

**„Legt Euch ein Schema zurecht!“:  
die Routineuntersuchung  
in der Osteopathie**

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades  
„Master of Science“ in Osteopathie

An der Donau **Universität Krems** –  
**Zentrum für chin. Medizin & Komplementärmedizin**

niedergelegt  
an der **Wiener Schule für Osteopathie**

von **Michael BIBERSCHICK**

Wien, Dezember 2010

Betreut von: Mag.<sup>a</sup> Claudia Gamsjäger

*...für meine Mutter Gillian*

*(1946 - 2003)*

# Danke!

Ich möchte mich zunächst ganz herzlich bei jenen 10 Kolleginnen und Kollegen bedanken, die sich mir als Interviewpartner für die Experteninterviews bereitwillig zur Verfügung gestellt haben.

Ein großes Dankeschön gilt auch Claudia Gamsjäger, die mich bei der Entstehung dieser Arbeit begleitet hat und mich mit ihrer Leidenschaft für die Wissenschaft angesteckt hat.

Danke auch an Kathie Musil, Heidi Clementi und Peter Sommerfeld, die den Beginn dieser Arbeit begleitet haben.

Danke an meinen Vater, Peter Biberschick und Gerlinde Koch, die viel Zeit damit verbracht haben, meine verschachtelten Sätze wieder zu entwirren.

Dr. Brigitte Leucht, meine Seelenverwandte, hat mir auch viele wichtige Anregungen zu dieser Arbeit mitgegeben.

Danke an meine beiden über alles geliebten Schwestern, Hanna und Ulrike, die mir gut zugesprochen haben, wenn ich dachte, diese Arbeit wird nie und nimmer fertig.

Und natürlich bedanke ich mich bei allen meinen lieben Freunden, die mich ebenfalls immer wieder inspirieren und motivieren.

Diese Arbeit widme ich meiner leider zu früh verstorbenen Mutter, Gillian Biberschick, ohne die ich nicht zu dem Menschen geworden wäre, der ich bin.

# **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>1 EINLEITUNG</b>	<b>2</b>
1.1 PERSÖNLICHER ZUGANG ZUM THEMA UND MOTIVATION FÜR DIESE ARBEIT	2
1.2 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	4
1.3 RELEVANZ FÜR DIE OSTEOPATHIE UND ZIEL DIESER ARBEIT	5
1.4 HINWEISE ZUR LITERATUR UND ZUR LITERATURRECHERCHE	6
1.5 HINWEISE FÜR DIE LESERIN / FÜR DEN LESER ZU DIESER ARBEIT	7
<b>2 DEFINITION UND BEGRIFFSERKLÄRUNGEN</b>	<b>8</b>
2.1 OSTEOPATHIE	8
2.2 ROUTINEUNTERSUCHUNG	9
2.2.1 WIE BEEINFLUSSEN ROUTINEN DAS ENTSCHEIDUNGSVERHALTEN	10
2.3 SCREENING IN DER VORSORGEMEDIZIN	13
2.4 „CHECKLISTEN“	17
<b>3 DIE ROUTINEUNTERSUCHUNG IN DER OSTEOPATHIE</b>	<b>19</b>
3.1 DIE DIAGNOSE IN DER OSTEOPATHIE	19
3.1.1 GRÜNDE FÜR EINE SYSTEMATISCHE UNTERSUCHUNG	22
3.1.1.1 Zusammenfassung	25
3.2 DIE ROUTINEUNTERSUCHUNG IN DER OSTEOPATHISCHEN FACHLITERATUR	26
3.2.1 BEGRIFFSERKLÄRUNG UND DEFINITION: ROUTINEUNTERSUCHUNG	27
3.2.2 ABLAUF DER ROUTINEUNTERSUCHUNG	29
3.2.2.1 Die manuelle Übersichtsdiagnose beziehungsweise Routineuntersuchung nach Croibier (2006)	34
3.2.2.2 Globale osteopathische Untersuchung nach Fossum (2010)	35
3.2.2.3 Orientierende Untersuchung nach Greenman (2000; 2003)	36
3.2.2.4 Screening nach Johnston et al. (2009)	37
3.2.2.5 Screening nach Mitchell und Mitchell (2004)	38
3.2.2.6 Routineuntersuchung nach Sutton (1978)	39
3.2.2.7 Integrative osteopathische Untersuchung nach Fieuw und Kenter (2004)	40
3.2.2.8 Die allgemeine osteopathische Behandlung (A.O.B.) nach Dopler et al. (2010)	41

3.2.2.9 Der Mechanical Link nach Somody – Neplaz et al. (2007)	42
3.2.2.10 Ganzheitliche integrierte myofasziale osteopathische Therapie (GIMFOT) nach Buekens (2004)	43
<b>3.3 WICHTIGE PRINZIPIEN FÜR DIE ROUTINEUNTERSUCHUNG</b>	<b>45</b>
3.3.1 UNTERSUCHUNG DES STRUKTURELLEN, VISZERALEN UND KRANIOSAKRALEN SYSTEMS	46
3.3.2 UNTERSUCHUNG IN MEHREREN LAGEN	47
3.3.3 EFFIZIENZ	48
3.3.4 FLEXIBILITÄT	48
3.3.5 INDIVIDUALITÄT	48
3.3.6 LOGISCHE ABFOLGE DER UNTERSUCHUNG	49
<b>3.4 ZIELE DER ROUTINEUNTERSUCHUNG</b>	<b>49</b>
<b>3.5 BEEINFLUSSENDE FAKTOREN: VERÄNDERT SICH DIE ROUTINEUNTERSUCHUNG?</b>	<b>51</b>
<b><u>4 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN AUS DER LITERATURANALYSE</u></b>	<b><u>53</u></b>
<b><u>5 METHODOLOGIE</u></b>	<b><u>61</u></b>
5.1 INHALTLICHE VORBEREITUNG UND ERSTELLUNG DES LEITFADENS	62
5.2 AUSWAHL DER EXPERTEN UND ORGANISATORISCHE VORBEREITUNG	63
5.2.1 EIN - UND AUSSCHLUSSKRITERIEN	64
5.2.2 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	65
5.3 PROBEPHASE UND PROBEINTERVIEW	66
5.4 DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS	66
5.5 TRANSKRIPTION DER INTERVIEWS	66
5.6 ANALYSE DER EXPERTENINTERVIEWS	67
<b><u>6 DIE ROUTINEUNTERSUCHUNG AUS DER SICHT VON OSTEOPATHISCHEN EXPERTEN</u></b>	<b><u>72</u></b>
6.1 DIE INTERVIEWSITUATION	72
6.2 DEFINITION UND BEGRIFFSERKLÄRUNG: „ROUTINEUNTERSUCHUNG“	73
6.2.1 ZUSAMMENFASSUNG	78
6.3 ABLAUF DER ROUTINEUNTERSUCHUNG	79
6.3.1 EXPERTIN IP01	84
6.3.2 EXPERTE IP02	86
6.3.3 EXPERTE IP03	87
6.3.4 EXPERTE IP04	87

6.3.5 EXPERTIN IP05	88
6.3.6 EXPERTIN IP06	89
6.3.7 EXPERTIN IP07	90
6.3.8 EXPERTIN IP08	90
6.3.9 EXPERTIN IP09	91
6.3.10 EXPERTIN IP10	91
6.3.11 ZUSAMMENFASSUNG	93
<b>6.4 DIE NACHUNTERSUCHUNG</b>	<b>95</b>
6.4.1 EVALUATION DER BEHANDLUNG: DER „RE TEST“	97
6.4.2 ZUSAMMENFASSUNG	98
<b>6.5 UNERLÄSSLICHE TESTS?</b>	<b>99</b>
6.5.1 DIFFERENTIALDIAGNOSE & SICHERHEITSTESTS	101
6.5.2 ZUSAMMENFASSUNG	103
<b>6.6 PRINZIPIEN UND KRITERIEN</b>	<b>104</b>
6.6.1 UNTERSUCHUNG DES STRUKTURELLEN, VISZERALEN UND KRANIOSAKRALEN SYSTEMS (GANZHEITLICHKEIT)	105
6.6.2 UNTERSUCHUNG IN MEHREREN LAGEN	107
6.6.3 FLEXIBILITÄT	109
6.6.4 „EFFIZIENZ“	110
6.6.5 DIE REGION, DIE DER PATIENT ALS DAS PROBLEM DEFINIERT, MUSS AUF JEDEN FALL UNTERSUCHT WERDEN	111
6.6.6 MÖGLICHST WENIG LAGEWECHSEL	112
6.6.7 QUALITÄT DER TESTS	112
6.6.7.1 Vorlauftest	113
6.6.8 KLARE TRENNUNG VON UNTERSUCHUNG UND BEHANDLUNG	115
6.6.9 ZUSAMMENFASSUNG	116
<b>6.7 ZIELE EINER ROUTINEUNTERSUCHUNG</b>	<b>118</b>
6.7.1 ZUSAMMENFASSUNG	123
<b>6.8 NACHTEILE EINER ROUTINEUNTERSUCHUNG?</b>	<b>125</b>
6.8.1 ZUSAMMENFASSUNG	129
<b>6.9 BEEINFLUSSENDE FAKTOREN: VERÄNDERUNG DER ROUTINE?</b>	<b>130</b>
6.9.1 ALTER UND GESCHLECHT	131
6.9.2 ERSCHEINUNGSBILD UND ALLGEMEINER EINDRUCK	131
6.9.3 INTUITION	133
6.9.4 AKUTE VERLETZUNG (TRAUMA)	134
6.9.5 ROLLE DER ANAMNESE	134
6.9.6 ZUSAMMENFASSUNG	136

<b>6.10 GRUNDAUSSTATTUNG</b>	<b>138</b>
<b>6.11 WIE VIEL ZEIT NIMMT DIE ROUTINEUNTERSUCHUNG IN ANSPRUCH?</b>	<b>139</b>
<b>6.12 EINHEITLICHE ROUTINEUNTERSUCHUNG</b>	<b>140</b>
6.12.1 INDIVIDUALITÄT DER PATIENTEN	141
6.12.2 DIE EIGENE INDIVIDUALITÄT	143
6.12.3 EINHEITLICHKEIT FÜR WISSENSCHAFT UND QUALITÄTSSICHERUNG?	148
6.12.4 ROUTINEUNTERSUCHUNG IN DER AUSBILDUNG	151
6.12.5 KOMMUNIKATION UND ZUSAMMENARBEIT MIT KOLLEGEN	158
6.12.6 ZUSAMMENFASSUNG	159
<b>6.13 WIE REAGIERT DER PATIENT AUF EINE ROUTINEUNTERSUCHUNG?</b>	<b>162</b>
<b><u>7 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION</u></b>	<b><u>164</u></b>
<b>7.1 ALLGEMEINE ANMERKUNGEN UND GRENZEN DER ERGEBNISSE DIESER ARBEIT</b>	<b>164</b>
<b>7.2 WIE DEFINIEREN DIE EXPERTEN DIE OSTEOPATHISCHE ROUTINEUNTERSUCHUNG?</b>	<b>166</b>
7.2.1 SCHEMATA	170
<b>7.3 WARUM WIRD EINE SYSTEMATISCHE ROUTINEUNTERSUCHUNG VON DEN EXPERTEN BEVORZUGT?</b>	<b>172</b>
<b>7.4 WELCHE PRINZIPIEN UND KRITERIEN SIND DEN EXPERTEN FÜR IHRE ROUTINEUNTERSUCHUNG VON BEDEUTUNG?</b>	<b>174</b>
7.4.1 GANZHEITLICHKEIT	176
7.4.2 UNTERSUCHUNG IN MEHREREN LAGEN	177
7.4.3 QUALITÄT DER TESTS	178
<b>7.5 WIE EVALUIEREN DIE EXPERTEN IHRE UNTERSUCHUNG UND BEHANDLUNG (RE TEST)</b>	<b>179</b>
<b>7.6 WELCHE FAKTOREN UND GEDANKEN BEEINFLUSSEN DIE EXPERTEN BEI IHRER ROUTINEUNTERSUCHUNG?</b>	<b>180</b>
7.6.1 ERSCHEINUNGSBILD UND ALLGEMEINER EINDRUCK	180
7.6.2 INTUITION	181
7.6.3 DIE ROLLE DER ANAMNESE	183
7.6.4 ALTER UND GESCHLECHT	184
7.6.5 TRAUMA	184
<b>7.7 DIE BEDEUTUNG DER SICHERHEIT UND GESUNDHEIT DER PATIENTEN FÜR DIE EXPERTEN</b>	<b>185</b>
7.7.1 GIBT ES AUS SICHT DER EXPERTEN WEITERE UNERLÄSSLICHE TESTS?	186

<b>7.8 WORIN SEHEN DIE EXPERTEN NACHTEILE EINER ROUTINEUNTERSUCHUNG?</b>	<b>186</b>
<b>7.9 WIE REAGIEREN DIE PATIENTEN AUS DER SICHT DER EXPERTEN AUF EINE SYSTEMATISCHE ROUTINEUNTERSUCHUNG?</b>	<b>188</b>
<b>7.10 GIBT ES AUS SICHT DER EXPERTEN EINE GRUNDAUSSTATTUNG FÜR DIE PRAXIS?</b>	<b>189</b>
<b>7.11 WIE IST DIE ROUTINEUNTERSUCHUNG DER EXPERTEN AUFGEBAUT?</b>	<b>189</b>
<b>7.12 WIE STEHEN DIE EXPERTEN ZU EINER EINHEITLICHEN ROUTINEUNTERSUCHUNG?</b>	<b>194</b>
7.12.1 EINHEITLICHE ROUTINEUNTERSUCHUNG FÜR WISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNGEN?	197
7.12.2 EINHEITLICHE ROUTINEUNTERSUCHUNG FÜR DIE KOMMUNIKATION MIT KOLLEGEN?	199
7.12.3 VORSCHLAG FÜR EINE ROUTINEUNTERSUCHUNG IN DER AUSBILDUNG AN DER WSO?	199
<b><u>8 SCHLUSSFOLGERUNGEN</u></b>	<b><u>203</u></b>
<b><u>9 AUSBLICK</u></b>	<b><u>205</u></b>
<b><u>10 LITERATURVERZEICHNIS</u></b>	<b><u>208</u></b>
<b><u>11 ANHANG</u></b>	<b><u>216</u></b>
<b>11.1 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>216</b>
<b>11.2 GLOSSAR</b>	<b>216</b>
11.2.1 TEST BZW. BESTIMMUNG DES FÜHRUNGS AUGES (DOMINANTEN AUGES)	216
11.2.2 KLINISCHE TESTS	217
<b>11.3 ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>218</b>
<b>11.4 TABELLENVERZEICHNIS</b>	<b>218</b>
<b>11.5 INTERVIEWLEITFADEN</b>	<b>219</b>
<b>11.6 BEGLEITBRIEF</b>	<b>221</b>





## **1 EINLEITUNG**

Als Einleitung zu dieser Arbeit wird darauf eingegangen, wie zunächst das Thema für diese Arbeit entstanden ist. Im Anschluss werden die zentrale Fragestellung, die Hypothesen und das Ziel der Arbeit dargestellt gefolgt von Hinweisen zur Literaturrecherche und allgemeinen Hinweisen für den Leser.

### **1.1 PERSÖNLICHER ZUGANG ZUM THEMA UND MOTIVATION FÜR DIESE ARBEIT**

*„Routineuntersuchungen sind ein natürlicher Bestandteil unserer täglichen Praxis. Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine monotone sinnlose Abfolge, die nichts als Einschränkung bietet, sondern um eine entschlossene Aktivität, immer auf der Suche nach der höchsten Ebene des Erfolgs“ (Wernham, s.p., zitiert in Croibier, 2006, S. 62).*

Bei Supervisionen im Rahmen der Osteopathieausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie (WSO) und bei klinischen Nachmittagen in der Wiener Privatklinik wird Studenten der Osteopathie regelmäßig empfohlen, sich bei der Untersuchung von Patienten an eine Systematik und Testroutine zu halten. Diese soll dazu dienen, bei der Untersuchung der Patienten nicht den roten Faden zu verlieren und keine wichtigen Tests und Untersuchungsschritte zu vergessen.

Aufgrund dieser Empfehlungen begann ich mich intensiv mit dem Thema „Routineuntersuchung“ zu beschäftigen. Zunächst habe ich mir ein Untersuchungsschema erarbeitet und dabei versucht, mich nach aktueller osteopathischer Fachliteratur und nach Unterlagen aus dem Unterricht an der WSO zu richten. Das erste Buch, das mir zu diesem Thema in die Hände fiel, war jenes von Croibier (2006). Er verwendet für seine systematische Untersuchung unter anderem den Begriff Routineuntersuchung.

Ich stellte sehr rasch fest, dass mir „meine“ Routineuntersuchung in der praktischen Arbeit mit den Patienten eine große Hilfe ist. Durch positives Feedback bei Supervisionen und den klinischen Nachmittagen

und zustimmende Rückmeldungen der Patienten ist mein Interesse an diesem Thema weiter verstärkt worden.

Bei der Literaturrecherche fiel mir auf, dass in der Literatur nur wenige konkrete Beispiele für eine solche Untersuchungsroutine beschrieben werden und dass diese nicht einheitlich sind.

Im Rahmen des Unterrichts an der WSO wird eine Vielzahl an klinischen und osteopathischen Tests und Untersuchungsschritten für die einzelnen Körperregionen unterrichtet und vorgestellt. Mich interessierten allerdings speziell all jene Untersuchungsschritte und Tests, die vor der spezifischen Untersuchung erfolgen oder erfolgen sollten, um überhaupt einen Problembereich, zum Beispiel ein bestimmtes Gelenk oder ein Organ, zu identifizieren und die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Problembereichen zu erkennen.

In der Auseinandersetzung mit diesem Thema begann ich mich zu fragen, wie eine solche Routineuntersuchung aus Sicht erfahrener Osteopathen aufgebaut sein sollte, welche klinischen und osteopathischen Tests sie dabei verwenden und welche Kriterien und Prinzipien sie für eine solche Routine für wichtig erachten.

Ich begann mich auch zu fragen, ob es nicht sinnvoll oder gar notwendig ist, einheitliche Untersuchungsroutinen zu verwenden oder warum dies möglicherweise nicht erwünscht ist.

Aus meinem Interesse ist schließlich das Thema für diese Arbeit gewachsen in der Hoffnung, dass viele meiner Fragen in diesem Zusammenhang geklärt werden könnten.

Dieses Thema hat allerdings nicht nur mich selbst beschäftigt. Auch viele meiner Ausbildungskolleginnen – und Kollegen haben sich Routineabläufe zurecht gelegt und sich mit ähnlichen Fragestellungen beschäftigt. Vor allem im Zuge der Vorbereitung auf die klinische Abschlussprüfung am Ende des sechsten Ausbildungsjahres, ist die Forderung nach konkreten Vorschlägen für Untersuchungsabläufe laut geworden. Auch wurde beklagt, dass das Untersuchen und der Befundprozess mit den dazu gehörenden klinischen und

osteopathischen Tests im Rahmen der bisherigen Ausbildung an der WSO nicht ausreichend im Unterricht behandelt worden sei.

Im Zuge der weiteren Recherchen habe ich erkannt, dass Routineuntersuchungen in der Medizin durchaus üblich sind und eine systematische Vorgehensweise bei der Untersuchung in vielen Fällen empfohlen wird. Als Beispiel kann an dieser Stelle der Neurostatus, wie er bei der Untersuchung von neurologischen Patienten zu Einsatz kommt, angeführt werden (Poeck und Hacke, 2006; Mummenthaler und Mattle, 1997).

Auch für die körperliche Untersuchung in der Allgemeinmedizin wird eine strukturierte und systematische Vorgehensweise empfohlen (Dahmer, 2006; Lehmeier, 2006).

In vielen anderen, nicht medizinischen Berufen werden systematische Abläufe für bestimmte Handlungen angewendet. Croibier (2006) nennt als Beispiel Piloten, die bestimmten Protokollen und Checklisten zu folgen haben, wenn sie ein Flugzeug auf den Start vorbereiten.

Es stellt sich daher die Frage, wieso die Anwendung einer Routineuntersuchung in der Osteopathie in Österreich und wahrscheinlich auch in anderen Ländern offensichtlich nicht möglich bzw. nicht erwünscht ist bzw. nur auf einer sehr individuellen Basis praktiziert wird. Ist daher eine systematische Routineuntersuchung in der Osteopathie überhaupt möglich, sinnvoll und ziel führend?

## **1.2 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN**

Dieser Arbeit liegt folgende zentrale Fragestellung zu Grunde, die im Rahmen der Arbeit erforscht werden soll:

**Wie ist eine Routineuntersuchung in der Osteopathie aufgebaut?**

Die entsprechenden Arbeitshypothesen für diese Arbeit sind aus der zentralen Fragestellung abgeleitet und es wird von den Annahmen ausgegangen, dass:

**(1) Osteopathische Experten richten sich bei der Untersuchung von Patienten im Rahmen der osteopathischen Diagnostik nach einer bestimmten Routine.**

**(2) Eine Routineuntersuchung im Rahmen der osteopathischen Diagnostik ist aus Expertensicht von Bedeutung?**

### **1.3 RELEVANZ FÜR DIE OSTEOPATHIE UND ZIEL DIESER ARBEIT**

Aufgrund der Tatsache, dass es zum Thema Untersuchung, Routineuntersuchung und Diagnostik in der Osteopathie scheinbar nur relativ wenig Literatur gibt, ist es zunächst erforderlich, grundlegende Begriffe, die mit dem Thema Routineuntersuchung in Zusammenhang stehen, zu klären.

Daher ist es das Ziel dieser Arbeit, eine mögliche Definition des Begriffs Routineuntersuchung zu erarbeiten und Kriterien beziehungsweise Prinzipien festzulegen, die aus der Sicht von Experten dafür wichtig sind.

Es soll hinterfragt werden, welche Bedeutung eine Routineuntersuchung aus der Sicht von osteopathischen Experten hat und ob diese eine Routineuntersuchung für möglich, sinnvoll und praktisch durchführbar halten und es sollen die Vor – und Nachteile aufgezeigt werden.

Weiters soll dargestellt werden, wie eine solche Routineuntersuchung aus Sicht der Experten strukturiert und aufgebaut ist beziehungsweise sein sollte und welche klinischen und osteopathischen Tests im Rahmen der Untersuchung anzuwenden sind.

Bei ausreichender Übereinstimmung der Aussagen der Experten soll ein Vorschlag für eine Routineuntersuchung erarbeitet und in dieser Arbeit vorgestellt werden.

Das Ergebnis dieser Arbeit soll für die Grundausbildung, für Supervisionen, für Studenten und Berufsanfänger, für die tägliche Praxis und die empirische Forschung im Rahmen der Osteopathie von Interesse und Bedeutung sein.

#### **1.4 HINWEISE ZUR LITERATUR UND ZUR LITERATURRECHERCHE**

Für die Literaturrecherche wurde relevante osteopathische und klinisch – medizinische Fachliteratur in deutscher und englischer Sprache heran gezogen<sup>1</sup>.

Weiters wurde eine Literaturrecherche in allen empfohlenen elektronischen Datenbanken<sup>2</sup> (Med Line, Cochrane Library, Scirus, Osteopathic Research Web, Ostmed – Dr., PEDRO, Universität Wien – Hauptbibliothek, Donauuniversität Krems. Medizinische Universität Wien) unter anderem mit folgenden Schlagwörtern in deutscher und englischer Sprache in Verbindung zur Osteopathie und in verschiedenen Wortkombinationen durchgeführt:

- Systematic Examination / Assessment (Systematische Untersuchung)
- Examination Guidelines (Untersuchungsrichtlinien)
- Physical Examination (Körperliche Untersuchung)
- Screening
- Routine Examination / Assessment (Routineuntersuchung)
- Osteopathic Tests (Osteopathische Tests)
- Manual Examination (Manuelle Untersuchung)
- Standardized Examination and Assessment (Standardisierte Untersuchung)

Es wurde weiters schriftlich mit Schulen beziehungsweise Universitäten für Osteopathie in England (British School of Osteopathy London, European School of Osteopathy Maidstone) und mit der American Osteopathic Association und der American Academy of

---

<sup>1</sup> Literatur in Französisch und anderen Sprachen konnte, sofern sie nicht in einer Übersetzung vorliegt, aufgrund der Sprachbarriere nicht berücksichtigt werden

<sup>2</sup> Seminarunterlagen Bibliothekstag: Eine erste Einführung zum wissenschaftlichen Arbeiten für Osteopathinnen und Osteopathen (Clementi et al., 2008)

Osteopathy mit der Bitte um Unterstützung bei der Literaturrecherche Kontakt aufgenommen.

In Gesprächen mit teilweise aus dem Ausland stammenden Vortragenden an der WSO ergaben sich zusätzliche Literaturhinweise.

### **1.5 HINWEISE FÜR DIE LESERIN / FÜR DEN LESER ZU DIESER ARBEIT**

Im Rahmen dieser Arbeit wird zur besseren Lesbarkeit mit Ausnahme von Kapitel 6 auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, z.B. ExpertInnen, verzichtet. Selbstverständlich gelten entsprechende Begriffe im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Im Anhang (Glossar) der vorliegenden Arbeit werden häufig verwendete Abkürzungen aufgelistet. Einzelne Fachbegriffe werden im Fließtext erklärt oder in Fußnoten beschrieben, den Lesefluss nicht zu stören.

Im Anhang (Glossar) werden die erwähnten klinischen Tests aufgelistet und beschrieben, welche Funktion sie haben bzw. was sie testen sollen (vgl. hierzu Tabelle 20 in Kapitel 11.2.2). Auf eine umfassende Beschreibung der Vorgehensweise bei jedem Test kann in dieser Arbeit nicht eingegangen werden, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Zitate in englischer Sprache wurden vom Autor persönlich übersetzt und von einer fachkundigen Person<sup>3</sup> auf die korrekte Übersetzung hin überprüft.

---

<sup>3</sup> Dr. Brigitte Leucht, Historikerin und Anglistin, Lektorin an der Oxford University

## 2 DEFINITION UND BEGRIFFSERKLÄRUNGEN

Im folgenden Abschnitt dieser Arbeit wird zunächst Osteopathie definiert. Anschließend wird der Versuch unternommen, die Routineuntersuchung aus medizinischer Sicht darzustellen. Es wird zusätzlich auf die Art und Weise eingegangen, wie Routinen aus Sicht der kognitiven Entscheidungspsychologie zu betrachten sind, wie der Begriff Routineuntersuchung in der Präventivmedizin verwendet wird und welche Funktion Checklisten erfüllen.

### 2.1 OSTEOPATHIE

Das Osteopathic European Academic Network (OSEAN) definiert Osteopathie folgendermaßen:

*„Osteopathy is a distinct approach to healthcare, based on a well-established system of clinical diagnosis. Osteopaths focus on the structure of the body, using safe, natural, manual treatment that offers a caring approach to the individual needs of each patient at all stages of life, from birth to old age. Predominantly gentle manipulative techniques are used to correct joint and tissue imbalances, allowing restoration of harmony within the patient's body. Osteopathy treats the person not just the disorder. The objective is the promotion of long-term health“ (OSEAN. 2010).*

Diese Definition wurde gewählt, da sie klar zum Ausdruck bringt, dass die Osteopathie auf einer fundierten klinischen Diagnostik und Untersuchung beruht.

Bei der Osteopathie handelt es sich gemäß dieser Definition um eine spezifische Methode, die der Erhaltung der Gesundheit dient. Sie baut auf einer etablierten und fundierten klinischen Untersuchung und Diagnose auf.

In der Behandlung konzentrieren sich Osteopathen vor allem auf die Struktur des Körpers, wobei sichere und natürliche manuelle Behandlungsmethoden zur Anwendung kommen, die dem Osteopathen einen einfühlsamen Zugang an die individuellen Bedürfnisse eines jeden Patienten in allen Lebensabschnitten, von der Geburt bis ins hohe Alter, ermöglichen.

Es kommen vorwiegend sanfte manipulative Behandlungstechniken zum Einsatz, die dabei helfen, ein Gelenk oder ein Ungleichgewicht im Gewebe zu korrigieren bzw. die



Wiederherstellung der Harmonie im Körper des Patienten ermöglichen. Im Unterschied zur isolierten Behandlung einer Funktionsstörung, verfolgt die Osteopathie einen ganzheitlichen Zugang zum Menschen, wobei die Förderung der langfristigen Gesundheit im Mittelpunkt steht.

Die wesentlichen Elemente der osteopathischen Diagnostik werden im weiteren Verlauf dieser Arbeit beschrieben (vgl. hierzu Kapitel 3.1).

Zunächst soll allerdings der Begriff der Routineuntersuchung definiert werden und dargestellt werden in welchem Kontext dieser verwendet wird.

## **2.2 ROUTINEUNTERSUCHUNG**

In vielen medizinischen Fachlexika<sup>4</sup> ist keine eindeutige Definition beziehungsweise Erklärung für den Begriff Routineuntersuchung zu finden.

Es ist daher zunächst notwendig, den Begriff Routineuntersuchung zu definieren:

Routine bedeutet, dass etwas, beispielsweise eine bestimmte Tätigkeit beziehungsweise Handlung, immer in einer bestimmten Art und Weise ausgeführt wird und in weiterer Folge durch die Erfahrung und einer Vielzahl von Wiederholungen schließlich zur Gewohnheit wird (Brockhaus, 2006; Duden, 2010; Cambridge Dictionaries Online, 2010; Oxford Dictionaries Online 2010).

Eine Gewohnheit ist eine Tätigkeit oder Handlung, die man immer wieder tut so dass sie selbstverständlich ist und nicht mehr außergewöhnlich ist (Duden, 2010).

Viele Alltagshandlungen sind Routinetätigkeiten. Sie sind automatisch ablaufende Tätigkeiten und die entsprechende Handlung wird in der Regel in derselben Art und Weise ausgeführt (Neuronale Netze, 2010).

---

<sup>4</sup> z.B. Pschyrembel (2007), Roche Lexikon Medizin (2003), Zetkin und Schaldach (1999), Concise Medical Dictionary (1998), The Oxford Medical Companion (1994)

Untersuchung bedeutet etwas genau beobachten, um über eine Sache Erkenntnisse zu bekommen (Duden, 2010; Cambridge Dictionaries Online, 2010; Oxford Dictionaries Online, 2010) Als Synonym ist auch Inspektion, Analyse oder Prüfung gebräuchlich (Duden, 2010).

Aus medizinischer Sicht umfasst eine Untersuchung die Gesamtheit aller Methoden und Strategien, die dazu dienen, den Gesundheitszustand eines Patienten zu erfassen, Krankheiten festzustellen und den Heilungsverlauf zu erfassen. Dazu zählen das Erfassen der Krankengeschichte (Anamnese), die körperliche Untersuchung, gegebenenfalls Laboruntersuchungen und apparative Untersuchungsverfahren (z.B. eine Röntgenuntersuchung) (Der Brockhaus Gesundheit, 2006; Duden, 2010; Pschyrembel 2007).

Als Synonym kann auch Diagnostik verwendet werden (Pschyrembel, 2007; Reuter, 2005).

Wird nun auf pragmatische Art und Weise Routineuntersuchung durch eine Synthese dieser Begriffserklärungen definiert, dann umfasst eine Routineuntersuchung alle Strategien, Verfahren und Methoden, die in gewohnter und gleichbleibender Art und Weise ausgeführt werden und die dazu dienen, den Gesundheitszustand eines Patienten zu prüfen und zu einer Diagnose zu gelangen.

Bevor allerdings aufgezeigt wird, in welchem Kontext Routineuntersuchungen in der Medizin verwendet werden, erscheint es für diese Arbeit interessant und sinnvoll zu sein, Routinen einerseits aus der Sicht der Psychologie zu definieren und andererseits zu betrachten, wie sie sich auf das menschliche Entscheidungsverhalten auswirken. Es sei daher im folgenden Abschnitt ein Exkurs in die Forschung zur kognitiven Entscheidungspsychologie gestattet.

### **2.2.1 Wie beeinflussen Routinen das Entscheidungsverhalten**

Laut Betsch (2005) lernen Menschen durch Erfahrung, welche Handlungsweisen in bestimmten Situationen zur Verwirklichung eines Ziels günstig, weniger günstig oder welche nicht ziel führend und daher

zu vermeiden sind. Auf diese Weise werden Routinen für immer wiederkehrende Entscheidungssituationen erworben.

Gemäß dem Autor sind Routinen erlernte und ziel führende Verhaltensmuster für immer wiederkehrende Situationen, in denen es notwendig ist, sich für eine bestimmte effiziente Handlungsweise zu entscheiden. Er definiert Routine als jene Lösung, die einer Person zunächst in den Sinn kommt, sobald sie wieder mit der gleichen Situation konfrontiert ist.

Auch Gewohnheiten sind laut Betsch (2005) Routinehandlungen, die durch sehr häufiges Wiederholen entstanden sind und die mehr oder weniger automatisch in wiederkehrenden Alltagssituationen in Form eines bestimmten Verhaltens abgerufen beziehungsweise aktiviert werden. Dabei spielen bestimmte Merkmale einer Situation, die Ziele und Motive für die Handlung eine wichtige Rolle für die Entscheidungsfindung. Bei neuen Handlungen ist die Lösung in der Regel noch nicht bekannt. Die handelnde Person muss sich für ein bestimmtes Verhalten entscheiden.

Betsch (2005) geht allerdings davon aus, dass bei sich wiederholenden Entscheidungssituationen gelernte Handlungsmuster automatisch aktiviert werden. Die handelnde Person steht nun vielmehr vor der Entscheidung, ob sie das erlernte Verhalten in Form der Routine anwenden soll oder sich für eine alternative Handlungsweise entscheiden soll.

Er geht weiters davon aus, dass Routinen auf jede Phase der Entscheidungsfindung eine große Rolle spielen. Auf eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Phasen wird in dieser Arbeit verzichtet, da dies den Rahmen sprengen würde. Es sollen aber einige interessante, von Betsch (2005) diskutierte Aspekte hervorgehoben werden.

Im Rahmen von psychologischen Forschungsarbeiten konnte festgestellt werden, dass Menschen vor allem unter bestimmten Bedingungen dazu neigen, die Routinehandlung für eine bereits bekannte Situation zu wählen. Eine alternative Handlungsmöglichkeit, die für diese bestimmte Situation eventuell besser und ziel führender wäre, wird „abgewertet“ und daher möglicherweise nicht in Erwägung

gezogen. Diese Tendenz wird durch bestimmte Bedingungen, z.B. durch Zeitdruck und durch große Vertrautheit mit einer wiederkehrenden Situation, verstärkt. Sie ist auch umso stärker je öfter die Routine in der Vergangenheit ausgeführt worden ist. Betsch (2005) spricht in diesem Fall von routinierten Entscheidern.

Auch komplexe, schwierige Situationen können gemäß Betsch (2005) dazu führen, dass wiederum die Routine gegenüber einer möglicherweise effizienteren Handlungsweise bevorzugt wird.

Die von Betsch (2005) diskutierten Forschungsergebnisse zeigen außerdem die Neigung von Menschen, sich für die Routine zu entscheiden v.a. wenn diese mit einer hohen Motivation erlernt worden ist. Die Routinen behindern unter diesen Bedingungen im Grunde die handelnde Person, ihr Verhalten zu verändern und an eine veränderte Situation und veränderte Bedingungen anzupassen. Unter Zeitdruck kann es auch sein, dass wiederum vielmehr auf die Routine zurück gegriffen wird auch wenn der handelnden Person im Grunde bereits klar ist, dass eine andere Handlungsweise für diese Situation besser geeignet ist und sie sich eigentlich vorgenommen hat, dementsprechend zu handeln.

Werden alternative Handlungsmöglichkeiten nicht oder nur ungenügend berücksichtigt, kann diese zu vorschnellen Urteilen und Fehlentscheidungen führen. Erst durch mehrere Fehler beziehungsweise Fehlentscheidungen wird in weiterer Folge die Routine „abgewählt“.

Betsch (2005) beklagt, dass in der kognitiven Entscheidungspsychologie der Einfluss von Routinen auf die Art und Weise, wie sich Menschen in bestimmten Situationen entscheiden, vernachlässigt worden ist. Seiner Meinung nach sind menschliche Entscheidungen nur unter Berücksichtigung von erlernten Routinen und den damit verbundenen Lern – und Gedächtnisprozessen erklärbar.

Was hat dies nun mit der Untersuchung in der Osteopathie zu tun?

Die Untersuchung und Diagnostik ist, meiner Meinung nach, in der Regel eine Handlung, die von den meisten Osteopathen wahrscheinlich täglich mehrfach durchgeführt wird. Es ist also eine Situation, die immer wieder kehrt und daher den Osteopathen sehr vertraut ist. Es kann also, basierend auf den Ausführungen von Betsch (2005), davon im Grunde davon ausgegangen werden, dass jeder Osteopath sich in der Untersuchungssituation, vor allem in komplexen Situationen und unter Zeitdruck, nach einer erlernten Routine richtet und somit mehr oder weniger eine Form der Routineuntersuchung anwendet.

