpartner kamen aufgrund einer Empfehlung von ihrem Hausarzt zur osteopathischen Behandlung, zwei weitere bekamen die Empfehlung von Freunden und Arbeitskollegen wie zum Beispiel bei Herrn K: *„Das hab ich von einem Arbeitskollegen gehört, der war total begeistert“* (Herr K, 36).

Drei der Interviewpartner wollten mit der Osteopathie eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes versuchen. Interviewpartnerin Frau H erzählte Folgendes: *„Ich habe schon so viel Gutes darüber gehört und gelesen und ich hab mir gedacht, vielleicht hilft mir das auch. Ich wollte mich auf keinen Fall mit den Schmerzen abfinden, ich bin ein sehr aktiver Typ und probiere auch gerne Dinge aus“* (Frau H, 33-35).

Der ganzheitliche Ansatz und die Suche nach der Ursache der Beschwerden waren für Frau C die Hauptbeweggründe für die Behandlung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Motivationsgrund für eine osteopathische Behandlung hauptsächlich auf die Unzufriedenheit des Behandlungserfolgs anderer Therapien zurückzuführen war. Auf der Suche nach weiteren Lösungsmöglichkeiten zur Verbesserung des körperlichen Zustandes gingen Betroffene auf Empfehlungen ein und waren vor allem auch offen etwas Neues auszuprobieren.

5.1.4 Erwartungen

Drei der acht Interviewpartner erwarteten sich durch die Osteopathie eine völlige Schmerzfreiheit und eine langfristige Heilung.

Die Erwartungen von vier interviewten Personen waren eine Verbesserung ihres körperlichen Zustandes. Auch bei diesen Personen wurden die Erwartungen erfüllt.

Eine Dame dieser vier Personen kam mit gemischten Gefühlen zur Behandlung: *„Ich hatte sehr hohe Erwartungen an die Osteopathie und diese wurden auch erfüllt, weil der Schmerz ja besser ist, obwohl ich auch ein bisschen skeptisch war. Wer weiß, was da mit mir passiert oder hoffentlich tut es nicht weh, weil ich schon viel vom Einrenken gehört habe“* (Frau H, 38-41).

Ein weiterer Interviewpartner hatte keine spezifischen Erwartungen und glaubte zunächst nicht an die Wirkung der Behandlung, wurde jedoch vom Gegenteil überzeugt: *„Zuerst dachte ich mir: Was ist das für ein „Hokus Pokus“. Beim zweiten Mal habe ich aber festgestellt, dass mir das wirklich hilft“* (Herr M, 136-137).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Großteil der Befragten mit einer positiven Erwartungshaltung zur Behandlung kam und diese Erwartungen dann auch erfüllt wurden. Zwei der Interviewten, die Skepsis gegenüber der Behandlung aufwiesen, konnten vom Positiven überzeugt werden.

5.1.5 Änderung der Beschwerdesymptomatik

Fünf der acht Interviewten waren zum Zeitpunkt ihres Interviews schmerzfrei. Zwei von diesen fünf spürten überhaupt keine Schmerzen nach Beendigung der Therapie. Bei diesen beiden war die letzte Therapie vor einem halben Jahr. *„Ich habe generell keine Schmerzepisoden, weiß aber sehr genau, dass es immer noch eine Problemzone ist“* (Herr R, 51-52). Bei den drei anderen Befragten, die zum Zeitpunkt der Befragung schmerzfrei waren, traten schon noch Schmerzen auf, allerdings ging die Häufigkeit und Intensität zurück oder die Schmerzareale verkleinerten sich. Bei einem Befragten war die letzte Therapie vor fünf Jahren, bei einer anderen Interviewten vor einem halben Jahr und bei einer weiteren Patientin vor einer Woche. Frau E bemerkte folgende Änderung: *„Die Schmerzen kommen eigentlich sehr selten, sie kommen zwar schon noch vor, aber nicht mehr in der Form, bevor die Behandlung begonnen hat. Also wenn es weh tut, dann nur mehr im Lendenbereich und nicht mehr ausstrahlend, was nach meinem Osteopathen ein großer Fortschritt ist“* (Frau E, 40-43).

Zwei weitere Interviewte waren zum Interviewzeitpunkt nicht komplett schmerzfrei. Frau H gab ihren Schmerz auf einer Schmerzskala von 0 bis 10 als 1 und Frau C als 2 an. Frau H stufte ihren Schmerz vor der ersten osteopathischen Behandlung auf 7 ein und Frau C auf 8. Das heißt, sie spürten eine deutliche Minderung der Schmerzintensität und Patientin C bemerkte zusätzlich auch eine Minderung der Häufigkeit.

Der Median der Schmerzen aller Befragten lag vor der ersten osteopathischen Behandlung bei 8 und zum jetzigen Zeitpunkt bei 0.

Nur Interviewpartner Herr M gab vor der ersten osteopathischen Behandlung und beim Interview die gleiche Schmerzintensität von 8 an. Er erzählte zwar, dass er nach der vierten Behandlung schmerzfrei gewesen ist. Diese Wirkung hielt länger als ein halbes Jahr an. Seine letzte Behandlung war vor zwei Jahren. Er erklärte dies folgendermaßen: *„...natürlich hätte ich weitermachen müssen, hab ich aber nicht. Jetzt ist der Schmerz wieder gleich wie vor der Behandlung und die Abstände werden mit zunehmendem Alter geringer“* (Herr M, 46-48). Der Grund warum er nicht weitermachte war Folgender: *„Weil mir die Fahrerei zu weit war“* (Herr M, 56). Zu einem Osteopathen in seiner Nähe wollte er nicht wechseln.

Sieben der acht Befragten spürten nach der ersten Behandlung den größten Effekt. Herr R berichtete: *„Gleich nach der ersten, das war für mich das signifikanteste und diese Veränderungen halten bis jetzt an“* (Herr R, 83-84). Für diese sieben Interviewpartner wurde bei den weiteren Osteopathiesitzungen der Effekt stabil gehalten oder nur weitere kleinere Fortschritte bemerkt.

Beim Befragten Herrn K hielt der Effekt einige Wochen an, dann kam der Schmerz wieder. Nach der zweiten Behandlung war er dann schmerzfrei.

Frau F bemerkte den Effekt der Schmerzlinderung immer zwischen vier und sechs Wochen lang, dann spürte sie den Schmerz wieder aufkeimen und musste zur nächsten Behandlung gehen: *„Aber dann merk ich, dass es gescheit wäre, wieder zu gehen“* (Frau F, 58-59).

Nur Herr M spürte als einziger die Besserung erst nach dem zweiten Mal und war beim vierten Mal schmerzfrei.

Für alle Interviewpartner wirkte die Osteopathie bei ihren Rückenschmerzen. Schmerzfreiheit oder Minderung der Schmerzintensität, Schmerzhäufigkeit und Verkleinerung der Schmerzareale konnten bemerkt werden. Den größten Effekt spürten fast alle nach der ersten Behandlung.

5.1.6 Andere Therapien oder spezielle Übungen zur Behandlung von Rückenschmerzen

Um einschätzen zu können ob die Wirkung ausschließlich der Osteopathie zuzuschreiben war, wurden die Interviewpartner nach anderen Therapien oder speziellen Übungen zwischen den osteopathischen Behandlungen gefragt.

Alle Befragten führten zwar neben der Osteopathie keine weiteren Therapien durch, aber fünf der acht Interviewten waren auch selbst gegen die Rückenschmerzen aktiv. Herr M machte regelmäßig wegen seiner Rückenschmerzen Sport, und zwar Nordic Walking und Radfahren. Herr B und Frau H kräftigten ihren Rücken und den Bauch. Frau H machte neben den Kräftigungsübungen auch spezielle Übungen aus der Physiotherapie gegen ihre Skoliose. Frau F betrieb Yoga und spezielle Dehnungsübungen für den Rücken, und Frau C entspannte ihren Rücken mit Lockerungsübungen. Drei der männlichen Befragten machten nebenbei überhaupt keine Übungen.

Der Großteil der Befragten, vor allem die Frauen machten spezielle Übungen oder Sport gegen ihre Rückenschmerzen, während andere Therapien nebenbei nicht konsumiert wurden.

5.1.7 Wie fühlten sich die Patienten während der Behandlung

Sechs der acht Interviewteilnehmer fühlten sich während der osteopathischen Behandlung entspannt. Bei der Frage wie sie diese Entspannung beschreiben, gaben alle sechs eine mentale Entspannung an. Herr B erläuterte die mentale Entspannung so: „...*, weil ich meine Gedanken schweifen lasse“ (Herr B, 68-69).*

Fünf dieser sechs Patienten spürten auch eine körperliche Entspannung. So auch Frau H: „*Da fühle ich mich sehr entspannt in meinem Körper, wenn der Schmerz nachlässt...*“ (Frau H, 62).

Bei einer von den fünf Patienten war die Entspannung von dem abhängig, was der Osteopath machte: „*Körperliche Entspannung ist von den Techniken abhängig, manche tun ein bisschen weh, aber wenn es hilft, nimmt man es in Kauf“ (Frau C, 62-64).*

Frau F, die keine körperliche Entspannung angab, verspürte das Bearbeiten ihrer Spannungen als unangenehm, aber durchaus akzeptabel.

Drei Befragte fühlten sich bei der Behandlung wohl und ausgeglichen; „... insofern auch angenehm, weil ich den Eindruck hatte, dass nicht über den Schmerz gegangen wird“ (Herr R, 59-60).

Müdigkeit während der Behandlung wurde von zwei Personen erwähnt.

Zusammenfassend kann zu diesem Thema festgehalten werden, dass Entspannung, Wohlbefinden, Ausgeglichenheit und Müdigkeit während der Behandlung verspürt wurden.

5.1.8 Reaktionen unmittelbar nach der Behandlung

Das Nachlassen des Schmerzes war bei vier der Interviewten eine unmittelbare Reaktion nach der Behandlung. Herr K berichtete: „Der Schmerz war weg“ (Herr K, 63). Frau H spürte den Schmerz zwei Tage mehr bis er dann letztendlich nachließ.

Drei der Befragten spürten nach der Behandlung eine Müdigkeit, die einige Stunden anhielt. Herr M hatte folgendes Erlebnis: „Nach der zweiten Behandlung bin ich nach der Behandlung zu einem Freund nach Linz gefahren, bin auf der Autobahn gefahren und wurde auf der Fahrt so müde, dass ich stehenbleiben musste und mir einen Kaffee kaufen musste. Das passiert mir normalerweise nicht“ (Herr M, 67-70).

Herr R und Herr B gaben als Antwort eine Muskellockerung an, die bei einem bis am selben Abend, beim anderen bis am nächsten Tag bemerkbar war.

Frau E spürte mehr Energie und Bewegungen im Körper, die schon während der Behandlung bemerkt wurden und die die folgenden ein bis zwei Tage bestehen blieb.

Frau H hatte unmittelbar nach einer Behandlung, in dieser der Darm bearbeitet wurde, Durchfall. Diese Reaktion war aber noch am selben Tag weg.

Der Großteil der Patienten reagierte auf die Behandlung mit Schmerzreduktion, Müdigkeit und Muskellockerung.

5.1.9 Änderung des psychischen Wohlbefindens durch die Osteopathie

Bei fünf der Befragten stand der Schmerz direkt in Wechselwirkung mit der Psyche. Das sahen die Betroffenen als logische Schlussfolgerung: „Generell trägt Schmerzabwesenheit zum psychischen Wohlbefinden bei“ (Herr R, 70); „Natürlich, wenn du keine Schmerzen hast,

fühlst du dich auch viel besser“ (Herr K, 66); „Wenn du Schmerzen hast, es ja eine Belastung darstellt, nicht nur körperlich“ (Herr B, 83).

Frau H konnte mit weniger Schmerzen wieder aktiver sein, dies beeinflusste das psychische Wohlbefinden positiv.

Von den fünf Interviewten, die eine psychische Veränderung empfanden, verbesserte sich bei zwei der Befragten durch die Schmerzlinderung die Grundstimmung. Diese Erfahrung machte Patientin E: *„Durch die Schmerzen war die Psyche angeschlagen und durch die Schmerzlinderung der Osteopathie ist auch die Psyche besser geworden. Ich war vorher fast schon depressiv, ohne Schmerzen bin ich viel besser gelaunt“ (Frau E, 65-67).*

Eine Interviewpartnerin nahm ihren Körper und ihre Psyche, seit sie die osteopathische Behandlung machte, intensiver wahr *„..., weil ich im Allgemeinen auf meinen Körper besser schaue oder mehr hinterfrage. Wenn man krank ist, dass man sich überlegt, wie behandelt man das. Nicht nur mit Tabletten, sondern welche anderen Möglichkeiten gibt es noch. Und wenn ich mich nicht gut fühle, dass ich mich frage, woher kommt das. Ich achte sowohl psychisch als auch körperlich mehr auf meinen Körper durch die Osteopathie“ (Frau F, 77-81).*

Frau C und Herr M gaben keine Veränderung des psychischen Wohlbefindens an.

Sechs der acht Befragten bemerkten eine Veränderung der Psyche, die sich durch gesteigertes psychisches Wohlbefinden, Stimmungsverbesserung oder verbessertes Bewusstsein manifestierte.