Ich habe selbst die Erfahrung gemacht, dass häufig Untersuchungen unter Zeitdruck statt finden, v.a. dann wenn es sich um eine renommierte Praxis handelt, die, wie man im Volksmund zu sagen pflegt, „gut läuft“. An vielen Institutionen, z.B. Krankenhäusern oder physikalischen Instituten sind klare Zeitvorgaben für die Behandlungseinheiten durchaus üblich. Auch sind Osteopathen, meiner Ansicht nach, immer wieder mit komplexen und schwierigen klinischen Situationen und Beschwerdebildern konfrontiert, die zunächst scheinbar ein Abweichen von der Routineuntersuchung, sofern eine solche angewendet wird, erforderlich machen. Laut Betsch (2005) wird aber gerade in einer solchen Situation wiederum vielmehr auf eine bereits erlernte Routine zurück gegriffen.

Es wird zu einem späteren Zeitpunkt in dieser Arbeit im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Experteninterviews nochmals auf diese Ausführungen Bezug genommen werden.

Zunächst soll allerdings im folgenden Abschnitt dieser Arbeit dargestellt werden, in welchem Zusammenhang, z.B. in der Präventivmedizin, der Begriff der Routineuntersuchung verwendet wird.

### **2.3 SCREENING IN DER VORSORGE MEDIZIN**

Im Brockhaus Gesundheit (2006) wird die Routineuntersuchung als orientierende, vom aktuellen Problem des Patienten unabhängige Untersuchung definiert, die in bestimmten periodischen Abständen

vorgenommen wird. Dazu zählen die Früherkennungsuntersuchungen der Präventivmedizin.

Als Beispiel wird anschließend die Vorsorgeuntersuchung Neu dargestellt (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen, 2005).

In Österreich gibt es seit 1974 eine ärztliche Vorsorgeuntersuchung, die 2005 basierend auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen neu gestaltet wurde und als Vorsorgeuntersuchung Neu bezeichnet wird. Jeder Versicherte über dem 18. Lebensjahr hat einmal pro Jahr kostenlos die Möglichkeit, an einer Vorsorgeuntersuchung teilzunehmen, die auf den jeweiligen Lebensabschnitt zugeschnitten ist.

Das übergeordnete Ziel einer Vorsorgeuntersuchung ist zuerst das Erkennen von Risikofaktoren (z.B. Rauchgewohnheiten, arterielle Hypertonie). Liegen solche vor, so wird durch entsprechende Intervention versucht, eine Veränderung des Lebensstils zu erreichen (z.B. Raucherentwöhnung), wobei letztlich im Idealfall das Entstehen einer Krankheit verhindert werden kann. Diese Maßnahmen werden als primäre Prävention bezeichnet (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen, 2005; Nixdorff, 2009).

Andererseits sollen Krankheiten - so genannte Volkskrankheiten - in einem möglichst frühen Stadium erkannt werden, um rasch eine entsprechende Therapie und Behandlung einleiten zu können. In diesem Zusammenhang wird von sekundärer Prävention gesprochen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen, 2005; Nixdorff, 2009).

In Abhängigkeit von definierten Teilzielen werden bestimmte Interventionen als Routine vorgenommen. Beispielsweise werden zur Früherkennung kardiovaskulärer Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen routinemäßig unter anderem folgende Untersuchungen durchgeführt oder Parameter erhoben: Bestimmung des Blutzuckers, des Triglyzeridspiegels, des Gesamtcholesterins

(inklusive HDL – Cholesterin), des Blutdrucks und der Body – Mass – Index (BMI).

Bei diesen Früherkennungsuntersuchungen wird allerdings nicht von einer Routineuntersuchung sondern vielmehr von einem „Screening“ gesprochen.

Ein Screening wird auch als Siebtestung definiert, der zur Untersuchung von größeren Bevölkerungsschichten gedacht ist und der Früherkennung von Krankheiten in einem symptomlosen Stadium dient (Zetkin und Schaldach, 1999). Durch die Diagnose einer Krankheit in einem frühen Stadium soll die Therapie so früh als möglich beginnen können, die Prognose verbessert und Komplikationen vermieden werden. Screening Untersuchungen erlauben keine genaue Diagnose, sondern können nur einen Hinweis darauf geben, ob frühe Krankheitszeichen vorhanden sind oder nicht (Nixdorff, 2009; The Oxford Medical Companion, 1994; Zetkin und Schaldach, 1999).

Im Sinne der Qualitätssicherung und um den Anforderungen einer Evidenz basierten Medizin zu entsprechen beruhen sowohl die einzelnen Screeningverfahren als auch die entsprechenden Interventionen auf international anerkannten Testkriterien und Leitlinien. Durch wissenschaftliche Forschungsergebnisse muss einerseits gewährleistet sein, dass die einzelnen Screeningprogramme auch tatsächlich in der Lage sind, die Morbidität und Mortalität der Zielkrankheit zu senken. Andererseits soll auf diese Weise sicher gestellt werden, dass die hohen Kosten dem Effekt der Vorsorgeuntersuchung angemessen sind (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005; Zetkin und Schaldach, 1999).

Die wichtigsten Instrumente der Vorsorgeuntersuchung für den Arzt sind eine standardisierte Anamnese und ein strukturierter und standardisierter Dokumentationsbogen. Dieser Dokumentationsbogen ist wiederum mit einer Checkliste vergleichbar und soll gewährleisten, dass der Arzt bei der Vorsorgeuntersuchung keine Fragstellung auslöst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005).

Auch im Bereich der Arbeitsmedizin werden zur Vorbeugung von arbeitsbedingten Erkrankungen und Berufskrankheiten arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wie in einem interessanten wissenschaftlichen Projekt von Grifka et al. (2002) dargestellt wird. Die Autoren sprechen in diesem Zusammenhang von einer arbeitsmedizinischen Routineuntersuchung (Grifka et al., 2002).

Zur Prävention von möglichen Muskel - Skelett Erkrankungen (MSE) wurde ein mehrstufiges Untersuchungsprogramm entwickelt. Dieses Untersuchungsprogramm ermöglicht eine systematische und standardisierte Diagnostik von Auffälligkeiten im Stütz – und Bewegungsapparat.

Im Sinne der Vorsorge sollen bereits Auffälligkeiten in einem symptomlosen Frühstadium erfasst werden.

Das Untersuchungsprogramm besteht aus vier Ebenen. Die erste Ebene dient der globalen Erfassung von Auffälligkeiten. Diese können dann in weiterer Folge näher untersucht und differenziert werden. Für diese erste orientierende Untersuchung wurde ein Untersuchungsprotokoll bestehend aus 29 Untersuchungsschritten erarbeitet. Diese sind schnell durchzuführen, reproduzierbar und erlauben eine einfache Dokumentation. Es wird lediglich dokumentiert, ob bei einem der Untersuchungsschritte ein auffälliges Ergebnis besteht – ja oder nein. In Ebene zwei wird jede Auffälligkeit in Ebene eins im Detail untersucht und weiter verfolgt.

Dieses Prinzip, bei der Untersuchung zunächst global vorzugehen und erst im nächsten Untersuchungsschritt die auffälligen und positiven Körperregionen genau zu untersuchen, findet sich beispielsweise auch bei in der Literatur beschriebenen osteopathischen Untersuchungsroutinen wieder (vgl. hierzu Kapitel 3.2).

Um einen optimalen Untersuchungsstandard zu garantieren, wurden genaue schriftliche und bildliche Anweisungen und Erklärungen erarbeitet, die eine korrekte Durchführung der einzelnen Tests und eine einheitliche Dokumentation gewährleisten sollen.

Das Untersuchungsprogramm wurde im Rahmen einer Studie erprobt und die Ebenen eins und zwei des Programms nach



anerkannten Testgütekriterien evaluiert. Es stellte sich heraus, dass durch die Handlungsanweisungen und durch die einheitliche Bewertung eine Untersuchungsmethode geschaffen wurde, die vom Untersucher weitgehend unabhängig ist.

Aufgrund der Ergebnisse präsentieren die Autoren diese mehrstufige Untersuchungsroutine als eine Möglichkeit, systematisch und standardisiert Muskel – Skelett Erkrankungen zu erfassen und zu dokumentieren. Sie postulieren, dass dieses Testinstrument daher zur Qualitätssicherung in der Arbeitsmedizin und in weiterer Folge auch für epidemiologische Fragstellungen geeignet ist.

In der Literatur wird die Routineuntersuchung mehrfach mit einer Checkliste gleichgesetzt. Daher wird dieser Aspekt ebenso im Anschluss aufgegriffen.

## **2.4 „CHECKLISTEN“**

Der Begriff Checkliste kommt ursprünglich aus dem Englischen, ist aber heutzutage auch im deutschen Sprachgebrauch durchaus üblich. Im Duden (2007) wird eine Checkliste als eine „Kontrollliste zum Abhaken“ bezeichnet. Sie dient unter anderem als Erinnerungshilfen bei Routineabläufen, als Organisationsgrundlage und beim Selbstmanagement<sup>5</sup>.

Croibier (2006) vergleicht die Routineuntersuchung mit einer Checkliste wie sie in vielen Berufe eingesetzt wird. Er nennt als Beispiel die Piloten, die vor dem Abflug mit Hilfe von Checklisten, abgestimmt auf den jeweiligen Flugzeugtyp, den Start der Maschine vorbereiten.

Auch der Dokumentationsbogen der Vorsorgeuntersuchung dient als Checkliste für den untersuchenden Arzt (vgl. hierzu Kapitel 2.3).

Braun und Mader (2005) schlagen für die Diagnostik in der Allgemeinmedizin 82 Checklisten vor. Diese Checklisten umfassen Stichwörter für die Anamnese und bestimmte Untersuchungen für bestimmte Symptome (z.B. Fieber) und Beschwerdebilder oder

---

<sup>5</sup> Gemäß dem Vorwort zu: „Die besten 150 Checklisten von A – Z“ (Schötensack, s.p.)

Krankheiten (z.B. Multiple Sklerose). Sie sollen den Allgemeinmediziner unterstützen, bei der Diagnostik möglichst effizient vorzugehen, wobei sie Effizienz auf möglichst umfassend, gezielt, rasch und reproduzierbar beziehen. Letztlich sind diese Checklisten gemäß Braun und Mader (2005) als Kontrolllisten zu verwenden, die den Arzt systematisch durch die Anamnese und Untersuchungen führen und gewährleisten sollen, dass er keine wichtige Frage beziehungsweise keine wichtige Untersuchung auslässt wodurch das Fehlerrisiko sinken soll.

Braun und Mader (2005) befürworten eine konsequente und systematische Vorgehensweise anhand der standardisierten Checklisten und empfehlen vor allem noch unerfahrenen Ärzten, sich streng an die Checkliste zu halten. Ein erfahrener Arzt sollte ihrer Ansicht nach die Checklisten, die, wie Braun und Mader (2005) betonen, in langjähriger Arbeit erprobt und die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und regelmäßig aktualisiert werden, zumindest als Vorschlag und als Orientierungshilfe benutzen.

In diesem Kapitel wurde zunächst mangels eindeutiger Definitionen in der Literatur versucht, den Begriff Routineuntersuchung zu definieren.

Es wurde zusätzlich dargestellt, wie Routinen aus Sicht der Psychologie definiert werden und wie diese das menschliche Entscheidungsverhalten beeinflussen.

Weiters wurde aufgezeigt, dass in der Vorsorgemedizin Screening Untersuchungen verwendet werden, die in der medizinischen Alltagssprache auch als Routineuntersuchung bezeichnet werden, und es wurde außerdem auf die Funktion von Checklisten eingegangen.

Im nächsten Teil dieser Arbeit wird auf den Begriff der Routineuntersuchung in der osteopathischen Fachliteratur eingegangen.

### **3 DIE ROUTINEUNTERSUCHUNG IN DER OSTEOPATHIE**

In folgendem Kapitel soll zunächst der Weg zu einer osteopathischen Diagnose skizziert und dargestellt werden, dass eine Routineuntersuchung aus Sicht der Autoren ein wichtiger Bestandteil des gesamten Untersuchungsablaufes ist.

#### **3.1 DIE DIAGNOSE IN DER OSTEOPATHIE**

Die Diagnose ist laut Fossum (2010) der wichtigste Teil des gesamten osteopathischen Behandlungsprozesses. Er geht davon aus, dass 75% der osteopathischen Behandlung auf die Untersuchung entfallen. Die Ergebnisse der Untersuchung ergeben im Zusammenhang mit osteopathischen Prinzipien und Denkmodellen schließlich eine osteopathische Diagnose.

Die Untersuchung ist Voraussetzung für eine anschließende osteopathische Behandlung. Eine fundierte Diagnose gewährleistet eine effiziente Behandlung und verhindert nicht erwünschte Nebenwirkungen und Komplikationen.

Fossum (2010) beschreibt die einzelnen Schritte der osteopathischen Untersuchung folgendermaßen:

- Anamnese<sup>6</sup>
- Globale osteopathische Untersuchung: der Patient wird in mehreren Lagen untersucht, um ein globales Bild des Läsionsmusters zu erhalten. Er bezeichnet diesen Schritt auch als allgemeine Untersuchung
- Lokale osteopathische Untersuchung: die gefundenen somatischen Dysfunktionen<sup>7</sup> werden im Detail untersucht und definiert.

---

<sup>6</sup> Erfassen der Krankengeschichte (Reuter, 2005)

<sup>7</sup> Gemäß Fossum (2010) handelt es sich bei einer somatischen Dysfunktion aus osteopathischer Sicht um einen signifikanten Befund bei der osteopathischen Untersuchung, die als pathologische und palpierbare Veränderung der Gewebequalität manuell festgestellt werden kann. Sie sind ein Zeichen für darunter liegende Pathologien.

- Medizinische Untersuchung: notwendige klinische Untersuchungen (z.B. Blutdruckmessung) werden vorgenommen und Sicherheitstests (z.B. eine neurologische Untersuchung) durchgeführt.

Für Fossum (2010) ist diese Vorgehensweise unter anderem essentiell, um so den Bereich beziehungsweise mehrere Bereiche der größten Spannung zu finden. Er geht davon aus, dass sich in jener Region die Auswirkung der somatischen Dysfunktionen und der physiologischen und psychologischen Stress maximieren. Nur durch diese Vorgehensweise bei der Untersuchung ist es möglich, das gesamte Läsionsmuster zu erfassen und die Zusammenhänge zu verstehen.

Basierend auf den Befunden aus der gesamten Untersuchung wird eine Synthese (Diagnose) erstellt. Diese kann entweder gleich zu einer entsprechenden Behandlung führen oder der Patient wird für eine weitere Abklärung an die entsprechenden Stellen weiter verwiesen.

Croibier (2006) beschreibt sehr ausführlich folgenden Weg zur osteopathischen Diagnose:

- Allgemeine Anamnese
- Allgemeine klinische Untersuchung: Diese beinhaltet eine Inspektion des Patienten und eine Beurteilung des Allgemeinzustandes.
- Manuelle Übersichtsdiagnose: Sie besteht aus einer Reihe von Tests und Untersuchungsschritten, um möglichst rasch Problembereiche identifizieren zu können. Er bezeichnet diesen Schritt auch als Routineuntersuchung.
- Differentialdiagnose: Es werden mögliche Kontraindikationen bestimmt und es wird, auf Basis der bisherige Untersuchung, eine erste Hypothese erstellt.
- Spezifische Diagnose: Alle auffälligen Bereiche werden genau untersucht und die Dysfunktion präzisiert.
- Äthiologische Diagnose: Die Befunde der allgemeinen und spezifischen Untersuchung werden in Zusammenhang zueinander gestellt und es wird eine mögliche

Entstehungsursache für die Beschwerden des Patienten überlegt.

Folgende Abbildung veranschaulicht nochmals Croibier's (2006) Weg zur Diagnose:

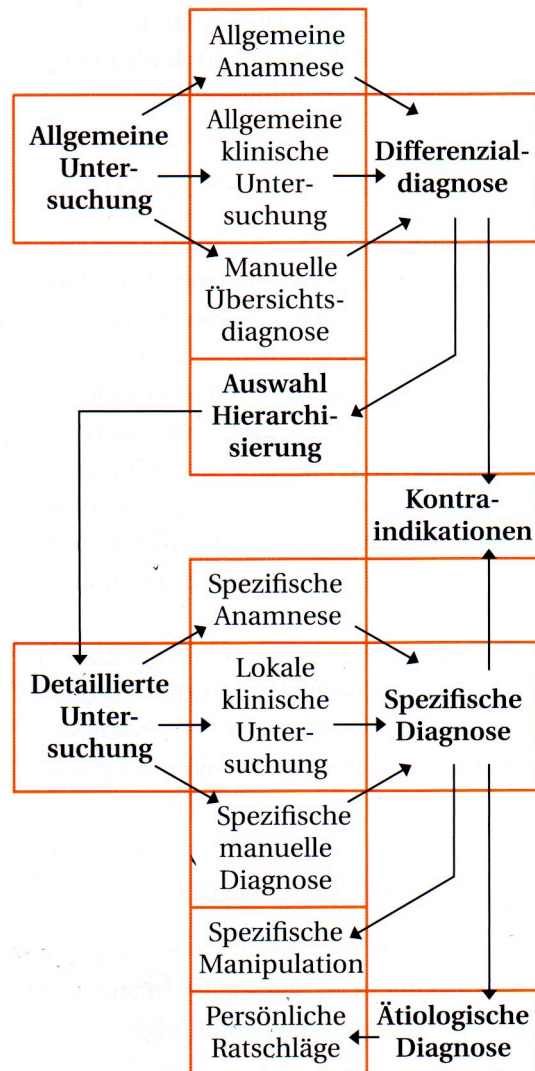


Abbildung 1: Die Osteopathische Diagnose (Croibier, 2006, S. 66)

Wesentlicher Bestandteil dieses Prozesses ist eine vollständige körperliche Untersuchung des Patienten. Diese klinische Untersuchung muss gemäß Croibier (2006) systematisch, vollständig und strukturiert aufgebaut sein. Die Routineuntersuchung oder manuelle Übersichtsdiagnose, wie er sie auch bezeichnet, ist ein wesentlicher Bestandteil des gesamten Prozesses.

Fossum (2010) und Croibier (2006) postulieren, dass die Untersuchung in der Osteopathie schrittweise, strukturiert und systematisch abzulaufen hat. Routineuntersuchungen, allgemeine Untersuchungen oder manuelle Übersichtsdiagnosen, wie auch immer diese letztlich bezeichnet werden, sind ihrer Ansicht nach ein wesentlicher und zentraler Bestandteil des gesamten osteopathischen Untersuchungs – und Diagnoseprozesses.

Wie diese genau definiert werden und aufgebaut sind wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit genau beschrieben. Zunächst soll aber noch festgehalten werden, dass auch in der Literatur zu anderen medizinischen Fachbereichen eine schrittweise Abfolge und systematische Vorgehensweise bei der Untersuchung und Befunderhebung beschrieben und befürwortet wird.

### 3.1.1 Gründe für eine systematische Untersuchung

Folgende Tabelle veranschaulicht zunächst die wesentlichsten Merkmale und Vorteile einer systematischen Untersuchung aus Sicht der acht in diesem Kapitel erwähnten Autoren (n = 8) und die Nennungshäufigkeit ihrer Argumente:

Tabelle 1: Gründe für eine systematische Untersuchung

<b>GRÜNDE FÜR EINE SYSTEMATISCHE UNTERSUCHUNG</b>	<b>HÄUFIGKEIT (%)</b>	<b>AUTOREN</b>
Unsicherheiten und Ängste der Patienten abbauen	2 (25%)	Lehmayer (2006), Grüne und Schölmerich (2007)
Keinen Untersuchungsschritt vergessen	5 (62,5%)	Poeck und Hacke (2006), Mummenthaler und Mattle (1997), Magee (2008), Fießl und Middeke (2010), Grüne und Schölmerich (2007)
Umfassend und reproduzierbar	1 (12,5%)	Magee (2008)
Klare Diagnose	1 (12,5%)	Magee (2008)
Individuell	2 (25%)	Magee (2008), Fießl und Middeke (2010)

Dahmer (2006) und Lehmeyer (2006) schlagen eine systematische körperliche Untersuchung in der Allgemeinmedizin bestehend aus vier beziehungsweise fünf Untersuchungsschritten vor:

- Inspektion<sup>8</sup>
- Palpation<sup>9</sup>
- Perkussion<sup>10</sup>
- Auskultation<sup>11</sup>

Dahmer (2006) erwähnt noch die Funktionsprüfung als fünften Untersuchungsschritt.

Lehmayer (2006) bietet ein Schema als Leitstruktur an, das vor allem für Berufsanfänger eine Hilfestellung sein soll. Mit zunehmender Erfahrung kann dieses Schema später modifiziert werden. Der Autor weist darauf hin, dass die körperliche Untersuchung seiner Ansicht nach klar strukturiert und jeder Untersuchungsabschnitt systematisch durchgeführt werden sollte. Zusätzlich erwähnt er, dass ein strukturierter Untersuchungsablauf dazu beitragen kann, Unsicherheit und Ängste von Seiten der Patienten abzubauen.

Reimann (2008) ist der Ansicht, dass auch die Untersuchung in der Physiotherapie grundsätzlich schrittweise und systematisch durchgeführt wird und aus folgenden Schritten besteht:

- Anamnese
- Inspektion
- Palpation (Tastbefund)
- Akustische Befundverfahren

Reimann (2008) betont, dass jeder Schritt auf dem vorangegangenen logisch aufbaut.

---

<sup>8</sup> Reuter (2005) definiert Inspektion als eine äußerliche Untersuchung eines Patienten.

<sup>9</sup> Reuter (2005) definiert Palpation als Betasten bzw. Abtasten eines Patienten. Och (2010) definiert Palpation aus osteopathischer Sicht als therapeutische Berührung mit der ein manuell arbeitender Therapeut physische Gegebenheiten wahrnimmt, differenziert und beschreibt. Für Och (2010) geht die Palpation über das reine Betasten hinaus. Er beschreibt es auch als Wahrnehmung von Grenzen, da jede Struktur eine andere Beschaffenheit besitzt. Grundlage der Palpation sind seiner Ansicht nach ein geschulter Tastsinn und sehr gute Kenntnisse der Anatomie.

<sup>10</sup> Reuter (2005) definiert Perkussion als Beklopfen bzw. Abklopfen der Körperoberfläche. Durch den entstehenden Klopfeschall kann die Grenzen von Geweben beurteilt werden, da der Schall vom Luftgehalt der Gewebe abhängig ist. So kann beispielsweise die Lage und die Größe eines Organs beurteilt werden.

<sup>11</sup> Abhören von Körpergeräuschen mit dem Ohr oder einem Stethoskop (Reuter, 2005)

Den Informationen und Ergebnissen aus einem der Untersuchungsschritte kann im nächsten Schritt im Detail nachgegangen werden.

Poeck und Hacke (2006) empfehlen für die neurologische Untersuchung, eine bestimmte Reihenfolge einzuhalten, um keinen wichtigen Untersuchungsschritt zu vergessen. Aus dem selben Grund betrachten Mummenthaler und Mattle (1997), ebenfalls Neurologen, eine bestimmte Routine bei der Untersuchung als notwendig. Poeck und Hacke (2006) warnen außerdem ausdrücklich davor, einen Untersuchungsschritt als nicht wesentlich zu betrachten oder gar auszulassen, auch wenn er nicht die Region betrifft, in der die Beschwerden vom Patienten angegeben werden und ergänzen, dass es oft gerade diese Untersuchungsschritte oder Tests sind, die schließlich das eigentliche Problem des Patienten erkennen lassen.

Magee (2008) befürwortet ebenso eine systematische Untersuchung für die orthopädische Untersuchung eines Patienten. Eine systematische und schrittweise aufgebaute Untersuchung ist seiner Ansicht nach notwendig, um kein wesentliches Detail zu übersehen. Die Untersuchung muss seiner Ansicht nach gut organisiert, umfassend und reproduzierbar sein. Die Wahl der Methodik und der einzelnen Schritte kann dem einzelnen Untersucher überlassen bleiben, solange die Untersuchung systematisch aufgebaut ist. Eine umfassende systematische Untersuchung ist auch nach Meinung dieses Autors Voraussetzung für die Erstellung einer korrekten Diagnose und Differentialdiagnose.

Füeßl und Middeke (2010) empfehlen ebenso für die körperliche Untersuchung in der Allgemeinmedizin und inneren Medizin einen geordneten und standardisierten Untersuchungsablauf. Sie nennen für ihre Empfehlung zwar keinen konkreten Grund, weisen aber darauf hin, dass der Ablauf der Untersuchung ihrer Ansicht nach individuell gestaltet sein sollte. Sie publizieren einen umfangreichen Leitfaden für die körperliche Untersuchung als Vorschlag. Sie vertreten die Meinung, dass es bei der körperlichen Untersuchung einen Mindeststandard geben sollte. Jeder Patient sollte unabhängig von seinen Symptomen



und der Anamnese gründlich körperlich untersucht werden, damit dem Untersucher kein Hinweis auf eine mögliche Pathologie entgeht und nur das Symptom und nicht die tatsächliche Ursache behandelt wird. Auch für diesen Mindestumfang der körperlichen Untersuchung schlagen sie einen Leitfaden vor.

Grüne und Schölmerich (2007) sind der Auffassung, dass sich jeder Arzt einen bestimmten Untersuchungsablauf als Standard zurecht legen sollte und schlagen eine Vorgehensweise vor, die sich für sie persönlich bewährt hat. Diese systematische Vorgehensweise ist ihrer Ansicht nach notwendig, damit kein Organsystem vergessen wird. Sie weisen auch darauf hin, dass dadurch gegebene routinierte und flüssige Untersuchungsablauf beim Patienten den Eindruck verstärkt, dass der Untersucher professionell arbeitet.

#### **3.1.1.1 Zusammenfassung**

Alle in diesem Kapitel erwähnten Autoren betonen, dass systematische Untersuchungsabläufe für die körperliche Untersuchung in verschiedenen medizinischen Fachgebieten (Neurologie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin) zu empfehlen beziehungsweise notwendig sind.

Ein wesentlicher Vorteil einer systematischen Vorgehensweise ist, dass sie den Untersucher dabei unterstützt, keinen wichtigen Untersuchungsschritt, keinen Körperabschnitt oder Organsystem zu vergessen. Dies entspricht im Wesentlichen dem Prinzip einer Checkliste (vgl. hierzu Kapitel 2.4). Anhand von Tabelle 1 (vgl. hierzu Kapitel 3.1.1) ist zu erkennen, dass dieser Vorteil einer systematischen Untersuchung am häufigsten genannt wird (Poeck und Hacke, 2006; Mumenthaler und Mattle, 1997; Magee, 2008; Fießl und Middeke, 2010; Grüne und Schölmerich, 2007).

Es scheint keine allgemeingültige Vorgabe für eine systematische körperliche Untersuchung zu geben. Fießl und Middeke (2010) und Magee (2008) betonen, dass der Ablauf individuell gestaltet sein kann. Daher ist es scheinbar jeder Arzt oder Therapeut dazu aufgefordert, eine solche Untersuchungsroutine selbst zu erarbeiten, wobei die

individuellen Vorschläge der Autoren natürlich als Vorlage dienen können.

Magee (2008) ist auch der Meinung, dass ein systematischer Untersuchungsablauf reproduzierbar ist.

Lehmayer (2006) und Grüne und Schölmerich (2007) weisen zusätzlich darauf hin, dass ein systematischer Ablauf Professionalität vermittelt und dazu beitragen kann, dass sich ein Patient sicher und gut betreut fühlt.

Lehmayer (2006) betont auch, dass vor allem unerfahrene Berufsanfänger von einer systematischen Untersuchung profitieren können.

Auf die genaueren Gründe, wieso eine Routineuntersuchung aus Sicht der bereits genannten Autoren Fossum (2010) und Croibier (2006) und noch einiger anderer Autoren auch für die Osteopathie zu empfehlen ist, wird in folgenden Abschnitten eingegangen.

### ***3.2 DIE ROUTINEUNTERSUCHUNG IN DER OSTEOPATHISCHEN FACHLITERATUR***

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass zum Thema Routineuntersuchung in der Osteopathie offensichtlich nur wenig Literatur existiert und nur relativ wenige konkrete Vorschläge für eine globale Routineuntersuchung beziehungsweise eine systematische Untersuchung aufscheinen (vgl. hierzu Kapitel 1.4).

Für die Literaturanalyse wurden zehn in der Literatur beschriebene Beispiele für Routineuntersuchungen herangezogen.

Bei der Auswahl der Beispiele wurde darauf Wert gelegt, dass diese in der Literatur ausführlich beschrieben und von den Autoren kommentiert werden<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Die integrative osteopathische Untersuchung von Fieuw und Kenter (2004) ist zwar nur als DVD mit einem kurzen Begleittext erhältlich aber die Autoren erklären ihren Untersuchungsablauf ausführlich während sie ihre Untersuchungsroutine im Film demonstrieren.

Diese Beispiele wurden miteinander verglichen und die entsprechende Literatur zu diesem Thema nach folgenden Fragestellungen aufgearbeitet:

- Wie wird die Routineuntersuchung definiert?
- Werden Beispiele für Routineuntersuchungen und für eine systematische Vorgehensweise beschrieben?
- Welche Kriterien sind für den Autor für die Untersuchung beziehungsweise diese Routineuntersuchung wichtig?
- Was ist das Ziel dieser Routineuntersuchung?
- Gibt es Vor- und Nachteile dieser Routineuntersuchung?
- Welche Bedeutung hat die Anamnese für diese Routineuntersuchung?
- Durch welche Faktoren wird diese Routineuntersuchung beeinflusst?

Diese Fragestellungen und die aus der inhaltlichen Analyse der Literatur abgeleiteten Themenschwerpunkte (Kategorien) wurden in weiterer Folge auch als Basis für die Erstellung des Interviewleitfadens verwendet, um einen Bezug zu den Aussagen und Meinungen der Experten herstellen zu können.

Die genannten Beispiele werden im folgenden Abschnitt vorgestellt und die zentralen Merkmale der jeweiligen Methoden und Kernaussagen der Autoren hervorgehoben.

### **3.2.1 Begriffserklärung und Definition: Routineuntersuchung**

In der osteopathischen Literatur findet sich keine eindeutige Definition für den Begriff Routineuntersuchung und es werden verschiedene Bezeichnungen und Namen verwendet.

Aufgrund der Analyse der Untersuchungsabläufe der in folgendem Kapitel aufgeführten Autoren kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei einer Routineuntersuchung um eine globale körperliche Untersuchung handelt. Diese besteht aus einem systematischen und strukturierten Ablauf von bestimmten einfach und schnell durchzuführenden Handgriffen, Tests und Untersuchungsschritten, die

logisch aufeinander aufgebaut und einfach zu wiederholen sind. Diese Systematik wird grundsätzlich immer in der gleichen Reihenfolge durchgeführt. Basierend auf dem Ergebnis der globalen Untersuchung werden alle auffälligen Bereiche und Problemzonen genau im Detail untersucht.

Nur Croibier (2006) verwendet konkret den Begriff Routineuntersuchung. Er ist der einzige der diesen Begriff als Synonym für seinen systematischen Untersuchungsablauf verwendet. Er bezeichnet sie auch als „manuelle Übersichtsdiagnose“ und vergleicht sie mit einer Checkliste (vgl. hierzu Kapitel 2.4).

Fossum (2010) bezeichnet die Routineuntersuchung als „Globale osteopathische Untersuchung“ beziehungsweise als „Allgemeine Untersuchung“.

Greenman (2000, 2003) stellt eine „orientierende Untersuchung“ als Bestandteil der gesamten körperlichen Untersuchung des Patienten vor.

Johnston et al. (2009) stellen für die körperliche Untersuchung von Patienten eine Methode vor, die sich aus drei Stufen zusammensetzt. Die einzelnen Ebenen der Untersuchung werden wie folgt bezeichnet und beschrieben:

- „Sreen“ (grobe Untersuchung): Durch eine bestimmte Abfolge von Tests verschafft sich der Untersucher einen generellen Eindruck über den Patienten. Eine passende Fragestellung zu dieser Ebene lautet: *„Gibt es ein Problem?“*
- „Scan“ (feine Untersuchung): Im Sreening Verfahren werden auffällige Regionen genauer untersucht, um festzustellen, welches Segment betroffen ist. Die passende Fragestellung lautet: *„Wo ist das Problem?“*
- „Segmentbestimmung“: Das Problem wird genau definiert. Es wird die Frage gestellt: *„Welcher Art ist das Problem?“*

Aufgrund dieser Beschreibung kann davon ausgegangen werden, dass das Screening Verfahren dieser Autoren mit der

Routineuntersuchung oder allgemeinen Untersuchung bereits genannter Autoren vergleichbar ist.

Mitchell und Mitchell (2004) schlagen für die Untersuchung des Patienten eine „Sreening“ Untersuchung in zehn Schritten vor. Die Autoren betonen allerdings, dass es nicht unbedingt notwendig ist, diese Methode so zu bezeichnen, da in der tatsächlichen klinischen Praxis die Anzahl der Schritte variieren kann.

Die amerikanische Osteopathin Sara E. Sutton (1978) beschreibt ihre Methode der Anamnese und der anschließenden Durchführung einer systematischen Untersuchung. Sie wählt allerdings keine bestimmte Bezeichnung oder einen Namen für ihre Methode und betont, dass es sich um einen persönlichen Vorschlag für eine holistische Untersuchung eines Patienten ihrerseits handelt.

Fiew und Kenter (2004) stellen auf einer DVD einen umfassenden Untersuchungsablauf vor, den sie als „Integrative osteopathische Untersuchung“ bezeichnen.

Die allgemeine osteopathische Behandlung (A.O.B.) nach Dopler et al. 2010, ist eine Methode zur systematischen Untersuchung und Behandlung des gesamten Bewegungsapparates.

Das „Mechanical Link“ Konzept ist ein von Paul Chauffour 1978 entwickeltes osteopathisches Diagnose – und Behandlungskonzept. Es wurde in den letzten Jahrzehnten durch den Begründer selbst in Zusammenarbeit mit seinem Kollegen Eric Prat und anderer Osteopathen verfeinert und weiter entwickelt (Somody – Neplaz et al., 2007).

Buekens (2004) beschreibt ein von ihm selbst entwickeltes Untersuchungs – und Behandlungskonzept dessen Basis eine gründliche und umfangreiche Anamnese und ein deutlich strukturierter Untersuchungsablauf ist. Er bezeichnet sie als „Ganzheitliche integrierte myofaziale osteopathische Therapie (GIMFOT)“

### **3.2.2 Ablauf der Routineuntersuchung**

Im folgenden Abschnitt wird zunächst auf Übereinstimmungen und Ähnlichkeiten in den jeweiligen von den Autoren vorgeschlagenen Untersuchungsabläufen eingegangen.

Die von den Autoren beschriebenen Untersuchungsabläufe sind nicht einheitlich. Da Verweise auf mögliche Vorbilder und Quellen fehlen müssen diese als individuelle Vorschläge der jeweiligen Autoren für Routineuntersuchungen gewertet werden. Diese Annahme wird von Croibier (2006) und Mitchell und Mitchell (2004) bestätigt.

Die vorgestellten Untersuchungsmethoden können natürlich vom Leser aufgegriffen und genauso angewendet werden. Sie können aber auch in veränderter Form in eine bereits bestehende Untersuchungsroutrinen integriert werden (Mitchell und Mitchell, 2004).

Die grobe Struktur des gesamten osteopathischen Untersuchungsablaufs wurde bereits in Anlehnung an Croibier (2006) und Fossum (2010) dargestellt (vgl. hierzu Kapitel 3.1).

Aus den jeweiligen Routineuntersuchungen der Autoren lässt sich ableiten, dass der allgemeine Ablauf beziehungsweise die grobe Struktur der Routineuntersuchung oder wie auch immer diese bezeichnet wird gleich ist.

Nach abgeschlossener Anamnese verläuft die weitere systematische globale körperliche Routineuntersuchung folgendermaßen:

- Inspektion
- Untersuchung im Stehen
- Untersuchung im Sitzen
- Untersuchung im Liegen

Fünf der zehn beschriebenen Routineuntersuchungen finden in vier Lagen statt (Stehen, Sitzen, Rückenlage und Bauchlage) (Croibier, 2006; Fossum, 2010; Mitchell und Mitchell, 2004; Sutton, 1978; Allgemeine osteopathische Behandlung nach Dopler et al., 2010). Fiew und Kenter (2004) untersuchen ebenfalls in vier Lagen allerdings wählen sie anstelle der Bauchlage die Seitenlage. Drei Untersuchungsabläufe finden in drei Lagen statt (Stehen, Sitzen, Rückenlage) (Greenman, 2000, 2003; Johnston et al., 2009; Buekens, 2004). Bei der Untersuchung nach dem Mechanical Link Konzept

(Somody – Neplaz et al., 2007) wird ein Patient im Sitzen und in Rückenlage, somit in zwei Lagen, untersucht.

Folgende klinische und osteopathische Tests werden mehrfach erwähnt. Tests oder Untersuchungsschritte, die von den Autoren nur einmal erwähnt werden, werden im Rahmen der Beschreibung der einzelnen Routineuntersuchungen aufgeführt.

Die Tests sind grundsätzlich in den Untersuchungsablauf in der jeweiligen Position des Patienten logisch integriert, um den flüssigen Ablauf der Untersuchung nicht zu stören:

- Aktive Funktionstests im Stehen für die Wirbelsäule in Flexion, Extension, Lateralflexion und Rotation im Stehen (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004; Fieuw und Kenter, 2004)
- Aktive Funktionstests für die Wirbelsäule in Rotation und Lateralflexion im Sitzen (Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004; Fieuw und Kenter, 2004)
- General Listening Test im Stehen (Croibier, 2006; Fossum, 2010)
- General Listening Test im Sitzen (Croibier, 2006; Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003)
- Vorlaufftest im Stehen (Standing Flexion Test) (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004; Fieuw und Kenter, 2004; Sutton, 1978)
- Vorlaufftest im Sitzen (Mitchell und Mitchell, 2004; Sutton, 1978; Fieuw und Kenter, 2004)
- Gangtest beziehungsweise Ganganalyse (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004; Sutton, 1978)
- Hip Drop Test (Fossum, 2010; Mitchell und Mitchell, 2004; Sutton, 1978; Fieuw und Kenter, 2004)
- Gillet Test (Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004)

- Squatting Test (Hock Test) (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003)
- Pseudo – Lasegue Test (Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004)
- Patrick – Test (FABERE Test) (Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004)
- Beinlängentest (Mitchell und Mitchell, 2004; Fieuw und Kenter, 2004)
- Funktionsprüfung der OE im Sitzen (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004; Sutton, 1978)
- Prüfung der Atmung durch Testung der atemabhängigen Rippenbewegungen und / oder Überprüfung der globalen Spannung des Zwerchfells (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004; Fieuw und Kenter, 2004; Buekens, 2004)
- Passive Funktionsprüfung UE (Fossum, 2010; Sutton, 1978)
- Aktive Funktionsprüfung Halswirbelsäule (im Sitzen) (Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004; Fieuw und Kenter, 2004)
- Funktionsprüfung Kiefergelenk (Johnston et al., 2009; Mitchell und Mitchell, 2004; Sutton, 1978)

Folgende Tabelle soll die Häufigkeitsverteilung der von den Autoren mehrfach genannten Tests veranschaulichen (n = 10):

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung von Tests in Routineuntersuchungen (Mehrfachnennung)

TEST	HÄUFIGKEIT (%)
Aktive Funktionstests Wirbelsäule (im Stehen)	4 (40%)
Aktive Funktionstests Wirbelsäule (im Sitzen)	3 (30%)
General Listening (im Stehen)	2 (20%)
General Listening (im Sitzen)	3 (30%)
Vorlaufest (im Stehen)	5 (50%)
Vorlaufest (im Sitzen)	3 (30%)
Gangtest bzw. Ganganalyse	4 (40%)
Hip Drop Test	4 (40%)
Gillet Test	2 (20%)
Squatting Test (Hock Test)	2 (20%)



Pseudo Lasegue Test	2 (20%)
Patrick Test (FABERE Test)	2 (20%)
Beinlängentest	2 (20%)
Funktionsprüfung OE (im Sitzen)	4 (40%)
Prüfung der Atmung	5 (50%)
Passive Funktionsprüfung UE (in Rückenlage)	2 (20%)
Selektive Funktionsprüfung HWS (im Sitzen)	3 (30%)
Funktionsprüfung Kiefergelenk	3 (30%)

Aus dieser Tabelle ist zu erkennen, dass lediglich zwei Untersuchungsschritte beziehungsweise Tests, nämlich der Vorlauftest im Stehen (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004; Fieuw und Kenter, 2004; Sutton, 1978) und die Prüfung der Atmung (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004; Fieuw und Kenter, 2004; Buekens, 2004) bei fünf von zehn Routineuntersuchungen angewendet werden. Alle anderen Tests werden nur zwei bis vier Mal erwähnt.

Bei der Analyse der einzelnen Routineuntersuchungen fiel weiters auf, dass sich die Routineuntersuchung von Greenman (2000, 2003) ausschließlich auf die Untersuchung des Stütz – und Bewegungsapparates beschränkt.

Die Untersuchungsroutinen von Johnston et al. (2009), Mitchell und Mitchell (2004), Buekens (2004) und der Mechanical Link (Somody – Neplaz et al., 2007) sind Teil eines spezifisches Behandlungskonzeptes und führen basierend auf den Untersuchungsergebnissen zu spezifischen Behandlungstechniken, die eine Korrektur einer Dysfunktion vor allem im strukturellen System bewirken sollen. Im Falle der des Screening Verfahrens von Johnston et al. (2009) ist dies z.B. eine funktionelle Technik. Bei der Methode von Mitchell und Mitchell (2004) ist es eine Muskelenergietechnik.

Croibier (2006), Greenman (2000, 2003) und Sutton (1978) weisen zusätzlich darauf hin, dass der Untersucher wissen sollte, welches sein dominantes Auge ist, um die visuelle Diagnostik exakt durchführen zu können<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Eine Beschreibung dieses Tests ist dieser Arbeit im Anhang (Glossar) beigefügt

Es folgt eine detaillierte Beschreibung der einzelnen globalen Untersuchungsabläufe, die für diese Arbeit ausgewertet wurden. Einerseits sollen interessante Aspekte der jeweiligen Methoden aufgezeigt werden, andererseits soll so die Vielfalt an unterschiedlichen und individuellen Untersuchungsmethoden dargestellt werden, die aber dennoch in einigen zentralen Punkten, z.B. hinsichtlich allgemeiner Abläufe, Ziele und Kriterien, Übereinstimmungen und Ähnlichkeiten aufweisen.

### **3.2.2.1 Die manuelle Übersichtsdiagnose beziehungsweise Routineuntersuchung nach Croibier (2006)**

Croibier (2006) stellt einen sehr ausführlichen Untersuchungsablauf als Routineuntersuchung vor.

Der Patient wird in vier Lagen untersucht. Ein wesentlicher Bestandteil der Untersuchung sind globale und segmentale Ecoute<sup>14</sup> Tests. Diese sind allgemeine diagnostische Übersichtstests und sollen Ungleichgewichte im Körper des Patienten aufzeigen. Sie sollen den Untersucher im weiteren Ablauf der Untersuchung leiten.

Der Autor empfiehlt diese jeweils vor den Funktionstests in der jeweiligen Position auszuführen, damit das Ergebnis der Ecoute (Listening) Tests nicht durch den Funktionstest verändert wird. Weiters betont er, dass es hilfreich sein kann, bei der Durchführung der Ecoute Tests auch immer auf der selben Seite zu stehen und die Hände immer an die gleichen Körperstellen zu legen, damit die Tests reproduzierbar sind und um die Ergebnisse besser miteinander vergleichen zu können.

Der gesamte Untersuchungsablauf beginnt mit einem globalen Ecoute Test (General Listening) im Stehen. Weitere Ecoute Tests sind ein Ecoute am Schultergürtel im Stehen, ein globaler Ecoute im Sitzen und Ecoute Tests an der oberen und unteren Extremität im Sitzen und

---

<sup>14</sup> Bei einem Ecoute (Listening) Test legt der Osteopath laut Barral und Mercier (2005) seine Hand beispielsweise auf ein Organ (viszeraler Ecoute), das untersucht werden soll und übt leichten Druck auf das Gewebe aus. Die Hand des Osteopathen bleibt grundsätzlich passiv und folgt den Bewegungen, die er spürt. Ein Ecoute Test kann z.B. im Stehen (General Listening im Stehen) oder im Sitzen ausgeführt werden, bei dem sich ein Patient zur Seite der größten Fixierung neigt. Oder er kann laut Barral und Mercier (2005) auch lokal an einem Organ ausgeführt werden.

in der Rückenlage. Diese integriert er logisch in der jeweiligen Lage des Patienten in die Untersuchung um den flüssigen Ablauf der Untersuchung nicht zu stören.

Im Anschluss wird jeder Körperabschnitt, jede Extremität und jedes Gelenk global manuell untersucht, um zu prüfen, ob in einem Gelenk eine Bewegungseinschränkung vorliegt oder nicht.

Croibiers (2006) Routineuntersuchung schließt außerdem Tests zur Beurteilung der Druckverhältnisse und Viskoelastizität<sup>15</sup> in den verschiedenen Körperhöhlen mit ein. Mit diesen Tests soll eine mögliche Dysfunktion eines inneren Organs aufgezeigt werden. Ebenso untersucht er das kraniosakrale System mit einigen wenigen Handgriffen und Tests. Auch bei den Tests für das viszerale und das kraniosakrale System soll im Rahmen der Routineuntersuchung lediglich aufgezeigt werden, ob eine Dysfunktion besteht oder nicht.

### **3.2.2.2 Globale osteopathische Untersuchung nach Fossum (2010)**

Der Patient wird in 4 Lagen untersucht.

Fossum (2010) beginnt mit einer Inspektion im Stehen und einem Gangtest gefolgt von einem Global Listening Test (Ecoule Test) im Stehen.

Es folgen aktive Funktionstests im Stehen zur Prüfung der globalen Wirbelsäulenbewegungen in die Flexion, Extension, Rotation und Lateralflexion. Im Stand führt er einen „Squatting“ Test, einen „Hip – Drop Test“, einen Vorlauftest und eine passive Untersuchung der Wirbelsäulenbeweglichkeit durch.

Im Sitzen wird der Global Listening Test und der Vorlauftest wiederholt, gefolgt von einer passiven Prüfung der Wirbelsäule, der

---

<sup>15</sup> Ist eine Grundeigenschaft von biologischem Gewebe (Klein und Sommerfeld, 2004): Verformbarkeit bzw. Deformierung von biologischem Gewebe in Abhängigkeit von der Zeit. Wenn ein Organ leicht komprimiert wird, verformt es sich laut Croibier (2006) in zwei Phasen: es kommt zunächst zu einer elastischen Dehnung und dann, etwas verzögert, zu einer viskoelastischen Dehnung. Liegt in einem Organ eine Dysfunktion oder eine Pathologie vor, dann verändert sich die Elastizität und die Viskoelastizität. Dies kann manuell wahrgenommen werden.

Rippen und der Respiration. Die obere Extremität wird ebenfalls im Sitzen global aktiv und passiv getestet.

In Rückenlage wird die fasziale Spannung der unteren Extremität und des Beckens beurteilt, gefolgt von einer passiven Untersuchung der unteren Extremität und einem Downing Test.

Mit einem lokalen Listening Test am Abdomen und Thorax wird global geprüft, ob allenfalls eine Dysfunktion im viszeralem System vorliegt oder nicht. Weiters wird die Respiration getestet und die Elastizität des Thorax in Abhängigkeit von der Atmung überprüft.

Im Gegensatz zu Croibier (2006) finden sich in diesem beschriebenen Untersuchungsschema keine Tests oder Untersuchungsschritte für das kraniosakrale System.

### **3.2.2.3 Orientierende Untersuchung nach Greenman (2000; 2003)**

Greenmans (2000; 2003) „orientierende Untersuchung“ besteht aus 12 Schritten, die, wie der Autor betont, überschaubar und schnell durchzuführen sind. Die einzelnen Schritte seiner Untersuchungsroutine sind:

Im Stehen werden folgende Tests durchgeführt:

- Ganganalyse
- Inspektion der Haltung
- Aktive Lateralflexion des Rumpfes
- Vorlaufstest
- „Spine“ Test (Gillet Test)

Im Sitzen folgen weitere Tests:

- Vorlaufstest
- Aktive Funktionsprüfung der OE in der Frontalebene
- Aktive Rotation des Rumpfes
- Aktive Lateralflexion des Rumpfes
- Aktive Beweglichkeit der Halswirbelsäule in Extension, Flexion, Rotation und Lateralflexion

Schließlich werden in Rückenlage noch diese Untersuchungen angewendet:

- Prüfung der Atembewegung am Thorax in Rückenlage

- Prüfung der UE („Lasegue“ Zeichen, Patrick Test) und ergänzend wiederum im Stehen ein „Squatting“ Test

Untersuchungsschritte für das viszerale und das kraniosakrale System sind in dieser Untersuchung nicht enthalten. Sie beschränkt sich scheinbar ganz bewusst auf das muskuloskeletale System, dessen Untersuchung laut Greenman (2000; 2003) den Schwerpunkt bei der strukturellen Untersuchung bildet. Die Untersuchung der inneren Organe erfolgt über den segmentalen Bezug zum muskuloskeletalen System.

#### **3.2.2.4 Screening nach Johnston et al. (2009)**

Das „Screening Verfahren“ von Johnston et al. (2009) beginnt mit einer Beurteilung des Gangbildes und einer Inspektion der Haltung im Stehen.

Im Anschluss folgt eine systematische Palpation des oberflächlichen Muskeltonus im Stehen an vordefinierten Körperregionen. Die 18 Regionen, die getestet werden, sind vorher festgelegt und umfassen die obere und untere Extremität, die Rippen, die Hals-, - Brust-, - und Lendenwirbelsäule, das Sakrum und den Bereich des Kiefergelenks. Durch einen leichten Druck wird manuell auf das Gewebe in dieser Region ausgeübt. Es wird einerseits der Widerstand des Gewebes auf diesen Druck beurteilt und auf die Symmetrie des Muskeltonus im Stehen im Seitenvergleich geachtet.

Der Palpation der oberflächlichen Muskelspannung und Gewebetextur folgt eine genaue Abfolge von aktiven und passiven Bewegungstests in acht ebenfalls vordefinierten Körperregionen. Diese Tests werden zuerst im Stehen, dann im Sitzen und dann in Rückenlage ausgeführt. Für jede Region werden jeweils zwei Tests zur Beurteilung des Bewegungsverhaltens in dieser Region systematisch in der selben Reihenfolge durchgeführt. Die Beurteilung erfolgt einerseits durch den Widerstand der einer passiven Bewegung entgegen gesetzt wird und der Qualität dieses Widerstandes wiederum im Seitenvergleich. Diese Bewegungstests umfassen beispielsweise die Rotation des Beckens im Stehen, die axiale Rotation des Kopfes, die Rippenbewegungen während der Atmung und das Kiefergelenk.

Das Screening Verfahren beschränkt sich ausschließlich auf das muskuloskeletale System. Es sind darin keine Untersuchungsschritte oder Tests für das viszerale oder das kraniosakrale System enthalten.

Im Vergleich zu den bisher genannten Untersuchungsmethoden werden bei dieser Methode keine klinischen Tests (z.B. ein Vorlauftest, Squatting Test) unmittelbar im Untersuchungsablauf verwendet, andererseits wird eine Funktionsprüfung des Kiefergelenks in die globale Untersuchung einbezogen.

### **3.2.2.5 Screening nach Mitchell und Mitchell (2004)**

Mitchell und Mitchell (2004) beschreiben sehr ausführlich den Ablauf der Screening Untersuchung in zehn Schritten. Sie schlagen eine bestimmte Anordnung der einzelnen Untersuchungsschritte vor, betonen aber, dass dies nur ein Versuch ist, eine möglichst effiziente Abfolge an ermöglichen und dass der Ablauf individuell verändert werden kann.

Die einzelnen Schritte des Screening Verfahrens beinhalten meist noch eine Reihe von Einzelschritten oder Tests. Das Screening in zehn Schritten ist wie folgt aufgebaut:

Im Stehen wird der Patient folgendermaßen untersucht:

- Beobachten des Gangs
- Inspektion der Haltung, Vergleich der Höhe der Darmbeinkämme
- Vorlauftest, Ausdauer im Zehenstand, Hock Test (Squatting Test), „Fowler – Storch Test“ (Gillet Test), Hip – Drop Test, Aktive Lateralflexion des Rumpfes

Im Sitzen erfolgen weitere Tests:

- Vergleich der Höhe der Darmbeinkämme
- Vorlauftest, Prüfung der Rippenbeweglichkeit in Abhängigkeit von der Atmung, Aktive Funktionsprüfung der Wirbelsäule in Rotation und Lateralflexion, aktive Funktionsprüfung der OE, Bewegungsprüfung der Halswirbelsäule in Extension, Flexion, Rotation und Lateralflexion

Es folgen Tests in Rückenlage:

- Überprüfung auf mögliche Dysfunktionen im kranialen Bereich (Parietal – Lift, Frontal – Lift, temporaler Traktionstest, Kieferbewegung, Vergleich der Größe der Augenhöhlen)
- Prüfung der Rippenbeweglichkeit wiederum in Abhängigkeit von der Atmung
- Prüfung der passiven Beweglichkeit der oberen Extremität durch eine Zirkumduktion der Schulter und Prüfung des Sternoklavikulargelenks, passive Bewegungsprüfung der UE (Pseudo – Lasegue Test, FABERE Test nach Patrick, Messung der Beinlänge)

Abschließend wird der Patient noch in Bauchlage untersucht:

- Positionstest des Sakrums, Sphinx Test
- Prüfung der Beweglichkeit der 11. und 12. Rippe in Abhängigkeit von der Atmung, Krafttest der ischiokruralen Muskulatur

Tests oder Untersuchungsschritte zur Überprüfung des viszeralen Systems sind in dieser Untersuchungsroutine nicht enthalten.

### **3.2.2.6 Routineuntersuchung nach Sutton (1978)**

Sutton (1978) stellt ihre Untersuchungsroutine mit verschiedenen Tests und Handgriffen zur Beurteilung des gesamten Bewegungsapparates vor. Der Patient wird in vier Lagen untersucht.

Im Sitzen wird mit einer gründlichen Inspektion des Patienten begonnen, wird die Halswirbelsäule des Patienten passiv untersucht, der Puls abgenommen und der Blutdruck an beiden Armen gemessen. Weiters werden die Reflexe überprüft, die Beweglichkeit der Gelenke der oberen Extremität aktiv getestet und ein sitzender Vorlauftest durchgeführt.

Im Stehen sind einige klinische Tests fixer Bestandteil ihres Untersuchungsablaufs. Dazu gehören der Vorlauf Test im Stehen, der Hip – Drop Test und der Romberg Test. Im Stehen wird auch das Gangbild des Patienten geprüft.

In Rückenlage wird unter anderem das Herz auskultiert und das Abdomen abgetastet, auskultiert und perkudiert. In dieser Lage wird auch das Kiefergelenk untersucht und die Beweglichkeit der Gelenke der unteren Extremität geprüft.

Abschließend wird noch in Bauchlage die Wirbelsäule palpiert, um mögliche Dysfunktionen beziehungsweise Fehlstellungen einzelner Wirbel zu erkennen und die Bewegungsprüfung der Gelenke der unteren Extremität wird komplettiert.

Der Untersuchungsablauf von Sutton (1978) enthält noch weitere Untersuchungsschritte wie zum Beispiel das Abtasten der Brüste weiblicher Patienten und die Untersuchung der äußeren Geschlechtsorgane sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Patienten.

Für den gesamten Untersuchungsablauf inklusive der Anamnese hat die Autorin 45 Minuten vorgesehen.

### **3.2.2.7 Integrative osteopathische Untersuchung nach Fieuw und Kenter (2004)**

Die Untersuchung beginnt im Stehen mit einer Inspektion der Haltung gefolgt von einer positionellen und funktionellen Untersuchung der von ihnen so bezeichneten Basislinien: die Beckenlinie, die Schulterlinie und die Kopflinie.

Es folgen Ecoute Tests am zervikothorakalen Diaphragma, am Zwerchfell und dem Diaphragma pelvis. Im Stehen wird außerdem die Elastizität des Abdomens als Teil der viszeralen Untersuchung mit einem Drucktest beurteilt. Ein Vorlaufftest, ein Hip Drop Test und die aktive Funktionsprüfung der Wirbelsäule in Lateralflexion ergänzen die Untersuchung im Stehen.

Im Sitzen wird die Untersuchung der Basislinien wiederholt, ein Vorlaufftest durchgeführt und die Elastizität und Atembewegung der Rippen überprüft. Anschließend wird die Brustwirbelsäule aktiv in Rotation getestet, gefolgt von der aktiven Funktionsprüfung der Halswirbelsäule in drei Lagen (Extension, Neutralstellung, Flexion).

In Rückenlage wird die Beinlänge überprüft und es werden wiederum die bereits erwähnten Basislinien auch in dieser Lage



positionell und funktionell untersucht. Anschließend werden die Spannungsverhältnisse im Bereich des Abdomens, die Funktion und der Tonus des abdominalen Diaphragmas überprüft, um mögliche viszerale Dysfunktionen zu erkennen, und ein Aneurysmatest für die abdominale Aorta als Sicherheitstest durchgeführt.

Die Untersuchung des kraniosakralen Systems wird in Rückenlage und Seitenlage ausgeführt mit Ecoute Tests an den Extremitäten und einer Untersuchung der Spannungsverhältnisse der reziproken Spannungsmembranen Falx und Tentorium und der Dura mater zwischen Kopf und Sakrum.

Der gezeigten Untersuchungsroutine folgt eine, wie sie die Autoren nennen, analytische Untersuchung auffälliger Körperregionen.

### **3.2.2.8 Die allgemeine osteopathische Behandlung (A.O.B.) nach Dopler et al. (2010)**

Die allgemeine osteopathische Behandlung ist laut Dopler et al. (2010) eine systematische Untersuchungs – und Behandlungsmethode, die den ganzen Körper des Patienten integriert. Sie wird grundsätzlich immer in derselben Reihenfolge durchgeführt und kann deshalb als eine vollständige Routine bezeichnet werden. Sie kann je nach Beschwerdebild und Ziel der Behandlung an den Patienten angepasst und abgewandelt werden. Es wird betont, dass es keine Kontraindikationen gibt und dass die Routine der Behandlung dazu beitragen kann, dass Vertrauen zwischen Therapeut und Patient entsteht und dieser sich entspannen kann. Die A.O.B. wird in vielen Fällen auch als Vorbereitung für eine weiterführende Behandlung eingesetzt.

Der Patient wird in einem dynamischen und strukturierten Ablauf in Rückenlage, in Seitenlage und in Bauchlage untersucht und behandelt.

Der Untersucher verschafft sich zunächst einen Überblick und kann unmittelbar eine auffällige Region näher untersuchen und behandeln. Oder der Untersucher benützt die Routine der AOB zunächst als systematische Untersuchungsmethode und untersucht und behandelt die auffälligen Körperregionen erst im Anschluss. Dies

ist dem Untersucher überlassen. Die A.O.B bietet diese Möglichkeit der flexiblen Anwendung.

In der Literatur werden verschiedene Abläufe und Untersuchungsschritte für eine allgemeine osteopathische Behandlung beschrieben. Dopler et al. (2010) beschreiben einen Ablauf in drei Lagen (Rückenlage, Bauchlage und Seitenlage). Krasser und Ligner (2007) beschreiben zusätzlich Techniken im Sitzen.

Das Kernelement der A.O.B. sind rhythmische Untersuchungs – und Behandlungstechniken. Die Geschwindigkeit kann an den Patienten angepasst werden. Langsame Bewegungen wirken generell beruhigend und entspannend, schnellere und fokussierte Bewegungen können als spezifische Gelenkmobilisation eingesetzt werden.

In jeder Lage des Patienten wird der gesamte Körper untersucht und behandelt. In einer ganz bestimmten Reihenfolge werden in der jeweiligen Ausgangstellung Traktionstechniken, Muskeldehnungen, Mobilisationstechniken für spezifische Gelenke und Gewebe, Faszientechniken, Mobilisationstechniken für das Zwerchfell und Techniken zur Aktivierung des Lymphsystems ausgeführt.

### **3.2.2.9 Der Mechanical Link nach Somody – Neplaz et al. (2007)**

Laut Somody – Neplaz et al. (2007) ist diese Methode präzise und reproduzierbar. Mittels eines speziellen systematischen und in mehreren Stufen gegliederten Diagnoseverfahrens soll die primäre und dominante Dysfunktion erkannt werden. Diese wird dann mittels einer einzigen Technik, einem Recoil behandelt. Dieser Recoil korrigiert die primäre Dysfunktion, die sekundären Dysfunktionen lösen sich im Anschluss an die Behandlung selbst auf, da es sich um kompensatorische Dysfunktionen handelt.

Ein wichtiger Grundsatz des Konzeptes ist der osteopathische Grundsatz von A. T. Still: „*Find it, fix it and leave it alone*“ [„Finde es, korrigiere es und lass es anschließend in Ruhe“].

Die Untersuchung eines Patienten beginnt mit einer Anamnese und den notwendigen klinischen Tests, die aufzeigen sollen, ob der betreffende Patient osteopathisch behandelt werden darf oder weiter

verwiesen muss. Diesen beiden Schritten folgt eine Inspektion der Haltung des Patienten.

Anschließend wird der Patient systematisch in vier aufeinander folgenden Schritten weiter untersucht.

Der Körper ist in diesem Konzept in acht Einheiten gegliedert. Dazu zählen beispielsweise der Thorax oder die Extremitäten, auch speziell für dieses Konzept definierte Einheiten, wie die Knochen mit ihren intraossären Kraftlinien oder das Oberflächenrelief der Haut als Spiegel für darunter liegende Strukturen und Organe.

Jede dieser acht Einheiten wird mittels eines speziellen Spannungstests untersucht. Durch Druck auf das Gewebe und Traktion werden Dysfunktionen in der jeweiligen Region identifiziert.

Im nächsten Schritt werden alle Dysfunktionen innerhalb einer Einheit mittels eines so genannten Inhibitions – Vergleichstests vertieft untersucht. Basierend auf den Ergebnissen dieser Tests wird festgelegt, welche die dominanten Dysfunktionen in der jeweiligen Einheit sind.

Im nächsten Schritt werden die dominanten Dysfunktionen der einzelnen Einheiten miteinander verglichen und es wird festgelegt, welche die primäre Ursache ist.

Diese primäre Dysfunktion wird mittels einer Recoil<sup>16</sup> Technik behandelt. Abschließend werden die verbliebenen dominanten Dysfunktionen kontrolliert und, falls notwendig, wiederum mit einem Recoil behandelt.

Gemäß der Beschreibung des Untersuchungsablaufs im Mechanical Link Konzept nach Chauffour et al. (2010) wird der Patient in zwei Lagen (Sitzen, Rückenlage) untersucht.

### **3.2.2.10 Ganzheitliche integrierte myofasziale osteopathische Therapie (GIMFOT) nach Buekens (2004)**

Buekens (2004) betont, dass die ganzheitliche integrierte myofasziale Therapie sich aus verschiedenen osteopathischen und

---

<sup>16</sup> Chauffour et al. (2010) beschreiben eine Recoil Technik als eine Technik, bei der die Dysfunktion gelöst werden soll, indem gegen den Widerstand des Gewebes ein schneller manueller Impuls ausgeübt wird.

nicht osteopathischen Techniken zusammensetzt, die er aber an osteopathische Grundsätze angepasst hat. Die Methode ist ganzheitlich, das heißt der Mensch wird in seiner Gesamtheit betrachtet. Zentrale Bedeutung bei dieser Methode hat das myofasziale System, das als Verbindungssystem im ganzen Körper betrachtet wird.

Buekens (2004) vergleicht den Untersuchungsablauf eines Patienten mit dem Kauf eines Gemäldes eines berühmten Malers.

Zunächst wird der Verkäufer mit gezielten Fragen über das Bild befragt. Danach wird der Käufer das Bild zunächst aus einiger Entfernung betrachten, um sich einen Gesamtüberblick zu verschaffen und erst anschließend das Bild im Detail analysieren, um auszuschließen, dass es sich um eine Fälschung handelt.

Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich immer nach demselben Prinzip. Im Anschluss an die Anamnese wird der Patient zunächst mit einigen Schnelltests untersucht, die einen ersten Eindruck über das Bewegungssystem liefern sollen. Auffällige Zonen und Regionen des Körpers werden darauf mit Detailtests untersucht, um letztendlich jene Zone zu identifizieren, die wahrscheinlich das ursächliche Problem darstellt und die Beschwerden des Patienten verursacht.

Die Untersuchung beginnt mit einer Inspektion des Patienten im Stehen.

Danach werden die so genannten Basislinien des Körpers, die Becken, die Schulter und Kopflinie mittels Rotationstests im Sitzen untersucht, um ein mögliches Ungleichgewicht der Faszienspannung festzustellen. Danach folgen Schnelltests in Rückenlage für das Becken, das Diaphragma und die obere Thoraxapertur.

Das kraniosakrale System wird, sofern es nicht unmittelbar durch ein Trauma betroffen ist, zunächst nur global durch eine Überprüfung des kranialen Impulses und Beurteilung möglicher deutlicher Dysfunktionen untersucht. Erst in einer späteren Phase der Behandlung wird das kraniosakrale System, sofern notwendig, im Detail untersucht. Buekens (2004) betont, dass diese Vorgehensweise den Vorteil bietet, dass das Kranium beziehungsweise die Veränderungen im kranialen

Bereich durch die Behandlung, als wichtiger Parameter für die Effizienz der Behandlung herangezogen werden können.

Den Abschluss des Untersuchungsablaufs bildet ein Traktionstest an der Dura mater mit einem suboccipitalen Griff, um Spannungszonen im Spinalkanal zu finden und eine viszerale Untersuchung. Letztere erfolgt mittels einer eigenen Technik und Handhaltung, die ebenfalls dazu dienen soll, den Tonus und mögliche Spannungszonen im Bereich des Abdomens zu erkennen, die auf mögliche Dysfunktionen zum Beispiel eines Organs hindeuten können.

Die Behandlung erfolgt mit speziellen Faszientechniken entsprechend dem Untersuchungsergebnis.

Buekens (2004) betont, dass er diese Methode vor allem bei Patienten anwendet, deren Beschwerdebild sehr komplex ist und deshalb eine genaue und strukturierte Untersuchung notwendig ist, um die Zusammenhänge zu erkennen und zu verstehen.

Es folgt im nächsten Abschnitt dieser Arbeit eine Darstellung Prinzipien und Kriterien, die für eine Routineuntersuchung als wichtig erscheinen.

### **3.3 WICHTIGE PRINZIPIEN FÜR DIE ROUTINEUNTERSUCHUNG**

Bei einer inhaltlichen Analyse obiger osteopathischer Ansätze zu einer Routineuntersuchung lassen sich meiner Meinung nach folgende wichtige Prinzipien und Kriterien erkennen.

Tabelle 3 soll diese Prinzipien und Kriterien der Autoren und deren Nennungshäufigkeit zunächst für einen besseren Überblick veranschaulichen:

Tabelle 3: Prinzipien und Kriterien für eine Routineuntersuchung

<b>PRINZIPIEN / KRITERIEN</b>	<b>HÄUFIGKEIT (%)</b>	<b>AUTOREN</b>
Untersuchung des strukturellen, viszeralen, kraniosakralen Systems	3 (30%)	Croibier (2006), Buekens (2004), Fieuw und Kenter (2004)
Untersuchung in zwei Lagen	1 (10%)	Somody – Neplaz et al. (2007)
Untersuchung in drei Lagen	3 (30%)	Greenman (2000, 2003), Johnston et al. (2009), Buekens (2004)

Untersuchung in vier Lagen	6 (60%)	Croibier (2006), Fossum (2010), Mitchell und Mitchell (2004), Fieuw und Kenter (2004), Dopler et al. (2010), Sutton (1978)
Rasch Probleme aufzeigen	3 (30%)	Croibier (2006), Greenman (2000, 2003), Mitchell und Mitchell (2004)
Flexibel anwendbar	1 (10%)	Croibier (2006)
Ist individuell	5 (50%)	Croibier (2006), Fossum (2010), Mitchell und Mitchell (2004), Johnston et al. (2009), Buekens (2004)
Tests logisch einbauen	2 (20%)	Croibier (2006), Johnston et al. (2009)

### 3.3.1 Untersuchung des strukturellen, viszeralen und kraniosakralen Systems

Croibier (2006) betont, dass immer der gesamte Mensch untersucht werden muss und daher eine Routineuntersuchung alle Systeme des menschlichen Körpers, den Bewegungsapparat, das viszerale System und das kraniosakrale System, erfassen sollte. Eine Untersuchung, die so aufgebaut ist, ist seiner Meinung nach ganzheitlich. Auch Fieuw und Kenter (2004) untersuchen alle drei Bereiche. Im Mittelpunkt der ganzheitlichen integrierten myofaszialen Therapie (GIMFOT) von Buekens (2004) steht zwar das myofasziale System dennoch werden im Rahmen der globalen Untersuchung alle drei Systeme global abgeklärt.

Im Gegensatz dazu fällt auf, dass bei einige der beschriebenen Untersuchungsabläufe nicht alle drei Bereiche untersucht werden.

Fossum (2010) sieht es auch als wichtig an, egal mit welcher Methode, einen Patienten in seiner Ganzheit zu erfassen. Im Gegensatz zu den drei bereits genannten Autoren lässt er allerdings das kraniosakrale System in der allgemeinen Untersuchung aus.

Greenman (2000, 2003) und Johnston et al. (2009) beschränken sich ausschließlich auf das strukturelle System des

Bewegungsapparates. Mögliche Gründe dafür können aus der Literatur nicht abgeleitet werden.

Auch mit einer allgemeinen osteopathischen Behandlung nach Dopler et al. (2010) (A.O.B) wird primär der Bewegungsapparat untersucht. Mitchell und Mitchell (2004) sparen das viszerale System aus ihrer Screening Untersuchung aus.

Sutton (1978) ist der Ansicht, dass die körperliche Untersuchung eine Untersuchung der verschiedenen Systeme eines Patienten wie zum Beispiel den Bewegungsapparat, das Herz – Kreislaufsystem, das neurologische System, das Verdauungssystem und das Hormonsystem beinhalten sollte. Weiters müssen ihrer Ansicht nach Ernährungsfragen und psychoemotionale und psychosexuelle Faktoren im Rahmen der Untersuchung berücksichtigt werden, um ein umfassendes und ihrer Meinung nach ganzheitliches Untersuchungsergebnis zu erhalten.

Ihr Vorschlag für eine Untersuchungsroutine beinhaltet keine Überprüfung des kraniosakralen Systems.

### **3.3.2 Untersuchung in mehreren Lagen**

Die Untersuchung des Patienten hat in verschiedenen Lagen statt zu finden (vgl. hierzu Kapitel 3.2.2).

Fünf Autoren untersuchen in vier Lagen (Stehen, Sitzen, Rückenlage und Bauchlage) (Croibier, 2006; Fossum, 2010; Mitchell und Mitchell, 2004; Sutton, 1978; Allgemeine osteopathische Behandlung nach Dopler et al., 2010). Fieuw und Kenter (2004) untersuchen ebenfalls in vier Lagen allerdings wählen sie anstelle der Bauchlage die Seitenlage. Drei Untersuchungsabläufe finden in drei Lagen statt (Stehen, Sitzen, Rückenlage) (Greenman, 2000, 2003; Johnston et al., 2009; Buekens, 2004). Bei der Untersuchung nach dem Mechanical Link Konzept (Somody – Neplaz et al., 2007) wird ein Patient im Sitzen und in Rückenlage, somit in zwei Lagen, untersucht.

Laut Johnston et al. (2009) ist eine Dysfunktion, die sich durch einen Lagewechsel verändert, eine Kompensation: „[...] eine *signifikante somatische Dysfunktion ist nicht positionsabhängig*“ (Johnston et al. 2009, S. 6).

Laut Delaunois (2010) ist eine Kompensation eine Reaktion des Körpers auf eine tatsächliche Dysfunktion. Als Reaktion auf diese Dysfunktion reagieren andere Gelenke, um das Gelenk in Dysfunktion zu schützen. Diese müssen daher nicht behandelt werden.

Fossum (2010) ist der Ansicht, dass nur Dysfunktionen, die in zumindest drei Lagen auffallen, behandlungswürdig sind.

### **3.3.3 Effizienz**

Croibier (2006) und Greenman (2000, 2003) betonen, dass ihre Untersuchungsprotokolle den Vorteil haben, dass diese in einer kurzen Zeit die wichtigsten Problembereiche und Dysfunktionen aufzeigen, die in weiterer Folge im Detail untersucht werden.