5.1.10 Veränderungen des Soziallebens

Vier der Befragten bemerkten Veränderungen ihres Soziallebens insofern, dass sie *„wieder lieber unter Menschen sind“*. Frau E schilderte diese Veränderung folgendermaßen: *“...da ich vor der Behandlung kaum weggegangen bin oder oft sehr viele Schmerzen gehabt habe und nicht aufstehen konnte. Durch die Linderung der Schmerzen hab ich wieder Freude und kann mit Freunden unterwegs sein und auch Sport machen“ (Frau E, 69-71).*

Ähnlich erklärte eine andere Interviewpartnerin: *„Natürlich geht man auch lieber unter Leute, wenn einem nichts weh tut“ (Frau H, 75).* Auch einem weiteren Befragten ging es so: *„Ich hatte mehr Freude beim Ausgehen, weil ja nichts weh getan hat“ (Herr K, 68).* Herr R war

auch dieser Ansicht: *“Natürlich, man kann aktiver sein, man geht lieber unter Menschen, wenn man keine Schmerzen hat“ (Herr R, 73/74).*

Eine Interviewpartnerin knüpfte mit Leidensgenossen, die ebenfalls in Behandlung sind, soziale Kontakte zum Austausch von Erfahrungen: *„Dass man jemanden findet, ich hab ja jemanden mit dem man über das reden kann und sich gut austauschen kann, über die Erfahrungen der Therapie. Welche, die auf der gleichen Wellenlänge sind, mit denen man sich gut unterhalten kann“ (Frau F, 84-86).*

Nur für einen Befragten hatte die Osteopathie eine positive Auswirkung auf das Besuchen von öffentlichen Veranstaltungen: *„Ich gehe gerne ins Theater, während dieser Behandlungszeit, konnte ich länger sitzen und dass hat mir dann auch wieder mehr Freude gemacht. Durch den langen Zeitraum der letzten Behandlung ist das alles wieder abgeklungen, müsste die Behandlung wiederholen“ (Herr M, 76-78).*

Frau C merkte keine Veränderungen in ihrem Sozialleben und Herr B ebenso nicht, weil er die Schmerzen ohnehin nur morgens hatte: *„Bei den ersten sozialen Kontakten war ich ja schon schmerzfrei und dadurch hat sich das nicht ausgewirkt“ (Herr B, 85/86).*

Sechs der acht Befragten bemerkten eine Veränderung ihres Soziallebens. Die meisten gehen wieder lieber unter Menschen, weil der Schmerz erträglicher oder gänzlich verschwunden ist.

5.1.11 Veränderungen im Alltag und andere Veränderungen

Bei dieser Frage gab es eine große Fülle an Antworten. Drei der befragten Personen fühlten sich durch die Osteopathie beweglicher, wodurch sie ihre gewohnten Sportausübungen wieder aufnehmen konnten. Frau E beantwortete die Frage nach Veränderungen im Alltag folgendermaßen: *„Mehr Bewegungsfreiheit. Der Schmerz tritt nicht spontan ein, wo man schon immer darauf wartet, wann er kommt. Man kann sich darauf verlassen, dass der Schmerz nicht stechend ist und man sich dann hinlegen oder hinsetzen muss. Der Alltag ist viel einfacher nach der Behandlung geworden“ (Frau E, 73-76).*

Drei Interviewpartner bewältigten den Berufsalltag wieder leichter. Herr K bemerkte diese positive Veränderung folgendermaßen: *„Auch in der Arbeit war das Sitzen erträglicher“ (Herr K, 70).*

Bei drei der Befragten verbesserte sich die Schlafqualität. Frau E begründete dies so: *„Ich schlafe besser, weil ich wieder in allen Positionen liegen kann“* (Frau E, 78).

Bei drei Interviewpartnern hat sich die Darmfunktion verbessert: *„...und meine Verdauung funktioniert auch viel besser. Ich hatte früher immer wieder Verstopfung und seit der Behandlung hatte ich damit keine Probleme mehr...“* (Frau H, 80-82).

„Seit dem ich beim Osteopathen war, hatte ich keine Injektionen mehr und Tabletten hab ich eigentlich seit dem auch nicht mehr genommen“ (Herr K, 73-74). Diese positiven Veränderungen bemerkte auch noch ein weiterer Interviewpartner.

Bei drei Interviewten verbesserten sich auch andere Schmerzbereiche im Körper, bei Frau C. heilte der Tinnitus und Frau F litt nicht mehr an Nackenschmerzen. Frau H bemerkte auch Schmerzfreiheit während der Periode.

Zwei weibliche Befragte erlebten ihren Körper durch die Osteopathie intensiver. Frau C achtete insgesamt mehr auf ihren Rücken und auf richtige Sitzpositionen aufgrund von Ratschlägen ihrer Osteopathin. Eine Befragte gab diese Veränderung folgendermaßen an: *„... weil ich im Allgemeinen auf meinen Körper besser schaue oder mehr hinterfrage“* (Frau F, 77).

Bessere Beweglichkeit, Verbesserung des Berufsalltages, verbesserte Schlafqualität und Verdauung, Medikamentenreduzierung und Verbesserung anderer Schmerzbereiche waren positive Veränderungen, die die Patienten der Osteopathie zuschrieben.

5.1.12 Laienhafte Beschreibung der Osteopathie

Bei diesem Thema ging es nicht um die Überprüfung des Wissens der Patienten über Osteopathie, sondern vielmehr wie die Behandlung erlebt und gesehen wird und wie die Patienten diesen Umstand jemand Dritten beschreiben würden.

Vier der acht Personen empfanden die Osteopathie als Behandlung für den ganzen Körper. Ein Interviewpartner definierte Osteopathie folgendermaßen: *„Die Faszination an der Behandlung ist, dass es nicht direkt zum Schmerzpunkt hingeh, sondern der ganze Körper begutachtet wird. Behandlung findet an Stellen statt, wobei man als Laie nicht damit rechnet, dass das zu einer Heilung beitragen kann. Laienhaft – Ganzkörperbehandlung“* (Herr B, 99-102).

Frau F erklärte Osteopathie ihrem Kind: *„Das hat mich ohnehin mein Kind gefragt. Was mache ich dort? Ich leg mich dort hin, ich liege ruhig und die Osteopathin tut durch verschiedene Druckausübungen am ganzen Körper die verschiedenen Anspannungen oder Verspannungen nicht nur im Muskel, sondern auch tiefer liegend behandeln“* (Frau F, 99-102).

Drei Befragte definierten die Osteopathie als sanfte Behandlungsmethode. Frau H hielt folgendes zur Osteopathie fest: *„Eine sanfte Behandlung für den ganzen Körper mit etwas Magie dabei, weil der Osteopath immer genau weiß, wo er die Schmerzstellen findet“* (Frau H, 86/87).

Zwei männliche Interviewte beschrieben die Osteopathie als effektive Behandlung.

Eine weibliche Befragte definierte Osteopathie folgendermaßen: *„Es ist der eigene Energiefluss, der weitergegeben wird, um die Schmerzen im Körper zu lindern“* (Frau E, 81-82).

Zusammenfassend kann zu diesem Thema festgehalten werden, dass mit Osteopathie die Schlagwörter Ganzkörperlichkeit, Sanftheit und Effektivität verbunden wurden.

5.1.13 Empfinden der Befundaufnahme

In diesem Punkt waren alle der acht Interviewten derselben Meinung, dass die Befundaufnahme bzw. Untersuchung im Vorfeld zur osteopathischen Behandlung selbst sehr genau durchgeführt wird. Im Zuge der ersten Behandlung fanden ein längeres Gespräch und eine körperliche Untersuchung statt. Herr B beschrieb dies folgend: *„Umfassend, weil ja auch bei der Behandlung selbst nicht nur auf den einen Punkt gegangen wird, sondern eben geschaut wird, ob es aus einem anderen Körperbereich kommt und eben das diese Auswirkung hat“* (Herr B, 105-107).

Ein weiterer Interviewpartner erläuterte die Befundaufnahme nur kurz mit zwei Adjektiven: *„Genau und treffend“* (Herr R, 91).

Zwei Interviewpartner stellten einen Vergleich fest: *„Es hat mich noch nie wer so genau begutachtet und ausgefragt“* (Frau H, 89). So auch Herr K: *„Sehr gut und sehr genau, genauer als die meisten Orthopäden, bei denen ich war“* (Herr K, 80).

Die umfangreiche Befunderfassung wurde als hilfreich für eine sichere Behandlung gesehen: *„Ich hab mich dadurch sicher und verstanden gefühlt“ (Herr M, 95).*

Die Befundaufnahme bzw. die Statuserhebung bei den folgenden Behandlungsterminen wurden von den Befragten als kurz, aber auch ausreichend angesehen: *„Aber es reicht, ich will jetzt nicht sagen, dass es mehr sein muss“ (Frau F, 105).*

Alle Interviewpartner empfanden die Befunderfassung im Zuge der ersten osteopathischen Behandlung als ausführlich und wichtig für alle weiteren Folgebehandlungen. Bei den Folgetherapien wurde die Befundaufnahme als kurz und ausreichend angesehen.

5.1.14 Ärztliche Diagnosen

Bei dieser Frage bestand das Interesse des Verfassers hauptsächlich darin, zu erfahren, ob die Personen direkt zum Osteopathen kamen oder im Vorfeld einen Arzt konsultierten.

Bei zwei der Befragten wurde eine spezifische Diagnose in Form eines Bandscheibenvorfalles in der Lendenwirbelsäule gestellt. Andere Befragte wurden ihrerseits aber auch mit sehr allgemeinen ärztlichen Diagnosen abgetan: *„Hexenschuss habe ich schon mal gehört“ (Herr R, 95).* Auch Diagnosen wie Hüftfehlstellung oder Skoliose fielen in diese Kategorie. Bei einem weiteren Interviewten fand der Arzt keinen Schmerzauslöser.

Zwei weibliche Interviewte waren wegen der Rückenschmerzen gar nicht beim Arzt; alle anderen allerdings suchten im Gegensatz dazu einen Arzt auf. Eine Befragte begründete dies so: *„Ich war nicht beim Arzt, weil ich nicht glaube, dass mechanisch etwas nicht in Ordnung ist“ (Frau F, 108-109).*

5.1.15 Osteopathische Diagnosen

Bei dieser Frage konnten die Patienten keine exakte osteopathische Diagnose abgeben, welches aber auch nicht der Anspruch war. Sie dokumentierten stattdessen, wo der Osteopath an ihrem Körper Spannungen bzw. Ansatzpunkte zur Behandlung fand. Derlei Stellen wurden beim Darm, Gebärmutter und Zwerchfell gefunden; aber auch Unbeweglichkeiten im Fuß, Steißbein und Brustwirbelsäule oder Asymmetrien im Becken und Rücken stellten Ansatzpunkte für eine osteopathische Behandlung dar.

Frau E berichtete von ihrer Behandlung: *„Der linke untere Fuß war durch einen Unfall verdreht und durch die Behandlung wurde das wieder gerichtet und auch die eingeschränkten Körperteile wurden wieder hergestellt“ (Frau E, 91/92).*

Frau H wusste gut über ihre Spannungszonen Bescheid: *„Diagnose weiß ich nicht. Aber er hat viel Spannung in meinem Darm gefunden und meine Gebärmutter hat sich nicht so gut bewegt“ (Frau H, 97/98).*

Auch Frau F antwortete: *„Im Darm und in der Gebärmutter, mein Becken war komplett schief und mein Steißbein sehr verkrümmt“ (Frau F, 112/113).*

Jener Patient, dessen Behandlung schon fünf/sechs Jahre zurück lag, beantwortete die Frage nur kurz: *„Im Rückenbereich“ (Herr K, 90).*

Bei einem weiteren Patienten konnte die Osteopathin, trotz spezifischer Ursache (Bandscheibenvorfall im Lendenbereich), die Problembereiche anderswo finden: *„Meine Spannungen sind im Zwerchfell und Bauchbereich“ (Herr M, 105).*

Bei Frau C deckten sich die ärztliche und die osteopathische Diagnose: *„Die Hüfte als Auslöser der Beschwerden“ (Frau C, 94).* Dennoch fand ihre Osteopathin einen wesentlichen Unterschied: *„Damals mit fünfzehn eine Hüftfehlstellung oder Beckenfehlstellung aufgrund eines verkürzten Beines, aber im Laufe der Osteopathie war das Thema und kam zur Erkenntnis, dass die Beine gleich lang sind, aber die Hüfte fehlt“ (Frau C, 90-92).*

Die Behandlung in den verschiedenen Bereichen des Körpers unterstreicht die Ganzheitlichkeit der Osteopathie und zeigt sehr gut, auch wenn Rückenschmerzen diagnostiziert wurden, dass die eigentliche Ursache an anderen Stellen zu finden war.

5.1.16 Unterschied zu anderen Therapien

Drei der Befragten erwähnten speziell die Sanftheit der osteopathischen Behandlung: *„Diese Therapie ist sehr sanft, kraftmäßig spürt man nichts gegenüber den anderen Therapien wie Massage, Fango oder Munari, das gibt ja Wärme ab und man spürt das. Das spürt man bei einer Osteopathie nicht“ (Herr M, 108-110).*

Auch die langanhaltende Wirkung nannten zwei Interviewpartner als Unterschied zu anderen Therapien: *„Ich glaube, mich hat die Osteopathie am meisten angesprochen, ich brauche keine Kur, das geht alles vorbei, so schnell, schnell, das ist nichts auf Dauer. Die Osteopathie ist langanhaltender und tiefergehend“ (Frau F, 115-117).*

Drei Befragte sahen folgenden Unterschied: *„Der ganzheitliche Ansatz ... berücksichtigt eben die Ursachen“ (Frau C, 96/97).*

Zwei Interviewpartner nannten die Effektivität. Herr K schrieb der Osteopathie Folgendes zu: *„Das war die Therapie, die mir geholfen hat, obwohl ich vorher schon bei vielen anderen war“ (Herr K, 92/93).*

Den Unterschied zu anderen Therapien sahen die befragten Patienten in der Sanftheit, in der langanhaltenden Wirkung, in der Ganzheitlichkeit, in der Ursachensuche und in der Effektivität.