Auch Mitchell und Mitchell (2004) sehen den Zweck ihrer Screening Untersuchung darin, dass diese effizient Problembereiche im Bewegungsapparat aufgedeckt und daher auch rasch zu einer Problemlösung führt.

Nur Sutton (1978) macht eine konkrete Zeitangabe von 45 Minuten für ihren gesamten Untersuchungsablauf.

### **3.3.4 Flexibilität**

Croibier (2006) ist der Ansicht, dass eine Routineuntersuchung flexibel und veränderbar sein sollte, damit sie einerseits auf jeden Patienten anwendbar ist und damit sie an verschiedene klinische Situationen und Bedürfnisse der Patienten angepasst werden kann.

### **3.3.5 Individualität**

Der jeweilige Untersuchungsablauf ist individuell und individuell veränderbar. Laut Fossum (2010) gibt es keine einheitliche Routineuntersuchung. Jeder Osteopath kann sich einen Untersuchungsablauf nach seinem Wissensstand und seiner Erfahrung zusammenstellen, sofern er sich dazu entschließt, eine Routineuntersuchung anzuwenden.

Buekens (2004), Mitchell und Mitchell (2004), Johnston et al. (2009) betonen ebenfalls, dass ihr Untersuchungsprotokolle verändert und an die eigenen Bedürfnisse angepasst werden können. Die Routineuntersuchungen der jeweiligen Autoren können insofern als



individuelle Vorschläge gewertet werden. Auch Croibier (2006) versteht seine Routineuntersuchung als Vorschlag seinerseits (vgl. hierzu Kapitel 3.2.1).

### 3.3.6 Logische Abfolge der Untersuchung

Der Patient wird zuerst im Stehen, dann im Sitzen und dann im Liegen untersucht. In jeder Position sollen laut Croibier (2006) alle zu dieser Ausgangsstellung gehörenden Tests logisch in den Ablauf der Untersuchung eingebaut werden. Dadurch sollen zu viele für den Patienten möglicherweise unangenehmen Positionswechsel vermieden und der Komfort und die Stabilität des Patienten optimiert werden. Diese Vorgehensweise hilft seiner Meinung nach auch dabei, Zeit zu sparen.

Laut Johnston et al. (2009) wird auf diese Weise die Reproduzierbarkeit und die Einheitlichkeit der Tests und die Effektivität der Untersuchung gewährleistet.

Im nächsten Abschnitt wird auf die Ziele einer Routineuntersuchung aus der Sicht der analysierten Literatur eingegangen.

### 3.4 ZIELE DER ROUTINEUNTERSUCHUNG

Folgende Tabelle veranschaulicht zunächst die Ziele einer Routineuntersuchung und wie oft diese von den Autoren genannt werden:

Tabelle 4: Ziele einer Routineuntersuchung

ZIEL	HÄUFIGKEIT (%)	AUTOREN
Einen Überblick erhalten	10 (100%)	Croibier (2006), Fossum (2010), Greenman (2000, 2003), Mitchell und Mitchell (2004), Johnston et al. (2009), Sutton (1978), Dopler et al. (2010), Fieuw und Kenter (2004), Somody – Neplaz et al. (2007), Buekens (2004)
Verstehen der Ursachen und Zusammenhänge	2 (20%)	Fossum (2010), Mitchell und Mitchell (2004)
Zwischen Anpassung und Beeinträchtigung unterscheiden	1 (10%)	Mitchell und Mitchell (2004)
Nichts vergessen	1 (10%)	Croibier (2006)

Die Analyse der einzelnen Routineuntersuchungen ergibt ein übergeordnetes Ziel, das allen zehn Beispielen zu Grunde liegt: es ist das Ziel einer Routineuntersuchung, im ersten Untersuchungsschritt durch eine globale Untersuchung einen ersten Eindruck vom Patienten und einen Überblick über mögliche gestörte Körperzonen zu erhalten. Es soll festgestellt werden, ob ein Gelenk, ein Organ oder eine andere Körperstruktur in seiner Beweglichkeit eingeschränkt ist oder nicht und welche am meisten eingeschränkt sind.

Croibier (2006) drückt sich diesbezüglich folgendermaßen aus: Die einzelnen Schritte und Tests der Routineuntersuchung:

*„[...] dienen ausschließlich zum Nachweis von Läsionen und Dysfunktionen. Mit Hilfe der Routineuntersuchung kann eine systematische Liste der Dysfunktionen eines Patienten erstellt werden. Sie bilden eine Art mechanische Bestandsaufnahme des Patienten“ (Croibier, 2006, S.62).*

Der globalen Routineuntersuchung folgt eine genaue und detaillierte Untersuchung und Analyse all jener Problemzonen, die im Rahmen der Routineuntersuchung aufgefallen sind, um die Dysfunktionen genauer zu beschreiben und zu spezifizieren. Besteht keine Einschränkung wird diese Struktur im Sinne einer Ausschlussdiagnostik nicht mehr weiter untersucht.

Croibier (2006) vergleicht die Routineuntersuchung mit einem Sieb: Alles Nichtrelevante fällt durch die Löcher des Siebs, alle relevanten und wichtigen Erkenntnisse bleiben im Sieb und werden weiter betrachtet.

Dieser Vergleich einer Routineuntersuchung mit einem Sieb erinnert auf den ersten Blick an die Definition für eine Screening Untersuchung in der Vorsorgemedizin (vgl. hierzu Kapitel 2.3). Ein Screening wird in der Präventivmedizin, wie bereits erwähnt, als Siebtest angewendet (Zetkin und Schaldach, 1999), der dazu dient, bei einer großen Bevölkerungsmenge, die in der Regel noch keine spezifischen Symptome aufweist, Krankheiten möglichst frühzeitig zu erkennen. Bei näherer Betrachtung kann aber Croibier's (2006) Routineuntersuchung, auch wenn er diese mit einem Siebtest vergleicht, mit einem Screening nicht gleichgesetzt werden, da sich die

osteopathische Untersuchung, meiner Meinung nach, in diesem Fall auf einzelne Patienten bezieht, die mit konkreten Beschwerden einen Osteopathen aufsuchen und nicht auf eine größere Bevölkerungsgruppe, die noch keine Symptome zeigt.

Fossum (2010) betont, dass durch diese Vorgehensweise die Auswirkungen einer Dysfunktion auf den Körper des Patienten erkennbar und die Zusammenhänge deutlich gemacht werden.

Auch Mitchell und Mitchell (2004) betonen, dass es das Ziel dieser Untersuchungsmethode ist, die Ursachen zu erkennen und zu verstehen. Ein weiteres wichtiges Ziel der globalen Routineuntersuchung ist ihrer Meinung nach, durch diese Vorgehensweise zwischen Anpassung und tatsächlicher Beeinträchtigung unterscheiden zu können.

Croibier (2006) sieht den Sinn einer Routineuntersuchung unter anderem auch darin, im Sinne einer Checkliste (vgl. hierzu Kapitel 2.4) sicherzustellen, dass keine wesentliche Dysfunktion des Patienten übersehen wird und dass bei der Untersuchung kein wesentlicher Untersuchungsschritt und Test vergessen wird.

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird auf Faktoren eingegangen, die den Ablauf einer Routineuntersuchung beeinflussen können.

### **3.5 BEEINFLUSSENDE FAKTOREN: VERÄNDERT SICH DIE ROUTINEUNTERSUCHUNG?**

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Routineuntersuchung flexibel und veränderbar sein muss (vgl. hierzu Kapitel 3.3.4).

Die Anamnese ist unbestritten ein zentraler Teil des osteopathischen Diagnoseprozesses (vgl. hierzu Kapitel 3.1). In diesem Punkt stimmen alle Autoren, die sich mit Routineuntersuchung befassen und für diese Arbeit analysiert wurden, überein.

Es hat, meiner Meinung nach, den Anschein, dass die Routineuntersuchung von der Anamnese weitgehend unabhängig ist. Allerdings findet sich in der Literatur kein konkreter Hinweis, ob die

Anamnese die Untersuchungsroutine beeinflusst und verändert oder ob sie immer auf die gleiche Art und Weise ausgeführt wird unabhängig davon, welche Symptome ein Patient schildert. Deshalb ist dieser Eindruck als eine persönliche Mutmaßung zu bewerten.

Sammut und Searle-Barnes (1998) sind der Ansicht, dass die Untersuchung eines Patienten sehr wohl auf die Anamnese abzustimmen ist. Ihrer Meinung nach wird durch die nachfolgende Untersuchung die auf der Anamnese beruhende Verdachtsdiagnose bestätigt oder nicht. Sie vertreten auch die Ansicht, dass es nicht in jedem Fall notwendig ist, den Patienten umfassend zu untersuchen, sondern dass aufgrund der Anamnese bestimmte Körperteile und Systeme ausgewählt und anschließend untersucht werden. Sie führen keine weiteren Gründe für ihre Ansichten auf.

Im nächsten Abschnitt folgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Literatur, die für diese Arbeit aufgearbeitet wurde. Basierend auf der Analyse wird auf die zentrale Fragestellung dieser Arbeit Bezug genommen.

## **4 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN AUS DER LITERATURANALYSE**

Zu Beginn dieser Arbeit wurde festgestellt, dass der Begriff Routineuntersuchung in der medizinischen Alltagssprache scheinbar gebräuchlich ist aber in der Literatur kaum definiert wird. Daher wurde zunächst basierend auf Definitionen für Routine und Untersuchung der Begriff Routineuntersuchung durch eine Synthese pragmatisch definiert (vgl. hierzu Kapitel 2.2).

Weiters wurde dargestellt, wie Routinen aus der Sicht der kognitiven Entscheidungspsychologie das menschliche Handeln beeinflussen (vgl. hierzu Kapitel 2.2.1). Gemäß Betsch (2005) sind Routinen erlernte Handlungsweisen, die in Situationen, die eine ähnliche Handlungsweise erfordern, aktiviert werden. Vor allem unter Zeitdruck und in schwierigen Situationen in einem komplexen Zusammenhang wird auf Routinehandlungen zurückgegriffen. Ein „Nachteil“ von Routinen ist laut Betsch (2005) darin zu sehen, dass diese bevorzugt angewendet werden und daher die Wahl einer besseren, bzw. effektiveren Handlungsweise in einer bestimmte Situation behindern können wodurch es zu voreiligen Schlussfolgerungen und auch zu Fehlern kommen kann.

Zu dieser Thematik gehörig ist festzustellen, dass Routineuntersuchungen im Bereich der Vorsorgemedizin und Prävention eingesetzt werden. Sie werden auch als Screening Verfahren beziehungsweise Screening Untersuchungen bezeichnet und dienen der Früherkennung von Krankheiten (vgl. hierzu Kapitel 2.3).

Es wurde weiters festgestellt, dass in der Literatur die Routineuntersuchung auch mit einer Checkliste verglichen wird (Croibier, 2006) (vgl. hierzu Kapitel 2.4). Dieser Vergleich scheint durchaus zutreffend zu sein, da beispielsweise der Anamnese - und Dokumentationsbogen der Vorsorgeuntersuchung Neu (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005) mit einer Check – und Kontrollliste für den Arzt gleichgesetzt wird. Croibier (2006)

vergleicht seine Routineuntersuchung mit der Checkliste von Piloten, die dabei hilft, keinen Untersuchungsschritt zu vergessen und somit keine mögliche Dysfunktion zu übersehen. Braun und Mader (2005) schlagen Checklisten für die Untersuchung in der Allgemeinmedizin vor, um eine effiziente Diagnose zu gewährleisten und Fehler durch das Auslassen notwendiger Untersuchungen möglichst zu vermeiden.

Für die Darstellung der Routineuntersuchung aus osteopathischer Sicht wurden insgesamt zehn in der Literatur beschriebene Untersuchungsmethoden herangezogen und analysiert (Croibier, 2006; Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Johnston et al., 2009; Mitchell und Mitchell, 2004; Sutton, 1978; Fieuw und Kenter 2004; Dopler et al., 2010; Somody – Neplaz et al., 2007; Buekens, 2004).

Hinsichtlich dieser Auswahl ist anzumerken, dass, motiviert durch das ursprüngliche Ziel dieser Arbeit, einen Vorschlag für eine Routineuntersuchung zu erarbeiten (vgl. hierzu Kapitel 1.3), Beispiele aus der Literatur aufgegriffen wurden, die sich mit solchen osteopathischen Routineuntersuchungen befassen und diese befürworten. Die Ergebnisse der Literaturanalyse sind daher unter dem Aspekt zu betrachten, dass es sich um subjektive Sichtweisen der jeweiligen Autoren handelt. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse ist daher nicht möglich.

Es wurde anhand des von Croibier (2006) und Fossum (2010) beschriebenen osteopathischen Diagnoseprozesses dargestellt, dass diese beiden Autoren eine Routineuntersuchung (Croibier, 2006) bzw. allgemeine Untersuchung (Fossum, 2010) als essentiellen Teil einer umfassenden osteopathischen Untersuchung ansehen (vgl. hierzu Kapitel 3.1).

Alle genannten Autoren aus dem Fachbereich Osteopathie verwenden grundsätzlich verschiedene Bezeichnungen für ihre Untersuchungsmethoden.

Aus der Analyse und durch Vergleich der einzelnen Methoden kann abgeleitet werden, dass alle der oben genannten zehn Autoren unter einer osteopathischen Routineuntersuchung eine globale

systematische Untersuchung eines Patienten verstehen, die grundsätzlich immer in der gleichen Art und Weise durchgeführt wird.

Die Untersuchung verfolgt im ersten Schritt das Ziel, dem Osteopathen zunächst einen globalen Überblick über den Patienten zu ermöglichen und erste Problembereiche aufzuzeigen. Dieses wird von allen oben genannten Autoren als Ziel einer globalen osteopathischen Routineuntersuchung genannt (100%).

Weitere Ziele einer Routineuntersuchung, priorisiert nach der genannten Häufigkeit in absteigender Reihenfolge (vgl. Tabelle 4 Kapitel 3.4), sind:

- Sie ermöglicht das Verstehen der Ursachen und Zusammenhänge der Beschwerden eines Patienten (20%) (Fossum, 2010; Mitchell und Mitchell, 2004)
- Sie ermöglicht es, eine Unterscheidung zwischen Anpassung und Beeinträchtigung bzw. tatsächlicher Dysfunktion zu treffen (10%) (Mitchell und Mitchell, 2004)
- Sie gewährleistet, dass kein Untersuchungsschritt vergessen wird (10%) (Croibier, 2006)

Folgende Ziele bzw. Gründe für eine systematische körperliche Untersuchung werden von den acht verschiedenen Autoren (n = 8) (Dahmer, 2006; Lehmayr, 2006; Reimann, 2008; Poeck und Hacke, 2006; Mummertahler und Mattle, 1997; Magee, 2008; Füleßl und Middeke, 2010; Gründe und Schölmerich, 2007) (vgl. hierzu Kapitel 3.1.1) für unterschiedliche Fachbereiche der Medizin bzw. der Physiotherapie, ebenfalls priorisiert nach der Nennungshäufigkeit in absteigender Reihenfolge (vgl. Tabelle 1 Kapitel 3.1.1.1), genannt:

- Sie hilft dabei, keinen Untersuchungsschritt bei der Untersuchung vergessen (62,5%) (Poeck und Hacke, 2006; Mummertahler und Mattle, 1997; Magee, 2008; Füleßl und Middeke, 2010, Grüne und Schölmerich, 2007)
- Sie trägt dazu bei, Unsicherheiten und Ängsten der Patienten abzubauen (25%) (Lehmayr, 2006; Grüne und Schölmerich, 2007)

- Sie ist umfassend und reproduzierbar (12,5%) (Magee, 2008)
- Sie führt zu einer klaren Diagnose (12,5%) (Magee, 2008)

Das wichtigste Ziel der osteopathischen Routineuntersuchung - basierend auf dieser Analyse - ist, einen Patienten zunächst global zu untersuchen, um einen ersten Eindruck über die Problembereich zu erhalten.

Aus der Sicht von Autoren, die keine Osteopathen sind, erfüllt eine systematische Untersuchung vielmehr den Zweck, den Untersucher dabei zu unterstützen, keinen wichtigen Schritt bei der Untersuchung auszulassen, ein Aspekt den Autoren aus dem Fachbereich Osteopathie nur einmal genannt wird (Croibier, 2006).

Hinsichtlich der anderen Ziele einer Routineuntersuchung ist kein Vergleich möglich, da unterschiedliche Zielsetzungen genannt werden.

Poeck und Hacke (2006), Mumentahler und Mattle (1997), Magee (2008) Fießl und Middeke (2010), Grüne und Schölmerich (2007), Lehmayr (2006) und Dahmer (2006) halten aus ihrer Sicht aus diesen Gründen eine systematische Untersuchungsroutine bei der Untersuchung von Patienten für ihren jeweiligen Fachbereich für wichtig.

Lehmayr (2006) empfiehlt vor allem unerfahrenen Ärzten eine systematische Routineuntersuchung. Braun und Mader (2005) weisen auch darauf hin, dass sie es aus ihrer Sicht wichtig finden, dass unerfahrene Allgemeinmediziner sich aufgrund mangelnder Berufserfahrung nach ihren Checklisten richten. Gerade unerfahrene Ärzte laufen ihrer Ansicht nach Gefahr, wichtige Untersuchungsschritte zu vergessen, wodurch es zu Fehldiagnosen kommen kann. Croibier (2006) empfiehlt aus dem selben Grund Studenten der Osteopathie und wenig erfahrenen Berufsanfängern eine systematische Routineuntersuchung.

Bezug nehmend auf die zentrale Fragestellung dieser Arbeit: „Wie ist eine osteopathische Routineuntersuchung aufgebaut?“ können aufgrund der bearbeiteten Literatur lediglich Rahmenbedingungen für



den allgemeinen Ablauf einer Routineuntersuchung aus der Sicht der oben genannten Autoren dargestellt werden.

Die beschriebenen osteopathischen Untersuchungsprotokolle sind individuelle Vorschläge und nicht einheitlich (vgl. hierzu Kapitel 3.2). Daher ist ein Vergleich der unterschiedlichen Methoden schwierig.

Dennoch lassen sich zumindest grobe Strukturen und Richtlinien für den Ablauf einer osteopathischen Routineuntersuchung, die aus der Sicht der bereits oben genannten osteopathischen Autoren ihnen persönlich für ihre Untersuchungsprotokolle wichtig sind, ableiten:

Die Routineuntersuchung beginnt nach abgeschlossener Anamnese mit einer Inspektion im Stehen gefolgt von einer logischen Abfolge von Untersuchungsschritten im Stehen, Sitzen und Liegen. Croibier (2006), Fossum (2010), Mitchell und Mitchell (2004), Sutton (1978) und Dopler et al. (2010) untersuchen in Rücken – und Bauchlage. Fieuw und Kenter (2004) untersuchen in Rücken - und Seitenlage. Greenman (2000, 2003), Johnston et al. (2009) und Buekens (2004) untersuchen im Liegen nur in der Rückenlage. Somody – Neplaz et al. (2007) untersuchen im Sitzen und in Rückenlage.

Das am häufigsten erwähnte Prinzip (90%) (vgl. Tabelle 3 in Kapitel 3.3) für eine Routineuntersuchung ist scheinbar gemäß der Mehrheit der oben genannten Autoren, dass es notwendig ist, einen Patienten in mindestens drei Lagen zu untersuchen. Nur so kann zwischen einer Anpassung, die sich durch einen Lagewechsel verändert und einer tatsächlichen Dysfunktion, die sich nicht in Abhängigkeit von der Schwerkraft verändert, unterschieden werden. Laut Fossum (2010) und Johnston et al. (2009) müssen nur jene Problembereiche bzw. Dysfunktionen behandelt werden, die sich nicht verändern und sich daher in jeder Lage gleich präsentieren (vgl. hierzu Kapitel 3.3.2).

Somody – Neplaz et al. (2007) untersuchen nur in zwei Lagen (Sitzen, Rückenlage). Das Prinzip, in mindestens drei Lagen zu untersuchen, kann für diese Methode daher nicht gelten. Die Autoren betonen, dass durch den Vergleich der spezifischen Spannungstests

nach der primären Dysfunktion gesucht wird (Somody – Neplaz et al, 2007; Chauffour et al., 2010) (vgl. hierzu Kapitel 3.2.2.9).

Gründe, warum zusätzlich in Bauch oder Seitenlage untersucht wird, sind in der analysierten Literatur nicht näher genannt. Es kann daher lediglich vermutet werden, dass es sich bei diesem Umstand um einen Ausdruck der individuellen Arbeitsweise der einzelnen Autoren handelt.

Die weiteren Prinzipien und Kriterien für eine osteopathische Routineuntersuchung sind, wiederum priorisiert nach ihrer Nennungshäufigkeit in absteigender Reihenfolge (vgl. Tabelle 3 Kapitel 3.3):

- Die Routineuntersuchung ist grundsätzlich individuell (50%) (Croibier, 2006; Fossum, 2010; Mitchell und Mitchell, 2004; Johnston et al., 2009; Buekens, 2004)
- Es soll das strukturelle, das viszerale und das kraniosakrale System untersucht werden, damit die Untersuchung ganzheitlich ist (30%) (Croibier, 2006; Fiuew und Kenter, 2004; Buekens, 2004)
- Die globale Routineuntersuchung soll rasch Problembereiche aufzeigen (Effizienz) (30%) (Croibier, 2006; Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004)
- Tests sollen logisch in den Untersuchungsablauf eingebaut werden, um zu häufige Lagewechsel zu vermeiden (20%) (Croibier, 2006; Johnston et al., 2009)
- Die Routineuntersuchung ist individuell veränderbar und anpassbar (10%) (Croibier, 2006)

Inwieweit die Routineuntersuchung der genannten Autoren durch die Anamnese beeinflusst wird oder von ihr unabhängig immer in der gleichen Art und Weise ausgeführt wird, kann aufgrund der Analyse nicht beantwortet werden. Sammut und Searle – Barnes (1998) vertreten die Ansicht, dass die Untersuchung auf der Anamnese aufbauen sollte.

Hinsichtlich der von den oben genannten zehn osteopathischen Autoren in ihrer jeweiligen Routineuntersuchung verwendeten Tests

gibt es nur wenige Übereinstimmungen. Am häufigsten werden von ihnen genannt (vgl. hierzu Tabelle 2 in Kapitel 3.2.2):

- Vorlauf Test im Stehen (Standing Flexion Test) (50%) (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004; Fieuw und Kenter, 2004; Sutton, 1978)
- Prüfung der Atmung (50%) (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004; Fieuw und Kenter, 2004, Buekens, 2004)

Alle anderen mehrfach genannten Tests werden von zwei (20%) bis vier (40%) Autoren genannt. Eine große Zahl an Tests wird nur von einzelnen Autoren (10%) im Rahmen ihrer Untersuchungsroutine erwähnt (vgl. hierzu Kapitel 3.2.2.1 bis Kapitel 3.2.2.10).

Lediglich zwei Tests werden also von der Hälfte der genannten Autoren angewandt. Darüber hinaus gibt es nur wenige Übereinstimmungen. Wie ist dieser Umstand zu bewerten?

Aufgrund fehlender Begründungen in der analysierten Literatur kann auch hier lediglich vermutet werden, dass dieser Umstand der individuellen Arbeitsweise und der Vorliebe für bestimmte Tests und Untersuchungsmethoden der einzelnen Autoren zuzuschreiben ist. Dass die Routineuntersuchung individuell sein soll wird, wie bereits erwähnt, von Croibier (2006), Fossum (2010), Mitchell und Mitchell (2004), Johnston et al. (2009) und Buekens (2004) ausdrücklich als ein grundlegendes Prinzip für ihre jeweiligen Routineuntersuchungen erachtet.

In dieser Arbeit wird von der Annahme ausgegangen, dass eine Routineuntersuchung für osteopathische Experten von Bedeutung ist.

Es stellt sich die Frage, ob diese Annahme auch für die zehn Autoren gelten kann, die sich mit osteopathischen Routineuntersuchungen in ihren Publikationen befassen (Croibier, 2006; Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Johnston et al., 2009; Mitchell und Mitchell, 2004; Sutton, 1978; Fieuw und Kenter 2004; Dopler et al., 2010; Somody – Neplaz et al., 2007; Buekens, 2004).

Alle oben genannten Autoren beschreiben aus bereits in diesem Kapitel genannten Gründen (vgl. hierzu ebenso Kapitel 3.4) unter Berücksichtigung der von ihnen als wichtig erachteten Prinzipien und Kriterien, die ebenso bereits in diesem Kapitel genannt wurden (vgl. hierzu ebenso Kapitel 3.3), eine systematische Routineuntersuchung als wesentlichen Teil ihrer gesamten osteopathischen Untersuchung. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass für diese Gruppe osteopathischer Autoren eine Routineuntersuchung von Bedeutung ist und die Hypothese dieser Arbeit auch auf sie zutrifft.

Bevor die Ergebnisse der Experteninterviews präsentiert werden, wird im nächsten Abschnitt dieser Arbeit die Methodologie und Vorgehensweise, die dieser Arbeit zugrunde liegt, eingegangen.

## 5 METHODOLOGIE

Die vorliegende Arbeit ist der qualitativen Forschung zuzuordnen. Als Methodik im Rahmen dieses Forschungsfelds wurde zur Erforschung der Fragestellungen dieser Arbeit das Experteninterview gewählt.

*„Qualitatives Forschen ist der Versuch herauszufinden, wie Menschen einen Sachverhalt sehen, welche individuelle Bedeutung er für sie hat und welche Handlungsmotive in diesem Zusammenhang auftreten. Daraus werden Theorien konstruiert und Folgerungen für die Praxis gezogen.“ (Seel, 2004, s.p.)*

Der qualitativen Forschung liegen im Vergleich zur quantitativen Forschung andere Leitgedanken zu Grunde.

Gemäß Flick (2007) zeichnet sich qualitative Forschung unter anderem durch besondere Alltagsnähe aus und bezieht sich besonders auf praktische Erkenntnisse. Untersuchungsgegenstand sind komplexe, alltagsbezogene Themen. Das Handeln und Agieren von Menschen in ihrem Alltag soll untersucht und dargestellt und mit entsprechenden Methoden erforscht werden. Aus den Erkenntnissen werden neue Theorien gebildet.

Qualitative Forschung versucht einerseits, die unterschiedlichen Sichtweisen und Perspektiven der Beteiligten zu veranschaulichen und andererseits deren Wissen und Handeln zu untersuchen (Flick, 2007; Seel, 2004).

Die qualitative Forschung bedient sich zu diesem Zweck verschiedener Methoden der Datenerhebung. Zu diesen zählen unter anderem Leitfaden Interviews als Möglichkeit zur Erhebung verbaler Daten. Experteninterviews sind ebenfalls Leitfaden Interviews wobei aufgrund des Zeitdrucks und der Fokussierung auf das Wissen der Experten zu einem bestimmten Thema der Leitfaden eine besonders wichtige Steuerungsfunktion für ein Experteninterview hat, um unergiebigere Themen möglichst zu vermeiden (Flick, 2007).

Durch die offene Gestaltung der Interviewsituation soll die subjektive Sichtweise der befragten Personen zu einem bestimmten Thema besonders gut aufgezeigt werden können (Flick, 2007).

Bei der Vorgehensweise zur Durchführung dieser Arbeit wurde nach folgendem Schema schrittweise vorgegangen:

- ⇒ Inhaltliche Vorbereitung und Erstellen des Leitfadens
- ⇒ Auswahl der Experten und organisatorische Vorbereitung
- ⇒ Probephase / Probeinterview
- ⇒ Durchführung der Experteninterviews
- ⇒ Transkription der Experteninterviews
- ⇒ Qualitative Inhaltsanalyse der Experteninterviews

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Schritte zur Erstellung dieser Arbeit näher veranschaulicht.

## **5.1 INHALTLICHE VORBEREITUNG UND ERSTELLUNG DES LEITFADENS**

Als erster Schritt wurde zunächst eine umfassende Literaturrecherche (vgl. hierzu Kapitel 1.4) durchgeführt und die für diese Arbeit relevante Literatur analysiert und inhaltlich aufgearbeitet.

Dieser Schritt war einerseits zur inhaltlichen Vorbereitung auf das Thema notwendig, andererseits wurde unter anderem basierend auf dieser Literatur der Interviewleitfaden für das Experteninterview erarbeitet.

Die inhaltliche Analyse der für diese Arbeit ausgewählten Literatur, die sich mit osteopathischen Routineuntersuchungen auseinandersetzt, ergab induktiv aus dem Text folgende übergeordnete Themenschwerpunkte (Kategorien):

- Begriffserklärungen und Definitionen
- Ablauf der Routineuntersuchung

- Prinzipien für die Routineuntersuchung (Ganzheitlichkeit, Untersuchung in mehreren Lagen, Effizienz, Flexibilität, Individualität, Logische Abfolge der Untersuchung)
- Ziele der Routineuntersuchung
- Beeinflussende Faktoren bei Routineuntersuchungen (Rolle der Anamnese)

Die Literatur wurde in dieser Arbeit bereits anhand dieser Kategorien dargestellt (vgl. hierzu Kapitel 3.2).

Die genannten Kategorien bildeten in weiterer Folge, wie bereits erwähnt, die Grundlage und grobe Struktur für den Interviewleitfaden<sup>17</sup>. Dieser wurde in einem zweiten Schritt mit weiteren interessierenden Fragestellungen, die aus persönlichen Gründen als relevant erschienen (z.B. Nachteile einer Routineuntersuchung) ergänzt (vgl. hierzu Kapitel 1.1).

Die Fragestellungen wurden im Interviewleitfaden in drei Themenblöcke gegliedert.

## **5.2 AUSWAHL DER EXPERTEN UND ORGANISATORISCHE VORBEREITUNG**

Als Experten für diese Arbeit wurden erfahrene Osteopathen gewählt, die gleichzeitig Supervisoren sind. Diese Entscheidung war nahe liegend, da Supervisoren die Verwendung einer systematischen Routineuntersuchung empfehlen (vgl. hierzu Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) und diese eng in die Ausbildung der Studenten an der WSO eingebunden sind.

Die Auswahl erfolgte auf Basis der Liste der Supervisoren, die von der WSO herausgegeben wird und den Studenten zur Verfügung steht. Sie umfasste 61 eingetragene Supervisoren (Stand vom 22.12. 2008).

Die Supervisoren der WSO sind Absolventen der Osteopathieausbildung an der WSO mit abgeschlossener klinischer Prüfung. Sie verfügen über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung als Osteopathen, haben Erfahrung als Assistenten im Rahmen der Ausbildungsseminare an der WSO und / oder haben auch Erfahrung als

---

<sup>17</sup> Der Interviewleitfaden ist dieser Arbeit im Anhang beigelegt.

Vortragende. Zudem ist die Absolvierung eines eintägigen Workshops Voraussetzung, um als Supervisor zugelassen zu werden<sup>18</sup>.

Aus den eben genannten Gründen können die Supervisoren der Liste der WSO als Experten für diese Arbeit betrachtet werden.

### 5.2.1 Ein - und Ausschlusskriterien

Die Auswahl der Experten für die entsprechenden Interviews wurde zunächst aus organisatorischen Gründen auf den Raum Wien und Niederösterreich beschränkt. Von den insgesamt 61 eingetragenen Supervisoren kamen daher 25 für ein Experteninterview in Frage.

Da sich diese Arbeit mit der osteopathischen Routineuntersuchung bei Erwachsenen auseinandersetzt, wurde die Entscheidung gefällt, zunächst primär Osteopathen anzusprechen und um ein Interview zu bitten, die über keine Zusatzausbildung in pädiatrischer Osteopathie verfügen<sup>19</sup>.

Weitere Ein – oder Ausschlusskriterien, beispielsweise Ausgewogenheit im Bezug auf das Geschlecht der Experten<sup>20</sup>, auf den Grundberuf<sup>21</sup> oder eine bestimmte Anzahl von Supervisionen pro Monat<sup>22</sup>, erwiesen sich für diese Arbeit als nicht umsetzbar.

---

<sup>18</sup> Laut Information der WSO (Email Nachricht Janda, U. 24.11.2008)

<sup>19</sup> In einem Gespräch mit Dr. Beatrix Urbanek, Leiterin des OZK (Osteopathisches Zentrum für Kinder in Wien) im Rahmen eines Ausbildungsseminares an der WSO im Jänner 2009 stellte sich heraus, dass die Untersuchung von Säuglingen und Kindern mit der Untersuchung von Erwachsenen aufgrund der verschiedenen neurologischen Entwicklungsstufen nicht vergleichbar ist.

<sup>20</sup> Eine Ausgewogenheit im Hinblick auf das Geschlecht der Experten zu erreichen erscheint unrealistisch, da zu diesem Zeitpunkt von den 14 in Frage kommenden Supervisoren, zehn weiblichen und vier männlichen Geschlechts waren.

<sup>21</sup> Die auf der Supervisorenliste aufgeführten Osteopathen sind vom Grundberuf vorwiegend Physiotherapeuten. In diesem Punkt eine Ausgewogenheit zu erreichen zwischen Supervisoren, die im Grundberuf Physiotherapeuten sind beziehungsweise Mediziner sind, stellte sich letztlich als nicht durchführbar heraus ohne dadurch im Vorhinein die Anzahl der möglichen Interviewpartner für die Experteninterviews zu beschränken.

<sup>22</sup> Im Konzept für diese Arbeit wurde als weiteres Einschlusskriterium ursprünglich eine bestimmte Anzahl an Supervisionen (1 Supervision pro Monat) pro Supervisor angedacht. Dieses Kriterium konnte ebenfalls nicht berücksichtigt werden, da dies zu diesem Zeitpunkt nach Rücksprache mit der WSO (laut Information der WSO mittels Email Nachricht Janda, U. vom 24.11.2008) nur auf sechs der in Frage kommenden Supervisoren zutreffend war.



Dieser Schritt erwies sich auch als notwendig, um eine möglichst große Anzahl an Experteninterviews und somit eine möglichst große Stichprobe zu gewährleisten, da davon ausgegangen werden musste, dass sich nicht alle in Frage kommenden Interviewpartner aus welchem Grund auch immer für ein Interview bereit erklären würden.

Die verbliebenen Supervisoren erhielten zunächst einen Brief, in dem das Vorhaben für diese Arbeit dargelegt wurde<sup>23</sup>. In diesem Schreiben wurde den Experten auch die Anonymität ihrer Angaben zugesichert. Anschließend wurden sie telefonisch kontaktiert und um einen Termin für ein Interview ersucht. Von den 14 in Frage kommenden Supervisoren erklärten sich zehn für ein Interview bereit. Somit ergab sich eine Stichprobengröße  $n = 10$ .

### **5.2.2 Beschreibung der Stichprobe**

Alle interviewten Experten waren zum Zeitpunkt der Interviews aktiv in freiberuflicher Praxis und / oder im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses hauptsächlich als Osteopathen tätig.

Alle Experten haben die Osteopathieausbildung an der WSO absolviert.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung gliedert sich die Stichprobe in sieben weibliche Expertinnen und drei männliche Experten.

Um die zugesicherte Anonymität der jeweiligen Experten zu gewährleisten, können an dieser Stelle keine weiteren Informationen beziehungsweise näheren Angaben zu den Experten angeführt werden, da ansonsten möglicherweise Rückschlüsse, basierend auf der Liste der Supervisoren, auf die jeweiligen Experten theoretisch möglich wären.

---

<sup>23</sup> Ein Exemplar des entsprechenden Briefes ist dieser Arbeit im Anhang beigelegt

### **5.3 PROBEPHASE UND PROBEINTERVIEW**

Zur Erprobung des Interviewleitfadens auf Verständlichkeit und Vollständigkeit der Fragen wurde am 03.03.2009 ein Probeinterview mit einer Studienkollegin durchgeführt.

Notwendige Änderungen am Leitfaden wurden basierend auf der praktischen Erfahrung im Rahmen des Probeinterviews entsprechend in den Leitfaden eingearbeitet<sup>24</sup>.

### **5.4 DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS**

Im Zeitraum vom 05.03.2009 bis 07.05.2009 wurden insgesamt zehn Experteninterviews durchgeführt. Die Interviews wurden mittels eines digitalen Diktiergerätes (Philips Voicetracer 880) aufgezeichnet und gespeichert.

Die Interviews fanden zum Großteil in den Privatpraxen der Experten statt. Die durchschnittliche Dauer der Interviews lag bei 53 Minuten.

Von jedem Interview wurde in Anlehnung an Flick (2007) ein Dokumentationsbogen mit Angaben zu Datum, Ort, Uhrzeit, Interviewnummer, Interviewpartner und Dauer des Interviews angefertigt.

Nach jedem Interview wurde zusätzlich ein kurzes Gedächtnisprotokoll angefertigt, in dem erste Eindrücke aus der Interviewsituation und Rahmenbedingungen der Durchführung dokumentiert wurden.

### **5.5 TRANSKRIPTION DER INTERVIEWS**

Im nächsten Arbeitsschritt wurde von allen Interviews ein Transkript angefertigt indem alle Angaben der Experten vollständig und wortwörtlich transkribiert wurden<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Ein weiteres bereits geplantes Probeinterview musste sehr kurzfristig krankheitshalber abgesagt werden und konnte aus organisatorischen Gründen nicht vor Beginn der Experteninterviews wiederholt werden.

<sup>25</sup> Ein Datenträger mit allen Transkripten der Experteninterviews ist dieser Arbeit beigelegt

Die Transkription erfolgte als Word Dokument und jedes Interview wurde fortlaufend nummeriert.

Nach Abschluss der Transkriptionsphase wurde jedes Transkript nochmals kontrolliert.

Um die Anonymität der Interviewpartner zu gewährleisten werden die Experten mit dem Kürzel IP gefolgt von der Interviewnummer, z.B. IP5, bezeichnet.

Von den Experten im Rahmen der Interviews namentlich genannte Personen wurden mit dem ersten Buchstaben des Vor – und Nachnamens, wiederum zur Bewahrung deren Anonymität, abgekürzt.

Unverständliche Textpassagen, Pausen oder kurzfristige Unterbrechungen der Interviews wurden im Text entsprechend aufgeführt. Umgangssprachliche Äußerungen oder Angaben im jeweiligen Dialekt wurden nach Möglichkeit wortwörtlich übernommen.

## **5.6 ANALYSE DER EXPERTENINTERVIEWS**

Laut Flick (2007) richtet sich die Auswertung von Experteninterviews vor allem auf die Analyse und den anschließenden Vergleich der Inhalte, dem Expertenwissen, der entsprechenden Interviews.

Für die Analyse der Experteninterviews wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) gewählt. Diese Methode ist gemäß Flick (2007) die übliche Methode zur Analyse subjektiver Sichtweisen im Rahmen von Leitfadeninterviews.

Der Vorteil dieser Methode liegt darin, dass das verbale Datenmaterial systematisch, regel – und theoriegeleitet anhand eines Ablaufmodells mit Hilfe eines induktiven, das heißt inhaltlich aus dem Text abgeleiteten, Categoriesystems aufgearbeitet wird (Brunner, s.p.).

Mayring (2001) schlägt vor, die qualitative Analyse mit quantitativen Schritten, z.B. Häufigkeitsanalysen, zu ergänzen. Er geht davon aus, dass sich auf diese Weise die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse verbessern lässt.

Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist, im Gegensatz zu anderen Methoden, die Reduktion des vorliegenden Datenmaterials.

Mayring (2008) beschreibt dafür drei verschiedene Techniken, wobei für diese Arbeit die zusammenfassende Inhaltsanalyse, die auch für die induktive Kategoriebildung genutzt wird, gewählt wurde.

Ziel dieser Technik ist es, den Text strukturiert und systematisch zu bearbeiten, unnötige Textpassagen zu streichen, sich wiederholende Aussagen beziehungsweise ähnliche Aussagen zu bündeln und zusammenzufassen. Auf diese Art und Weise soll der Text soweit reduziert werden, dass letztendlich nur die wesentlichen Inhalte und Aussagen der Experten erhalten bleiben (Mayring, 2008; Seel, 2004).

Die genaue Vorgehensweise, nach der bei der Analyse der Interviews in dieser Arbeit vorgegangen wurde, wird anhand des folgenden Schemas, das an das Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) angelehnt ist, veranschaulicht und beschrieben:

**1. Schritt: Strukturierung des Materials:** Das Datenmaterial wurde im ersten Schritt global ausgewertet und zunächst für einen besseren Überblick anhand der Kategorien des Interviewleitfadens geordnet und strukturiert.

**2. Schritt: Induktive Kategoriebildung:** Als Kodiereinheit gilt jede in sich geschlossene Aussage. Die Kontext – und Auswertungseinheit stellt das gesamte Datenmaterial dar. Basierend auf der inhaltlichen Analyse wurden zu jeder Kategorie induktiv weitere Kategorien gebildet. Dafür wurden Textstellen mit gleichen oder ähnlichen Inhalten zusammengefasst. Inhalte, die nicht eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden konnten, wurden wiederum induktiv einer neuen Kategorie zugeordnet.

**3. Schritt: Materialdurcharbeitung:** Im nächsten Arbeitsschritt wurde damit begonnen, das Material systematisch aufzuarbeiten. Nach einem Drittel des Datenmaterials (drei Experteninterviews) wurden das Categoriesystem nochmals kritisch reflektiert und überprüft.

**4. Schritt: Endgültige Analyse der Inhalte der Experteninterviews:** Im letzten Schritt erfolgte die endgültige Aufarbeitung des Datenmaterials wodurch sich 12 Überkategorien ergaben, anhand denen in weiterer Folge die Ergebnisse der Experteninterviews in dieser Arbeit dargestellt werden.

Exemplarisch soll an dieser Stelle das Categoriesystem für den Bereich der Ziele der Routineuntersuchung dargestellt werden (vgl. hierzu Kapitel 6.7):

Tabelle 5: Induktive Kategorienbildung: Ziele der Routineuntersuchung

AUSSAGEN DER EXPERTEN	KATEGORIEN: ZIELE EINER ROUTINEUNTERSUCHUNG
<p>„Also das ist so vom Groben ins Detail. Drum schau ich zuerst die [...] Statik, Haltung, Gehen, Sitzen, Aufstehen und diese Dinge an. Oder grobe Bewegungen mit den Armen oder einmal runter bücken oder so, ja, dass ma so das ganz grobe zuerst hat. Ich find's gescheiter, vom Groben ins Detail zu gehen, weil wenn ich beim Detail anfang, übersehe ich vielleicht was im groben und hab zwar die Kleinzehe bis ins kleinste Detail untersucht aber hab vergessen, das Becken anzuschauen, ja“ (IP05, S. 5, 21 – 28).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vom Groben ins Detail untersuchen</li> </ul>
<p>„[...] sie muss mir helfen, schnell aufs Problem zu kommen. Sie muss mir helfen, möglichst alle, das hab ich eh schon gesagt, alle Systeme grob abzuchecken. Sie muss es schaffen, die wichtigsten Kontraindikationen für eine Behandlung heraus zu finden, dass ich dann eben dort nichts mach oder [...] besondere Vorsichtsmaßnahmen mir zeigen können“ (IP05, S.16, 25 – 30).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muss eine rasche Diagnose ermöglichen</li> <li>• Soll Kontraindikationen und Sicherheitsmaßnahmen aufzeigen</li> </ul>
<p>„Das Ziel [...] der Routineabläufe ist einfach mal, einen Überblick zu bekommen. Also es gibt ja, [...] wenn ich so meine Routinetests mach, frag ich mich nicht, ob der Wirbel links, rechts, oben, unten steht sondern ich hab einfach zwei Wörter in meinem Kopf, ja oder nein. Und das heißt einfach, ist da was oder ist da nix. Ja was [...] is, das muss ich dann nachher eh noch genauer anschauen“ (IP04, S.6, 36 – 37, S.7, 1 – 5).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einen Überblick bekommen</li> </ul>
<p>„Und der Sinn der Sache ist einfach der, sowie es eine standardisierte Anamnese gibt, sollte es auch eine standardisierte Untersuchung geben, nicht nur eben, um alle Eventualitäten, die es geben könnte, auszuschließen, sondern eben auch um möglichst nahe an den Ort des Geschehens heran zu kommen. Das heißt, um den Patienten dann auch effektiv behandeln zu können, zu verstehen, was da los ist, was ist da passiert, wo beginnt diese ganze Geschichte, wo kann ich beginnen und das Pferd sozusagen von hinten aufzuzäumen, ja“ (IP07, S. 1, 21 – 37; S. 2, 1).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verstehen der Ursachen und Zusammenhänge (Diagnose)</li> <li>• Kontraindikationen aufzeigen</li> </ul>
<p>„Die systematische Untersuchung dient für mich dazu erstens einerseits ganz klar noch einmal Sicherheits und Provokationstests zu machen, um überhaupt zu erkennen, ist das ein Patient der sich überhaupt für eine osteopathische Behandlung eignet, ja oder nein. Und dann schau ich mir den Patienten strukturell, viszeral und kranio – sakral an, versuch das was ich gefunden habe mit der</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontraindikationen aufzeigen</li> <li>• Ermöglicht eine Diagnose</li> </ul>

<p>Anamnese in Verbindung zu bringen , zu ergänzen und auszuschließen und dann ergibt sich eine osteopathische Differentialdiagnose, die [...] dann behandelt wird“ (IP06, S.1, 12 – 20).</p>	
<p>„[...] das Ziel würde ich sagen ist, einfach möglichst rasch einen Gesamtüberblick zu bekommen über den Patienten. Nachdem osteopathisch gesehen jeder Patient einzigartig ist, einfach durch seine individuelle Problematik und Geschichte, kann ich nicht für jeden, wenn ich jetzt für jeden ein einzelnes Setting hätte das wär nicht, nicht machbar nicht. Das heißt ich brauche irgendwas was ich bei allen machen kann, um trotzdem eine Aussage zu bekommen. Das heißt die Routine hat für mich das Ziel rasch, einen Weg zum Patienten zu finden zu seinem individuellen Problem oder zu [...] weiterführenden Tests, die dann aber schon auf ihn spezifisch angepasst sind“ (IP02, S.6, 4 – 14).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasch einen Überblick bekommen</li> <li>• Zeigt weiterführende Untersuchungsschritte auf</li> </ul>
<p>„Aber es zeigt mir einfach auf, wo Problemzonen sind und ich hab einfach wirklich einen Überblick über den gesamten Körper und kann sagen OK, wo sind hier wirklich Verbindungen und Zusammenhänge und die muss ich mir anschauen, ob die wirklich auch dann da sind. Das heißt ich kann dann wirklich erst weiter gehen einen Schritt in die Tiefe, weil die Alternative wäre ja eigentlich sonst nur, dass ich mir Organ für Organ, Gelenk oder Muskel für Muskel anschau bis ich endlich alles zusammen hab, wo ich Probleme gefunden hab. Und das würde ja endlos dauern nicht [...]“ (IP02, S.8, 26 – 34).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einen Überblick bekommen</li> <li>• Verbindungen und Zusammenhänge aufzeigen</li> </ul>
<p>„Weil die Realität, wir brauchen [...] so wie man sagt [...] einen Baum, weil die Routine in der Ordi sonst zeitmäßig, wenn I zehn Patienten hintereinander hab ist es unmöglich [...], bei zehn Patienten an alles zu denken. Dafür hilft ma Routine. Um Fehler zu vermeiden zum Beispiel“ (IP03, S.23, 31 – 36).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehler vermeiden</li> </ul>
<p>„Mir ist das wichtigste, wenn einer sich schon zum Osteopathen begibt und doch meistens selber zahlen muss, ja, dass man zumindest, eine ordentliche Untersuchung und dem auch sagt, was man gefunden hat und das kann ich nur gut begründen, wenn ich ihn auch wirklich ordentlich untersucht, ja“ (IP05, S.9, 32 – 36).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachvollziehbare und begründbare Untersuchung</li> </ul>
<p>„[...] es ist für mich wichtig, weil ich gezwungen bin, präzise zu artikulieren, was hab ich gefunden, was ist meine Meinung, was ist meine osteopathische Diagnose und sozusagen auch gleichzeitig bietet es dann auch die Grundlage für den Behandlungsansatz und es ist für den Patienten wichtig, des verbalisiert zu bekommen, damit er weiß was los ist“ (IP06, S. 10, 10 – 16).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnose und Grundlage für die Behandlung</li> <li>• Nachvollziehbare und begründbare Untersuchung</li> </ul>

<p>„Das erleichternde bei einer Routineuntersuchung ist, dass es automatisch geht und ich nicht viel nachdenken muss, was muss ich jetzt als nächster machen. Weil ich das Hirn eigentlich frei brauch fürs Wahrnehmen, was ich empfinde und nicht, dass ich dauernd denken muss, was muss ich jetzt als nächstes machen. Und drum ist es, drum ist es Routine, ja. [...]. Es sollen welche sein, die mein Hirn schon wieder verlassen können, weil sie einfach automatisch gehen und ich weiß, in welcher Reihenfolge ich sie mach, ja. Dann kann ich mich auf's Wahrnehmen und auf die Perzeption konzentrieren“ (IP05, S.22, 19 – 32).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbessert die Wahrnehmung</li> </ul>
<p>„[...] und dass zuerst die Inspektion kommt und dann die Palpation und die segmentalen Untersuchungen ist glaube ich auch logisch aufeinander aufgebaut, weil ich spar mir damit Zeit, weil wenn ich zuerst schon geschaut hab, aha in dem Segment ist die Hauptrestriktion, dann brauch ich nur noch dort genau untersuchen, weil ich gesehen hab, in den normalen groben Bewegungen, dass die anderen frei beweglich sind, dann brauch ich nicht ewig dann segmental testen. Also ich spar mir Zeit, wenn ich zuerst einen groben Test mach und dann einen kleinen, einen feinen“ (IP05, S. 6, 1 – 10).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeit sparen</li> </ul>
<p>„Ich geh sicher auf die Suche nach der primären Läsion aber ich bin sicher diejenige, die jetzt a mal schaut, wo ist das akute Problem, ich muss nicht beim Ort der Problematik des Patienten arbeiten aber für mi is es jetzt net notwendig heraus zu finden, dass des jetzt die primäre Läsion is. Die wird sich zeigen und wenn notwendig is, manchmal erwischt man´s a glei, ja, das ist OK. Aber es is jetzt für mich net a Routine dazu da, dass ich a primäre Läsion find [...]“ (IP08, S.6, 29 – 36; S.7, 1 – 2).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zum Patienten</li> <li>• Zeigt akutes Problem auf</li> </ul>

In Tabelle 5 wurde die induktive Kategoriebildung anhand der Hauptkategorie Ziele der Routineuntersuchung exemplarisch dargestellt. Das selbe, logische Prinzip wurde zur Strukturierung bei allen interessierenden Themenbereichen und Kategorien angewendet.

Nach der Beschreibung der methodischen Vorgehensweise, die dieser Arbeit zu Grunde liegt, erfolgt im nächsten Kapitel die Darstellung der Ergebnisse der Experteninterviews.

## **6 DIE ROUTINEUNTERSUCHUNG AUS DER SICHT VON OSTEOPATHISCHEN EXPERTEN**

In den nun folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Experteninterviews dargestellt, um die Routineuntersuchung aus Sicht der befragten osteopathischen Experten zu beleuchten.

Entsprechend dem Ziel eines qualitativen Forschungsansatzes wird in den folgenden Abschnitten auf die individuellen Meinungen der Experten eingegangen (vgl. hierzu Kapitel 5). Dort wo es sinnvoll erscheint und möglich ist, werden Übereinstimmungen aufgezeigt. Es sollen aber auch gegensätzliche Meinungen dargestellt werden.

Im Anschluss werden relevante Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen.

Die Experten werden in dieser Arbeit, wie bereits erwähnt, mit IP (Interviewpartner) und der Nummer des Interviews abgekürzt – zum Beispiel IP05 (vgl. hierzu Kapitel 5.5).

In der vorliegenden Arbeit wird grundsätzlich die männliche Form verwendet. In diesem Kapitel wird auf diese Verallgemeinerung verzichtet.

Basierend auf der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. hierzu Kapitel 5.6) wurde versucht, die Aussagen der Experten einzelnen Kategorien zuzuordnen. Eine eindeutige Zuordnung zu den aufgestellten Kategorien war jedoch nicht immer leicht, da es Aussagen gibt, die mehreren Kategorien zugeordnet werden konnten.

### **6.1 DIE INTERVIEWSITUATION**

Wie bereits in Kapitel 5.2 erwähnt, erklärten sich zehn Supervisoren mit einem Experteninterview einverstanden.

Acht Interviews wurden in den jeweiligen Privatpraxen beziehungsweise an den jeweiligen Arbeitsstellen der Interviewpartner durchgeführt. Zwei Interviews fanden auf Wunsch der Interviewpartner in einem Kaffeehaus beziehungsweise in einem Lokal statt.

Die Stimmung während der Interviews kann, meiner Meinung nach, durchwegs als entspannt, angenehm, sehr kollegial und bei



einigen Interviews als durchaus humorvoll bezeichnet werden. Es schien von Seiten der Experten durchaus großes Interesse am Thema dieser Arbeit zu herrschen. Sie nahmen sich allesamt viel Zeit und gaben bereitwillig ausführliche Antworten auf die jeweiligen Fragestellungen. Dadurch gelang es, eine große Menge an verbalem Datenmaterial zu sammeln, das für diese Arbeit entsprechend aufgearbeitet wurde.

Im nächsten Abschnitt werden die Definitionen der befragten Experten für den Begriff Routineuntersuchung dargestellt.

## **6.2 DEFINITION UND BEGRIFFSERKLÄRUNG: „ROUTINEUNTERSUCHUNG“**

Die Einstiegsfrage zu den jeweiligen Experteninterviews war die Bitte an die jeweiligen Interviewpartner, den Begriff Routineuntersuchung zu definieren, beziehungsweise zu beschreiben, was sie darunter verstehen.

Es wurde in dieser Arbeit bereits darauf hingewiesen, dass die Routineuntersuchung in vielen medizinischen Fachlexika nicht definiert wird (vgl. hierzu Kapitel 2.2). Auch in der osteopathischen Fachliteratur findet sich keine eindeutige Definition (vgl. hierzu Kapitel 3).

IP01 versteht unter einer Routineuntersuchung die systematische Vorgehensweise bei der Untersuchung eines Patienten, die den Osteopathen dabei unterstützt, einerseits kein wesentliches Detail bei der Untersuchung und Behandlung zu vergessen und andererseits einen globalen Überblick über den Patienten zu erhalten:

*„[...] ich denk mir bei der systematischen Routineuntersuchung geht es vor allem darum, dass man nicht vergisst, gewisse Teile einfach, also dass man gewisse Körperteile nicht vergisst, mit zu bedenken oder mit zu behandeln. [...] ich versuch schon auch, also wenn jemand ganz neu ist, zum Beispiel mit einer TGO [...] raus zu finden, wie ist die Muskelspannung, wie sind die, wie ist die Gelenksituation und wo sind einmal erste Blockaden, die sich da zeigen [...]“  
(IP01, S. 1, 12 – 25).*

IP01 richtet sich immer wieder bei der Erstuntersuchung von Patienten nach der Systematik der allgemeinen osteopathischen Behandlung (vgl. hierzu Kapitel 3.2.2.8) und betont, dass sie es für

wichtig hält, sich bei der Untersuchung nach einer Struktur zu richten, um den „roten Faden“ nicht zu verlieren.

IP02 definiert eine systematische Routineuntersuchung als einen Untersuchungsablauf, der sich aus bestimmten Tests und Untersuchungsschritten zusammensetzt, die immer in der gleichen Reihenfolge durchgeführt werden. Diese Routineuntersuchung besteht aus unspezifischen Tests, die nicht auf ein bestimmtes Symptom des Patienten bezogen sind. Sie ist ein fixer Teil seiner gesamten Untersuchung. Im Gegensatz dazu gibt es spezifische Tests, die im Zusammenhang mit einem bestimmten Symptom oder Problem des Patienten nach Bedarf in die Untersuchung eingebaut werden:

*„Na ja, für mich wäre dadurch a Mal definiert, dass du ständig die gleiche Routine hast, weil sonst ist es ja keine Routine. Sprich, dass du [...] die selben Tests durchführst, die selbe Reihenfolge [...]. Das heißt, es gibt sicher Gruppen von Untersuchungen, die problemspezifisch gemacht werden oder nicht gemacht werden. Also ich würd's a Mal dahingehend unterscheiden: eine systematische Routineuntersuchung, die auf jeden Fall statt zu finden hat [...] wie ein Global Listening oder wie ein Vorlauftest oder andere Dinge im Vergleich zu, egal jetzt ist es ja orthopädische also schulmedizinische Tests oder osteopathische Tests, die eben wirklich spezifisch sind – einen Schublidentest wär I net machen, wenn jemand Nackenschmerzen hat zum Beispiel.“ (IP02, S.1, 13 – 30)*

IP03 versteht unter einer Routineuntersuchung einen aus seiner Sicht ganzheitlichen und systematischen Untersuchungsablauf, der Tests für das strukturelle, viszerale als auch kraniosakrale System beinhaltet. Die Tests sind zunächst global und unspezifisch. Erst in weiterer Folge sind spezifische und detaillierte Untersuchungen, differentialdiagnostische Tests und Provokationstests zur näheren Bestimmung eines Problems, das sich durch die globale Untersuchung gezeigt hat, angebracht:

*„Dass du einen Routineablauf hast, der die strukturellen Tests beinhaltet, der viszerale Tests beinhaltet und kraniale Tests beinhaltet. Fakt ist, du musst, [...] wenn wir ganzheitlich arbeiten wollen, eine ganzheitliche Untersuchungsmethode wählen. Und das könnte eine so genannte Routineuntersuchung sein, die zum Beispiel, wie wir das kennen, stehenden Vorlauftest und so weiter beinhaltet“ (IP03, S.1, 11 – 16).*

Er vergleicht die Routineuntersuchung mit einem Baum, der ein Grundgerüst bietet, das durch die gesamte Untersuchung führt und leitet. Der Stamm des Baumes stellt die unspezifische

Routineuntersuchung dar, die Äste sind die spezifischen Untersuchungsschritte und Tests, die sich erst aus der Routineuntersuchung und der Anamnese ergeben. Er kommt im Verlauf des Interviews immer wieder auf den Vergleich mit dem Baum zu sprechen:

*„[...] es wäre schön, wenn ma eine Art, eine Art Skelett haben – stell ma´s uns a Mal als Baum vor – der einen Weg durch die Untersuchung führt. Dazu gehören eben die [...] klassischen Tests [...] die zuerst unsymptomatisch sind, das heißt nicht auf das Symptom des Patienten eingehen und dann zusätzliche Provokationstest [...] oder Tests, die dir die Struktur noch genauer sagen, differentialdiagnostische Tests, wo du eine Läsion gefunden hast“ (IP03, S.1, 26 – 35).*

IP04 definiert eine Routineuntersuchung als eine, seiner Ansicht nach, notwendige Struktur beziehungsweise Systematik bei der Diagnostik, die sich jeder Osteopath selbst erarbeitet und nach der er sich bei der Untersuchung richtet. Ein systematischer Ablauf ist notwendig, um osteopathische Läsionen feststellen zu können:

*„[...] definieren könnte ich´s insofern, dass ich mir einfach eine Möglichkeit einer Untersuchungsabhandlung aneigne, die mir die Fähigkeit gibt, Läsionen zu erkennen. Und deswegen eine Routineuntersuchung, weil [...] es einfach, glaube ich, wichtig ist, Strukturen auch in der Diagnostik zu haben“ (IP04, S. 1, 8 – 15).*

IP05 beschreibt eine Routineuntersuchung ebenfalls als eine, ihrer Ansicht nach notwendige, Untersuchungsmethode mit der zunächst mit Hilfe globaler Tests, das kraniale, das viszerale und das strukturelle System grob abgeklärt wird. Auf die globale Untersuchung folgen spezifische Tests und Untersuchungsschritte. Dies muss in einer bestimmten Reihenfolge beziehungsweise nach einer bestimmten Systematik erfolgen, damit man nicht Gefahr läuft, etwas zu übersehen:

*„Aber für mich gibt es eine Routineuntersuchung, ja, es gibt einfach Bereiche, die müssen untersucht werden [...] in einer bestimmten Reihenfolge, weil sonst macht´s ja kein Sinn oder [...] sonst übersieht man was“ (IP05, S. 1, 18 – 22).*

Für IP06 ist die Routineuntersuchung eine systematische Untersuchung des kranialen, viszeralen und strukturellen Systems, die zusätzlich die notwendigen differentialdiagnostischen Tests und Provokationstests enthält. Das Ergebnis dieser Untersuchung wird mit dem Wissen aus der Anamnese verknüpft, wodurch sich einerseits eine klare osteopathische Diagnose ergibt. Andererseits kann IP06 auf

diesem Weg erkennen, ob die osteopathische Behandlung für den Patienten sicher ist:

*„Die systematische Untersuchung dient für mich dazu erstens einerseits ganz klar noch einmal Sicherheits - und Provokationstests zu machen, um überhaupt zu erkennen, ist das ein Patient, der sich überhaupt für eine osteopathische Behandlung eignet, ja oder nein. Und dann schau ich mir den Patienten strukturell, viszeral und kranio – sakral an, versuch das, was ich gefunden habe, mit der Anamnese in Verbindung zu bringen, zu ergänzen und auszuschließen und dann ergibt sich eine osteopathische Differentialdiagnose, die sozusagen, die dann behandelt wird“ (IP06, S.1, 12 – 20).*

IP07 beschreibt die Routineuntersuchung – sie bezeichnet sie auch als standardisierte Untersuchung - als ein Schema oder auch als Raster das als Leitfaden für die Untersuchung dient, nach dem sich der Osteopath bei der Untersuchung richtet und der ein systematisches und logisches Vorgehen bei der Untersuchung gewährleisten soll. Diese Vorgehensweise soll nach Ansicht von IP07 einerseits verhindern, dass der Osteopath bei der Untersuchung vergisst, etwas Wesentliches zu untersuchen. Andererseits soll auf diesem Weg ein möglichst umfassendes und ganzheitliches Wissen über den Patienten zusammen getragen werden, um die Ursache der Symptome des Patienten erkennen zu können, die Zusammenhänge zu verstehen und den Patienten optimal und sicher behandeln zu können:

*„[...] ist es einfach ein sehr gutes Hilfsmittel für Osteopathen, eine Struktur aufzubauen, in der sie sich bewegen können, ja. Wenn sie sich vom Patienten leicht ablenken lassen, Anamnesen Stunden dauern würden und Untersuchungen nicht gemacht werden, obwohl sie notwendig wären [...]. Das ist einfach ein Raster oder ein System, das den Leuten helfen soll, nichts zu vergessen oder so wenig wie möglich zu vergessen und ein möglichst umfangreiches Wissen oder Informationen vom Patienten zu kriegen [...].*

Für IP08 ist die Routineuntersuchung jene Untersuchung, die ihr zunächst einen groben Überblick und einen ersten Eindruck über den untersuchten Patienten ermöglicht. Basierend auf dem Ergebnis dieser globalen Untersuchung werden bestimmte Schlüsse gezogen, die möglicherweise weitere detaillierte Untersuchungsschritte oder gar spezielle Tests erforderlich machen. Basierend auf dieser ersten Untersuchung werden die entsprechenden Behandlungstechniken beziehungsweise die Behandlungsform ausgewählt:

*„Für mich ist eine Routineuntersuchung ein Einstieg, um den Patienten kennen zu lernen und daraus meine Techniken und Schlüsse zu ziehen und die werden wahrscheinlich bestimmte Spezialuntersuchungen dann oder Tests einfach fordern, nachfordern. Für mich ist das die Untersuchung wo ich entscheide, was*

*tu ich mit dem, hab einen groben Überblick [...] manche Techniken werden in diese Routineuntersuchung net hinein kommen, manche sind dann Spezialuntersuchungen, weil ich a Weiche in eine Richtung gestellt hab.“ (IP08, S. 1, 7 – 15)*

IP08 bezeichnet in diesem Zusammenhang die Routineuntersuchung als ein Mittel, gemeinsam mit dem Patienten in die Therapie einzusteigen.

IP09 definiert die systematische Routineuntersuchung als eine globale Untersuchung, die auf der Anamnese aufbaut. Jedes Gelenk oder jede Körperregion wird in Abhängigkeit von der Anamnese grob untersucht. Stellt sie eine Dysfunktion fest, dann wird das betreffende Gelenk mit einem Ecoute, einem Listening Test, näher untersucht, um herauszufinden, in welcher Ebene – strukturelle Ebene, viszerale Ebene oder in der Ebene der Flüssigkeiten - sich die somatische Dysfunktion befindet:

*„[...] das schau ich mir einfach wirklich grob [...] grob tast ich jedes Gelenk an. Und da wo ich spür, dass was drunter ist [...] das untersuch ich dann spezifischer so wie man das gelernt hat in allen Richtungen. Also ich schau wirklich, dass ich a Mal alles angriffen hab. Und dann mach ich auch einen Ecoute, der sagt mir welche Ebene das ist [...]“ (IP09, S. 3, 8 – 13).*

IP10 definiert Routineuntersuchung als eine Systematik oder Struktur bei der Untersuchung eines Patienten, die vorgibt, in welcher Reihenfolge welche Tests und Untersuchungsschritte zu erfolgen haben. Diese Systematik soll gewährleisten, dass die Untersuchung flüssig und in diesem Sinn routiniert ablaufen kann:

*„Für mich is es einfach ein vorgefasster Plan, den man sich zurecht legt, wie man einen Patienten untersucht, in welcher Reihenfolge welche Tests man anwenden möchte, das man sich das halt im Vorfeld als Student oder dann a in der Praxis einfach schon zusammen geschrieben hat vielleicht a Mal und einfach dass des routiniert fließend einfach ablaufen kann“ (IP10, S. 1, 9 – 14).*

Der flüssige und routinierte Ablauf ergibt sich laut der Expertin IP10 dadurch, dass jeder Student, aber auch der bereits fertig ausgebildete Osteopath sich mit dem Thema Untersuchungsroutine auseinander gesetzt hat und sich bereits im Vorfeld eine solche erarbeitet hat, die aus aussagekräftigen, sicheren und eventuell auch allgemein akzeptierten Tests besteht:

*„[...] dass man da nicht extra herum überlegt no, welcher Test könnt noch möglich sein, sondern [...] dass man überhaupt a Mal Kenntnis darüber besitzt, welche Tests gibt's, dass man den Prozess schon a Mal im Vorfeld erledigt hat, zu sagen dieser Test ist für mich wichtig, aussagekräftig, vertretbar, anerkannt in der Gesellschaft, in der Therapieszene, dass man sich einfach mit dem Prozess schon Mal auseinander gesetzt hat und net erst beim Patienten sich überlegt, welchen Test gibt's da noch und so weiter“ (IP10, S. 1, 22 – 29).*

IP10 ist der Ansicht, dass eine gewisse Struktur beziehungsweise ein Grundgerüst an Tests und Untersuchungsschritten für die Untersuchung von Patienten von Vorteil ist.

*„[...] I denk ma, wenn ma so ein gewisses Grundkonzept, a Gerüst a Mal weiß an Testabläufen, an Fragen, die man stellen möchte zu gewissen Themen, glaube ich, dass es gut is“ (IP10, S. 2, 1 – 3).*

### **6.2.1 Zusammenfassung**

Einerseits verstehen die Experten IP01, IP04, IP06, IP07, IP09 und IP10 unter einer Routineuntersuchung die systematische und ganzheitliche Vorgehensweise bei der gesamten Untersuchung von Patienten. Die Experten IP04 und IP07 sehen sie diese als eine bestimmte Struktur für die Untersuchung, die vorgibt, in welcher Reihenfolge, welche Tests und Untersuchungsschritte erfolgen sollen. Die Expertin IP07 bezeichnet diese Routineuntersuchung auch als Raster beziehungsweise als ein System. IP10 nennt sie einen vorgefassten Plan.

Andererseits wird von den Experten IP02, IP03, IP05 und IP08 die Routineuntersuchung als eine globale Untersuchung verstanden, die systematisch aufgebaut ist und die zunächst einen groben Eindruck des Patienten ermöglichen soll. Im Anschluss erfolgen die spezifischen Untersuchungen für all jene Problembereiche, die sich in der globalen Untersuchung ergeben haben.

Experte IP03 vergleicht diese Untersuchungsroutine mit dem Stamm eines Baumes, der das stabile Fundament für die Untersuchung darstellt. Die Äste des Baumes stellen die notwendigen spezifischen Untersuchungen dar, die sich aus der globalen Routineuntersuchung als notwendig erweisen.

IP01, IP05 und IP07 betonen, dass eine systematische Vorgehensweise verhindert, dass wichtige Untersuchungsschritte vergessen werden oder etwas Wesentliches übersehen wird.

Die Expertin IP10 betont den Vorteil, dass eine systematische Untersuchung einen flüssigen und routinierten Untersuchungsablauf gewährleistet.

Eine Untersuchungsroutine unterstützt den untersuchenden Osteopathen dabei, Problembereiche zu erkennen, ein möglichst umfassendes Bild vom Patienten zu erhalten und die Ursachen und Zusammenhänge zu verstehen. Dies wird vor allem von den Experten IP04 und IP07 als Sinn und Zweck einer solchen Untersuchungsmethode hervorgehoben.

Für IP06 und IP07 dient sie auch dazu, die notwendigen differentialdiagnostischen Tests und spezifischen Untersuchungen mit zu bedenken und in die Untersuchung einzuplanen, um die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten.

IP08 betont, dass ihr die globale Untersuchung für sie persönlich auch dazu dient, einen Zugang zum Patienten zu finden.

Die Experten IP03, IP05 und IP07 sehen die Routineuntersuchung außerdem als eine Möglichkeit, die Patienten ganzheitlich zu untersuchen, da in ihrem Ablauf Tests und Untersuchungsschritte sowohl für das strukturelle als auch für das viszerale und kraniosakrale System enthalten sind.

Nach der Definition der Routineuntersuchung aus Sicht der Experten folgt im nächsten Abschnitt eine Beschreibung der Untersuchungsroutinen der einzelnen Experten.

### **6.3 ABLAUF DER ROUTINEUNTERSUCHUNG**

Eines der Ziele dieser Arbeit ist – sofern möglich – basierend auf den Aussagen der Experten, einen Vorschlag für eine Routineuntersuchung zu erstellen.

Aus diesem Grund wurden die Experten im Rahmen der Interviews gebeten, ihre Untersuchungsabläufe und – schritte, die sie bei der Untersuchung eines Patienten immer oder sehr regelmäßig als Teil einer Routineuntersuchung detailliert zu beschreiben.

Zunächst werden Übereinstimmungen unter den Aussagen der befragten Experten zu dieser Fragestellung hervorgehoben. Im

Anschluss wird auf die beschriebenen Abläufe jedes Experten eingegangen.

Folgende Tabelle soll zunächst die Übereinstimmungen der Experten bezüglich der groben Schritte ihrer Routineuntersuchungen und die Häufigkeitsanalyse veranschaulichen:

Tabelle 6: Schritte der Routineuntersuchung der Experten

SCHRITTE DER ROUTINEUNTERSUCHUNG	HÄUFIGKEIT (%)	EXPERTEN
Inspektion	10 (100%)	IP01 – IP10
Untersuchung im Stehen	10 (100%)	IP01 – IP10
Untersuchung im Sitzen	10 (100%)	IP01 – IP10
Untersuchung in Rückenlage	10 (100%)	IP01 – IP10
Untersuchung in Bauchlage	1 (10%)	IP03

Alle Experten stimmen darin überein, dass die Untersuchung nach abgeschlossener Anamnese mit der Inspektion des Patienten im Stehen beginnt.

Für eine Inspektion wird der Patient äußerlich betrachtet (Lehmayer 2006). Dabei sind gemäß Hinkelthein und Zalpour (2006) für Osteopathen vor allem Veränderungen der Haut, des Körperreliefs (Schwellungen, Muskelatrophien, u.a.) und der Haltung von Interesse.

Der Stellenwert der Inspektion wird durch folgende Aussagen der Experten verdeutlicht:

IP04 sagt beispielsweise dazu folgendes:

*„[...] das was ich auch immer mach ist eine Inspektion wo ich einfach schau, wo gibt's für mich einfach mehr Spannung, Asymmetrien, wohin tendiert der Körper mehr“ (IP04, S.3, 35 – 37; IP04, S.4, 1 – 2).*

Ähnlich die Aussagen von IP05:

*„Das ist schon ein Schlüssel [...] die Statik, wie richtet sich der ein, ist er ein Typ der eher ventral oder dorsal steht, wie ist er eingeordnet und wo kommt der Stress alleine durch die Haltung auf bestimmte Zonen. Von vorne, von der Seite“ (IP05, S.2, 7 – 10).*

Auch IP07 erklärt das Ziel für die Inspektion in einer ähnlichen Weise:

*„[...] also diese Inspektion ist a Mal wichtig und schau mir an, was sind das für Typen, wie ist die Gewichtsverlagerung, einfach Dinge so wie wir sie gelernt haben in der Inspektion, was fällt auf [...]. Wo muss der Körper schwer arbeiten, wo sind starke Spannungen, wo [...] hängt er sich in seine Bänder rein, wie ist die Basis [...]“ (IP07, S.4, 17 – 22).*



Die Inspektion ist ein wesentlicher und zentraler Bestandteil des gesamten Untersuchungsablaufes. Die Haltung des Patienten wird im Stehen beurteilt, um aufgrund des Sichtbefundes, Körperregionen, die unter erhöhter Spannung stehen und Fehlhaltungen im Haltungsmuster zu erkennen. Die Informationen aus der Inspektion liefern erste Eindrücke für den weiteren Untersuchungsablauf.