5.1.17 Wichtige Kriterien bei der osteopathischen Behandlung

Sechs Personen nannten bei dieser Frage den Osteopathen selbst. Das Vertrauen zum Osteopathen war für vier Interviewte wichtig. *„Natürlich vom Osteopathen selbst, ganz einfach menschlich und sicherlich auch von seinem Vorgehen. Wenn das für mich vertrauensweckend ist, egal was er tut, werde ich mich wohlfühlen und mich entspannen können. Wenn ich das Gefühl bekomme durch zum Beispiel „herumzeppeln“ oder nervös hin und her laufen, ist das ein Zeichen für mich von wenig Souveränität, das heißt er kennt sich wenig aus, dann kann ich mich wenig entspannen und nicht wohlfühlen, weil ich mir nicht sicher bin, ob das, was er jetzt macht, einen Effekt haben wird“ (Herr B, 132-138).*

Die Ausbildung des Osteopathen erwähnten vier Interviewte. Für Frau F war das auch ein wesentlicher Punkt: *„...dass man das Gefühl hat, der weiß wovon er redet“ (Frau F, 120).* Dieses fundierte Wissen sollte nach Frau C auch an die Patienten vereinfacht weitergegeben werden: *„...dass persönlich mir auch erklärt wird, was gemacht wird und warum und auch die Hintergrundinformationen“ (Frau C, 99/100).*

Zwei der Befragten hoben im speziellen die Sympathie des Osteopathen hervor.

Für eine einzelne weibliche Interviewpartnerin ist das Geschlecht des Osteopathen ebenso ausschlaggebend: *„... auch bei der Osteopathie das Geschlecht des Therapeuten, also lieber eine Frau“ (Frau C, 101).* Für eine Befragte spielte es eine Rolle, dass der Osteopath gleichzeitig Physiotherapeut ist. Eine Befragte legte Wert darauf, dass sich der Osteopath ausreichend Zeit nimmt.

Das Umfeld und die Räumlichkeiten waren für drei der Interviewten bei der osteopathischen Behandlung wichtig. Frau C stellte fest: *„Die Räumlichkeiten sollen eine entspannte Atmosphäre bringen, also nicht zu medizinisch“ (Frau C, 103/104).*

Ein Interviewpartner brauchte komplette Ruhe während der Behandlung und empfand Folgendes: *„Die leise Musik im Hintergrund bei meinen Behandlungen hat mich persönlich gestört. Diese ätherischen Öle im Raum haben mich auch gestört“ (Herr M, 112-114).*

Für drei Personen war auch der Anfahrtsweg ein wichtiges Kriterium. Frau C begründete das folgendermaßen: *„... damit ich das in meinem Berufsalltag gut unterbringe“ (Frau C, 102/103).* Der weite Anfahrtsweg war der Grund, warum Herr M seine osteopathische Behandlung abgebrochen hat: *„Weil mir die Fahrerei zu weit war“ (Herr M, 56).*

Ein einzelner Befragter hingegen legte auf Rahmenbedingungen wenig wert, sondern erläuterte schlicht und einfach: *„Mir ist es wichtig, dass er mir hilft, ob das ein Mann oder eine Frau ist, ist egal und auch was er macht, Hauptsache es hilft“ (Herr K, 95/96).*

Zusammenfassend war für sechs Patienten der Osteopath ausschlaggebend für eine osteopathische Behandlung. Vertrauen, Ausbildung und Sympathie wurden dabei am häufigsten genannt. Angenehme Räumlichkeiten und ein kurzer Anfahrtsweg waren weitere wichtige Kriterien bei der osteopathischen Behandlung.

5.1.18 Welche Behandlungsmethoden waren am wirksamsten

Die Antworten bei dieser Frage zeigten deutlich, dass jeder Patient eine individuelle Gestaltung der Therapie benötigte und in weiterer Folge andere Behandlungsansätze bzw. Kombinationen aus Behandlungsansätzen als effektiv/effektivsten bezeichnete. Vier der Befragten nannten nur einen einzelnen Behandlungsansatz als effektiv/effektivsten, drei der Befragten zwei Ansätze und eine weibliche Teilnehmerin glaubte, dass bis zu drei verschiedene Ansätze ihre Berechtigung haben: *„Das kann ich gar nicht so genau sagen. Ich glaub, alles zusammen wirkt, wahrscheinlich kann das eine ohne dem anderen gar nicht wirken“ (Frau H, 108/109).*

Am öftesten wurde die craniosacrale Therapie als effektive Methode genannt; drei männliche und zwei weibliche Personen empfanden diesen Ansatz als am meisten hilfreich. Vier dieser fünf Befragten haben die craniosacrale Therapie vom Kopf aus als effektiv empfunden. Herr M begründete das so: *„...weil vom Kopf geht alles aus“ (Herr M, 117).*

Der viszerale Behandlungsansatz der Osteopathie war für vier der Interviewten am effektivsten, wobei drei weiblich und einer männlich war: *„Ich glaube, dass mit den inneren Organen, auch wenn es unangenehm ist, ich glaub das ist schon sehr intensiv. Ich glaub, dass das gut hilft“ (Frau F, 125/126).*

Drei Befragte nannten die strukturellen Techniken. Am auffälligsten war, dass die Manipulation der Wirbelsäule nur von zwei männlichen Befragten genannt wurde. *„Da hat es geknackst, wie wenn er mich langgezogen hätte“ (Herr K, 99).*

Für eine einzelne weibliche Befragte war eine tiefe Massagetechnik am effektivsten.

5.1.19 Empfindungen von Patienten bei der craniosacralen Therapie

Es war sehr interessant, welche Gefühle und Gedanken die Interviewten während einer craniosacralen Therapie hatten.

Für fünf Befragte war es grundsätzlich entspannend und angenehm. Zwei männliche Interviewpartner verspürten eine Müdigkeit während der Behandlung, die sie auch zum Einschlafen brachte.

Drei weibliche Interviewte spürten feine Vorgänge im Körper, die sie wie folgend beschrieben: *„Ich spüre, in welchen Körperstellen sich durch die Energie, den Blutfluss, sich etwas bewegt“ (Frau E, 103-104).* *„Von der körperlichen Empfindung war es ein Kribbeln im ganzen Körper...“ (Frau C, 112).* *„Beim ersten Mal, hab ich gespürt, wie ich gerade gerichtet wurde, ganz feine Bewegungen vom Kopf her“ (Frau H, 112-113).*

Vier Interviewteilnehmer, drei Männer und eine Frau, traten der craniosacralen Therapie anfangs mit Skepsis gegenüber, die aber durch die Wirkung der Behandlung abgelegt wurde. Ein männlicher Interviewter meinte zur Wirkung folgendes: *„Das sehe ich pragmatisch, wenn es nicht wirken würde, würde er es nicht lernen und machen. Es ist sicherlich in diesem Lehrplan drinnen, es wird etwas bringen, sonst wär es nicht im Lehrplan drinnen. So sehe ich diesen Punkt“ (Herr B, 153-155).* Herr K meinte dazu: *„Man spürt überhaupt nichts. Deshalb bin ich da anfangs eher skeptisch, aber wenn es hilft, ist mir alles recht. Meistens bin ich dabei eingeschlafen“ (Herr K, 103/104).*

Trotz anfänglicher Skepsis empfanden die Patienten die craniosacrale Therapie als wirksam und angenehm. Während der Behandlung wurden feine Vorgänge im Körper, Müdigkeit oder auch gar nichts verspürt.

5.1.20 Was denken und fühlen Patienten in Bezug auf die Manipulation

Sieben der acht Befragten spürten bei der Manipulation der Wirbelsäule eine Erleichterung der Schmerzen. *„Wenn es knackst, dann denk ich mir: Gut, jetzt passt es wieder“ (Frau F, 134).* Auch Herr B war begeistert: *„Wie mir da die Wirbelsäule manipuliert worden ist – perfekt. So entspannt war der Rücken, glaub ich noch nie“ (Herr B, 142-144).*

Drei Interviewpartner konnten sich danach besser bewegen: *„Das war total erleichternd, ich hab gemerkt, dass ich beweglicher bin, ich konnte vorher meinen Oberkörper nicht drehen, aber dann viel, viel mehr“ (Herr K, 106-107).*

Bei vier Personen, davon drei weiblich, einer männlich, war zu Beginn etwas Befangenheit dabei: *„Da ist schon ein bisschen Skepsis dabei immer, aber es ist mir relativ leicht gefallen ein Grundvertrauen zur Behandlungspraxis zu haben,...“ (Herr R, 117-118).* Eine andere Patientin meinte: *„Außer, dass ich innerlich, wie es bei mir anfangs war, mich nicht ganz fallen lassen hab können, weil ich etwas Angst davor hatte, dass es weh tut“ (Frau F, 136-137).* Eine Befragte hatte folgende Befürchtungen vor der ersten Behandlung: *„...oder hoffentlich tut es nicht weh, weil ich schon viel vom Einrenken gehört habe“ (Frau H, 40/41).*

Nur ein Interviewter konnte sich dazu nicht äußern, weil keine Manipulationen durchgeführt wurden.

Schmerzerleichterung und bessere Beweglichkeit waren positive Effekte, die die Befragten bei der Manipulation registriert haben. Die Hälfte der Befragten empfand im Vorfeld Angst, die allerdings durch die effektive Wirkung beseitigt wurde.

5.1.21 Empfindungen der Patienten bei der viszerale Therapie

Drei der acht Befragten konnten darüber keine Auskunft geben, weil in der Behandlung wissentlich keine viszerale Behandlung gemacht wurde.

Wie bereits schon im Kapitel *„Welche Therapie hat am meisten geholfen“* erwähnt, empfanden vier der Interviewten die viszerale Behandlung als effektiv/effektivsten bei ihrer osteopathischen Behandlung.

Von den übriggebliebenen fünf Befragten empfanden vier, davon drei Frauen die viszerale Behandlung als schmerzhaft. Dennoch wurden die Schmerzen mit Vertrauen und der

Aussicht auf Besserung der Beschwerden gerne hingenommen: „...vom Gefühl eher schmerzhaft, aber mit dem Wissen, dass eine Verbesserung eintritt, nimmt man das gerne in Kauf“ (Frau C, 122-123). Ähnlich sah das eine andere Patientin: „Im Grunde tut es weh, aber da hab ich Vertrauen, dass es passt“ (Frau F, 139).

Bei einer weiteren Befragten änderte sich das Schmerzempfinden während der viszeralen Behandlung. „Das kann manchmal ein bisschen wehtun, aber nur am Anfang. Es wird dann angenehm, wenn sich alles entspannt“ (Frau H, 118-119).

Zwei der Interviewpartner merkten die Notwendigkeit und die Einzigartigkeit der viszeralen Behandlung in der Osteopathie an. Eine Patientin schilderte: „Dass das etwas sehr wichtiges für mich war, weil dadurch die Rückenschmerzen besser wurden. Die Gebärmutter oder der Darm werden ja in herkömmlichen Therapien nicht wirklich berücksichtigt“ (Frau H, 121-123). Herr R stellte fest: „Wenn das bei mir nicht gemacht wäre, wäre ich sicher noch immer nicht schmerzfrei“ (Herr R, 109-110).

Von den fünf Befragten hatten vier nachhaltige Veränderungen ihrer Organfunktionen. Bei drei Befragten funktionierte die Verdauung besser und eine Dame verspürte keine Schmerzen während der Menstruation.

Zusammenfassend kann zu diesem Thema festgehalten werden, dass rund die Hälfte aller Befragten die viszerale Therapie als effektiv/effektivsten erlebte. Der Großteil empfand die viszerale Behandlung als schmerzhaft, wobei trotzdem vor allem die Notwendigkeit aber auch die Einzigartigkeit hervorgehoben wurde. Die Begründung lag darin, dass die Organfunktionen sich langfristig besserten und ein Zusammenhang mit den Rückenschmerzen bestand.

5.1.22 Kriterien einer gelungenen Therapie

Für alle acht Befragten war der Behandlungserfolg ein Kriterium einer gelungenen Therapie. Drei der Interviewten, davon zwei Männer, sahen darin die komplette Schmerzfreiheit. Für Herrn K war das auch ganz eindeutig: „Wenn du schmerzfrei bist, dann sagst du, es ist gelungen. Weil ich schmerzfrei war, sag ich, es war ausgezeichnet“ (Herr K, 115/116).

Drei der befragten Personen, davon zwei Frauen, sahen die Schmerzlinderung als ein wichtiges Kriterium. So empfand das auch Herr M: „Bei einer Besserung des Zustands kann man von einer gelungenen Therapie sprechen“ (Herr M, 137/138).

Für einen weiteren Interviewteilnehmer waren die treffende Diagnose und die effiziente Behandlung Kriterien einer gelungenen Therapie.

Eine weibliche Person beschrieb die Kriterien einer gelungenen Therapie folgendermaßen:

„Wenn man ausführlich vom Osteopathen auf die Behandlung vorbereitet wurde, die Behandlung erfolgreich war und auch die Reflexion vom Therapeuten und vom Patienten“ (Frau E, 114-115).

Für einen Befragten stand die gelungene Therapie in direkter Beziehung mit der gestellten Erwartung: *„Wenn vor allem der Endeffekt eintritt, dass die Erwartungshaltung erfüllt ist. Egal, ob ich von einer Gesamtheilung ausgehe oder von einer Verbesserung“ (Herr B, 170/171).*

5.1.23 Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg

Alle Befragten waren mit dem Behandlungserfolg der Osteopathie zufrieden. Drei nannten als Grund ihre Schmerzfreiheit, alle anderen gaben als Grund eine Verbesserung der Schmerzintensität an. Selbst jener Patient, bei dem die Schmerzen wieder gleich stark wie vor der Behandlung auftraten, meinte: *„...und eine Linderung meiner Schmerzen war da auf eine längere Zeit gesehen. Ich hätte sicherlich noch öfter hingehen sollen, ich habe aber damals abgebrochen...Weil mir die Fahrerei zu weit war“ (Herr M, 142-143,53-54,56).*

5.1.24 Weiterempfehlung der Osteopathie

Alle acht Teilnehmer empfahlen Osteopathie schon weiter, ein Interviewter meinte dazu: *„Weil es mir geholfen hat und ich glaube, dass es anderen Leuten auch hilft und es viel zu wenig publik gemacht wird. Wenn du heute zu einem Arzt gehst, sagt er maximal physikalische Therapie und das war es. Ich hab durch Zufall im Internet erst recherchiert was Osteopathie ist“ (Herr M, 147-150).*

5.1.25 Besuch des Osteopathen in der Zukunft

Alle acht Interviewten beantworteten die Frage, ob sie in Zukunft wieder zum Osteopathen gehen mit „Ja“. Sechs der Befragten werden erst zur Osteopathie gehen, wenn sie wieder mehr Schmerzen haben *„Ja, natürlich, wenn ich das Gefühl habe, das bei mir etwas aus dem Lot gerät, dann gehe ich lieber gleich“ (Frau C, 135/136).* Auch jener Patient, der seine Therapie abgebrochen hat, würde wieder zur Osteopathie gehen: *„Wenn die Schmerzen unerträglich sind, werde ich natürlich wieder zum Osteopathen gehen“ (Herr M, 152/153).*

Zwei der acht Befragten kommen auch ohne akute Schmerzen regelmäßig zum Osteopathen. Eine Befragte begründete das folgendermaßen: *„...weil es mir gut tut und ich in regelmäßigen Abständen komme, werd ich schmerzfrei sein können und durch Stresssituationen darüber kommen“ (Frau F, 150-151)*. Eine weitere Interviewte möchte aus folgendem Grund einen Osteopathen konsultieren: *„Ich möchte wieder ein paar Einheiten machen, um den Effekt wieder zu stabilisieren“ (Frau C, 135)*.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle Interviewteilnehmer mit dem Behandlungserfolg aufgrund der positiven Schmerzbeeinflussung zufrieden waren. Die Heilung oder Reduzierung des Schmerzes war für alle Befragten ein Kriterium einer gelungenen Therapie. Alle Interviewpartner würden die Osteopathie weiterempfehlen und machten das schon, weil es bei ihnen geholfen hat. Alle acht Patienten gaben an, in Zukunft wieder die Dienste des Osteopathen in Anspruch zu nehmen. Sechs Patienten werden das allerdings nur bei notwendigem Behandlungsbedarf machen, die anderen zwei Befragten kommen auch prophylaktisch zur Therapie.

5.2 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Der Grund warum die Interviewteilnehmer mit chronischen Rückenschmerzen zur Osteopathie kamen, war primär der unzureichende oder kurzzeitige Erfolg anderer Therapiemethoden. In weiterer Folge wurde es zur Verbesserung des Gesundheitszustandes als notwendig erachtet, eine weitere Möglichkeit der Behandlung zu versuchen. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass sich der Großteil der Antworten generell auf das Schmerzerleben/Schmerzempfinden bezog, das wiederum den großen Leidensdruck der Patienten unterstreicht. Alle Interviewpartner sammelten mit klassischen Therapiemethoden wie Massage, Physiotherapie und Elektrotherapie oder mit Alternativmethoden bereits Erfahrung bevor sie einen Osteopathen konsultierten.

Die Hälfte der Patienten kam aufgrund von Empfehlungen von Ärzten, Freunden und Arbeitskollegen zum Osteopathen. Auch in den Masterthesen von Meuser (2008) und Wagner-Scheidel (2006) spielten Empfehlungen eine große Rolle als Motivation um einen Osteopathen zu konsultieren. In der Arbeit von Wagner-Scheidel (2006) kamen die Patienten zu einem bestimmten Osteopathen. In der hier vorliegenden Arbeit bleibt im Gegensatz dazu jedoch offen, ob die Patienten einen ausgesuchten/empfohlenen Osteopathen konsultierten oder ob eine osteopathische Behandlung im Allgemeinen empfohlen wurde. Bei der Frage *„wichtige Kriterien für eine osteopathische Behandlung“*, nannten die Befragten

hauptsächlich den Osteopathen selbst, das wiederum auf die Empfehlung eines bestimmten Osteopathen schließen lässt.

Die Patienten hatten im Vorfeld grundsätzlich sehr hohe Erwartungen an die Osteopathie. Schmerzfreiheit bzw. langfristige Heilung oder Besserung ihres körperlichen Zustandes wurden erwartet. Diese Anforderungen sind bei einem langen Leidensweg nur wenig verwunderlich. Im Vorfeld zur osteopathischen Behandlung hatte jedoch auch ein geringer Teil der Befragten Ängste bzw. Zweifel, die sich allesamt in Skepsis gegenüber dieser Art der Therapie manifestierten. Hier sieht man deutlich, wie groß die Verzweiflung bezüglich der Schmerzen sein musste, sodass trotz der erwähnten Vorbehalte die Patienten nichts unversucht ließen und jede Hilfe zur Verbesserung ihrer Beschwerden nützten. Auffällig war auch, dass keine Erwartungen bezüglich Psyche, Sozialleben oder Alltag genannt wurden, obwohl dort sehr große Veränderungen stattfanden. Es gab ebenso keine Erwartungshaltungen an den Osteopathen selbst oder dessen Räumlichkeiten im Vorfeld. Ähnliche Antworten wie Heilung und Besserung erwarteten sich die Patienten in der Masterthese von May (2008). In der Arbeit von Meuser (2008) erhofften sich die Patienten dieselben Ziele, allerdings durch sanfte Weise und präventive Maßnahmen für den Alltag.

Unmittelbare Reaktionen nach der osteopathischen Behandlung war beim Großteil der Patienten die Reduktion des Schmerzes. Müdigkeit und Muskellockerung einerseits, aber auch Erstverschlechterung und Energie im Körper für ein bis zwei Tage andererseits wurden ebenfalls bemerkt. Entspannung, Wohlbefinden, Ausgeglichenheit und Müdigkeit empfanden die Patienten während der Behandlung. Diese Reaktionen nannten die Patienten auch in der Arbeit von May (2008) und in der Befragung der OEGO (Weber & Woisetschläger, 2006). Derlei Empfindungen wurden durchwegs als positiv von den Patienten wahrgenommen. Interessant ist, dass auch sehr kontroverse Reaktionen beobachtet wurden. Hierbei strotzte beispielsweise ein Patient vor Energie, während andere Patienten im Gegensatz dazu aus Müdigkeit einschliefen.

Langfristig führte die Osteopathie bei chronischen unteren Rückenschmerzen beim Großteil der leidenden Personen zu einer subjektiv wahrgenommenen Schmerzverbesserung. Idealerweise bedeutete das Heilung bzw. Schmerzfreiheit, wie zwei der Befragten dokumentierten. Zumindest verringerte sich die Schmerzintensität, die Häufigkeit minimierte sich und die Schmerzareale verkleinerten sich. Nur ein einzelner Patient gab an, dieselbe Schmerzintensität vor der Behandlung und zum Zeitpunkt des Interviews zu haben. Hierbei gilt es allerdings festzuhalten, dass er nach der vierten Therapie schmerzfrei war und dieser

Effekt ein halbes Jahr angehalten hat. Die osteopathische Behandlung ist jedoch schon zwei Jahre her.

Könnte das ein Indiz dafür sein, dass die erwartete langfristige Wirkung der befragten Patienten einer osteopathischen Behandlung eher doch nur eine mittelfristige ist? Bei den anderen Patienten lag zum Zeitpunkt des Interviews die letzte Therapie zwischen einer Woche und einem Jahr zurück. Bei einem Patienten jedoch, der schmerzfrei ist, ist die letzte Therapie zwischen fünf und sechs Jahren her. Es wäre daher sinnvoll, um die langfristige Wirkung der Osteopathie zu überprüfen, die gleiche Erhebung bei Patienten, die alle über einen längeren Zeitraum (etwa drei Jahre) keine osteopathische Behandlung erhalten haben, durchzuführen.

Der Median der Schmerzen aller Befragten, die auf einer Schmerzskala von 0-10 angegeben wurden, lag vor der ersten osteopathischen Behandlung bei 8 und zum Zeitpunkt der Interviews bei 0. Die Begründung hierfür wäre, dass die meisten der Befragten zum Zeitpunkt der Interviews schmerzfrei waren, wobei dennoch hin und wieder Schmerzepisoden auftreten. Ein Problem bei der retrospektiven Schmerzeinstufung könnte auch eine Verzerrung der Schmerzwahrnehmung sein.

Ein bemerkenswertes Ergebnis ist, dass der größte Effekt bei fast allen Interviewten nach der ersten Behandlung spürbar war. Eine Begründung hierfür könnte sein, dass durch die detaillierte und umfassende Ursachensuche eine individuell auf den Patienten abgestimmte und somit sehr effektive Behandlung angewendet wird. Die Konsequenz hieraus wäre wiederum, dass bei fast allen Patienten wenige Behandlungen ausreichen könnten, um den gewünschten und erwarteten Therapieerfolg zu gewährleisten. Das bedeutet in weiterer Folge für das Gesundheitssystem die Verfügbarkeit einer kosteneffizienten Behandlungsmethode, das wiederum ein gewichtiges Argument im Zuge der Anerkennungsverhandlungen der Osteopathie bei den zuständigen Krankenkassen darstellt, damit zumindest die Kosten von wenigen Behandlungen von dieser Seite übernommen werden.

Eine weitere Interpretation dieses Ergebnisses wäre, dass die Osteopathie grundsätzlich sehr schnell wirksam ist. Damit könnte der Leidensweg der Patienten schneller beendet werden und der Zeit- und Kostenersparnis der Betroffenen zu Gute kommen. Warum die Patienten dennoch weiter zur Therapie kommen, hat May (2008) näher analysiert. Viele Patienten kommen nach der Heilung aus „Wohlfühlgründen“ weiter zur Behandlung. Interessant wäre es in diesem Zusammenhang mit dieser Interpretation, den Unterschied

zwischen der Wirksamkeit nach der ersten Behandlung und der Wirksamkeit nach zehn weiteren Behandlungen qualitativ oder quantitativ herauszuarbeiten.

Keiner der befragten Patienten konsumierte zeitgleich andere Therapien. Einzig und allein aktive Übungen gegen die Rückenschmerzen wurden nebenbei von den meisten der Interviewten durchgeführt.

Der craniosacrale Behandlungsansatz wurde vom Großteil der Befragten subjektiv als effektiv/effektivsten bezeichnet. Die Patienten spürten bei der craniosacralen Therapie hauptsächlich eine Entspannung und ein Wohlgefühl. Die Hälfte der Befragten war zuvor bezüglich der Wirksamkeit skeptisch. Müdigkeit wurde von zwei männlichen Befragten gefühlt und drei Frauen verspürten während der Behandlung feine Vorgänge (z. B.: kribbeln) im Körper. Obwohl die Hälfte der Befragten vor der Behandlung nicht an die Wirksamkeit der craniosacralen Therapie glaubte, wurde dieser Behandlungsansatz dennoch als effektiv/effektivsten genannt. Dieser Gegensatz lässt eine sehr gute Wirkung vermuten, da die Patienten sonst nicht vom Gegenteil überzeugt wären.

Die Hälfte der Interviewten empfand die viszerale Behandlung trotz Schmerzhaftigkeit der Behandlung als effektiv/effektivsten. Eine nachhaltige Veränderung der Organfunktionen, die Einzigartigkeit aber auch die Tolerierung der empfundenen Schmerzen während der Behandlung wurden dokumentiert.

Den strukturellen Ansatz betrachtete ein geringerer Teil der Befragten als effektiv/effektivsten. Vor allem die Manipulation nannten zwei Männer. Fast alle merkten nach der Manipulation eine Schmerzerleichterung und ein geringerer Teil eine bessere Beweglichkeit. Hier gab die Hälfte der Befragten ein Unbehagen unmittelbar vor der Manipulation an. Da vor allem Männer, die Manipulation erwähnten, wäre es interessant zu erfahren, warum Frauen diese als nicht so effektiv einstufen. Es könnten Gründe wie Skepsis, Unbehagen oder Schmerzempfinden sein, oder es könnte auch darin begründet sein, dass Männer bei der Behandlung generell „mehr spüren“ wollen als Frauen. Dies wäre ein interessanter Ansatz für eine geschlechtsunterscheidende Untersuchung.

Letztendlich ist bei der Aussagekraft der Befragung nach der Effektivität der einzelnen Behandlungstechniken zusätzlich in Betracht zu ziehen, dass sicher nicht alle Patienten die einzelnen Techniken den Strukturen zuordnen konnten, wodurch eine definitive Aussage auch nur bedingt möglich ist.

Veränderungen im psychischen Bereich bemerkte der Großteil der Befragten. Ein Wohlbefinden durch die Schmerzabwesenheit, eine Verbesserung der Stimmung und ein bewussteres Wahrnehmen der Psyche wurden genannt. Viele der Interviewten bemerkten auch eine Veränderung im Sozialleben. Die Hälfte der Interviewteilnehmer ging wieder lieber unter Leute, weil der Schmerz erträglicher oder weg war. Weniger Schmerz bei kulturellen Veranstaltungen erwähnte ein Befragter und eine Befragte tauschte ihre Erfahrungen der osteopathischen Behandlungen mit anderen Leidensgenossen aus.

Weitere positive Veränderungen durch die osteopathische Behandlung wurden genannt: vergrößerte Beweglichkeit, erleichterte Bewältigung des Berufsalltages, verbesserte Schlafqualität, Reduzierung der Medikamente und Injektionen, Regulierung der Verdauung, Verbesserung anderer Schmerzbereiche im Körper und bewusstes Wahrnehmen und Empfinden des eigenen Körpers.

Diese Veränderungen zeigen deutlich, wie weit die Wirkung der Osteopathie die verschiedensten Bereiche des Lebens beeinflusst und langfristig zur Kostenreduzierung in unserem Gesundheitssystem beitragen könnte. In der Arbeit von May (2008) wurden analoge positive Veränderungen genannt. Die Vermeidung von Operationen wurde dort allerdings explizit erwähnt, wobei es bei den Befragten in dieser Arbeit kein Thema war.

Der Unterschied der Osteopathie zu anderen Therapien lag aus der Sicht der Patienten in der Ganzheitlichkeit, Sanftheit, Effektivität und in der langanhaltenden Wirkung. Die grundsätzliche Sanftheit wurde genannt, obwohl ein Großteil der Befragten die viszerale Behandlung als schmerzhaft empfand, was einen Widerspruch bedeutet. Ein möglicher Grund könnte darin liegen, dass generell die osteopathische Behandlung viele Behandlungsansätze hat und, dass in der Behandlung selbst eventuell nur kurz oder selten eine als schmerzhafte empfundene, viszerale Behandlungstechnik angewendet wird. Da die Sanftheit so oft genannt wurde, wird sie höchstwahrscheinlich gegenüber den schmerzhaften Techniken überwiegen.