Im Anschluss an die Inspektion wird der Patient von allen Experten im Stehen weiter untersucht (100%), danach im Sitzen (100%) und abschließend im Liegen, meist in der Rückenlage (100%). Experte IP03 untersucht zusätzlich in Bauchlage (10%).

Durch die Untersuchung des Patienten in verschiedenen Lagen soll festgestellt werden, ob beispielsweise eine Bewegungseinschränkung eines Gelenks sich in Abhängigkeit von der Schwerkraft verändert oder nicht (vgl. hierzu Kapitel 3.3.2).

Die Expertin IP07 drückt dies folgendermaßen aus:

*„Und du konzentrierst dich auf die Bereiche, wo Bewegungseinschränkungen sind und schaust auch nach, ob die sich in verschiedenen Lagen wieder spiegeln“ (IP07, S.5, 35 – 37)*

Es folgt zunächst in Form einer Tabelle eine Darstellung jener Tests und Untersuchungsschritte, die von einer größeren Mehrzahl der Experten als Teil ihrer Routineuntersuchung angewendet werden (Mehrfachnennung). Diese Ergebnisse sind für die zentrale Fragestellung und für das Ziel dieser Arbeit von Bedeutung. So kann auch die für diese Arbeit relevante absolute Häufigkeit, mit der ein bestimmter Test erwähnt wird, besser verdeutlicht werden.

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der von den Experten bei der Routineuntersuchung mehrheitlich verwendeten Tests und Untersuchungsschritte (Mehrfachnennungen)

TEST	HÄUFIGKEIT (%)	EXPERTEN
General Listening im Stehen	8 (80%)	IP02, IP03, IP04, IP05, IP06, IP08, IP09, IP10
Vorlauf Test im Stehen	6 (60%)	IP02, IP03, IP05, IP06, IP07, IP08
Aktive Funktionstests Wirbelsäule im Stehen	10 (100%)	IP01 – IP10
Finger Boden Abstand	2 (20%)	IP02, IP04
Passive globale und segmentale Untersuchung Wirbelsäule im Sitzen	10 (100%)	IP01 – IP10
Viszeraler Ecoute am Bauch	4 (40%)	IP02, IP03, IP05,

		IP08
Überprüfung des kraniosakralen Systems	6 (60%)	IP02, IP04, IP05, IP06, IP08, IP10
Vorlaufest im Sitzen	2 (20%)	IP03, IP07
Gangtest	3 (30%)	IP05, IP06, IP07
General Listening im Sitzen	2 (20%)	IP02, IP05
Selektive Funktionsprüfung der Halswirbelsäule im Sitzen	4 (40%)	IP02, IP03, IP05, IP08
Positionstest C0/C1	2 (20%)	IP03, IP06
Listening (Ecoule) Sakrum und /oder UE	2 (20%)	IP04, IP10
Testung der Synchondrosis sphenobasilaris (SSB)	2 (20%)	IP05, IP10

Im Stehen erwähnen die befragten Experten mehrfach folgende Untersuchungen:

- Bis auf die Expertinnen IP01 und IP07 verwenden alle ein General Listening (80%)
- Ein Vorlauf Test (Standing Flexion Test) ist fixer Bestandteil der Routine der Experten IP02, IP03, IP05, IP06, IP07 und IP08 (60%).
- Aktive Funktionstests zur Beurteilung der Beweglichkeit der Wirbelsäule in Richtung Flexion, Extension, Rotation und Lateralflexion sind in der Regel immer Teil der Routineuntersuchung aller Experten (100%).

Die Expertinnen IP01, IP09 und IP10 verwenden diese nur, wenn sich aus der Anamnese heraus stellt, dass möglicherweise ein Problem im Bereich der Wirbelsäule vorliegt.

Die Überprüfung der aktiven Flexion der Wirbelsäule wird in der Regel gemeinsam mit dem Vorlaufest kombiniert getestet.

IP02 und IP04 erwähnen, dass sie zusätzlich den Finger Boden Abstand bei der aktiven Funktionsprüfung in Richtung Flexion mitbeurteilen (20%).

Im Anschluss wird der Patient im Sitzen weiter untersucht. In dieser Position untersuchen alle Experten die Wirbelsäule der Patienten passiv, zunächst global und anschließend segmental in alle

Bewegungsrichtungen (100%). IP01, IP09 und IP10 allerdings nur bei einem entsprechenden Hinweis aus der Anamnese.

Nach der Untersuchung im Sitzen wird der Patient im Liegen – in der Regel in der Rückenlage - weiter untersucht. Lediglich Experte 03 untersucht zusätzlich in der Bauchlage.

In Rückenlage verwenden die Experten IP02, IP03, IP05 und IP08 zur Abklärung möglicher viszeraler Probleme einen Listening Test am Bauch (40%). Diesen bezeichnen sie auch als viszerale Ecoute.

Die Experten IP02, IP04, IP05, IP06, IP08 und IP10 testen als Teil der Routineuntersuchung in Rückenlage immer das kraniosakrale System (60%). Sie verwenden dafür aber unterschiedliche Methoden und Handgriffe. Die Experten IP02 und IP05 überprüfen den kraniosakralen Rhythmus mit einem Griff an Occiput und Sakrum. IP04 macht immer ein Listening am Sakrum oder an den Beinen. IP05, IP06, IP08 und IP10 überprüfen den primären respiratorischen Mechanismus des kranialen Systems durch einen Kontakt am Kopf der Patienten.

Folgende klinische und osteopathische Tests werden zumindest mehr als einmal von den Experten als Bestandteil ihrer individuellen Untersuchungsroutine erwähnt:

- Die Experten IP02, IP03, IP05 und IP08 überprüfen im Sitzen selektiv aktiv die Funktion der Halswirbelsäule (40%). IP05 verwendet dafür einen Kopffotationstest in maximaler Extension, maximaler Flexion und Neutralstellung zur differenzierten Funktionsprüfung der Halswirbelsäule.
- Die Expertinnen IP05, IP06 und IP07 machen immer einen Gangtest beziehungsweise eine kurze Ganganalyse (30%).
- Ein Vorlaufstest im Sitzen wird von IP03 und IP07 regelmäßig verwendet (20%).

- IP02 und IP05 wenden zusätzlich zum General Listening im Stehen auch ein General Listening Test im Sitzen an (20%).
- Die Experten IP03 und IP06 überprüfen zusätzlich das atlantooccipitale Gelenk C0/C1 mittels eines Positionstests in Rückenlage (20%).
- Ein Listening (Ecoule) am Sakrum und / oder der unteren Extremität wird von IP04 und IP10 verwendet (20%).
- Die Expertinnen IP05 und IP10 testen spezifisch die Synchondrosis sphenobasilaris (SSB) in Rückenlage (20%).

Nach der Darstellung jener Punkte, in denen es unter den Aussagen der Experten Übereinstimmung und Ähnlichkeiten gibt, werden im Anschluss interessante Aspekte der Untersuchungsabläufe der einzelnen Experten hervorgehoben. Es werden zusätzlich jene Tests und Untersuchungsschritte aufgeführt, die nur von der jeweiligen Expertin beziehungsweise dem jeweiligen Experten als Bestandteil der individuellen Routineuntersuchung erwähnt werden.

### **6.3.1 Expertin IP01**

Die Expertin IP01 gibt an, dass sich ihre Methode, einen Patienten zu untersuchen, in letzter Zeit sehr stark verändert hat. Ihre Erfahrungen mit dem Faszien-distorsionsmodell (FDM) nach Tybaldos haben dazu geführt, dass sie sich in der Untersuchung und Behandlung viele ihrer Patienten nach dieser Methode richtet.

Bevor sie das Faszien-distorsionsmodell kennen lernte, hat sie allerdings sehr wohl eine sehr genaue und systematische Untersuchung bei allen Patienten durchgeführt, wobei sie sich bei dieser von der Anamnese leiten ließ und sich dabei vor allem nach der allgemeinen osteopathischen Behandlung (A.O.B.) gerichtet hat (vgl. hierzu Kapitel 3.2.2.8). Ihre bevorzugten Untersuchungspositionen waren vor allem die Rückenlage und Seitenlage. Auch jetzt richtet sie sich bei Patienten, die sie nicht nach der Methode des

Fasziendistorsionsmodells untersucht und behandelt, immer wieder nach dieser Methode.

Auf die Frage hin, ob es im Fasziendistorsionsmodell gewisse Untersuchungsprotokolle gibt, entgegnet IP01, dass es im Rahmen dieses Konzeptes keine Routinetests gibt, sondern dass vor allem die Körpersprache im Mittelpunkt steht. Die Patienten zeigen durch ihre Körpersprache, um welche Dysfunktion es sich in den Faszien handelt. Ein weiteres wichtiges diagnostisches Mittel sind Provokationstests, mit denen überprüft wird, in welcher Position der Schmerz auslösbar ist oder verstärkt werden kann. Die Anamnese hat laut IP01 nach dieser Methode nur einen relativen Wert, da die Körpersprache im Grunde von der Muttersprache unabhängig ist.

Auf die Frage, warum sie von ihrer früheren Untersuchungsmethode abgekommen ist, entgegnet IP01 folgendermaßen:

*„Weil mir einige Dinge nicht mehr so wichtig sind von der Behandlung her also zum Beispiel wenn ich jetzt nach dem Fasziendistorsionsmodell – nach Tybaldus – da geht es vielmehr um den aktuellen Stand, was die Leute für ein Problem haben, sie zeigen mit der Körpersprache wo die Problematik besteht und ich hab das Gefühl, dass das eigentlich wesentlich zielführender ist für eine Behandlung, sich das momentane Problem anzuschauen als irgendwo am kleinen Zecken zu suchen, wo es herkommen könnte“ (IP01, S. 4, 26 – 33).*

Es scheinen vor allem sehr positive Erfahrungen mit den Techniken des Fasziendistorsionsmodells zu sein, die dazu geführt haben, dass sich IP01 in der Behandlung in vielen Fällen nach dieser Methode richtet. Ihrer Erfahrung nach ist es sinnvoller, sich unmittelbar mit dem aktuellen Problem des Patienten zu befassen, als den Patienten aufwendig zu untersuchen, da eine solche Untersuchung viel Zeit kostet, die sinnvoller genutzt werden kann:

*„Deswegen bin ich jetzt davon abgekommen, da immer systematisch alles durch zu arbeiten, weil es einfach wahnsinnig viel Zeit kostet [...] und in dieser Zeit könnt ich schon längst irgendwas sinnvolles tun unter Anführungszeichen“ (IP01, S. 5, 3 – 6).*

Sie merkt in diesem Zusammenhang zusätzlich folgendes an:

*„[...] auf das schauen Osteopathen meiner Meinung nach [...], die nicht nach dem Fasziendistorsionsmodell arbeiten überhaupt nicht wirklich und auch auf den Schmerz wird nicht eingegangen wie der ist, ist es ein Punkt, ist es eine Fläche, ist es ein Band [...]. Diese Sachen sind jetzt für mich sehr in den Vordergrund getreten und ich merk auch, das bringt jetzt bei [...]*

*Schmerzzuständen wesentlich mehr als das was ich vorher so versucht hab [...]“ (IP01, S.16, 22 – 33).*

Laut IP01 wird von Osteopathen, die sich nicht nach dem Faziendistorsionsmodell richten, nicht ausreichend auf die Körpersprache und Qualität des Schmerzes eingegangen. Sie betont, dass ihrer Erfahrung nach, die Techniken dieser Methode vor allem bei Schmerzpatienten effektiver sind als jene, die sie in der Vergangenheit verwendet hat.

IP01 merkt an, dass es natürlich auch immer wieder Patienten gibt, die sie nicht nach dem Faziendistorsionsmodell behandelt. In diesen Fällen verwendet sie bei der Untersuchung sehr wohl klinische und osteopathische Tests und richtet sich dabei immer wieder, wie bereits eingangs erwähnt, nach der Methode der allgemeinen osteopathischen Behandlung (A.O.B.).

Allerdings ist ihre Arbeit auch sehr stark von der kraniosakralen Osteopathie geprägt und sie lässt sich bevorzugt von ihrer Wahrnehmung leiten. Sie vertraut ihrer Wahrnehmung mehr als beispielsweise einem Funktionstest und hat die Erfahrung gemacht, dass sie über einen kraniosakralen Zugang besser wahrnehmen kann, welche Form der Behandlung und welche Technik erforderlich ist:

*„[...] wenn ich wirklich am Kopf bin, spür ich zum Beispiel die Blockaden in der BWS, also da weiß ich dann einfach wo ich hin greifen muss und dann hab ich’s ganz genau und spür die Spannung viel, viel besser wenn ich’s dann lösen will als wenn ich das mit dem Kopf, weißt mit Testung erfahren kann.“ (IP01, S.7, 23 – 31) „Also wenn ich da einfach schon mal in den Körper so rein spüren kann, dann spür ich einfach, was jetzt notwendig ist besser als ich sag, na ja, vielleicht ist das jetzt schief und deshalb muss ich dort weiter machen [...]“ (IP01, S.7, 33 – 37).*

### **6.3.2 Experte IP02**

IP02 beschreibt einen sehr strukturierten Untersuchungsablauf, der bei jedem Patienten bei der Erstuntersuchung durchgeführt wird. Dieser Ablauf ist von der Anamnese unabhängig, das heißt jeder Patient wird unabhängig von der Anamnese nach diesem Schema untersucht.

Teil seiner Routineuntersuchung sind auch ein Gossip Test im, ein Kompressionstest und ein Traktionstests der Wirbelsäule und er

überprüft immer die Spannung der Dura mater in der Regel mit einem Griff an beiden Ossa temporalia.

### **6.3.3 Experte IP03**

IP03 richtet sich bei der Untersuchung eines Patienten ebenfalls nach einer ganz bestimmten Routine, die bei jedem Patienten durchgeführt wird. Die einzige Ausnahme ist ein akutes Trauma, zum Beispiel des oberen Sprunggelenkes, das erst vor kurzer Zeit geschehen ist und das noch keine auf - oder absteigende osteopathische Läsionskette verursacht hat. In diesem Fall kann die Routineuntersuchung unterbrochen werden und die Untersuchung und Behandlung beschränkt sich in weiterer Folge auf das verletzte Gelenk. Aufgrund dieser Tatsache bezeichnet IP03 seine Routine als individuell:

*„Ja, ich hab einen ganz bestimmten Ablauf, den ich mit jedem Patienten mache, der insofern noch sehr individuell ist, weil wenn jetzt jemand mit einem [...] Symptom kommt, das vorgestern passiert ist, zum Beispiel klassisch Sublux tali, [...] ich finde keine Kette drauf, dann unterbrich ich die Routineuntersuchung sofort nachdem ich das [...] Gelenk untersucht hab, wenn ich glaub, [...] es reicht [...], dort zu behandeln“ (IP03, S.2, 10 – 16) (vgl. 6.9.4).*

Interessanterweise ist IP03 der einzige der befragten Experten, der Patienten zusätzlich in Bauchlage, somit also nicht in drei sondern in insgesamt vier Lagen, untersucht. Einen konkreten Grund, warum ihm auch die Untersuchung in der Bauchlage wichtig ist, wird nicht erwähnt.

In dieser Position wird die Position des Beckens und des Sakrums beurteilt, nochmals die segmentale Beweglichkeit der Wirbelsäule in Lateralflexion und Rotation getestet gefolgt von einem „Springing Test“ (Federungstest) am Sakrum und an der Wirbelsäule.

Weitere Elemente seiner Routineuntersuchung sind ein Gillet Test (Spine Test), die Überprüfung der Beinlänge und ein Positionstest des Beckens in Rückenlage.

### **6.3.4 Experte IP04**

IP04 betont die Bedeutung der Anamnese für seine weiterführende Untersuchung. Die Anamnese ist für ihn bereits Teil der gesamten Untersuchungsroutine. Seiner Ansicht nach ist die Anamnese bereits eine verbale Untersuchung des Patienten. Ihm ist ein

schrittweises, logisches Vorgehen im gesamten Untersuchungsablauf, das mit der Anamnese beginnt, sehr wichtig:

*„Aber ich hab’s mir zur Aufgabe gemacht, einen Schritt nach dem anderen zu setzen und wenn in der Anamnese etwas auftaucht, dann führt das, geht das auch weiter in die manuelle Untersuchung jetzt beim Patienten“ (IP04, S.3, 21 – 24).*

Gibt es in der Anamnese Hinweise auf eine Dysfunktion in einem bestimmten Gelenk oder eine Körperregion verfügt IP04 über Routinen - die eventuell auch als „Subroutinen“ bezeichnet werden können - für das entsprechende Gelenk oder die Region. Diese Routine, bestehen aus einigen wenigen Bewegungen, die Aufschluss darüber geben, ob das Gelenk eine Dysfunktion aufweist oder nicht. Als Beispiel bringt IP04 das Schultergelenk:

*„Schultergelenk zum Beispiel gibt es drei, vier ganz spezielle Bewegungen, die ich machen lass, um zu schauen, ob es das Glenohumeralgelenk betrifft [...]“ (IP04, S.4, 10 – 13).*

Dennoch gibt es einige Untersuchungsschritte, wie zum Beispiel die Inspektion, eine General Listening im Stehen und die Funktionsprüfung der Wirbelsäule im Stehen, die er offensichtlich immer und durchaus unabhängig von der Anamnese bei jedem Patienten ausführt. Ein weiterer Bestandteil seiner Routine ist ein Listening am Sakrum oder an den Beinen. Der Patient liegt dafür in Rückenlage.

### **6.3.5 Expertin IP05**

IP05 beschreibt eine relativ umfangreiche und sehr strukturierte Routineuntersuchung.

Ein zentraler Bestandteil ihrer Routineuntersuchung sind Atemtests:

*„Ich greif auf den oberen Rippenbereich, auf den mittleren Rippenbereich und auf den unteren Rippenbereich und dann auch noch auf die Crura, um zu sehen, ob da irgendein Verhalten im Atmen ist, net, was ja auch auf einen Zug im viszeralen Bereich sein könnte, könnte auch ein Rippenproblem sein, ja“ (IP05, S.2, 23 – 27).*

Sie überprüft die Atemexkursionen des Brustkorbs, indem sie auf verschiedene Bereiche der Rippen und auf die Crura des Diaphragmas greift. Auffälligkeiten im Atemverhalten können einerseits auf ein viszerales aber natürlich auch auf ein strukturelles Problem hindeuten.



Diese Atemtests führt sie im Stehen und Sitzen aus und vergleicht das Atemverhalten in den verschiedenen Lagen. In Rückenlage prüft sie abermals die Funktion des Diaphragmas:

*„[...] mach noch mal im Bauch das Atmen und schau, ob sich das Zwerchfell in alle Richtungen gut bewegt. Da hab ich dann auch einen ganz guten Überblick über die Beweglichkeit von Leber, Milz und Magen, ja, also das kann man dann relativ rasch erkennen und bereits im Stehen, wenn ich die Crura mit dem Atmen untersuch, hab ich eigentlich einen kleinen Eindruck, wie die Niere rutscht, ja“ (IP05, S.8, 25 – 32).*

Das Atemverhalten eines Patienten in verschiedenen Lagen ist für IP05 ein wichtiger Hinweis auf die Beweglichkeit einiger innerer Organe und möglicher Probleme im viszeralen Bereich.

Das Ergebnis der Routineuntersuchung ist ein globaler Überblick, in welcher Körperregion beziehungsweise in welchem System eventuell größere Probleme und Dysfunktionen zu finden sind:

*„Und dann hab ich eigentlich einen groben Eindruck, ob ich jetzt die größeren Ringerl in der Struktur hab oder die größeren Auffälligkeiten in den Viszerien oder im kranio – sakral System“ (IP05, S.9, 15 – 18).*

IP05 weist darauf hin, dass sie immer die Synchondrosis sphenobasilaris (SSB) testet. Je nach Intensität des kranialen Impulses entscheidet sie, welche Techniken ein Patient aushalten kann. Ist dieser sehr schwach, dann verwendet sie nur sehr sanfte Techniken bei der Behandlung. Ist er kräftig, dann sind durchaus auch kräftigere strukturelle Techniken möglich.

Weitere Untersuchungsschritte und Tests, die IP05 routinemäßig verwendet sind ein Stoßdämpfertest für das ISG.

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt ihrer Untersuchungsroutine ist der Fokus auf die Elastizität des Fasziensystems, die sie mit einem Traktionstest an den unteren Extremitäten und den oberen Extremitäten testet.

### **6.3.6 Expertin IP06**

IP06 meint von sich selbst, dass sie grundsätzlich ein sehr strukturierter Mensch ist. Dies spiegelt sich auch in ihrer Untersuchungsroutine wieder.

IP06 scheint berufspolitisch sehr interessiert zu sein. Sie weist darauf hin, dass ihr eine fundierte medizinische Fachsprache und

Ausdrucksweise in der Kommunikation mit Ärzten und anderen medizinischen Berufen und eine ebenso fundierte und nachvollziehbare Untersuchung ausgesprochen wichtig ist:

*„Wenn wir jemals eine Anerkennung wollen als eigener Berufsstand, dann können wir uns nur an eine medizinische Sprache richten und dann müssen wir strukturiert und strukturell [...] arbeiten. Und wenn ich strukturell meine [...] dann meine ich nicht nur die Struktur ausschließlich am Körper sondern dann meine ich sehr wohl Struktur, Viszera und das kranio – sakrale System. Das ist schon ein ganzheitliches System und Modell und von mir aus auch eine Philosophie und eine Kunst aber es muss irgendwie Hand und Fuß haben“ (IP06, S. 5, 10 – 19).*

Es ist ihr in diesem Sinn ein Anliegen, darauf hinzuweisen, dass sie bei der Untersuchung des kraniosakralen Systems ebenso sehr strukturiert vorgeht und sich dabei ausdrücklich nicht nach der Biodynamik richtet:

*„[...] ich bin, sag ich auch ganz offen, schwebe nicht in der biodynamischen Sphäre, ich befinde mich im Kranium ganz klassisch osteopathisch in den Flüssigkeiten, in den Membranen und im knöchernen System. Also ich mach das sehr schulisch“ (IP06, S.2, 22 – 28).*

### **6.3.7 Expertin IP07**

Die Expertin IP07 verwendet bei ihrer Tätigkeit als Osteopathin auf der einen Seite eine strukturierte Untersuchungsroutine. Auf der anderen Seite ist ihre Arbeit von der biodynamischen Osteopathie beeinflusst. Patienten, die biodynamisch behandelt werden, werden ausdrücklich nicht anhand des Schemas der Routineuntersuchung untersucht.

IP07 verwendet im Gegensatz zur Mehrheit der Experten ausdrücklich keinen General Listening Test im Stehen.

### **6.3.8 Expertin IP08**

Auch IP08 hat einige wenige Untersuchungsschritte, die sie routinemäßig bei jedem Patienten durchführt.

Sie weist darauf hin, dass sie sich durch die Anamnese leiten lässt. In der Anamnese ergibt sich ein Ziel oder ein Grund für die Behandlung.

Sie beginnt in der Regel mit der Untersuchung in der vom Patienten als Problem angegebenen Körperregion:

*„Wenn ich die Anamnese abgeschlossen hab, dann hab ich auch ein Ziel oder einen Grund, warum der Patient zu mir kommt. Wenn der Patient in irgendeiner*

*Form eine Körperregion vorgibt, dann werd ich wahrscheinlich in der Region beginnen so meine Globaluntersuchung zu machen“ (IP08, S. 1, 34 – 37; S. 2, 1).*

### **6.3.9 Expertin IP09**

Die Untersuchung von IP09 ist sehr von der Anamnese und dem allgemeinen Eindruck des Patienten bestimmt.

Ähnlich wie IP04 hat IP09 spezifische Untersuchungsprotokolle für bestimmte Körperregionen und Gelenke. Hat sich basierend auf der Anamnese die Wirbelsäule als Problem ergeben, dann untersucht sie immer das atlantooccipitale Gelenk, das Os coccygis und untersucht die gesamte Wirbelsäule aktiv und passiv vor allem in die Bewegungsrichtung der Lateralflexion, da ihr diese Richtung über mögliche Einschränkungen am meisten Aufschluss gibt.

### **6.3.10 Expertin IP10**

IP10 beschreibt nur einige wenige Untersuchungsschritte, die sie routinemäßig bei jedem Patienten im Rahmen der Untersuchung durchführt. Dazu gehört unter anderem ein General Listening im Stehen.

In Abhängigkeit von der Anamnese hat auch sie spezifische Protokolle für bestimmte Gelenke und Körperregionen. Hat ein Patient zum Beispiel Probleme im Bereich der Wirbelsäule, dann wird diese immer aktiv funktionell getestet und immer ein Vorlauftest durchgeführt. Steht ein viszerales Problem im Vordergrund werden routinemäßig immer alle 3 Diaphragmen – Diaphragma pelvis, Zwerchfell und das zervikothorakale Diaphragma - überprüft.

Die Arbeit von IP10 ist sehr von der kraniosakralen Osteopathie beeinflusst. Daher überprüft sie immer die SSB und die reziproken Spannungsmembranen, Falx und Tentorium. In der Regel beendet IP10 auch ihre Behandlung mit kranialen Techniken.

IP10 setzt ihre Routine vielmehr mit einem Ritual gleich, das sich nicht nur auf die Untersuchung sondern vielmehr auf den gesamten Untersuchungs – und Behandlungsprozess einer Therapieeinheit bezieht:

*„Also, ich würd sagen, es ist so eine Art von Ritual vielleicht [...] das fürn Patienten und auch für mich irgendwie klarer macht, dass es anfangt und auch wieder endet die Stunde. Das ist immer [...], dass ich im Stand beginne zu*

*schaun, wie steht a Mal der Patient vor mir, dass ich ihn umkreise und wenn er es mir im Stehen zeigen kann und klar machen kann, was er braucht und wo's ihn stört körperlich dann überprüf ich das a immer am Ende im Stehen. Das ist, glaube ich, so ein Routinebeginn und Abschluss“ (IP10, S.4, 30 – 37).*

Sie beginnt jede Behandlungseinheit mit einer Inspektion und lässt den Patienten zum Beispiel durch aktive Bewegungen demonstrieren, wo er ein Problem hat. Diese Bewegungen oder Tests werden immer am Ende der Behandlung wieder als Vergleich zum Behandlungsbeginn durchgeführt. Dieses Ritual signalisiert dem Patienten einen Anfang und auch ein Ende für diese Behandlungseinheit. Sie führt diesen Gedanken im weiteren Verlauf des Interviews noch weiter aus:

*„[...] für mich ist vielleicht auch die Testung auch ein gewisses Einstiegsritual, um mit dem, [...] Patienten in Kontakt zu kommen. Weil das sind die ersten Körperberührungen, die man austauscht, man greift den Patienten das erste Mal an und man, es ist vielleicht ein Ritual des sich näher Kommens, dass er zulässt, zulassen kann, berührt zu werden. Ich traue mich vielleicht durch diese rituellen Tests auch a Mal hin greifen und man kriegt a Mal so Erstkontakt, Eindrücke und für mich is es vielleicht ein Einstiegsritual, vielleicht kann man es auch als Einstiegsritual bezeichnen für die Behandlung [...]“ (IP10, S. 17, 27 – 36).*

Sie vergleicht auch die Untersuchung mit einem Ritual mit dem sie in die Therapie mit dem Patienten einsteigt. Es kommt bei der Routineuntersuchung zu einem ersten Körperkontakt mit dem Patienten, der es ihr erlaubt, erste grobe Eindrücke vom Patienten zu erhalten. Diese Aussage erinnert an die Meinung von IP08, die ebenfalls die Routineuntersuchung als Möglichkeit bezeichnet, in die Therapie mit dem Patienten einzusteigen.

Ein wesentlicher Teil der Routine oder des Rituals ist auch, dass IP10 immer einen Ecoute Test an den Füßen durchführt unabhängig von den Techniken, die sie im Rahmen der Behandlung ausgeführt hat:

*„Und was I a hab ist, dass ich im Liegen also bevor der Patient aufsteht [...], das hab I aus der kraniellen, energetischen, biodynamsichen, vielleicht irgendwie a Mal übernommen vom T.S. auf jeden Fall weiß ich des, dass ich immer so einen Gesamtdurchgang mach von den Füßen, also ich ende immer an den Füßen egal ob I jetzt vorher strukturell gearbeitet hab oder nur kraniell. I hör immer in der Rückenlage an den Füßen auf mit einem Listening. Das ist so ein Ritual, das endet dann für mich auch dann die Behandlung sozusagen. Egal was ma vorher gearbeitet haben, ob das jetzt a TGO war oder FDM oder was auch immer. Das ist für mich auch so a innerliches Checken für mich, is a gute Mitte da, gute Achse da, is a Rhythmus vorhanden, drückt sich der Patient, wie drückt er sich aus, meistens kann ich's vergleichen mit dem was ich vorher getestet hab am Anfang in Rückenlage und schau, ob's für mich zufrieden stellend a Mal abgeschlossen ist. Und dann soll der Patient aufstehen und dann soll er prüfen“ (IP10, S.5, 16 – 31).*

Dieses Ritual ist für IP10 gleichzeitig eine Möglichkeit, die Behandlung zu überprüfen indem sie ihre Wahrnehmung mit dem Eindruck vergleicht, den sie zu Beginn der Behandlung gewonnen hat. Auf diesem Weg stellt sie auch fest, wie es dem Patienten am Ende der Behandlung geht, ob sie selbst mit dem Resultat zufrieden ist und gleichzeitig beendet das Ritual diese Behandlungseinheit. Abschließend steht der Patient auf und überprüft für sich selbst die Wirkung der Behandlung.

### **6.3.11 Zusammenfassung**

Zu Beginn dieses Abschnitts wurden die relevanten Gemeinsamkeiten in den Untersuchungsroutinen der Experten bei der Erstuntersuchung von Patienten aufgezeigt.

Alle Experten betonen, dass sie die Untersuchung nach abgeschlossener Anamnese mit einer Inspektion beginnen, um die Haltung der Patienten zu beurteilen. Auf diese Inspektion folgt die Untersuchung der Patienten im Stehen, Sitzen und in der Rückenlage. Ein Experte, IP03, untersucht zusätzlich in der Bauchlage.

Es gibt nur einige wenige Tests, die zumindest von einem Großteil der Experten im Rahmen ihrer jeweiligen Untersuchung angewendet werden. Dazu zählt beispielsweise der General Listening Test im Stehen, den alle Experten mit Ausnahme der Experten IP01 und IP07, verwenden.

Die Häufigkeitsverteilung (vgl. hierzu Kapitel 6.3: Tabelle 7) der von den Experten verwendeten Tests zeigt auf, dass nur zwei Untersuchungsschritte, nämlich die aktive Funktionsprüfung der Wirbelsäule im Stehen und die passive Untersuchung der Wirbelsäule im Sitzen, von allen Experten im Rahmen der Routineuntersuchung angewendet werden. Allerdings wird diese Übereinstimmung durch die Tatsache relativiert, dass drei Expertinnen (IP01, IP09, IP10), die sich bei der Untersuchung von der Anamnese leiten lassen, nur bei Bedarf diese Tests in ihre Untersuchung einbauen.

Somit ist davon auszugehen, dass es im Grunde keinen Test oder Untersuchungsschritt gibt, der ausnahmslos von allen zehn Experten immer bei der Routineuntersuchung verwendet wird.

Im Anschluss an die Darstellung der wenigen Übereinstimmungen wurde noch auf die einzelnen von den jeweiligen Experten beschriebenen Untersuchungsroutinen im Detail eingegangen.

Dabei zeigt sich eine große Vielfalt an unterschiedlichen Methoden und Vorgehensweisen, die offensichtlich durch persönliche Arbeitsschwerpunkte, Therapiemethoden und durch die jeweilige Persönlichkeit beeinflusst werden und es daher nur einige wenigen Punkten Übereinstimmungen gibt.

Dabei stellte sich auch heraus, dass manche Experten gewisse Schwerpunkte in ihrer Arbeit als Osteopathen haben:

Die Expertin IP01 richtet sich sehr nach dem Faziendistorsionsmodell von Tybaldos (FDM) und der kraniosakralen Osteopathie.

Auch für die Expertin IP10 hat die kraniosakrale Osteopathie eine zentrale Bedeutung in ihrer Arbeit.

Die Expertin IP07 hat einerseits einen sehr strukturierten Ansatz, andererseits richtet sie sich bei manchen Patienten ausschließlich nach der biodynamischen Osteopathie.

Auch für IP08 spielt die biodynamische Osteopathie eine Rolle.

In diesem Sinn kann nur noch einmal auf Fossum (2010) hingewiesen werden, der die Ansicht vertritt, dass es keine einheitliche Routineuntersuchung gibt, sondern dass jeder Osteopath eine eigene Methode entwickelt, die durch Erfahrung und das jeweilige Wissen geprägt ist.

Interessant ist die Rolle der Anamnese im Rahmen der Untersuchung. Die Experten IP01, IP04, IP08, IP09 und IP10 betonen, dass sie sich bei der Planung der Routineuntersuchung von der Anamnese leiten lassen. Die Experten IP02, IP03, IP05 und IP07 betonen hingegen ausdrücklich, dass ihre Untersuchung von der Anamnese im Grunde genommen unabhängig ist.

Auf die Rolle der Anamnese aus der Sicht der Experten wird zu einem späteren Zeitpunkt in dieser Arbeit nochmals im Detail eingegangen.

Die Experten erwähnen bei der Beschreibung ihrer Routineuntersuchungen eine Vielzahl von Tests und Untersuchungsschritten, die in den meisten Fällen nur Bestandteil der jeweiligen Untersuchungsroutine einzelner Experten sind. Diese sollen nochmals in folgender Tabelle veranschaulicht werden:

Tabelle 8: Darstellung der Tests, die Bestandteil der individuellen Routineuntersuchung der Experten sind.

TEST	HÄUFIGKEIT (%)	EXPERTEN
Gossip Test	1 (10%)	IP02
Kompressionstest Wirbelsäule	1 (10%)	IP02
Traktionstest Wirbelsäule	1 (10%)	IP02
Prüfung der Duraspannung	1 (10%)	IP02
Positionstest Sakrum in Bauchlage	1 (10%)	IP03
Segmentale Funktionsprüfung Wirbelsäule in Bauchlage (Rotation und Lateralflexion)	1 (10%)	IP03
Springig Test Sakrum und Wirbelsäule in Bauchlage	1 (10%)	IP03
Gillet Test	1 (10%)	IP03
Messung der Beinlänge	1 (10%)	IP03
Positionstest Becken	1 (10%)	IP03
Testung der Atmung	1 (10%)	IP05
Prüfung der Funktion des Diaphragmas	1 (10%)	IP05
Stoßdämpfertest ISG	1 (10%)	IP05
Prüfung von Falx und Tentorium	1 (10%)	IP10

Im nächsten Abschnitt dieser Arbeit wird auf die Frage eingegangen, ob bei einer Folgebehandlung wieder auf eine Routineuntersuchung zurück gegriffen wird.

#### **6.4 DIE NACHUNTERSUCHUNG**

Mit dieser Fragestellung soll festgestellt werden, ob und wie die Patienten untersucht werden, wenn sie nach der ersten Behandlungseinheit wieder in die Praxis zur weiteren Behandlung kommen. Wird die Routineuntersuchung wiederholt oder nicht?

Folgende Tabelle soll die Aussagen der Experten und die zunächst in einem Überblick darstellen und die Häufigkeitsverteilung der genannten Argumente veranschaulichen:

Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der in der Nach – bzw. Folgeuntersuchung verwendeten Untersuchungsschritte

TEST BZW. UNTERSUCHUNGS - SCHRITTE	HÄUFIGKEIT (%)	EXPERTEN
Alle auffälligen Tests wiederholen	10 (100%)	IP01 – IP10
Immer eine Inspektion	1 (10%)	IP04
Immer gründliche untersuchen	2 (20%)	IP05, IP09
Immer die Routineuntersuchung	1 (10%)	IP05
Immer General Listening im Stehen	2 (20%)	IP08, IP10
Immer kranial	1 (10%)	IP10
Evaluieren der Behandlung (Re Test)	10 (100%)	IP01 – IP10
Reproduzierbare Tests	1 (10%)	IP04

Alle Experten sind sich einig, dass beim nächsten Termin alle dokumentierten, positiven und aussagekräftigen Tests wiederholt und die auffälligen Körperregionen nochmals untersucht werden (100%). Der weitere Untersuchungs – und Behandlungsablauf ist schließlich von den Angaben des Patienten abhängig. Der Patient wird befragt, wie es ihm geht und was sich aus seiner Perspektive verändert hat. Auf diese Weise sollen Veränderungen im Vergleich zur vorherigen Behandlung festgestellt und überprüft werden, ob die Behandlung erfolgreich war oder nicht. Der gesamte Untersuchungsablauf der Erstuntersuchung wird in der Regel nicht wiederholt.