Alle Interviewpartner fanden die erste Befundaufnahme ausführlich und wichtig für die weitere Behandlung. Bei den Folgetherapien wurde die Befundaufnahme als kurz, aber ausreichend angesehen. Der Großteil der Befragten konnte sehr genau Auskunft über die Spannungen bzw. Ansatzpunkte zur Behandlung geben, was einerseits ein sehr gutes Feedback für die behandelten Osteopathen bezüglich Patientenaufklärung und -information bedeutet und andererseits, dass sich die Patienten grundsätzlich verstanden fühlten und sich in guten Händen befanden. Die ausführliche erste Befundaufnahme und das weitergegebene

Wissen an die Patienten könnten ein weiterer Grund sein, warum die Betroffenen die Osteopathie als wirksam einstufen.

Für den überwiegenden Teil der Patienten war der Osteopath selbst in dieser Arbeit und auch bei May (2008) und Meuser (2008) ausschlaggebend für den Erfolg einer osteopathischen Behandlung. Vertrauen, Ausbildung und Sympathie nannten die Interviewten dieser Masterthese am häufigsten. Angenehme Räumlichkeiten und ein kurzer Anfahrtsweg waren weitere wichtige Kriterien für die osteopathische Behandlung. Diese Ergebnisse sind allerdings nicht sehr an die Osteopathie gebunden, sondern spielen sicher auch bei der Wahl von Ärzten oder anderen Dienstleistungen eine große Rolle. Aber umgekehrt nehmen Menschen auch einen langen Anfahrtsweg in Kauf, wenn sie eine bestimmte Person aufsuchen wollen.

Alle acht Interviewten waren mit dem Behandlungserfolg der Osteopathie zufrieden, würden und haben die Osteopathie auch schon weiterempfohlen. Allen gemein ist die Wiederinanspruchnahme einer osteopathischen Behandlung, entweder bei einer akuten Schmerzsymptomatik, oder regelmäßig wie bei zwei der Befragten der Fall.

Verglichen mit der Arbeit von May (2008) kamen die meisten Patienten in dieser Arbeit nur aufgrund des Schmerzempfindens und nicht, um das Wohlbefinden zu steigern.

Trotz hoher Erwartungen an die Osteopathie im Vorfeld, zeigten die Patienten eine hohe Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg. Dieses Ergebnis ist wiederum ein belastbares Indiz für die Wirksamkeit der osteopathischen Behandlung und damit einhergehend die Erfüllung der gesetzten Erwartungen.

Die Ergebnisse von überschneidenden Fragestellungen dieser Studie fügen sich gut in die bisherige Datenlage meiner Kolleginnen ein, die Patienten mit allgemeinen körperlichen Beschwerden mit einbezogen haben.

Ein Kritikpunkt dieser Arbeit stellt die Tatsache dar, dass vier Interviewpartner Bekannte des Verfassers waren. Möglicherweise wurden dadurch vermehrt sozial erwünschte Antworten erhalten.

Ein zusätzlicher Kritikpunkt dieser Arbeit liegt im Alter der Probanden. Patienten ab 60 wurden bei den Interviews nicht befragt. Bei höherem Alter könnte die Wirkung der

Osteopathie ausbleiben, da die Degeneration des Körpers ein fortgeschritteneres Stadium erreicht hat.

Chronische Schmerzen ab sechs Monaten wurden als Einschlusskriterium für die Patienten genannt. Besser als das zeitliche Kriterium der Chronifizierung, wäre ein Messen der Beeinträchtigung vor der Befragung durch den Oswestry-Fragebogen oder den Roland Morris Fragebogen. Somit wären schwerere Fälle in die Untersuchung mit berücksichtigt worden.

Es ist auch nicht zu vernachlässigen, dass Patienten, die sich für diese Interviews bereiterklärten, höchstwahrscheinlich positiv über die Osteopathie denken. Ein weiterer Kritikpunkt liegt in der retrospektiven Einschätzung der osteopathischen Behandlung. Die befragten Patienten konnten sich vielleicht an viele Dinge nicht mehr so gut erinnern wie es für diese qualitative Studie wünschenswert wäre, oder sie nahmen die Behandlung retrospektiv anders wahr. Aufgrund der Tatsache, dass eines der Einschlusskriterien mehr als drei osteopathische Behandlungen waren, werden die Meinungen derjenigen, die vielleicht nur einmal bei dem Osteopathen und nicht zufrieden waren, nicht erfasst.

5.3 Schlussfolgerung

Im Rahmen dieser Masterthese konnten alle zuvor gestellten Fragen mit Hilfe von Interviews mit acht Patienten beantwortet werden. Der Motivationsgrund für diese Patienten einen Osteopathen aufzusuchen, waren hauptsächlich die erfolglose Wirkung anderer Therapien und Empfehlungen von Ärzten und Bekannten. Der überwiegende Teil erwartete sich bezüglich der osteopathischen Behandlung eine langfristige Heilung oder zumindest eine Besserung des körperlichen Zustandes. Die Wirkung der Behandlung wurde bei fast allen durch Schmerzfreiheit oder zumindest durch Verbesserung des Zustandes bestätigt. Während der Behandlung fühlte sich der Großteil entspannt und als unmittelbare Reaktionen nannten jene Patienten das Nachlassen des Schmerzes und Müdigkeit. Die größte Wirkung verspürten die Probanden nach der ersten Behandlung. Veränderungen in der Psyche durch Wohlbefinden und Verbesserung der Grundstimmung beobachtete der Großteil der Befragten. Auch positive Veränderungen im Sozialleben, wie beispielsweise mehr Freude unter Leuten zu sein, bemerkte der überwiegende Teil dieser Interviewpartner. Auswirkungen wie höhere Beweglichkeit, verbesserte Bewältigung des Berufsalltages, Verbesserung der Schlafqualität und der Verdauung, Reduzierung von Medikamenten und Verbesserungen anderer Schmerzbereiche im Körper ergaben sich für diese Patienten.

Die Interviewten sahen den Unterschied und das Besondere an der Osteopathie in der Sanftheit, in der langanhaltenden Wirkung, in der Ganzheitlichkeit und Ursachensuche und in der Effektivität. Alle Patienten empfanden die Erstbefundaufnahme ausführlich und wichtig für die weitere Behandlung. Fast alle konnten sehr gut Auskunft, über die vom Osteopathen gefundenen Spannungen bzw. Ansatzpunkte zur Behandlung geben. Für den Großteil war die craniosacrale Therapie als am effektivsten, gegenüber anderen Methoden. Die viszerale Behandlung wird aus Sicht der Patienten trotz Schmerzempfindung als notwendig und einzigartig angesehen.

Alle Probanden waren mit dem Behandlungserfolg zufrieden und würden in Zukunft wieder einen Osteopathen konsultieren.

Der Aussagekraft dieser Arbeit sind bestimmte Grenzen gesetzt. Das Ergebnis der Interviews stellt nur eine Analyse von acht Patienten dar und ist für die Gesamtpopulation der chronischen Rückenschmerzpatienten mit Osteopathiebehandlungen nicht repräsentativ.

Allgemein könnten die im Zuge dieser Arbeit festgestellten Antwortkategorien auf Basis der qualitativen Interviews für eine weitere quantitative standardisierte Erhebung mit Hilfe von Fragebögen an einer größeren Population nützlich sein. Die Auswertung der Fragen aus den Interviews stellen relevante Antwortmöglichkeiten einer Fragebogenerhebung dar.

Eine fortführende Studie könnte sich mit einer quantitativen Erhebung derselben Fragestellungen an einer größeren Population beschäftigen, um eine repräsentative Aussagekraft zu erhalten.

6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vorschläge mechanischer Funktionsbeziehungen. Sommerfeld (2004), S.30.

Abbildung 2: Vorschläge viszeraler Funktionsbeziehungen. Sommerfeld (2004), S.31.

7 Abkürzungsverzeichnis

D2	zweiter Abschnitt des Duodenumms
FDJ	Flexura duodenijejunalis
Lig.	Ligament
LWS	Lendenwirbelsäule
M.	Musculus
Mm.	Musculi
NRS	Nummerische Rating- Skala
OEGO	Österreichische Gesellschaft für Osteopathie
VIC	Valvula ileocecalis
WSO	Wiener Schule für Osteopathie

8 Literaturverzeichnis

Andersson, G. B., Lucente, T., Davis, A. M., Kappler, R. E., Lipton, J. A., & Leurgans, S. (1999). A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. *The New England Journal of Medicine*, 341, 1426-1431.

Barral, J. P., & Mercier, P. (2005). *Lehrbuch der Viszeralen Osteopathie. Band 1*. München: Urban & Fischer.

Barral, J. P. (2005). *Lehrbuch der Viszeralen Osteopathie. Band 2*. München: Urban & Fischer.

Becker, A., Kögel, K., Donner-Banzhoff, N., Basler, H.-D., Chenot, J.-F., Maitra, R., & Kochen, M. M. (2003). Kreuzschmerzpatienten in der hausärztlichen Praxis: Beschwerden, Behandlungserwartungen und Versorgungsdaten. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 79, 126-131.

Bronfort, G., Haas, M., Evans, R., Leininger, B., & Triano, J. (2010). Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropractic & Osteopathie*, 18 (3).

<http://www.chiroandosteo.com/content/18/1/3>

Carlesso, L. C., Cairney, J., Dolovich, L., & Hoogenes, J. (2011). Defining adverse events in manual therapy: an exploratory qualitative analysis of the patient perspective. *Manual Therapy*, 16, 440-446.

Chown, M., Whittamore, L., Rush, M., Allan, S., Stott, D., & Archer, M. (2008). A prospective study of patients with chronic back pain randomised to group exercise, physiotherapy or osteopathy. *Physiotherapy*, 94, 21–28.

Dagenais, S., & Haldeman S. (2012). *Evidence-based management of low back pain*. St. Louis Missouri: Elsevier.

De Coster, M., & Pollaris, A. (2007). *Viszerale Osteopathie*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Dick, J. (2008). *Viszerale Osteopathie- Dünndarm und Dickdarm*. Kursskriptum. Wien: Wiener Schule für Osteopathie.

Flick, U. (2009). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Flynn, T., Fritz, J., Whitman, J., Wainner, R., Magel, J., Rendeiro, D., Butler, B., Garber, M., & Allison, S. (2002). A clinical prediction rule for classifying patients with low back pain who demonstrate short-term improvement with spinal manipulation. *Spine*, 27 (24), 2835-2843.

Gaul, C., Schmidt, T., Czaja, E., Eismann, R., & Zierz S. (2011). Attitudes towards complementary and alternative medicine in chronic pain syndromes: a questionnaire-based comparison between primary headache and low back pain. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11 (89). <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/11/89>

Gibbons, P., & Tehan, P. (2000). *Manipulation of the spine, thorax and pelvis- an osteopathic perspective*. London: Churchill Livingstone.

Hildebrandt, J., & Pflingsten, M. (2012). *Rückenschmerzen und Lendenwirbelsäule – Interdisziplinäres Praxisbuch entsprechend der nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz*. München: Urban & Fischer.

Klein, P., & Sommerfeld, P. (2004). *Biomechanik der menschlichen Gelenke. Grundlagen, Becken, untere Extremität*. München: Urban & Fischer.

Klein, P., Lepers, Y., & Salem, W. (2011). Osteopathic medicine. *Revue medicale de Bruxelles*, 32 (4), 369-374.

Klimont, J., Kytir, J., & Leitner, B. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007*. Wien: Statistik Austria.

Kool, J., De Bie, R., Oesch, P., Knüsel, O., van den Brandt, P., & Bachmann, S. (2004) Exercise reduces sick leave in patients with non-acute non-specific low back pain: a meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36, 49-62.

Kurth, B. M., & Ellert, U. (2002). The SF36 questionnaire and its usefulness in population studies: results of the German health interview and examination survey 1998. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47 (4), 266-277.

Liem, T., & Dobler, T. K. (2005). *Leitfaden Osteopathie. Parietale Techniken*. München: Urban & Fischer.

Liem, T., Dobler, T. K., & Puylaert, M. (2005). *Leitfaden Osteopathie. Viszerale Osteopathie*. München: Urban & Fischer.

Licciardone, J. C., Stoll, S. T., Fulda, K. G., Russo, D. P., Siu, J., Winn, W., & Swift, Jr. J. (2003). Osteopathic manipulative treatment for chronic low back pain- a randomized controlled trial. *Spine*, 28 (13), 1355–1362.

Licciardone, J. C., Brimhall, A. K., & King, L. N. (2005). Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Bio Med Central musculoskeletal disorders*, 6, 43-55.

Licciardone, J. C., Minotti, D. E., Gatchel, R. J., Kearns, C. M., & Singh, K. P. (2013). Osteopathic manual treatment and ultrasound therapie for chronic low back pain:a randomized contolled trial. *The Annals of Family Medicine*, 11, 122-129.

Ligner, B. (2005). *Viszerale Osteopathie*. Kursskriptum. Wien: Wiener Schule für Osteopathie.

Linton, S. J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25, 1148-1156.

Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA). (2008). *Rückenschmerzen-Diagnostik und Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien-Möglichkeiten und Grenzen*. Wien: Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH.

Malanga, G., & Wolff, E. (2008). Evidence-informed management of chronic lowback pain with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, muscle relaxants, and simple analgesics. *Spine*, 8, 173-184.

Mannion, A. F., Junge, A., Fairbank, J. C., Dvorak, J., & Grob, D. (2006). Development of a German version of the Oswestry Disability Index. Part 1: cross-cultural adaptation, reliability and validity. *European Spine Journal*, 15 (1), 55-65.

May, M. (2008). *Osteopathy- the way from therapie to prevention*. Unveröffentlichte Masterthese. Krems: Donau-Universität Krems.

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Meert, G. F. (2003). *Das Becken aus osteopathischer Sicht. Funktionelle Zusammenhänge nach dem Tensegrity- Modell*. München: Urban & Fischer.

Meuser, A. (2008). *Was erwarten Patienten, die in die osteopathische Praxis kommen?* Unveröffentlichte Masterthese. Krems: Donau-Universität Krems.

Platzer, W. (1991). *Atlas der Anatomie. Bewegungsapparat. Band 1*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Roudsari, B., Jarvik, J. G. (2010). Lumbar Spine MRI for Low Back Pain: Indications and Yield. *American Journal of Roentgenology*, 195, 550-559.

Rubinstein, S. M., van Middelkoop, M., Assendelft, W. J., de Boer, M. R., & van Tulder, M. W. (2013). *Spinal manipulative therapy for chronic low back pain (review)*. The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Savigny, P., Kuntze, S., Watson, P., Underwood, M., Ritchie, G., Cotterell, M., Hill, D., Browne, N., Buchanan, E., Coffey, P., Dixon, P., Drummond, C., Flanagan, M., Greenough, C., Griffiths, M., Halliday-Bell, J., Hettinga, D., Vogel, S., & Walsh, D. *Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. Full guideline*. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.

Seffinger, M. A. (2010). Clinical guideline subcommittee on low back pain. American Osteopathic Association. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 110 (11), 653-666.

Sommerfeld, P. (2004). *Klinische Osteopathie*. Kursskriptum. Wien: Wiener Schule für Osteopathie.

Staiger, T. O., Gaster, B., Sullivan, M. D., Deyo, R. A. (2003). Systematic review of antidepressants in the treatment of chronic low back pain. *Spine*, 28, 2540-2545.

Strunk, A. (2013). *Fasziale Osteopathie. Grundlagen und Techniken*. Stuttgart: Haug.

UK Beam Trial Team (2004). United Kingdom back pain exercise and manipulation randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMC Health Services Research*, 3 (16). Verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/3/16>

Universität Karlsruhe. (2000). *Quantitative versus qualitative Methoden*. Verfügbar unter http://imihome.imi.uni-karlsruhe.de/nquantitative_vs_qualitative_methoden_b.html

Vismara, L., Cimolin, V., Menegoni, F., Zaina, F., Galli, M., Negrini, S., Ville, V., & Capodaglio, P. (2012). Osteopathic manipulative treatment in obese patients with chronic low back pain: a pilot study. *Manual Therapy*, 17, 451-455.

Wagner-Scheidel, B. (2006). *How do they end up coming to us? A quantitative social study of the journeys people take to get to osteopathy treatment*. Unveröffentlichte Masterthese. Krems: Donau Universität Krems.

Weber, K. H., & Woisetschläger, G. (2006). Studie zur Patientenzufriedenheit mit der osteopathischen Behandlung-Eine Fragebogenaktion der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie-Ergebnisse und Folgerungen. *Osteopathische Medizin*, 4, 19-24.

9 Anhang - Interviewleitfaden

Fragen zu den Beschwerden

- Seit wann haben Sie Schmerzen im Rücken?
- Wo genau haben Sie Schmerzen?
- Wann und bei welchen Tätigkeiten?
- Wie sind die Schmerzen?
- Wie oft waren Sie schon beim Osteopathen? Nur wegen den Rückenschmerzen oder wegen anderen Beschwerden?
- Wann war die erste und wann die letzte osteopathische Behandlung?
- Welche anderen Therapien haben Sie vor der Osteopathie gegen die Rückenschmerzen schon gemacht? Mit welchem Erfolg?

Grund zur Behandlung/Erwartungen bezüglich Behandlung

- Warum haben Sie sich für eine osteopathische Behandlung entschieden?
- Welche Erwartungen hatten sie bevor Sie zur osteopathischen Behandlung gekommen sind? Wurden sie erfüllt?

Wirkung der osteopathischen Behandlung

- Hat sich ihre Beschwerdesymptomatik verändert seit Sie in osteopathischer Behandlung sind? Wenn ja, wie (Schmerzintensität, Frequenz, nach wievielen Behandlungen, wie lange hält diese an)?
- Auf einer Schmerzskala von 0 bis 10, 0 ist kein Schmerz, 10 ist maximaler Schmerz, wie war der Schmerz vor der ersten osteopathischen Behandlung, wie ist er jetzt?
- Machten Sie gleichzeitig noch andere Therapien oder spezielle Übungen gegen die Rückenschmerzen während sie in osteopathischer Behandlung waren? Wenn ja, welche?
- Wie fühlen Sie sich während der Behandlung?
- Haben Sie unmittelbar nach einer Behandlung Reaktionen? Wenn ja, wie schauen diese aus und wie lange halten diese an?
- Hat die Osteopathie zu einer Veränderung ihres psychischen Wohlbefindens beigetragen? Wenn ja, in welcher Form?
- Bemerken Sie Veränderungen in ihrem Sozialleben? Wenn ja, wie sehen diese aus?

- Bemerken Sie Veränderungen in ihrem Alltag durch die Behandlung? Wenn ja, welche?
- Haben Sie andere Veränderungen aufgrund der Behandlung erlebt (Operationsvermeidung, Medikamentenreduktion)?

Das Besondere an der Osteopathie

- Wie würden Sie laienhaft Osteopathie beschreiben?
- Wie empfinden Sie die Befundaufnahme bei der osteopathischen Behandlung?
- Wissen Sie wie ihre Rückenschmerzen ärztlich diagnostiziert wurden (Bandscheibenvorfall, Osteoporose...)?
- Wissen Sie zu welcher osteopathischen Diagnose ihr Osteopath gekommen ist?
- In wie weit unterscheidet sich eine osteopathische Behandlung zu anderen Therapien?
- Was ist für Sie bei einer osteopathischen Behandlung wichtig?
- Welche Behandlungsmethoden helfen Ihnen in der osteopathischen Behandlung am meisten? Beschreiben Sie diese!
- Was denken und fühlen Sie, wenn der Osteopath sie am Kopf oder Körper berührt und Craniosacraltherapie macht?
- Was denken und fühlen Sie, wenn der Osteopath ihre Gelenke hörbar manipuliert?
- Was denken und fühlen Sie, wenn der Osteopath an ihren inneren Organen arbeitet?

Zufriedenheit mit der osteopathischen Behandlung

- Welche Kriterien sind wichtig, um von einer gelungenen Therapie zu sprechen?
- Wie zufrieden sind Sie mit dem Behandlungserfolg?
- Würden Sie Osteopathie weiterempfehlen? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum?
- Werden Sie in Zukunft noch weiter zum Osteopathen gehen? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum?

10 Summary

10.1 Introduction

Low back pain as well as neck pain are the main reasons for patients for turning to an osteopath (Klein, Lepers & Salem, 2011). During my work routine I often meet desperate patients with low back pain, who have high expectations in osteopathic treatment. The effect of such kind of treatment was often examined, but not all of these studies could prove effectiveness clearly. In further readings about this specific topic one can find a lot of correlating clinical, experimental studies, but there was only one single pilot study about osteopathic treatment from the perspective of patients from the austrian umbrella organisation of osteopathy. This study was carried out with the help of a questionnaire, but unfortunately some detailed topics were not covered. So the main objective of this masterthesis is to determine the impacts, especially the subjective sensed effectiveness, of osteopathic treatment to chronic low back pain from the perspective of the patients. On one hand the results of this work could be used as feedback for osteopaths about their work routine and on the other hand the results could possibly help patients for deciding to try osteopathic treatment.

10.2 General facts relating to low back pain

Back pain is a main issue particularely in modern western industrialised countries. According to Statistics Austria 2,3 million Austrians are suffering from low back pain (Klimont, Kyhir & Leitner, 2007).

Back pain is divided into acute, recurring or chronic pain in different areas of the back of which pain in the lower back area is the most frequent cited (Hildebrandt & Pfingsten, 2012).

Further back pain is divided into specific and unspecific back pain. Specific means, that the reason for suffering is connected to a specific cause, for example lumbar disc herniation, vertebral fracture or osteoporosis. But 85% of back pain correlates to unspecific causes, which means that there is no organic dysfunction connected to it. It is also important to consider, that a radiological proved pathology is not always the real cause for existing back pain (Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA), 2008).

There is no standardised definition as to the duration of back pain. According to the evidence-based guideline of the Ludwig Boltzmann Institutes (2008), acute pain lasts not longer than six weeks. Subacute pain is defined as pain that lasts up to twelve weeks continuously, and is also defined as pain that occurs again and again during this time. Recurring back pain is defined as pain that occurs again after a painfree period of at least six months and is then defined as new episode of acute pain. Chronic back pain lasts longer than twelve continuous weeks and is also defined as pain that occurs in very short frequent intervals during a long period of time.

The International Association for the Study of Pain (IASP) defines chronic pain as pain lasting longer than six months (Hildebrandt & Pfingsten, 2012).

In a metaanalysis, Dagenais and Haldeman (2012) found that people with psychological impairment, such as depression or stress, develop more often back pain; also social impacts and dissatisfaction in several areas of daily life can be favorable factors for the development of back pain. Especially such kind of risk factors can lead to chronic back pain.

First and foremost back pain is diagnosed via anamnesis and clinical examination. If there are no significant warning signs of impairment, no explicit radiological examination will be necessary (Roudsari & Jarvik, 2010).

The following test procedures are used for diagnostics relating to pain: the method used mostly is the so-called Numeric Rating-Scale (NRS). The patient has to determine his subjective sensed intensity of pain via a scale ranging from 0 to 10; with „0“ meaning „no pain“ and „10“ meaning maximum sensed pain (Hildebrandt & Pfingsten, 2012). The Oswestry-Questionnaire covers the impairment in all areas of daily life (Mannion, Junge, Fairbank, Dvorak & Grob, 2006). The Roland Morris Disability Questionnaire is limited to back pain and covers special established behaviours caused by back pain (Hildebrandt & Pfingsten, 2012). The SF36 Health Questionnaire, developed by WHO, covers quality of life (Kurth & Ellert, 2002).

For chronic back pain Malanga and Wolff (2008) recommend simple pain medication, like Paracetamol for preventing pain or non-steroidal anti-rheumatics or medication for muscle-relaxation. Additionally a guided active exercise therapy is important during the general treatment of back pain. Massage and thermal therapy only showed poor impact (Hildebrandt & Pfingsten, 2012).

10.3 Osteopathic treatment

No uniformed concept for treating back pain exists. Therefore it is very important to set up any treatment individually. As follows I would like to list some reasons for low back pain without any claim to completeness.

The shock-absorbing capability of the lower extremities has a high impact to the stress of the lumbar spine during walking and running (Klein & Sommerfeld, 2004).

The diaphragm is an important connection between abdomen and chest. Due to the fact that also muscular connections exist between lumbar spine and diaphragm, it could occur that pain passes from the diaphragm to the lumbar spine. Dysfunctions between lumbar spine and sacrum, sacrum itself, hip, knee, foot, pubis, ilium as well as thoracic spine can influence the whole lumbar spine (Liem & Dobler, 2005).

Fascias are the only parts that interconnect all structures and units of the human body. Vasculatures, nerves, muscles, organs, peritoneum and pleura are all covered with fascias. Therefore dysfunctions of one unit can be passed to the other units (Strunk, 2013).

Due to somato-viscerale und viszero-somatic reflexes pain can be passed from one organ to the lumbar spine or vice versa. So the root of the sympathetic nerve fibres, which are responsible for passing stimulus of the organs of the pelvis, is located within lower thoracic spine and lumbar spine (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

At this point the relationship between back pain and several organs will be described in detail:

Kidney: Kidney diseases can influence the m. quadratus lumborum and the m. psoas; therefore a kidney disease can influence also the lumbar spine and vice versa (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

Agglutinations across the kidney area can cause pain at the innervation areas of crossing nerve fibres (Ligner, 2005).

The kidney as well as the adrenal are both covered by the fascia renalis; therefore they are connected to the diaphragm, spine, peritoneum parietale and the fascia of Told (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

Barral and Mercier (2005) describe a specific low back pain, caused by kidneys, which occurs typically while waking up from sleep; after getting up the pain disappears rather quickly but reoccurs in the evening. Mechanical limitations across the area of Th10-L1 are also typical for being caused by the kidneys. The part of the sympathetic nervous system rooted at Th10-12 covers the kidneys (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

Bladder: The fixation of the ligaments connect the symphysis to the osseous pelvis. The osseous pelvis is further connected to the pelvis floor and therefore there exists a connection to the lumbar spine (Liem, Dobler & Puylaert, 2005). The bladder, with its fixation to the umbilicus, builds a connection to the liver and further to the diaphragm (Ligner, 2005).

According to Barral and Mercier (2005) limitations at sacrum, sacrococcygeal as well as around the foot-area are always caused by problems with the bladder. Aconuresis is often related to problems of L2 and L3. The part of the sympathetic nervous system rooted at Th12 and L2 covers the bladder (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

Uterus: The lig. latum uteri and the lig. teres uteri both connect the uterus to the pelvis. The lamina sacrorectogenitopubicalis, which connects pubis, bladder, vagina, rectum and sacrum, as well as the lig. sacrouterina can cause also dysfunctions of the sacrum or L5-S1. Finally also the pelvic floor muscles define a connection to the lumbar spine (Ligner, 2005).

According to Barral and Mercier (2005) limitations to the lumbosacral area are rather always related to urogenital impairments. The part of the sympathetic nervous system rooted at Th10-L3 covers the uterus (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

Prostate: A connection between prostate and pelvis is determined by lig. puboprostaticum and lamina sacrorectogenitovesicopubica. The part of the sympathetic nervous system rooted at L1-L3 covers the prostate (Liem, Dobler & Puylaert, 2005).

Colon: Due to the location of the colon a tight connection to the lumbar spine exists. Further reasons for low back pain could be also the Told's fascia, the mesenterium of the appendix, the mesocolon transversum, the mesocolon sigmoideum, the rectum as well as existing connections to the diaphragm. The part of the sympathetic nervous system rooted at Th12-L1 covers the colon (Dick, 2008).