Dazu passt repräsentativ die Aussage von IP03:

*„Ich hab die Wiederanamnese schon, das heißt, ist es ihnen besser ergangen - ja, nein – und dann schau ich mir noch an, ob das zusammen passt mit dem was ich finde an den Strukturtests, zum Beispiel ist der Vorlauf noch positiv aber dann [...] test ich eigentlich nur mehr die Sachen nach, die ich schon [...] gefunden hab außer es hat absolut keine Wirkung gezeigt die Therapie, dann versuch ich mich quasi zu nullen und schau ma´s no a Mal an in der Annahme, dass ich beim ersten Mal was übersehen hab. Das heißt, es ist abhängig davon, was der Patient sagt. Wenn er mir sagt, es geht ihm besser und I hab das Gefühl, das ist der richtige Weg, dann schau ich mir nur meine notierten Re – Tests wieder an“ (IP03, S.8, 29 – 37, S.9, 1 – 2).*

Es stellt sich die Frage, ob es dennoch Untersuchungsschritte gibt, die sich immer wiederholen.

IP04 beispielsweise beginnt jede Therapieeinheit mit einer Inspektion. Die Inspektion ist für ihn eine Art Ritual, in die Therapieeinheit einzusteigen ähnlich einem Begrüßungsritual wie zum Beispiel der Frage, wie es einem geht, wenn Bekannte oder Freunde sich treffen:

*„Was ich eigentlich schon immer mach die Inspektion am Anfang und aber eher so als Einstieg. Es gibt so bissl so Einstiegstests wie wenn wir uns treffen, sag ma, wie geht´s dir? Ja also als Einstiegsfrage verwendet man manchmal so*



*Tests, dass I sag, OK, jetzt schau I ma ihn mal an und wo bin ich, wo kann ich ihn abholen so bissl eine [...] Basis a Mal schaffen“ (IP03, S.7, 35 – 37; S.8, 1 – 4).*

IP05 führt immer zu Beginn jeder Therapieeinheit ein Screening durch, da sich im Vergleich zum letzten Mal viel verändern kann und neue Problemstellungen auftauchen können, die sich erst in Folge der vorangegangenen Behandlung zeigen. Aus diesem Grund ist es ihrer Meinung nach notwendig, den Patienten jedes Mal gründlich zu untersuchen und vor allem am Ende jeder Behandlung die auffälligen Tests zu wiederholen, um den Erfolg der Behandlung unmittelbar zu überprüfen. Sie betont, dass es sich dabei immer um den gleichen Untersuchungsablauf handelt:

*„Es ist immer wieder die gleiche Untersuchung und vor allem [...] am Anfang und am Ende die auffälligen Tests noch einmal, weil sonst weiß ich ja nicht was ich gemacht habe“ (IP05, S.11, 10 – 12).*

Sehr ähnlich argumentiert auch IP09, die es im Grunde ebenfalls als notwendig erachtet, den Patienten, neuerlich zu untersuchen, da sich einem eine völlige neue Situation bieten kann. Lediglich die Grundfragen aus der Anamnese sind bereits geklärt und müssen nicht neuerlich abgefragt werden.

Expertin IP08 gibt an, dass sie jedes Mal ein General Listening im Stehen beim Patienten durchführt.

Die Expertin IP10 betont, dass sie immer die im Rahmen ihrer Routine beschriebenen kraniosakralen Untersuchungsschritte (vgl. hierzu Kapitel 6.3.10) durchführt, da diese für sie die meiste Aussagekraft haben und sie gelernt hat, ihrer Palpation und Wahrnehmung zu vertrauen.

#### **6.4.1 Evaluation der Behandlung: Der „Re Test“**

Alle Experten betonen im Zusammenhang mit dieser Fragestellung, dass es notwendig ist, alle auffälligen, aussagekräftigen und positiven Tests am Ende der Therapieeinheit als Erfolgskontrolle für die Behandlung zu wiederholen (100%). Diese Vergleichstests werden von den Experten häufig als „Re Tests“ bezeichnet. Durch den

Vergleich der auffälligen Tests am Ende der Behandlung wird überprüft, ob und wie die Behandlung gewirkt hat und ob sie ziel führend ist.

In diesem Sinn ist folgende Aussage von IP03 zu sehen:

*„Re Test heißt für mich nur die, das zu testen, wo ich was gefunden hab, eine Asymmetrie zum Beispiel, ob die Asymmetrie damit besser ist oder eine Provokation, ist diese Provokation jetzt noch auslösbar, ist der Schmerz noch auslösbar und um zu schauen [...], ob ich da am richtigen Weg bin“ (IP03, S.9, 25 – 29).*

Experte IP04 wählt ganz gezielt Tests für seine Untersuchung aus, die reproduzierbar sind, um einen Vergleich zwischen dem Ergebnis vor und dem nach der Behandlung zu ermöglichen:

*„Weil’s zum Teil Tests sind die ich dann reproduzieren kann, keine Ahnung also Finger Boden Abstand oder eben [...] an der Schulter, wenn er nach hinten greift, weiß ich genau wie weit er rauf kommt und dann am Ende der Therapie kann ich’s noch einmal nachtesten. Also ich kann dann eine gewisse Objektivierung durchführen bei diesen Tests“ (IP04, S. 5, 3 – 8).*

Expertin IP06 betont, dass auf jeden Fall eine Evaluierung der Behandlung statt finden muss. Sei es nun durch „Re – Tests“ oder, wenn es nicht anders möglich ist, zumindest durch ein Gespräch mit dem Patienten:

*„[...] mir ist auch die Evaluation innerhalb der Therapie wichtig. Eine Provokationsbewegung irgendwas, ein Fingerkuppen – Boden Abstand, ein irgendwas woran man messen kann, wie ist es jetzt. Oder zumindest ein kurzes Gespräch, wie ist es ihnen ergangen und wie geht es ihnen jetzt, was haben’s für einen Eindruck [...]. Also eine Art der Evaluation muss erfolgen und zwar auch unmittelbar nach der Behandlung, ja“ (IP06, S.10, 22 – 30).*

## **6.4.2 Zusammenfassung**

Alle Experten weisen einstimmig darauf hin, dass bei einer Folgebehandlung, zu Beginn immer die auffälligen Tests wiederholt werden.

Es ist allen Experten aber genauso wichtig, dass jede Behandlung durch die Wiederholung der auffälligen Tests am Ende der Einheit evaluiert wird.

IP04 weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es ihm wichtig ist, Tests bei der Untersuchung zu verwenden, die einfach zu reproduzieren sind.

Es wiederholen sich im Rahmen der Folgeuntersuchung individuell gewisse Elemente der Untersuchungsroutine aber die

Untersuchung im Rahmen der Folgetermine ist in der Regel weniger umfassend als die Erstuntersuchung. Lediglich die Expertinnen IP05 und IP09 geben an, dass sie auch bei einer Folgebehandlung, die Patienten sehr gründlich untersuchen, da sich durch die erste Behandlung viel verändern kann. Die Expertin IP05 betont, dass sie im Grunde auch bei der Folgebehandlung ihre gesamte Routineuntersuchung durchführt.

Im nächsten Abschnitt wird unter anderem auf die Differentialdiagnostik als unentbehrlichen Teil der Untersuchung eingegangen.

### **6.5 UNERLÄSSLICHE TESTS?**

Mit dieser Fragestellung sollte festgestellt werden, ob es aus Sicht der Experten Tests und Untersuchungsschritte gibt, die unerlässlich und daher bei einer Routineuntersuchung unentbehrlich sind.

Folgende Tabelle soll zunächst einen Überblick über die von den Experten genannten Kategorien bieten und die Häufigkeitsverteilung, mit der die jeweiligen Tests von den Experten genannt werden, aufzeigen:

Tabelle 10: Unerlässliche Tests aus Sicht der Experten

<b>UNERLÄSSLICHER TEST</b>	<b>HÄUFIGKEIT (%)</b>	<b>EXPERTEN</b>
Differentialdiagnose	10 (100%)	IP01 – IP10
Haltung / Statik	1	IP05
Atemtests	1	IP05
Blutdruck	2	IP04, IP06
Puls	1	IP04
Neurologische Untersuchung	2	IP02, IP06
Art. Vertebralis Test	3	IP02, IP04, IP06
Klopfest (Wirbelsäule)	2	IP06, IP09
Hirnnerventests	1	IP06
Valsalva Manöver	2	IP06, IP09
Kalkaneuskompressionstest	1	IP06
Kompressionstest (Wirbelsäule)	1	IP09
Blut und Laboruntersuchung	1	IP05

Experte IP03 bezeichnet seine gesamte Routineuntersuchung, die er sich selbst erarbeitet hat als für ihn persönlich unentbehrlich. Nur

durch diesen Ablauf ist es ihm möglich, ein umfassendes Bild vom Patienten zu bekommen. Er räumt ein, dass andere Osteopathen durchaus mit anderen, eventuell auch kürzeren, Methoden und Tests, zum Beispiel nur über Listening Tests, ebenfalls zu einer Diagnose kommen. Für ihn sind derzeit solche Abkürzungen nicht möglich:

*„[...] das ist meine für mich zurecht gelegte Routineuntersuchung. Das heißt, ich glaube, dass es notwendig ist, um was zu kriegen. Wenn jemand nur über [...] Listening Tests dazu kommt, dann akzeptier ich das für mich wäre es aber zu wenig. Also wenn man [...] mit quasi Abkürzungen dorthin kommt dann glaube ich, dass das möglich ist aber nicht für mich“ (IP03, S.10, 3 – 9).*

Für IP05 ist im Rahmen der Untersuchung die Beurteilung der Haltung und Statik und die Testung der Atmung (vgl. hierzu Kapitel 6.3.5) ein unverzichtbarer Teil ihrer Routine bei der Untersuchung:

*„Die Atmung nicht anzuschauen in einer Untersuchung [...], das ist ein Verbrechen, nicht zumindest zu schauen, ob das Zwerchfell sich normal verhält und sich alles da bewegt, das würde ich auch als absolut unerlässlich bezeichnen“ (IP05, S.11, 34 – 36, S.12, 1 – 2).*

Durch die Beurteilung der Haltung können sich schon erste wichtige Erklärungen und wichtige Hinweise ergeben:

*„[...] also ich find die Haltung nicht anzuschauen, ist ein großer Fehler, weil du hast viele Erklärungen schon allein in der Haltung, in der Abweichung der Statik. Ein Bein ist länger, eine Schulter ist anders geformt, ja, und damit hast die Erklärung und weißt schon wo's herkommt, net. Also die Statik nicht anzuschauen, is, das ist gewagt, ja“ (IP05, S.11, 25 – 29).*

Weiters bezeichnet es IP05 nicht unbedingt als unerlässlich sondern schlichtweg als „Dummheit“, gleich mit vielen segmentalen Tests zu beginnen anstatt sich zunächst durch globale und grobe Tests einen Überblick über den Patienten zu verschaffen:

*„Die Wirbel, also die groben funktionellen Untersuchungen also Beugen anschauen, a bissl drehen, schaun, wie sich der bewegt, Bewegungsaufträge nicht anzuschauen und gleich dafür hundert segmentale Tests zu machen ist auch für mich, also das ist blöd, ja. Das ist jetzt nicht unerlässlich sondern blöd“ (IP05, S.11, 30 – 34).*

Für IP05 ist es ja in diesem Sinn ein grundlegendes Ziel einer Routineuntersuchung, mit globalen Tests zu beginnen, die erste Hinweise liefern und erst in weiterer Folge die auffälligen Körperregionen und Gelenke im Detail zu untersuchen.

### 6.5.1 Differentialdiagnose & Sicherheitstests

Die Experten sind sich ausnahmslos darin einig, dass die Sicherheit und Gesundheit der Patienten im Vordergrund steht. Es muss durch eine fundierte Differentialdiagnose sicher gestellt sein, dass die Behandlung für den Patienten vertretbar und sicher ist:

*„Und ein großer Motivationspunkt ist einfach a, dass I für mi verantworten kann, weil ich eigenverantwortlich arbeite, dass I sagen kann, ich tu mein bestes, dass der Patient auch wirklich sicher in der Behandlungssituation behandelt wird. Ich glaub um des geht's ma am meisten“ (IP10, S.10, 19 – 24).*

Sie weisen übereinstimmend darauf hin, dass bei entsprechenden Hinweisen aus der Anamnese und der Untersuchung und in Abhängigkeit von der Behandlung zusätzlich zur Routineuntersuchung differentialdiagnostische Sicherheitstests unentbehrlich sind.

IP05 meint dazu:

*„[...] klinische Tests sind für mich immer dann unerlässlich, wenn in der Anamnese oder irgendein Hinweis ist auf etwas. Ich [...] würd jetzt nicht sagen, dass ich bei jedem Menschen alle HWS Tests mach, wenn ich überhaupt nicht vorhab, an der HWS irgendwas zu tun, weil der Fuß Probleme hat [...], muss man nicht machen. Also es gibt für jede [...] Anamnesegeschichte, die der Patient erzählt, [...] irgendeinen klinischen Test, den du machen musst. Aber ich kann nicht sagen, dass es einen gibt, der unbedingt immer da sein muss. Das finde ich, das fände ich komisch, ja. Es kommt darauf an, was der für ein Problem hat [...]“ (IP05, S.12, 19 – 28).*

Welche Tests notwendig sind, ergibt sich vor allem aus der Anamnese. Ihrer Meinung nach gibt es keinen Sicherheitstest, der immer unbedingt notwendig ist. Aus ihrer Sicht gibt es ein Grundgerüst für die Untersuchung und bei Bedarf werden alle notwendigen Tests in den Untersuchungsablauf eingebaut:

*„[...] es gibt ein Grundgerüst und je nach Anamnese machen sich dann zu jeder Region bestimmte Fenster auf, die man dann dazu machen muss“ (IP05, S. 4, 10 – 12).*

IP04 sagt dazu folgendes:

*„Es gibt Zwangstests, Dinge die sein müssen, wenn ich aus der Anamnese was erfahre. Also wenn ich jetzt einen [...] nach dem anderen setze, dann gibt es für mich schon folgende Tests, die ich eigentlich machen muss wenn ma das jetzt so streng formulieren“ (IP04, S.9, 3 – 7).*

Seiner Ansicht nach gibt es unerlässliche Tests, die sich aus der Anamnese und Untersuchung ergeben. Dazu zählen die klinischen Sicherheitstests.

Die Experten IP02 und IP06 erwähnen in diesem Zusammenhang vor allem eine neurologische Abklärung bestehend aus Krafttests der Kennmuskeln, Prüfung der Sensibilität der Dermatome und Testung der Reflexe der oberen und unteren Extremität. Der Arteria vertebralis Test im Zusammenhang mit Manipulationen an der Halswirbelsäule und bei einer Schwindelsymptomatik wird von IP02, IP04 und IP06 erwähnt. Messung von Blutdruck - und Puls bei Symptomen wie Kopfschmerzen und Schwindel wird von IP04 und IP06 als unerlässlich bezeichnet. Weitere Tests, die noch von den Experten bei entsprechenden Hinweisen aus der Anamnese durchgeführt werden sind: Klopfest an der Wirbelsäule (IP06, IP09), Valsalva Manöver (IP06, IP09), Kompressionstest der Wirbelsäule (IP09), Kalkaneuskompressionstest bei Verdacht einer Fraktur (IP06), Hirnnerventests bei Schwindel (IP06) oder Blut – bzw. Laboruntersuchungen (IP05).

Die Differentialdiagnose ist notwendig, um die Sicherheit des Patienten bei der Behandlung zu gewährleisten.

IP04 bezeichnet es als Kunstfehler, einen Test, der sich als notwendig erweist, auszulassen. Bestimmte Symptome oder ein bestimmtes Erscheinungsbild erfordern automatisch bestimmte klinische Tests. Er führt als Beispiel Schwindel und Kopfschmerzen an mit denen ein Patient in die Praxis kommt. In einem solchen Fall muss zum Beispiel unter anderem der Blutdruck kontrolliert werden:

*„Die sind von der [...] Erscheinung des Patienten und von Anamnese auch abhängig. Ich mein, wenn der jetzt herein kommt und torkelt, ja, und kaum gehen kann und ich kann keine Anamnese machen, dann muss ich auch den Blutdruck messen und den Puls tasten. Das ist jetzt ein Extrembeispiel nicht, so was kommt bei uns kaum vor. Aber wenn ein Patient sagt, er ist total schwummrig und schwindlig im Kopf und [...] hat Kopfschmerzen [...], dann muss ich einfach Blutdruck messen, dann würd ich das als [...] unter Anführungszeichen Kunstfehler sehen, wenn ich es nicht tu“ (IP04, S.9, 9 – 17).*

IP07 merkt an, dass es aus ihrer Sicht in der Kompetenz des Osteopathen liegt, zu wissen, bei welchem Symptom, bei welchem Hinweis, bei welcher Technik, welcher klinische Test erforderlich und notwendig ist:

*„Ja, aber das muss ich, so kompetent muss ich sozusagen im Vorfeld schon sein, um das entscheiden zu können, ja. Die Kompetenz eines Osteopathen entscheidet sich ja auch dann oder entscheidet sich dann, wenn er wählt von diesen vielen, vielen, vielen Möglichkeiten, die es gibt, ja, was er jetzt verwendet, meiner Meinung nach“ (IP07, S.8, 34 – 37, S.9, 1 – 2).*

Weitere Tests können sich aufgrund einer bestimmten Behandlungstechnik als notwendig erweisen. IP02 erachtet in diesem Zusammenhang eine neurologische Abklärung vor einer geplanten Manipulation der Wirbelsäule als notwendig:

*„Also ich find, weil wir ja auch viel an der Wirbelsäule arbeiten, find ich, dass die neurologischen Tests gemacht gehören und zwar ganz speziell wenn ich vorhab zu manipulieren aber einfach aus aus Sicherheitsgründen selbst wenn ich nicht manipulier [...]“ (IP02, S.4, 6 – 11).*

Basierend auf den Ergebnissen der durchgeführten klinischen Tests wird die Entscheidung getroffen, ob der Patient momentan osteopathisch behandelt werden kann oder ob eine weitere, vertiefende Abklärung der Symptomatik erforderlich ist. Zusätzlich gibt das Testergebnis darüber Aufschluss, ob bei dem jeweiligen Patienten die geplante Technik sicher ausgeführt werden kann oder ob es notwendig ist, eine andere Technik zu verwenden oder eine Technik abzuwandeln. Dazu folgende Aussage der Expertin IP10:

*„Und wenn I unsicher bin, dann entscheid I mi zum Beispiel einfach entweder die Behandlung gar nicht auszuführen oder ich beschränk mich auf ein kleines Areal wo I sag, da bin I mir sicher und geh heute nicht tief rein oder oder korrigier nichts oder was auch immer und lass das dann einfach abklären wenn I das Gefühl hab, mit meinen Werkzeugen der Testung kann I’s net feststellen, dann schick ich ihn halt einfach weiter. Aber für mi is wichtig, a bissl abschätzen zu können, is die Behandlung vertretbar für den Patienten und für seine Gesundheit“ (IP10, S. 10, 29 – 36).*

Experte IP02 weist darauf hin, dass eine gründliche Differentialdiagnose auch für die Sicherheit des behandelnden Osteopathen in rechtlicher Hinsicht notwendig ist. Es muss auf jeden Fall dokumentiert werden, dass der entsprechende Tests durchgeführt worden ist oder nicht, um im Zweifelsfall einen Beweis vorlegen zu können:

*„[...] aber was, sag ich mal, was rechtliches betrifft, find ich sind halt neurologische Tests, Blutdruck, Vertebralis Test Dinge, die vor Gericht zählen und denen ist wurscht, ob du einen Vorlauf Test gemacht hast oder nicht. Also aus rechtlicher Sicht finde ich, gibt’s da nicht viel zum Diskutieren“ (IP02, S.5, 1 – 10).*

### **6.5.2 Zusammenfassung**

Alle Experten sind sich ausnahmslos darüber einig, dass die differentialdiagnostischen und klinischen Sicherheitstests ein unentbehrlicher Teil jeder Untersuchung sind, um für die Sicherheit des

Patienten zu sorgen. Welche notwendig sind, entscheidet der Osteopath auf der Grundlage der Anamnese, dem Erscheinungsbild, der Untersuchung und der geplanten Behandlung.

Unabhängig von der Notwendigkeit einer gründlichen Differentialdiagnose, gibt es Tests und Untersuchungsschritte, die aufgrund einer persönlichen Vorliebe für die jeweiligen Experten im Rahmen der Routineuntersuchung unentbehrlich sind.

Beispielsweise erachtet Expertin IP05 die Beurteilung der Haltung und die Überprüfung der Atmung in ihrer Untersuchung als unentbehrlich. Experte IP03 betont, dass für ihn persönlich seine gesamte, relativ umfangreiche Routineuntersuchung unentbehrlich ist. Er ist derzeit noch nicht in der Lage, auf einem einfacheren und kürzeren Weg zu einem Untersuchungsergebnis zu gelangen.

Experte IP02 betont, dass eine gründliche Differentialdiagnose auch für die rechtliche Absicherung des Osteopathen von Bedeutung ist.

Expertin IP10 weist darauf hin, dass die Differentialdiagnose den Osteopathen dabei hilft, zu entscheiden, ob ein Patient behandelt werden kann bzw. darf oder ob eine bestimmte Technik verwendet werden kann oder eine andere gewählt werden muss.

Es folgt eine Beschreibung von Prinzipien und Kriterien, die den Experten für eine Routineuntersuchung beziehungsweise für den gesamten Untersuchungsablauf wichtig erscheinen.

## **6.6 PRINZIPIEN UND KRITERIEN**

Es stellte sich natürlich die wichtige Frage, welche Prinzipien und Kriterien für die Experten von Bedeutung sind und welche Bedingungen ihrer Ansicht nach eine Routineuntersuchung erfüllen muss.

In folgender Tabelle werden die von den Experten genannten Kriterien und Prinzipien (Kategorien) mit den Nennungshäufigkeiten zunächst überschaubar dargestellt:



Tabelle 11: Prinzipien und Kriterien aus Sicht der Experten

PRINZIPIEN / KRITERIEN	HÄUFIGKEIT (%)	EXPERTEN	ANMERKUNGEN
Strukturelle, viszerale und kraniosakrale System (ganzheitliche Untersuchung)	5 (50%)	IP02, IP03, IP05, IP06, IP07	
Untersuchung in drei Lagen	9 (90%)	IP01, IP02, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08, IP09, IP10	
Untersuchung in vier Lagen	1 (10%)	IP03	
Flexibilität / Veränderbarkeit	10 (100%)	IP01 – IP10	
Rasch Dysfunktionen aufzeigen	2 (20%)	IP05, IP07	Zusammengefasst unter Kategorie Effizienz
Ziel der Patienten	2 (20%)	IP08, IP10	
Überschaubare Behandlungszahl	1 (10%)	IP09	
Ausreichend Zeit für Behandlung	1 (10%)	IP10	
Problemregion untersuchen	3 (30%)	IP03, IP08, IP10	
Wenig Lagewechsel	5 (50%)	IP02, IP03, IP05, IP06, IP08	
Aussagekräftige Tests	1 (10%)	IP04	Zusammengefasst unter Kategorie Qualität der Tests
Reproduzierbarkeit	1 (10%)	IP03	
Behandlung und Untersuchung trennen	2 (20%)	IP05, IP06	

Die Experten beschreiben folgende Prinzipien, die ihnen für ihre Routineuntersuchung wichtig erscheinen.

### 6.6.1 Untersuchung des strukturellen, viszeralen und kraniosakralen Systems (Ganzheitlichkeit)

Für Expertin IP05 ist es wichtig, dass sie im Rahmen ihrer Routineuntersuchung immer das strukturelle, das kraniale und das viszerale System untersucht, damit sie nicht Gefahr läuft, eine wesentliche Dysfunktionen in einem der drei Systeme zu übersehen:

*„[...] dass ich wirklich als Osteopath alle, nicht nur Kranio teste, nicht nur viszeral und nicht nur strukturell sondern dass ich einen Test hab, wo ich wirklich versuch, alle Bereiche abzuchecken, dass ma was Grobes nicht entgehen kann [...]“ (IP05, S. 10, 1 – 5).*

Expertin IP07 teilt diese Ansicht und betont, dass ihrer Meinung nach diese grundsätzliche Vorgehensweise bei der Untersuchung bedeutet, in der Osteopathie ganzheitlich zu denken und zu handeln:

*„Die Ganzheitlichkeit bedeutet jetzt in der Osteopathie nicht nur eine strukturelle Untersuchung [...], du hast eine viszerale Untersuchung und du hast eine kranio – sakrale Untersuchung“ (IP07, S.15, 16 – 18).*

Auch die Experten IP03 und IP06 definieren eine Untersuchung bzw. Routineuntersuchung dann als ganzheitlich, wenn das strukturelle, das viszerale und das kraniosakrale System untersucht und abgeklärt wird (vgl. hierzu Kapitel 6.3.3 und 6.3.6). Auch Experte IP02 untersucht immer global alle drei Bereiche im Rahmen seiner Routineuntersuchung (vgl. hierzu Kapitel 6.2 und 6.3.2).

Auch alle anderen, noch nicht erwähnten, Experten (IP01, IP04, IP08, IP09, IP10) betonen ebenfalls im Laufe der jeweiligen Interviews, dass ihnen grundsätzlich diese, aus ihrer Sicht, ganzheitliche Sichtweise in der Osteopathie wichtig ist. Sie richten sich bei der Planung ihrer Untersuchung allerdings vielmehr nach der Anamnese und untersuchen daher nicht automatisch alle drei Bereiche im Rahmen ihrer jeweiligen Untersuchungsroutine.

Experte IP04 ist es im Zusammenhang mit diesem Thema wichtig zu betonen, dass er dem Anspruch der Ganzheitlichkeit in der Osteopathie allerdings auch durchaus kritisch gegenüber steht. Aus seiner Sicht ist es in der Osteopathie nicht möglich, den Menschen ganzheitlich sondern nur bestimmte Aspekte eines Menschen zu erfassen. Daher ist es aus seiner Sicht nicht möglich, diesem Anspruch gerecht zu werden:

*„Na ja, ich hab Probleme mit diesen Ansprüchen, die dahinter gestellt werden, ja. Also ich find das auch absurd, wie man mit diesem Begriff ganzheitlich umgeht, weil es ganz klar, der Mensch in seinem sozialen Umfeld ist ganzheitlich und wir versuchen wirklich, Punkte aus dieser Ganzheitlichkeit raus holen, ja“ (IP04, S.14, 32 – 36).*

Er weist allerdings darauf hin, dass es aber durchaus möglich ist, sich dem Anspruch der Ganzheitlichkeit anzunähern:

*„[...] also ich will auch Untersuchungsmethoden dabei haben, wie Listening, wo ich jetzt nicht derjenige bin der hin zum Organ geht oder zur Struktur geht sondern das Organ muss zu mir kommen. Und das sind so Möglichkeiten, die mich befähigen, eine gewisse Ganzheitlichkeit zu berücksichtigen, weil ich offene Fragen stell. Also man kann so wie bei einer verbalen Untersuchung [...] eine sehr geschlossene Frage an das Kniegelenk stellen, nämlich die Frage, geht Flexion oder Extension besser oder man legt die Hand einfach hin und macht ein Listening und macht eine sehr offene Frage. Also ich frag nicht nach der Extension, Flexion sondern ich frag einfach, wie geht es dir“ (IP04, S.14, 13 – 24).*

Listening Tests eignen sich seiner Ansicht nach dafür besser als zum Beispiel ein Funktionstest eines Gelenks, bei dem ein bestimmtes Ergebnis – z.B. ist das Gelenk eingeschränkt oder frei beweglich - mehr oder weniger durch den Untersucher herbeigeführt wird.

Bei Listening Tests steht die Wahrnehmung des Untersuchers im Vordergrund. Laut Croibier (2006) ist bei Listening (Ecoute) Tests die Aufmerksamkeit des Untersuchers auf den ganzen Körper des Patienten gerichtet. Es ist das Ziel dieser Tests, zu erkennen, wie sich der Körper des Patienten als Ganzes ausgleicht oder eben nicht ausgleicht. Aus diesem Grund ist es IP04 sehr wichtig, dass Listening Tests in seiner Untersuchung enthalten sind.

Auch die Expertin IP08 betrachtet den Anspruch der Osteopathie nach Ganzheitlichkeit kritisch. Aus ihrer Sicht kann und soll man als Osteopath natürlich versuchen, möglichst ganzheitlich zu denken und zu behandeln aber mit den zur Verfügung stehenden Methoden und Techniken der Osteopathie ist dies, ihrer Meinung nach, nur eingeschränkt möglich:

*„Ich denk ma, die Osteopathie hat die Möglichkeit der Ganzheitlichkeit, das ist OK, das ist in Ordnung. Ich werd sie wählen und ich werd auch immer wieder schau'n, wo ich sie find. Ich werd immer wieder schau'n, dass ich den Körper in seiner Ganzheit erfasse [...], weil ja die Osteopathie bei weitem nicht ganzheitlich therapieren kann. Ja also, das ist für mich schon wieder ein Widerspruch in der Ganzheitlichkeit in sich, weil ich hab nicht die Möglichkeit, ganzheitlich zu arbeiten in der Osteopathie mit den dort gelernten Techniken, sondern ich hab nur bestimmte Techniken die Teile dieser Ganzheitlichkeit betreuen und ich werd damit nicht ganzheitlich den Körper heilen oder unterstützen können. Das heißt ich hab schon ein Spektrum, was I net machen kann, ja“ (IP08, S.14, 4 – 15).*

Sie weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Osteopathie Grenzen gesetzt sind. Es ist nicht möglich, jedes Beschwerdebild zu behandeln. Als Beispiel führt sie schwere psychische Probleme an, die mit osteopathischen Techniken nicht behandelt werden können.

### **6.6.2 Untersuchung in mehreren Lagen**

Es ist ein wichtiges Prinzip, einen Patienten in mehreren Positionen beziehungsweise Ausgangsstellungen zu untersuchen. Alle Experten beschreiben Untersuchungsabläufe die in zumindest drei Lagen – Stehen, Sitzen und Rückenlage – statt finden.

Lediglich Experte IP03 untersucht zusätzlich in Bauchlage (vgl. hierzu Kapitel 6.3.11). Er wendet in dieser Ausgangsstellung einen Springing Test am Sakrum und an der Wirbelsäule an. Dieser kann nur in Bauchlage ausgeführt werden und scheint für Experten IP03 ein Test zu sein, der für ihn persönlich eine wichtige Aussagekraft hat.

Auf diese Weise soll festgestellt werden, ob sich eine Dysfunktion, zum Beispiel eine Blockade in der Brustwirbelsäule, in Abhängigkeit von der Schwerkraft durch einen Lagewechsel verändert oder nicht.

Dazu passt diese Aussage von Expertin IP10:

*„Also ich versuch immer den Kontext auch herzustellen zum Rest der Wirbelsäule und a mir anzuschauen, wie die Kräfte auf den Körper im Stehen und im Liegen sich verändern und im Sitzen in der Funktion, wenn der Patient in verschiedenen Lagen auf mich wirkt“ (IP10, S. 4, 1 – 5).*

Verändert sich das Problem, das zum Beispiel bei der Untersuchung im Stehen palpiert worden ist, durch eine Veränderung der Lage, dann ist es eine Kompensation und nicht ein ursächliches Problem und muss daher auch nicht behandelt werden. Verändert sie sich nicht und bleibt in allen getesteten Lagen gleich auffällig, dann ist es ein kausales Problem und muss behandelt werden.

Dazu passt die Aussage von Experte IP03:

*„Ich brauch [...] in mehreren Positionen, um einen Unterschied zwischen den einzelnen Lagen zu sehen. Das heißt ist ein Unterschied zwischen dem liegenden Test und dem stehenden Test, [...] um zu schaun, ob's vielleicht a Adaptation ist oder ob's ein kausales Problem ist [...]. Das würd sich nicht ändern bei Positionswechsel. Das heißt ich brauch mehrere Positionen, dann ist das die Untersuchungsroutine abgeschlossen“ (IP03, S.4, 5 – 11).*

Auch Expertin IP07 bestätigt mit ihrer Aussage diese Denkweise:

*„[...] Routineuntersuchung heißt für mich es gibt eine globale Untersuchung, in der ich alle Bereiche anschau. Fällt mir ein Teil auf, der sich eben schlecht bewegt, ja, dann wird ich mir diesen Teil in der nächsten Position, das wäre der Sitz oder dann die Rückenlage oder die Seitenlage. Das schau ich mir dann noch einmal genauer an, weil sich durch den Einfluss der Schwerkraft ja sehr viel ändert“ (IP07, S. 5, 17 – 22).*

Da alle Experten Untersuchungsrouninen beschreiben, die in drei Lagen ausgeführt werden (vgl. hierzu Kapitel 6.3). Es ist daher davon auszugehen, dass eine Dysfunktion sich zumindest in drei Lagen zeigen muss, um sie als eine mögliche primäre Dysfunktion klassifizieren zu können.

### 6.6.3 Flexibilität

Die Routineuntersuchung muss veränderbar und flexibel sein.

Wenn es aufgrund des Beschwerdebildes, besonderer Bedürfnisse der Patienten oder einer speziellen klinischen Situation erforderlich ist, muss die Routineuntersuchung individuell an die Situation und an den Patienten angepasst werden können.

Ein Patient mit einer akuten Lumbalgie, der kaum schmerzfrei stehen kann, wird nicht im Stehen untersucht, sondern wird vom Untersucher in eine Position gebracht, die für den Patienten angenehm ist. Ein Patient mit einer akuten Schwindelproblematik wird nicht gebeten werden, sich vorn über zu beugen und der Untersucher wird auf einen Vorlauftest, auch wenn dieser ein Teil der Routine ist, verzichten.

Die Flexibilität der Untersuchungsroutine ist die Voraussetzung, um die Individualität der Patienten zu berücksichtigen:

*„Auf jeden Fall muss die Untersuchungsroutine flexibel sein, genau das ist ja das schwierige dran. Weil sonst könnt ma alle nach dem Rezept, sonst könnt ma den Anamnesebogen nehmen und sagen, so wir fragen jetzt alles durch [...] oder I gib des in den Computer ein und zum Schluss spuckt ma der aus, was der Mensch hat. Aber [...] so kann ma Menschen net behandeln, nicht“ (IP06, S.4, 22 – 28).*

Expertin IP06 betont, dass es aus diesem Grund eine große Herausforderung ist, einerseits durch eine gewisse Systematik und Routine den Untersuchungsvorgang zu strukturieren und andererseits gleichzeitig die individuellen Bedürfnisse der Patienten zu berücksichtigen.

Die Routineuntersuchung muss aber auch langfristig veränderbar und erweiterbar sein. Dies wird zum Beispiel von dem Experten IP03 ausdrücklich betont:

*„Ja, die pass ich permanent an. Nehm Tests wieder auf, verwerf andere wenn ich bei einem über lange Zeit nix find [...]. Oft vergiss I gute Sachen eigentlich, die ich dann wieder aufnehm und ma denk, warum hab I des net gmacht so lang, das ist eigentlich ein total guter Test. Also das verändert sich laufend. Also dieses Grundskelett is, steht scho größtenteils aber es gibt so ein paar Sachen, a paar Tests, da nehm ich den einen wieder rein und verwerf den anderen und so weiter“ (IP03, S. 16, 13 – 20).*

Er betont, dass es ihm wichtig ist, ein gewisses Grundgerüst für die Untersuchungsroutine zu haben, aber ebenso ist es ihm wichtig,

immer wieder neue Tests aufzunehmen und auszuprobieren und dafür andere, die sich vielleicht als nicht aussagekräftig erwiesen haben, wieder aus der Routine zu streichen. Er betont, dass er immer wieder seine eigene Arbeitsweise hinterfragt und analysiert und dementsprechende Veränderungen vornimmt.

#### 6.6.4 „Effizienz“

Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die Effizienz der Routineuntersuchung.

Die Experten IP05 und IP07 beziehen diesen Begriff auf die Zeit, die für die Untersuchung benötigt wird. Eine Untersuchungsroutine ist dann effizient, wenn sie es ermöglicht, in kurzer Zeit die relevanten Informationen über den Patienten zu erhalten und in weiterer Folge möglichst rasch einen Überblick über den Patienten gewährleistet.