According to Barral (2005) low back pain is more often caused by the large intestine than any other inner organs. The pain is then mostly located at the upper lumbar area and depends on

eupepsia. Undesired agglutination at this area can be caused by cicatrices and healed inflammations. Also nutrition plays a vital role in the proper function of the large intestine (Dick, 2008).

Small intestine: Connections to the spine are defined due to the location of the small intestine and via the radix mesenterii. An important connection to the diaphragm exists via the Treitz-muscle. The part of the sympathetic nervous system rooted at Th5-Th11 covers the small intestine (Dick, 2008).

According to Barral (2005) the following vertebrae are connected to the small intestine: duodenum: Th12- L1, jejunum and ileum: Th10-L2.

Liver and stomach: Liver and stomach are connected to the diaphragm; the diaphragm itself is connected to the lumbar spine.

For the sake of completeness it is also important to take into account the cranio-sacral component of osteopathic treatment.

10.4 Current status of research

There are many existing studies which examine the impact of osteopathic treatment:

Licciardone, Minotti, Gatchel, Kearns and Singh (2013) examined the impact of osteopathic treatment and ultrasound treatment to chronic back pain. At the twelfth week the patients with osteopathic treatment showed a significant improvement in sensation of pain in contrary to patients with a „placebo“-osteopathic treatment. However there were no changes in impairment or inability to work for both groups of patients. Only the patients with osteopathic treatment were much more satisfied and needed less medication during these twelve weeks of treatment. Ultrasound therapy showed no positive impact for treating chronic back pain.

Rubinstein, van Middelkoop, Assendelft, de Boer and van Tulder (2013) examined via Cochrane Review the impact of spinal manipulative therapy to chronic back pain. The combination of this particular therapy with other kinds of treatment showed significant improvements relating to pain and impairments.

In 2012 Vismara and his colleagues conducted a randomized, guided study with overweight women suffering from chronic low back pain and further correlating impairment during daily

routine. The mobility of thoracic spine could only be improved significantly by osteopathic treatment in combination with additional exercises. Generally the sensation of pain and impairment could be improved for the osteopathic group of patients as well as for the combined group of patients.

A study conducted by Gaul, Schmidt, Czaja, Eismann and Zierz (2009) resulted in the fact, that only adopted spinal manipulative therapy had the same pain-relieving impact as a „placebo“-treatment.

In 2010 Bronfort, Haas, Evans, Leininger und Triano published a study about the impact of manual therapy. It showed, relating to chronic back pain, the positive effect of spinal manipulation, mobilisation and also massage. The American Osteopathic Society showed the same result (2010).

A guideline (2009), created in London, about the early treatment of unspecific back pain arrived at the conclusion, that spinal manipulation in combination with specific exercises showed the best impact. Additionally the guideline recommends nine manual therapies within twelve weeks.

In 2008 Chown, Whittamore, Rush, Allan, Stott and Archer conducted a study with patients who suffered from back pain and further correlating impairment during daily routine. Three different procedures of treatment were used: physical therapy for groups of patients, physical therapy for individuals and osteopathic treatment. All three procedures of treatment only showed minimal decrease (5%) of impairment after six weeks and no additional improvements after twelve months.

Licciardone, Brimhall and King (2005) compared six studies via a comprehensive analysis, in which osteopathic manipulation was used. Due to treatment a significant reduction of pain was noted, in contrary to control groups.

Between 2003 and 2005 the Austrian Society for Osteopathy conducted a study in which the effectiveness of osteopathic treatment was examined. The study covered 684 patients, including 74 patients with low back pain. For more than 90% of the patients the original symptoms improved. Relaxation, well-being, improved posture and mobility as well as reduction of pain were additional mentioned changes. 46,1% of the patients also mentioned positive mental changes. Summing up the study showed a high level of satisfaction of the patients (Weber & Woisetschläger, 2006).

In the UK in 2004, the UK Beam Trial Team conducted a randomised, guided study examining the effect of specific exercises and/or manipulative therapy. The group of patients who were treated with manipulative therapy alone and the group of patients who were treated with manipulative therapy in combination with specific exercises showed significant improvement after one year and three months in contrary to the group of patients who were treated only via specific exercises.

Between 2000 and 2001 Licciardone and his colleagues conducted a randomised, guided study in which patients were divided into three different groups: One group received osteopathic manipulative treatment, one group received a „placebo“-treatment and one group received no treatment at all. The group with osteopathic manipulative treatment showed, especially in comparison to the group of patients with no treatment, a significant reduction in pain, a high satisfaction with treatment as well as an improved physical and mental condition after one month and additional less other extra therapies after six months. Compared to the „placebo“-treatment, the osteopathic manipulative treatment showed no significant improvements (Licciardone, 2003).

Andersson, Lucente, Davis, Kappler, Lipton and Leurgans (1999) compared via a randomised guided study the differences in effectiveness between spinal osteopathic manipulation and standardised spinal therapy. There were no significant differences noted, only the group of patients with osteopathic treatment needed less medication and less physical therapy.

10.5 Studies of Osteopathy relating to the point of view of the patients

As follows, mastertheses will be presented in which the perspective of patients were considered.

In 2006 Wagner-Scheidel introduced a quantitative social study titled „How do they end up coming to us“. The majority of the patients suffering from back and neck pain turned to osteopathic treatment, due to recommendations of acquaintances and remarkably without seeking a doctor's advice first. In general some other therapies were also previously tried.

The qualitative study of Meuser (2008), carried out with the help of interviews, about expectations of patients showed the fact, that mainly patients consult a specific osteopath due to a specific recommendation. The patients expect a long-term solution to their problems

in a gently way as well as guidance for prevention in their daily routine. Sympathy and gentleness were mentioned as important criterias for osteopaths.

In 2008 May examined via a qualitative study carried out with the help of interviews, the fact that some people still consult their osteopath despite that they improved their physical condition significantly or are even free of pain due to osteopathic treatment. For all those interviewed the overall well-being was mentioned as the reason for maintaining osteopathic treatment. Reduction of pain and correlating medication, improvement of mobility, improved sleep and overall condition, some kind of convenient warmness as well as postponed surgery were positive sensed impacts of osteopathic treatment. The osteopath himself was generally seen as an important component for a successful osteopathic treatment.

10.6 Studies of adverse events concerning Osteopathy

Despite that osteopathic treatment is generally seen as a very gentle kind of therapy, complications and undesirable side-effects relating to manipulations are known. According to Gibbons and Tehan (2000) the following points are responsible for these observations: missing diagnosis, missing contraindications, missing agreement from the patient, inaccurate anamnesis/examination as well as inadequate application of techniques.

Carlesso Cairney, Dolovich and Hoogenes (2011) examined how patients define and notice negative reactions due to manuel therapy. They chose a qualitative study carried out with the help of interviews. The pain, the symptoms, the functional limitation and the duration of the body's reaction after treatment were decisive if a reaction was sensed as negative or not. The trustworthiness of the osteopath as well as clarification previously to the treatment, and finally the patient's own past played an important role.

Flynn and colleagues (2002) examined via a study the predictability of a successful spinal manipulation concerning back pain. They found out, that the following parameters can predict a successful spinal manipulation: duration of pain less than sixteen days, less fear of manipulation, more than 35° inner rotation at least for one side of the hip, hypomobility of the lumbar spine and no symptoms distal from the knee. If four out of these five variables apply, the probability for a successful spinal manipulation will increase from 45% to 95%.

10.7 Methodology

Within the scope of this masterthesis the following questions should be answered:

- Why do patients with chronic low back pain turn to osteopaths?
- What do they expect from osteopathic treatment?
- How does osteopathic treatment affect patients?
- Which areas of life show changes because of osteopathic treatment (psyche, social life)?
- How does osteopathic treatment affect daily life of the patients (reduction of medication, avoidance of original necessary surgeries)?
- What makes osteopathic treatment special in the opinion of patients?
- How do patients classify a successful osteopathic treatment?

To clarify above mentioned topics a qualitative study was chosen, which was carried out via guided interviews. This qualitative research was well suited for detailed descriptions of opinions and impressions and makes analysis possible for several considered cases. The questionnaire itself was flexible and open to adapt for individual perspectives of patients (Flick, 2009; Universität Karlsruhe, 2000).

10.7.1 Inclusion criteria

- Patients suffering from chronic specific and unspecific pain around the lumbar spine
- Completion of one's 18th year
- Interviewees had to have more than three osteopathic treatments for their low back in the past

10.7.2 Exclusion criteria

- Acute back pain
- Recurring back pain
- Inadequate knowledge of the german language
- Osteopaths or students of osteopathic profession
- Patients, treated by the author

10.8 Organisation and procedure of interviews

Before starting with the eight planned interviews the author conducted two test-interviews to gain the necessary experience. All eight interviews were recorded with the help of a voice recorder. Before the interviews the author explained the objectives of this masterthesis as well as the procedure of the interviews to all those interviewed. Additionally the author ensured

the interviewee's anonymity. Four of the interviewed people were treated by the author's colleague; the other four were acquaintances of the author and were treated by osteopaths located in Vienna.

The age of the interviewed patients ranged from 32 to 57 years and they all come from different professions. Four of the patients are male and the other four patients are female. The interviewees suffer/suffered from different pain around the lumbar spine and partial radiation to other areas of the human body. The longest period of sensation of pain was recorded as 24 years and the shortest was recorded as eleven months. The timespan between the latest osteopathic treatment and the individual interview ranged from five years to one week. The number of consumed osteopathic treatment ranged from three to twenty.

The interviews lasted about fifteen minutes each and were conducted within one week between the 15th and the 21st of July. After that the interviews were transliterated and the lines were numbered.

10.9 Process of analysis

Subsequent to the transliteration the several interviews were analysed qualitatively according to Mayring (2010). To achieve this a system of different categories was set up and the several statements were assigned to the defined categories. Following a generalisation of documented statements was done, then the statements were compared to each other and finally, observed occurrences in statements were highlighted (Mayring, 2010).

10.10 Results

All interviewed patients had prior experiences in classic therapies, like massage, physiotherapy, electrotherapy or some other kinds of alternative therapies. An important reason for patients to turn to osteopathic treatment was the dissatisfaction, respectively the unsatisfied success of these other therapies. Also recommendations from acquaintances as well as from doctors were essential. A further important reason was simply trying an additional possibility to get help for their pain, either for lessening the pain or ideally for getting fully cured.

The majority of the interviewed patients expected a long-term healing or at least a significant improvement of their physical condition. Interestingly two patients had prior documented that they were skeptical of osteopathic treatment.

For all of the interviewees osteopathic treatment affected their back pain positively. Analgesia, reduced pain intensity and pain occurrence as well as decreased pain areas were stated. Generally the main improvement was sensed after the first treatment.

The majority of the patients, especially women, did some additional specific exercises such as workouts in addition to the osteopathic treatment. Other passive therapies were not consumed.

During osteopathic treatment the interviewed patients sensed relaxation, well-being, mental balance and fatigue. The majority of the patients also stated that they sensed reduced pain immediately after treatment. On the other hand some patients sensed increased pain for the period of two days and after that improvement occurred.

Six patients out of eight interviewees sensed additionally mental changes regarding mental well-being, improved mood and consciousness; two patients did not sense such changes.

Six patients stated changes in their social life; human contacts were getting renewed and more enjoyed as well as cultural events, like visits to a theatre or concert, were also attended again.

Positive changes, such as improved mobility, sleep and eupepsia, improvement in daily work routine, reduced medication as well as improvement in other painful areas were ascribed by patients to osteopathic treatment.

All interviewees sensed anamnesis and clinical examination at the first treatment as very detailed and also very important for a successful osteopathic treatment. For the following treatments the clinical examination was seen as short and sufficient. Remarkably the majority of the patients knew in detail their own osteopathic diagnosis.

Only two patients turned to osteopathic treatment without seeking a doctor's advice beforehand. All other patients had a doctor's appointment before consulting an osteopath.

In the opinion of the interviewed patients the differences between osteopathic treatment and other alternative therapies can be found in regard to gentleness, long-term effect, holistic approach, finding a cause as well as to effectiveness.

For six of the interviewees the osteopath himself was seen as very essential for a successful osteopathic treatment. Trustworthiness, education as well as sympathy were stated mostly as very important criteria. Comfortable ambience and a short approach were also stated for engaging osteopathic treatment.

In the opinion of the majority of the interviewed patients craniosacral therapy was the most effective therapy, despite prior scepticism to this kind of therapy. During this treatment slight comfortable sensations were felt across the whole body, as well as a sense of well-being, relaxation and fatigue. On the other hand some patients did not experience anything during this treatment.

Only two male patients noticed manipulation as most helpful. Generally patients stated reduced pain and improved mobility as positive effects of manipulation. Half of the interviewees, mainly women, first reported that they were afraid of manipulation but such concerns were then eliminated by the effectiveness of this therapy.

Half of the interviewed patients felt the viscerale therapy as the most effective one. The majority felt this kind of treatment as painful. Despite that fact the necessity and the uniqueness was seen as non-controversial since the physical condition and especially the sensation of back pain improved in long-terms.

All interviewees were satisfied regarding the success of osteopathic treatment, since they all improved their impairments significantly. For all those questioned, the reduction or elimination of pain was the most important criteria for a successful therapy. Because of their positive experience all interviewed patients would recommend osteopathic treatment to other people and actually have done so in the past. Also, all eight interviewees would have osteopathic treatment again in the future; six only if necessary because of pain and the other two for reasons of prophylaxis.

10.11 Discussion

The masterthesis of Meuser (2008) and Wagner-Scheidel (2006) as well as this present masterthesis found that recommendations were essential for turning to osteopathic treatment. The work of Wagner-Scheidel describes, that patients consulted a specific osteopath. In contrary to this present masterthesis it remains unfortunately unclear if a specific osteopath was recommended or if an osteopathic treatment in general was recommended. In regard to the question „important criteria for turning to osteopathic

treatment“ the interviewees mainly stated the osteopath himself, which would further mean, that a specific osteopath was recommended.

From the beginning patients had very high expectations of osteopathic treatment. Analgesia and respectively, long-term healing as well as improvement of the physical condition were expected. This request is not surprising especially if one takes into account that patients suffered from pain for a long time. Nevertheless a few patients were skeptical about or even afraid of osteopathic treatment. This shows clearly how great that desperation relating to their pain had to have been. It is interesting to note that no patient interviewed had expectations concerning psyche, changes in social life or daily routine, despite the fact, that after successful treatment such changes did take place and often in a big way. Also there were no explicit expectations considering the osteopath himself or his provided ambience.

Remarkable is the fact concerning the observed different immediate reaction after osteopathic treatment: one patient, for example, could feel highly energetic while others to the contrary fatigued, almost doze off.

Long-term osteopathic treatment leads to subjective sensed reduction of pain for the majority of the interviewed patients suffering from chronic low back pain. Only a single patient stated that he felt the same intensity of pain that he feels before therapy also at the time of the interview. It is also important to note that after the fourth therapy he was painfree and that it lasted for the following six months. The last osteopathic treatment however was two years ago.

Could this above mentioned case mean that successful osteopathic treatment affects people only in medium-terms and not in long-terms, which was especially expected by the patients? To better understand and gain further insight of this issue it would be prudent to examine the long-term effect of osteopathy using the same questionnaire from this present masterthesis to interview people who had no osteopathic treatment a few years ago.

The median of pain of the interviewees, which was determined via a pain scale ranging from 0 to 10, was calculated to the value of 8 before the first osteopathic treatment, and which changed to 0 by the time of the interviews. The reason for this is the fact that a big majority of the interviewed patients were free of pain at the time of the interviews, despite randomly re-occurring short pain episodes.

A very remarkable result is, that the greatest effect of osteopathic treatment was felt by all of the interviewees right after the first treatment. Initially it shows that the way for cause finding as well as the treatment itself are highly effective. The consequence of this interpretation would lead to the assumption, that only one or a few therapies are necessary for gaining the desirable and expected effect. Further this could lead to the availability of a highly effective and also cost-efficient possibility of treatment for the health care system. From the above mentioned result it can be interpreted that in general osteopathic treatment affects people very quickly. Therefore the suffering of patients can be reduced significantly and patients also benefit from the time and cost saving effect. In connection with this interpretation it would be interesting to work out qualitatively and quantitatively the felt difference of effectiveness of osteopathic treatment after the first and again after the tenth.

In the opinion of the majority of the interviewed patients the craniosacrale therapy was seen subjectively as very effective, respectively as the most effective, despite that half of the interviewees did not believe previously in the effectiveness of this kind of treatment. This discrepancy leads to the conclusion, that craniosacrale therapy affects people very positively.

The majority of the patients' questioned experienced the viscerale therapy as painful. By contrast to other treatments interviewees stated explicitly gentleness, which obviously leads to a discrepancy. A possible reason for this fact could be that mostly gentle techniques are applied during osteopathic treatment in comparison to the sensed painful viscerale therapy.

Only few of the interviewed patients, especially men, felt manipulation as the most effective therapy. Considering this it would be interesting why women had a different opinion on that. Reasons for that could be skepticism, discomfort as well as sensation of pain. On the other hand it would be possible that men in general have a better feeling of a successful treatment if they experience the therapy more intensively. This interpretation could be clarified via a study examining differences in male and females concerning successful osteopathic treatment from the perspective of the patients.

Finally it has to be taken into account the reliability of the sensed effectiveness of different therapies, since it cannot be ensured that patients recognize the different procedures without any doubt.

Documented changes in daily life and routine of the interviewees obviously show, that osteopathic treatment influences rather all areas of life. Long-term osteopathic treatment could show a cost-saving effect for the health care system. The masterthesis of May (2008)

describes similar positive effects. Additionally the avoidance of original necessary surgeries was explicitly mentioned, while the interviewees of this present masterthesis had no issues with surgeries or anything similar.

The majority of the interviewees could explain very detailed their osteopathic treatment. This means that osteopaths explained the applied treatment to patients sufficiently and that patients feel well-understood by the osteopath. Summing up it stands for a good relationship between the patient and the osteopath. The detailed anamnesis and the clinical examination at the first osteopathic treatment as well as the patient's knowledge about the applied treatment could be reasons why osteopathic treatment is seen as very effective.

Mainly, the osteopath himself was seen as very essential for a successfull osteopathic treatment. Trustworthiness, education as well as sympathy were stated mostly as very important criterias. Comfortable ambience and a short approach were also stated for engaging osteopathic treatment. The documentations of Meuser (2008) and May (2008) showed similar results.

Compared to the work of May (2008), most of the interviewees of this present masterthesis turned to osteopathic treatment because of pain and not only to improve their well-being.

The high satisfaction of the interviewed patients stands for a very effective osteopathic treatment and furthermore, for completely fulfilled expectations.

In general the analysis of the present masterthesis about patients suffering from low back pain shows no significant differences in overlapping questions of the works of my colleagues, who focused on patients suffering from common physical problems.

One critical point of this body of work is the fact that four interviewees were acquaintances of the author; therefore it could be possible, that socially desirable answers to the questions were given. An additional critical point is the age of the interviewees: patients older than 60 were not considered.

Chronic low back pain was defined as inclusion criteria and relating to this the term „chronic“ was defined by a determined timespan. A better inclusion criteria would be the degree of physical impairment previous to the interviews, measured with the help of the Oswestry-questionnaire and respectively, the Roland Morris questionnaire. With that procedure it would

be possible to consider more serious case studies in contrast to the case studies covered by this masterthesis.

Additionally it has to be taken into account that patients who agreed to this interview will most likely see osteopathic treatment as very positive. A further issue could be the retrospective view of the interviewees in such a way, that some of them could not remember well their several treatments as would be preferred for this kind of study.

Also the opinion of patients who consulted an osteopath only once and were dissatisfied with the result of osteopathic treatment were not considered.

10.12 Conclusion

All research questions could be answered. The majority of patients turned to osteopathic treatment because of recommendations and because other therapies showed no satisfying result. From the start of osteopathic treatment the expectations were defined to long-term healing or at least to improvement of the physical condition. All these well-defined expectations were completely fulfilled. Additionally, positive mentally changes as well as positive changes in daily life and routine and also in social life were experienced. From the perspective of the interviewed patients osteopathic treatment is characterised by gentleness, long-term effect, holistic approach, finding the cause as well as effectiveness. Due to successful osteopathic treatment the interviewees were highly satisfied.

This present masterthesis covers and analyses the answers of eight interviewees. This number of samples is too small for mapping the results of this work directly to all people suffering from chronic low back pain. Because of that fact the significance of this masterthesis is limited.

Commonly the defined categories based on qualitative interviews within this masterthesis could be useful regarding a further quantitative standardised investigation via questionnaires for a strongly increased number of samples. The evaluation of the interviews could be used as possible answers for a defined questionnaire. This could initiate a further study around this field of research.

10.13 List of references

Andersson, G. B., Lucente, T., Davis, A. M., Kappler, R. E., Lipton, J. A., & Leurgans S. (1999). A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. *The New England Journal of Medicine*, 341, 1426-1431.

Barral, J. P. & Mercier, P. (2005). *Lehrbuch der Viszeralen Osteopathie. Band 1*. München:Urban & Fischer.

Barral, J. P. (2005). *Lehrbuch der Viszeralen Osteopathie. Band 2*. München: Urban & Fischer.

Bronfort, G., Haas, M., Evans, R., Leininger, B., & Triano, J. (2010). Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropractic & Osteopathie*, 18 (3).

<http://www.chiroandosteo.com/content/18/1/3>

Carlesso, L. C., Cairney, J., Dolovich, L., & Hoogenes, J. (2011). Defining adverse events in manual therapy: an exploratory qualitative analysis of the patient perspective. *Manual Therapy*, 16, 440-446.

Chown, M., Whittamore, L., Rush, M., Allan, S., Stott, D., & Archer, M. (2008). A prospective study of patients with chronic back pain randomised to group exercise, physiotherapy or osteopathy. *Physiotherapy*, 94, 21–28.

Dagenais, S., & Haldeman, S. (2012). *Evidence-based management of low back pain*. St. Louis Missouri: Elsevier.

Dick, J. (2008). *Viszerale Osteopathie- Dünndarm und Dickdarm*. Kursskriptum. Wien: Wiener Schule für Osteopathie.

Flick, U. (2009). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Flynn, T., Fritz, J., Whitman, J., Wainner, R., Magel, J., Rendeiro, D., Butler, B., Garber, M., & Allison, S. (2002). A clinical prediction rule for classifying patients with low back pain who demonstrate short-term improvement with spinal manipulation. *Spine*, 27 (24), 2835-2843.

Gaul, C., Schmidt, T., Czaja, E., Eismann, R., & Zierz, S. (2011). Attitudes towards complementary and alternative medicine in chronic pain syndromes: a questionnaire-based comparison between primary headache and low back pain. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11 (89). <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/11/89>

Gibbons, P., & Tehan, P. (2000). *Manipulation of the spine, thorax and pelvis- an osteopathic perspective*. London: Churchill Livingstone.

Hildebrandt, J., & Pfingsten, M. (2012). *Rückenschmerzen und Lendenwirbelsäule – Interdisziplinäres Praxisbuch entsprechend der nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz*. München: Urban & Fischer.

Klein, P., & Sommerfeld, P. (2004). *Biomechanik der menschlichen Gelenke. Grundlagen, Becken, untere Extremität*. München: Urban & Fischer.

Klein, P., Lepers, Y., & Salem, W. (2011). Osteopathic medicine. *Revue medicale de Bruxelles*, 32 (4), 369-374.

Klimont, J., Kyphir, J., & Leitner, B. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007*. Wien: Statistik Austria.

Kurth, B. M., & Ellert, U. (2002). The SF36 questionnaire and its usefulness in population studies: results of the German health interview and examination survey 1998. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47 (4), 266-277.

Licciardone, J. C., Stoll, S. T., Fulda, K. G., Russo, D. P., Siu, J., Winn, W., & Swift, Jr. J. (2003). Osteopathic manipulative treatment for chronic low back pain- a randomized controlled trial. *Spine*, 28 (13), 1355–1362.

Licciardone, J. C., Brimhall, A. K., & King, L. N. (2005). Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Bio Med Central musculoskeletal disorders*, 6, 43-55.

Licciardone, J. C., Minotti, D. E., Gatchel, R. J., Kearns, C. M., & Singh, K. P. (2013). Osteopathic manual treatment and ultrasound therapy for chronic low back pain: a randomized controlled trial. *The Annals of Family Medicine*, 11, 122-129.

- Liem, T., & Dobler, T. K. (2005). *Leitfaden Osteopathie. Parietale Techniken*. München: Urban & Fischer.
- Liem, T., Dobler, T. K., & Puylaert, M. (2005). *Leitfaden Osteopathie. Viszerale Osteopathie*. München :Urban & Fischer.
- Ligner, B. (2005). *Viszerale Osteopathie*. Kursskriptum. Wien: Wiener Schule für Osteopathie.
- Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA). (2008). *Rückenschmerzen-Diagnostik und Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien-Möglichkeiten und Grenzen*. Wien: Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH.
- Malanga, G., & Wolff, E. (2008). Evidence-informed management of chronic lowback pain with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, muscle relaxants, and simple analgesics. *Spine*, 8, 173-184.
- Mannion, A. F., Junge, A., Fairbank, J. C, Dvorak, J., & Grob, D. (2006). Developement of a German version off the Oswestry Disability Index. Part 1: cross-cultural adaption, reliability and validity. *European Spine Journal*, 15 (1), 55-65.
- May, M. (2008). *Osteopathy- the way from therapie to prevention*. Unveröffentlichte Masterthese. Krems: Donau-Universität Krems.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Meuser, A. (2008). *Was erwarten Patienten, die in die osteopathische Praxis kommen?* Unveröffentlichte Masterthese. Krems: Donau-Universität Krems.
- Roudsari, B., & Jarvik, J. G. (2010). Lumbar Spine MRI for Low Back Pain: Indications and Yield. *American Journal of Roentgenology*, 195, 550-559.
- Rubinstein, S. M., van Middelkoop, M., Assendelft, W. J., de Boer, M. R., van Tulder, M. W. (2013). *Spinal manipulative therapy for chronic low back pain (review)*. The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Savigny, P., Kuntze, S., Watson, P., Underwood, M., Ritchie, G., Cotterell, M., Hill, D., Browne, N., Buchanan, E., Coffey, P., Dixon, P., Drummond, C., Flanagan, M., Greenough, C., Griffiths, M., Halliday-Bell, J., Hettinga, D., Vogel, S., & Walsh, D. *Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. Full guideline*. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.

Seffinger, M. A. (2010). Clinical guideline subcommittee on low back pain. American Osteopathic Association. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 110 (11), 653-666.

Strunk, A. (2013). *Fasziale Osteopathie. Grundlagen und Techniken*. Stuttgart: Haug.

UK Beam Trial Team (2004). United Kingdom back pain exercise and manipulation randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMC Health Services Research*, 3 (16). Verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/3/16>.

Universität Karlsruhe. (2000). *Quantitative versus qualitative Methoden*. Verfügbar unter http://imihome.imi.uni-karlsruhe.de/nquantitative_vs_qualitative_methoden_b.html.

Vismara, L., Cimolin, V., Menegoni, F., Zaina, F., Galli, M., Negrini, S., Ville, V., & Capodaglio, P. (2012). Osteopathic manipulative treatment in obese patients with chronic low back pain: a pilot study. *Manual Therapy*, 17, 451-455.

Wagner-Scheidel, B. (2006). *How do they end up coming to us? A quantitative social study of the journeys people take to get to osteopathy treatment*. Unveröffentlichte Masterthese. Krems: Donau Universität Krems.

Weber, K. H., & Woisetschläger, G. (2006). Studie zur Patientenzufriedenheit mit der osteopathischen Behandlung-Eine Fragebogenaktion der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie-Ergebnisse und Folgerungen. *Osteopathische Medizin*, 4, 19-24.