Dazu beispielsweise folgende Aussage von Expertin IP07:

*„Effizienz heißt für mich auch in einer größtmöglichst kurzen Zeit, möglichst viel an relevanten Informationen oder Techniken zu tun, ja. [...] Wenn ich mir jetzt für eine Erstsituation eine Stunde hernehme muss ich mir das entsprechend so einteilen können, dass ich in dieser Viertelstunde Untersuchung oder zehn Minuten Untersuchung alle wichtigen Informationen, die relevant sind hab“ (IP07, S. 15, 7 – 13).*

Wie viel Zeit dafür benötigt wird, ist individuell sehr unterschiedlich. Die individuellen Zeitangaben der Experten werden im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch aufgegriffen.

Die Expertinnen IP08, IP09 und IP10 verstehen unter dem Begriff Effizienz allerdings etwas anderes:

IP08 empfindet ihre Untersuchung und Behandlung dann als effizient, wenn der Wunsch und das Ziel des jeweiligen Patienten erreicht worden ist und dieser den Eindruck hat, die Behandlung war erfolgreich:

*„Effizienz bedeutet für mich, festzustellen, dass der Mensch, der zu mir kam mit einem bestimmten Wunsch und mit einem bestimmten Ziel eine adäquate, meinem technischen und erlernten Methoden, Hilfe gekriegt hat oder Klarstellung oder wie auch immer gekriegt hat“ (IP08, S. 14, 34 – 37).*

Das Ziel der osteopathischen Behandlung wird vom Patienten definiert und die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung steht für sie im Vordergrund und ist daher für sie das Maß für ihre Effizienz.

Expertin IP09 empfindet ihre Arbeit als effizient, wenn sie spezifisch ist und deshalb ihre Behandlung wirkt. Das bedeutet ihrer Meinung nach, dass sich die Behandlungsfrequenz und die gesamte Behandlungsdauer in Grenzen halten muss. Die Behandlung muss daher ihrer Ansicht nach so wirksam und damit effizient sein, so dass die osteopathische Behandlung nach einer überschaubaren Anzahl an Behandlungseinheiten abgeschlossen werden kann.

Auch für Expertin IP10 steht im Vordergrund, dass letztlich der Patient den Erfolg einer Behandlung bemerken und wahrnehmen muss:

*„[...] das ist für mi a Kriterium, was ma wichtig is, dass der Patient auch nachher selber sieht, tut's gut oder nicht, sich die Zeit und das Geld anzutun“ (IP10, S. 5, 10 – 16).*

Sie bezieht ihr Verständnis von Effizienz auf ihr Zeitmanagement im gesamten Untersuchungs – und Behandlungsprozess. Für sie ist es ein wichtiges Grundprinzip in ihrer Tätigkeit, immer ausreichend Zeit für die eigentliche Behandlung des Patienten zu haben. Dementsprechend muss sie die ihr zur Verfügung stehende Zeit gut einteilen und optimal nützen.

In diesem Sinn definiert sie Effizienz folgendermaßen:

*„Dass I die Zeit gut eingeteilt hab und genutzt hab und dass ich auch Zeit habe, was mir nämlich am wichtigsten ist, für die Behandlung“ (IP10, S. 17, 24 – 25).*

### **6.6.5 Die Region, die der Patient als das Problem definiert, muss auf jeden Fall untersucht werden**

Experte IP03 erwähnt, dass er es sich zum Prinzip gemacht hat, jene Körperregion, die vom Patienten als Problem in der Anamnese angegeben wird, auf jeden Fall zu untersuchen auch wenn sich eventuell schon rasch heraus stellt, dass die Ursache von einer anderen Problemzone herrührt.

*„Auch mit besonderem Augenmerk [...], um dem Patienten auch das Gefühl zu geben, dass ich schon des genau anschau auch wenn ich zu dem Zeitpunkt schon das Gefühl hab, dass vielleicht des eine Ausstrahlung von woanders is oder dass sein Schulterschmerz aus der Halswirbelsäule kommt oder was auch immer“ (IP03, S. 4, 34 – 36; S. 5, 1 – 2).*

Ihm ist dies deshalb so ein großes Anliegen, da sich der Patient mit seinen Beschwerden ernst genommen fühlt. Auch die Expertinnen

IP08 und IP10 teilen diese Ansicht. IP08 betont, dass sie häufig sogar mit der Untersuchung dieser Region beginnt (vgl. hierzu Kapitel 6.3.8).

### **6.6.6 Möglichst wenig Lagewechsel**

Einige Experten (IP02, IP03, IP05, IP06, IP08) erwähnen, dass es ihnen wichtig ist, alle Tests und Untersuchungsschritte logisch in den Untersuchungsablauf einzubauen. Die Untersuchung muss daher so gestaltet werden, dass alle Tests in der Lage und Ausgangsstellung durchgeführt werden, in der sich der betreffende Patient in dem Moment befindet. Es sollen zu viele unbequeme Lagewechsel bei der Untersuchung nach Möglichkeit vermieden werden.

IP08 hat die Erfahrung gemacht, dass für ältere Menschen ein häufiger Lagewechsel unangenehm ist und sie deshalb auf möglichst wenig Lagewechsel achtet:

*„Für mich is a guter Ablauf für den Patienten vom Kommen, Auskleiden, Stehen, Sitzen, Liegen, a mal dass I net Liegen, Aufstehen, Liegen, Aufstehen, dass I net zu viel Positionswechsel hab, weil ich festgestellt hab, dass vielen Patienten, grad älteren Patienten der Positionswechsel net so taugt wenn's permanent irgendwo anders hin müssen“ (IP08, S. 3, 3 – 8).*

### **6.6.7 Qualität der Tests**

Experte IP04 weist im Bezug auf diese Fragestellung auf ein weiteres Prinzip hin, dass ihm bei der Untersuchung wichtig ist.

Es ist ihm bei Supervisionen aufgefallen, dass Studenten Tests in die Untersuchung einbauen, die ihnen zum Beispiel als Routine für ein bestimmtes Gelenk beim Unterricht vorgegeben worden sind, sie aber im Grunde genommen nicht wissen, wie diese zu interpretieren sind. Ihm ist es daher ein großes Anliegen, in seiner Untersuchung und somit auch in seiner Routineuntersuchung, ausschließlich Tests zu verwenden, die für ihn eine Aussage haben und in weiterer Folge zu einer Konsequenz führen:

*„Also ich versuch wirklich nur Tests zu machen in meiner Routine, die dann wenn sie positiv oder negativ sind auch Konsequenzen haben. Ja, eine Konsequenz kann sein, OK, da ist halt nix, da find I nix oder [...] eine andere Konsequenz kann sein, dass ich sag, OK, dann muss ich auch diese oder jene Technik anwenden wenn ich dieses oder jenes Ergebnis hab. Also nur ein Test, um irgendwas auszufüllen, bringt nix, ja. Also das muss, wie gesagt, immer [...] zu einem Ergebnis führen“ (IP04, S.16, 17 – 25).*



Eine Konsequenz kann zum Beispiel sein, dass das Testergebnis eine ganz bestimmte Behandlungstechnik erforderlich macht. Es ist daher notwendig, im Vorfeld zu planen, warum ein bestimmter Test in die Untersuchung verwendet wird. Ein Grund kann zum Beispiel auch sein, dass dieser sich gut als „Re Test“ eignet.

Experte IP04 meint weiters:

*„Na im Prinzip müsst man bei jedem Test überlegen, wie groß ist die [...] Validität und die Sensitivität und die Sensibilität und die Reliabilität, ja, und wenn man sich das bei jedem Test durch überlegt dann kriegt man eh mit, dass die alle sehr schlecht sind in der Validität und Reliabilität. Aber wichtig ist, dass mir das halt bewusst ist, wenn ich so einen Test mach und ich muss wissen, wie viel Aussagekraft hat so ein Test“ (IP04, S. 17, 29 – 35).*

Im Grunde ist es seiner Ansicht nach notwendig, bei jedem Tests zu überlegen, welche Qualitätskriterien dieser erfüllt. Er weist darauf hin, dass diese bei vielen Tests, vor allem bei osteopathischen Tests, häufig nur in einem geringen Ausmaß gewährleistet sind. Es ist dennoch legitim, diese Tests zu verwenden, aber es ist wichtig, deren Reliabilität und Aussagekraft zu kennen, um in ein solches Testergebnis nicht zu viel hinein zu interpretieren.

Im Bezug zur Meinung von IP04 ist auch die Aussage von Experte IP03 erwähnenswert. Es ist für ihn ein wichtiges Prinzip, dass die Tests reproduzierbar und wiederholbar sind:

*„Reproduzierbarkeit. Das sind also die Pfeiler dies machst beim Test. Deshalb müssen Tests auch immer gleich sein [...], dass ich sie wieder testen kann. Das heißt ich hab auch die selbe Position beim Testen“ (IP03, S. 14, 24 – 27).*

Aus diesem Grund ist es ihm wichtig, bei den Tests immer die gleiche Position einzunehmen oder immer die gleichen Handgriffe zu verwenden, damit die Tests einerseits wiederholbar und andererseits die Ergebnisse vergleichbar sind.

#### **6.6.7.1 Vorlauftest**

Der Vorlauftest im Stand ist fixer Bestandteil der Routineuntersuchung von insgesamt sechs Experten (IP02, IP03, IP05, IP06, IP07, IP08) (vgl. hierzu Kapitel 6.3).

Die Interpretation und die Aussagekraft des Vorlauftests ist aber unter den Experten allerdings scheinbar nicht einheitlich.

Gemäß Buckup (2005) ist ein positiver Vorlauf beim stehenden Vorlauftest (Standing – Flexion – Test) in erster Linie auf eine Blockierung des gleichseitigen Iliosakralgelenkes zurück zu führen.

Experte IP04 interpretiert diesen Test allerdings anders:

*„Also klassisches Zeichen beim Vorlauftest da [...] sind zu meiner Zeit noch einige Dinge postuliert worden, dass wenn der Vorlauf rechts ist, dann hängt das Ilium rechts oder halt das ISG. Das hab I dann net nachvollziehen können oder net [...] wirklich reproduzieren können. Ich mach ihn zwar aber sicher nicht mit der Interpretation, dass da jetzt das ISG blockiert ist, wenn der Vorlauf positiv ist auf einer Seite. Meine Interpretation wär dann zum Beispiel, dass ich sag, na gut es gibt eine Asymmetrie in der Beweglichkeit. Woher die jetzt kommt, das muss ich nachher noch feststellen“ (IP04, S. 6, 1 – 10).*

Die Erfahrung mit dem Vorlauftest hat IP04 gezeigt, dass für ihn persönlich die gelehrten Interpretationsmöglichkeiten für diesen Test nicht stimmen. Für ihn ist das Ergebnis des Tests unspezifisch und global und besagt für ihn nur, ob es bei diesem Patienten eine Asymmetrie im Bewegungsverhalten gibt oder nicht. Den Grund für diese Asymmetrie gilt es erst durch spezifischere Untersuchungen zu finden.

Expertin IP05 interpretiert den Test ebenso anders und hat andere Beweggründe, ihn bei der Routineuntersuchung zu verwenden:

*„Dann meist auch ein Vorlauf im Stehen aber nicht weil der Vorlauf so ein guter ISG Test ist sondern weil der Vorlauf ganz gut über Faszienspannung oder irgendwelche Läsionen auf einer Seite Auskunft gibt und ein guter Re – Test ist, ja“ (IP05, S. 2, 36; S. 3, 1 – 3).*

Für sie gibt der Vorlauftest über die Faszienspannung des Patienten Auskunft und eignet sich gut als Vergleichstest.

Auch Expertin IP10 zweifelt die klassisch gelehrte Interpretation des Vorlauftests an. Für sie eignet er sich ebenso vielmehr als „Re Test“, um festzustellen, ob es durch die Behandlung zu einer Veränderung gekommen ist:

*„[...] Vorlauftest ist standardisiert bei Wirbelsäulen zum Beispiel dabei wobei der Vorlauftest für mich auch nur eine funktionelle Einordenbarkeit bedeutet also ich glaub net [...], dass der was bringt aber er hat sich so irgendwie eingeschlichen über die Jahre und ist uns super eingetrichtert worden von den Vortragenden und wird immer noch unterrichtet und I denk ma immer, ja ist vielleicht eine Vergleichsmöglichkeit, irgendwas [...] anzuschauen“ (IP10, S. 6, 3 – 10).*

Wie von dem Experten IP04 gefordert, weiß er selbst und ebenso seine beiden Kolleginnen IP05 und IP10, wie sie persönlich den

Vorlaufstest interpretieren und aus welchem Grund sie ihn bei ihrer Routineuntersuchung anwenden. Es ist aber dennoch interessant, dass alle drei ihn unterschiedlich interpretieren und dass die in der Literatur beschriebene Beurteilung des Tests angezweifelt wird bzw. mit dieser nicht übereinstimmt.

### 6.6.8 Klare Trennung von Untersuchung und Behandlung

Einige Experten weisen ausdrücklich darauf hin, dass es ihnen wichtig ist, Untersuchung und Behandlung klar voneinander zu trennen.

Dazu eine passende Aussage von Expertin IP06:

*„[...] ich bemühe mich sehr darum, Anamnese, Untersuchung und vor allem Untersuchung und Behandlung zu trennen. Das hilft mir, dass I mi net sofort im Detail verlier [...] und I find's a super auch nach der Untersuchung so eine auch verbale Zusammenfassung zu machen“ (IP06, S. 9, 33 – 37).*

Eine klare Trennung zwischen Untersuchung und Behandlung ist wichtig, damit sie einen Überblick über die Problembereiche des Patienten bewahren kann. Dabei hilft es ihr auch, nach der Untersuchung immer eine verbale Zusammenfassung über das Ergebnis der Untersuchung zu machen.

Auch für IP05 ist eine klare Systematik ein wichtiges Prinzip für ihre Arbeit. Sie begründet dies wie folgt:

*„Ich denke, dass ist leichter zu bewahren, wenn nach einem [...] groben Gerüst vorgeht, dass wenn man am Eck anfangt, dass gleich behandelt dann woanders wieder behandelt dann macht man sich ja seine eigene Befundung ja immer durcheinander. Da ändert man ja ständig was am Körper und dann weißt ja nicht mehr, was ist Ursache und was ist Wirkung und was war da und was hab ich jetzt gemacht und das ist jetzt halt durcheinander“ (IP05, S. 6, 34 – 36; S. 6, 1 – 5).*

Jede Behandlung beziehungsweise Technik führt zu einer Veränderung im Körper des Patienten und in dessen Beschwerdebild. Wenn es keine klare Trennung zwischen Untersuchung und Behandlung gibt, dann ist die Behandlung aus ihrer Sicht nicht logisch nachvollziehbar und ist im Endeffekt nicht klar überprüfbar.

Im Gegensatz dazu steht die Aussage der Experten IP03 und IP10, dass sich Untersuchung und Behandlung in der Realität des Praxisalltags durchaus mischen können. Dazu Expertin IP10:

*„Irgendwann is bei mir immer der Punkt wo I dann in die Arbeit hinein geh und das Arbeiten is dann vielleicht nimma mehr messbar oder planbar im Vorfeld“ (IP10, S. 9, 15 – 17).*

Auch IP03 meint, dass sich im Praxisalltag Untersuchung und Behandlung durchaus vermischen können.

### **6.6.9 Zusammenfassung**

Die Experten haben auf einige für sie wichtige grundlegende Prinzipien für die Routineuntersuchung beziehungsweise den gesamten Untersuchungsprozess hingewiesen.

Die Untersuchung muss aus der Sicht der Experten IP02, IP03, IP05, IP06 und IP07 ganzheitlich sein und es sollte daher sowohl das strukturelle als auch das viszerale und das kraniosakrale System untersucht werden. Der Anspruch nach Ganzheitlichkeit in der Osteopathie wird von den Experten IP04 und IP08 aber durchaus kritisch betrachtet, da beide im Grunde der Ansicht sind, mit den Mitteln der Osteopathie kann der Patient in seiner Gesamtheit nur ansatzweise erfasst werden.

Um eine primäre somatische Dysfunktion erkennen zu können, wird ein Patient in mehreren Lagen untersucht. IP01, IP02, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08, IP09 und IP10 untersuchen die Patienten im Stehen, Sitzen und in Rückenlage. Experte IP03 verwendet zusätzlich einen Springing Test am Sakrum und an der Wirbelsäule. Daher untersucht er als einziger in zusätzlich in Bauchlage. Eine primäre, behandlungswürdige Dysfunktion verändert sich durch einen Lagewechsel nicht. Eine Kompensation ändert sich in Abhängigkeit von der Schwerkraft und der Lage des Patienten und muss nicht behandelt werden. Dies wird v.a. von IP03, IP07 und IP10 mit entsprechende Aussagen betont.

Es ist allen zehn Experten ein Anliegen, dass ihre Routineuntersuchungen flexibel sind, an bestimmte klinische Situationen angepasst werden können und veränderbar sind, um die individuellen Bedürfnisse der Patienten berücksichtigen zu können.

Den Expertinnen IP05 und IP07 ist es wichtig, dass ihre Routineuntersuchung effizient ist und möglichst rasch Dysfunktionen aufzeigt.

Aber Effizienz hat für einige Experten nicht nur eine zeitliche Dimension:

Die Expertin IP08 empfindet z.B. ihre Arbeit dann als effizient, wenn ein Patient mit der Behandlung zufrieden ist. Die Expertin IP09 sieht sich als effizient, wenn die osteopathische Behandlung in einer überschaubaren Zeit abgeschlossen wird. Und Expertin IP10 betrachtet sich dann als effizient, wenn es ihr gelingt, die Behandlungszeit gut einzuteilen, so dass neben der Untersuchung immer ausreichend Zeit für die Behandlung bleibt.

Es gilt, zu viele Lagewechsel zu vermeiden, da diese für die Patienten unangenehm sein können. Dies wird von den Experten IP02, IP03, IP05, IP06 und IP08 als wichtig erachtet.

Der Experte IP04 weist darauf hin, dass es seiner Ansicht nach wichtig ist, die Aussagekraft und die Qualitätskriterien der bei der Untersuchung angewendeten Tests zu kennen und es muss dem Untersucher klar sein, aus welchem Grund er ihn verwendet und wie dieser zu interpretieren ist. Es muss dem Osteopathen seiner Meinung nach auch bewusst sein, dass viele osteopathische Tests übliche Qualitätskriterien, wie z.B. Reliabilität, nicht erfüllen. Das Beispiel des Vorlauftests zeigt, dass es offensichtlich keine Einheitlichkeit bei der Interpretation dieses Tests gibt. Drei Experten, IP04, IP05 und IP10 interpretieren den Vorlauftest unterschiedlich und alle drei Meinungen weichen von der Lehrmeinung ab.

Um den Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass sie mit ihren Beschwerden ernst genommen werden, ist es den Experten IP03, IP08 und IP10 wichtig, jenen Körperteil, der den Patienten Beschwerden verursacht, auf jeden Fall zu untersuchen.

Und schließlich ist es wichtig, zwischen Untersuchung und Behandlung klar zu trennen, damit die Untersuchung und somit auch die Behandlung nachvollziehbar ist und erst basierend auf einer klaren Diagnose eine entsprechende Behandlung durchgeführt wird. Dies wird vor allem von den Expertinnen IP05 und IP06 betont während hingegen IP03 und IP10 aussagen, dass sich in der Realität Untersuchung und Behandlung häufig durchaus mischen werden.

Im folgenden Abschnitt wird auf die Ziele einer Routineuntersuchung eingegangen.

## 6.7 ZIELE EINER ROUTINEUNTERSUCHUNG

Eine wichtige Fragestellung dieser Arbeit ist die Frage nach dem Ziel der Routineuntersuchung. Als Ziel wird in diesem Zusammenhang auch Sinn und Zweck und im weitestem Sinn auch Vorteil einer Routineuntersuchung interpretiert.

Folgende Tabelle veranschaulicht als Einstieg zu diesem Kapitel die von den Experten genannten Ziele und deren Nennungshäufigkeit.

Tabelle 11: Ziele einer Routineuntersuchung

ZIEL DER ROUTINEUNTERSUCHUNG	HÄUFIGKEIT (%)	EXPERTEN
Überblick	5 (50%)	IP02, IP03, IP04, IP05, IP08
Nichts vergessen	2 (20%)	IP03, IP05
Schnell Überblick bekommen	2 (20%)	IP02, IP05
Kontraindikationen und Gefahren aufzeigen	3 (30%)	IP05, IP06, IP07
Osteopathische Diagnose	2 (20%)	IP06, IP07
Zusammenhänge, Ursachen, Verbindungen	2 (20%)	IP02, IP07
Effiziente Behandlung	1 (10%)	IP07
Zugang zum Patienten	2 (20%)	IP02, IP08
Zeigt weiterführende spezifische Untersuchungsschritte auf	1 (10%)	IP02
Fehler vermeiden	1 (10%)	IP03
logisch und nachvollziehbar	2 (20%)	IP5, IP06
Wahrnehmung verbessern	1 (10%)	IP05
Zeit sparen	1 (10%)	IP05

Für IP05 ist es ein wichtiges Ziel ihrer Routineuntersuchung, durch globale Tests und durch eine globale Untersuchung des strukturellen, viszeralen und kranio – sakralen Systems, einen ersten Überblick, eine erste Orientierung über einen Patienten und dessen Beschwerden zu erhalten und kein wichtiges Detail bei der Untersuchung zu vergessen.

IP05 drückt dies folgendermaßen aus:

*„Also das ist so vom Groben ins Detail. Drum schau ich zuerst die [...] Statik, Haltung, Gehen, Sitzen, Aufstehen und diese Dinge an. Oder grobe Bewegungen mit den Armen oder einmal runter bücken oder so, ja, dass ma so das ganz grobe zuerst hat. Ich find's gescheiter, vom Groben ins Detail zu gehen, weil wenn ich beim Detail anfang, übersehe ich vielleicht was im groben und hab zwar die Kleinzehe bis ins kleinste Detail untersucht aber hab vergessen, das Becken anzuschauen, ja“ (IP05, S. 5, 21 – 28).*

Durch die globale Untersuchung zeigen sich jene Problemzonen, sei es nun ein einzelnes Gelenk, ein Organ oder ein ganzes Körpersystem, die in weiterer Folge mit spezifischen Tests und Untersuchungsschritten im Detail untersucht werden, um die genaue Art der Dysfunktion diagnostizieren zu können.

Dazu passt auch folgende Aussage von IP04 sehr gut:

*„Das Ziel [...] der Routineabläufe ist einfach mal, einen Überblick zu bekommen. Also es gibt ja, [...] wenn ich so meine Routinetests mach, frag ich mich nicht, ob der Wirbel links, rechts, oben, unten steht sondern ich hab einfach zwei Wörter in meinem Kopf, ja oder nein. Und das heißt einfach, ist da was oder ist da nix. Ja was [...] is, das muss ich dann nachher eh noch genauer anschauen“ (IP04, S.6, 36 – 37, S.7, 1 – 5).*

Für ihn haben, die globalen Tests nur die Aussagekraft, ja es gibt in dieser Zone ein Problem oder nein, es gibt keines. Jene Zonen, die unauffällig sind, werden im Sinne einer Ausschlussdiagnostik nicht mehr weiter untersucht. Jene die auffällig sind, werden in weiterer Folge näher untersucht.

Natürlich ist es auch ein Ziel der Routineuntersuchung, mögliche Kontraindikationen und Vorsichtsmaßnahmen aufzuzeigen, um die Sicherheit des Patienten zu gewährleisten.

Folgende Aussage von Expertin IP05 ist in diesem Zusammenhang sehr passend.:

*„[...] sie muss mir helfen, schnell aufs Problem zu kommen. Sie muss mir helfen, möglichst alle, das hab ich eh schon gesagt, alle Systeme grob abzuchecken. Sie muss es schaffen, die wichtigsten Kontraindikationen für eine Behandlung heraus zu finden, dass ich dann eben dort nichts mach oder [...] besondere Vorsichtsmaßnahmen mir zeigen können“ (IP05, S.16, 25 – 30).*

Die Routineuntersuchung muss rasch gehen, sie muss alle Systeme abklären und sie muss alle Kontraindikationen und Gefahren für eine Behandlung oder für eine bestimmte Technik aufzeigen. Stellen sich Kontraindikationen heraus wird der betreffende Patient entweder nicht behandelt oder es wird eine andere Technik verwendet beziehungsweise eine bestimmte Technik an die speziellen Beschwerden des betreffenden Patienten angepasst.

Auf die Bedeutung der Differentialdiagnose und der klinischen Sicherheitstests wurde bereits ausführlich eingegangen (vgl. hierzu Kapitel 6.5.1). Daher wird an dieser Stelle auf eine nochmalige Ausführung des Themas verzichtet.

Letztlich ist das Ziel einer systematischen Routineuntersuchung eine möglichst genaue osteopathische Diagnose wie Expertin IP07 andeutet:

*„Und der Sinn der Sache ist einfach der, sowie es eine standardisierte Anamnese gibt, sollte es auch eine standardisierte Untersuchung geben, nicht nur eben, um alle Eventualitäten, die es geben könnte, auszuschließen, sondern eben auch um möglichst nahe an den Ort des Geschehens heran zu kommen. Das heißt, um den Patienten dann auch effektiv behandeln zu können, zu verstehen, was da los ist, was ist da passiert, wo beginnt diese ganze Geschichte, wo kann ich beginnen und das Pferd sozusagen von hinten aufzuzäumen, ja“ (IP07, S. 1, 21 – 37; S. 2, 1).*

Das Grundproblem oder die sowie die Verbindungen und Zusammenhänge sollen herausgefunden werden, um den Patienten basierend auf dieser Diagnose sicher und ziel führend behandeln zu können.

In diesem Zusammenhang sei auch nochmals auf die Aussage von Expertin IP06 hingewiesen, die das Ziel einer Routineuntersuchung sehr ähnlich beschreibt:

*„Die systematische Untersuchung dient für mich dazu erstens einerseits ganz klar noch einmal Sicherheits und Provokationstests zu machen, um überhaupt zu erkennen, ist das ein Patient der sich überhaupt für eine osteopathische Behandlung eignet, ja oder nein. Und dann schau ich mir den Patienten strukturell, viszeral und kranio – sakral an, versuch das was ich gefunden habe mit der Anamnese in Verbindung zu bringen , zu ergänzen und auszuschließen und dann ergibt sich eine osteopathische Differentialdiagnose, die [...] dann behandelt wird“ (IP06, S.1, 12 – 20).*

Experte IP02 drückt das Ziel der Routineuntersuchung folgendermaßen aus:

*„[...] das Ziel würde ich sagen ist, einfach möglichst rasch einen Gesamtüberblick zu bekommen über den Patienten. Nachdem osteopathisch gesehen jeder Patient einzigartig ist, einfach durch seine individuelle Problematik und Geschichte, kann ich nicht für jeden, wenn ich jetzt für jeden ein einzelnes Setting hätte das wär nicht, nicht machbar nicht. Das heißt ich brauche irgendwas was ich bei allen machen kann, um trotzdem eine Aussage zu bekommen. Das heißt die Routine hat für mich das Ziel rasch, einen Weg zum Patienten zu finden zu seinem individuellen Problem oder zu [...] weiterführenden Tests, die dann aber schon auf ihn spezifisch angepasst sind“ (IP02, S.6, 4 – 14).*

Er betont, dass es notwendig ist, bei der Untersuchung eine gewisse Struktur zu haben, die bei jedem Patienten unabhängig vom individuellen Beschwerdebild angewendet werden kann, da es aus seiner Sicht nicht möglich ist, sich für jeden einzelnen Patienten einen individuellen Untersuchungsablauf zurecht zu legen. Durch diese



Vorgehensweise ist es ihm möglich, rasch einen Überblick über den Patienten zu bekommen und in weiterer Folge mit spezifischen Untersuchungen auf das individuelle Problem des Patienten einzugehen. Die einzige Alternative zu dieser Untersuchungsmethode ist aus seiner Sicht, jedes Gelenk und Organ, jede Struktur und jedes Körpersystem genau zu untersuchen, um zu einer Diagnose zu gelangen. Diese Vorgehensweise ist aus seiner Sicht ineffizient, da sie enorm viel Zeit in Anspruch nehmen würde:

*„Aber es zeigt mir einfach auf, wo Problemzonen sind und ich hab einfach wirklich einen Überblick über den gesamten Körper und kann sagen OK, wo sind hier wirklich Verbindungen und Zusammenhänge und die muss ich mir anschauen, ob die wirklich auch dann da sind. Das heißt ich kann dann wirklich erst weiter gehen einen Schritt in die Tiefe, weil die Alternative wäre ja eigentlich sonst nur, dass ich mir Organ für Organ, Gelenk oder Muskel für Muskel anschau bis ich endlich alles zusammen hab, wo ich Probleme gefunden hab. Und das würde ja endlos dauern nicht [...]“ (IP02, S.8, 26 – 34).*

Experte IP03 erwähnt im Zusammenhang mit dieser Fragestellung, dass seine Routineuntersuchung ihm dabei hilft, Fehler zu vermeiden:

*„Weil die Realität, wir brauchen [...] so wie man sagt [...] einen Baum, weil die Routine in der Ordi sonst zeitmäßig, wenn I zehn Patienten hintereinander hab ist es unmöglich [...], bei zehn Patienten an alles zu denken. Dafür hilft ma Routine. Um Fehler zu vermeiden zum Beispiel“ (IP03, S.23, 31 – 36).*

Er weist darauf hin, dass es unrealistisch ist, bei einer großen Anzahl an Patienten, die hintereinander untersucht und behandelt werden, an alle notwendigen Details zu denken. In diesem Sinn sieht er in der Routineuntersuchung unter anderem auch das Ziel oder den Sinn, vor allem in solchen Situationen nichts zu vergessen und damit Fehler zu vermeiden. Er hat außerdem festgestellt, dass eine Routineuntersuchung ihm in Stresssituationen hilft, trotzdem einen ganzheitlichen Blick auf den Patienten zu bewahren.

Für Expertin IP05 ist es ein weiteres Ziel einer umfassenden Untersuchung, die mit einer globalen Routineuntersuchung beginnt, ihre Vorgehensweise für den Patienten logisch und nachvollziehbar zu gestalten. Der Patient soll das Gefühl haben, dass er gründlich und umfassend untersucht worden ist. Dazu passt folgende Aussage, in der sie auch nochmals bereits genannte Ziele und Prinzipien betont:

*„Mir ist das wichtigste, wenn einer sich schon zum Osteopathen begibt und doch meistens selber zahlen muss, ja, dass man zumindest, eine ordentliche Untersuchung und dem auch sagt, was man gefunden hat und das kann ich nur gut begründen, wenn ich ihn auch wirklich ordentlich untersucht, ja“ (IP05, S.9, 32 – 36).*

Auch Expertin IP06 ist die Nachvollziehbarkeit ihrer Untersuchung und Behandlung gegenüber den Patienten ein Anliegen. Sie hat es sich deshalb zur Angewohnheit gemacht, ihr Untersuchungsergebnis für den Patienten immer verbal zusammen zu fassen, um sicher zu stellen, dass dieser ihren Behandlungsansatz versteht:

*„[...] es ist für mich wichtig, weil ich gezwungen bin, präzise zu artikulieren, was hab ich gefunden, was ist meine Meinung, was ist meine osteopathische Diagnose und sozusagen auch gleichzeitig bietet es dann auch die Grundlage für den Behandlungsansatz und es ist für den Patienten wichtig, das verbalisiert zu bekommen, damit er weiß was los ist“ (IP06, S. 10, 10 – 16).*

Expertin IP05 erwähnt zwei weitere interessante Aspekte. Einerseits ist sie der Ansicht, dass es auch Sinn und Zweck einer Routine ist, die eigene Wahrnehmungsfähigkeit während des Untersuchungsprozesses zu schärfen:

*„Das erleichternde bei einer Routineuntersuchung ist, dass es automatisch geht und ich nicht viel nachdenken muss, was muss ich jetzt als nächster machen. Weil ich das Hirn eigentlich frei brauch fürs Wahrnehmen, was ich empfinde und nicht, dass ich dauernd denken muss, was muss ich jetzt als nächstes machen. Und drum ist es, drum ist es Routine, ja. [...]. Es sollen welche sein, die mein Hirn schon wieder verlassen können, weil sie einfach automatisch gehen und ich weiß, in welcher Reihenfolge ich sie mach, ja. Dann kann ich mich auf's Wahrnehmen und auf die Perzeption konzentrieren“ (IP05, S.22, 19 – 32).*

Durch den automatischen Ablauf einer Routine ist es beim Untersuchen nicht ständig notwendig, zu überlegen, welcher Untersuchungsschritt oder welcher Test nun als nächster folgt. IP05 vertritt die Ansicht, dass dadurch die Aufmerksamkeit für die Wahrnehmung während der Untersuchung verbessert wird. Andererseits betont sie, dass der logische Aufbau ihrer Routineuntersuchung ihr auch hilft, Zeit zu sparen, da sie Gelenke oder Körperregionen, die bei der groben Untersuchung unauffällig waren nicht im Detail untersuchen muss sondern den Fokus auf die tatsächlichen Problemzonen legen kann:

*„[...] und dass zuerst die Inspektion kommt und dann die Palpation und die segmentalen Untersuchungen ist glaube ich auch logisch aufeinander aufgebaut, weil ich spar mir damit Zeit, weil wenn ich zuerst schon geschaut hab, aha in dem Segment ist die Hauptrestriktion, dann brauch ich nur noch dort genau untersuchen, weil ich gesehen hab, in den normalen groben Bewegungen, dass die anderen frei beweglich sind, dann brauch ich nicht ewig dann segmental testen. Also ich spar mir Zeit, wenn ich zuerst einen groben Test mach und dann einen kleinen, einen feinen“ (IP05, S. 6, 1 – 10).*

Auch für Expertin IP08 besteht das Ziel der Routineuntersuchung darin, ein Bild, einen ersten Eindruck vom Patienten zu erhalten. Interessanterweise erhebt sie - im Gegensatz zu der Meinung der anderen Experten - an die Erstuntersuchung nicht den Anspruch, das tatsächliche Grundproblem, die primäre somatische Dysfunktion zu finden:

*„Ich geh sicher auf die Suche nach der primären Läsion aber ich bin sicher diejenige, die jetzt a mal schaut, wo ist das akute Problem, ich muss nicht beim Ort der Problematik des Patienten arbeiten aber für mi is es jetzt net notwendig heraus zu finden, dass des jetzt die primäre Läsion is. Die wird sich zeigen und wenn notwendig is, manchmal erwischt man´s a glei, ja, das ist OK. Aber es is jetzt für mich net a Routine dazu da, dass ich a primäre Läsion find [...]“ (IP08, S.6, 29 – 36; S.7, 1 – 2).*

Sie betont zwar ausdrücklich, dass sie natürlich versuchen wird, das Grundproblem des Patienten heraus zu finden aber die Routineuntersuchung dient für sie zunächst dazu, einen Zugang zum Patienten zu finden und deshalb steht für sie zunächst das akute Problem des Patienten im Vordergrund. Das Grundproblem wird sich im weiteren Verlauf der Therapie und durch spezifischere Untersuchungsschritte und Tests zeigen.

### **6.7.1 Zusammenfassung**

Das Ziel einer Routineuntersuchung ist aus der Sicht der Experten IP02, IP03, IP04, IP05 und IP08 unter anderem, einen Patienten zunächst global zu untersuchen, um einen Überblick über mögliche Dysfunktionen zu erhalten. Diese werden anschließend genau untersucht, um die Dysfunktion beziehungsweise die Dysfunktionen genau bestimmen zu können.

Die Expertin IP05 sieht in dieser Vorgehensweise zusätzlich den Vorteil, dass sie ihr dabei hilft, Zeit zu sparen, da es sich erübrigt, den ganzen Körper des Patienten im Detail zu untersuchen. Durch die

vorangegangene globale Untersuchung kann der Fokus des Untersuchers auf die relevanten Dysfunktionen gelenkt werden.

Experte IP02 bestätigt diese Ansicht. Die einzige mögliche Alternative zu dieser Untersuchungsmethode, die unnötig viel Zeit kostet, wäre aus seiner Sicht, den gesamten Patienten, jedes Gelenk und jedes Organ im Detail zu untersuchen. IP02 ist auch der Ansicht, dass es nicht möglich ist, für jeden Patienten eine individuelle Untersuchung anzuwenden. Daher ist es notwendig, sich eine Routineuntersuchung zu erarbeiten, die zunächst unabhängig von der Anamnese und den Beschwerden der Patienten ist und einen groben Überblick ermöglicht. Erst in weiterer Folge wird auf die individuellen Beschwerden differenziert eingegangen.

Diese Aussage steht im Gegensatz zu einer grundsätzlich durch die Anamnese geleitete Untersuchung wie sie zum Beispiel von den Experten IP01, IP04 und IP10 vertreten wird.

Einen weiteren wichtigen Vorteil einer Untersuchungsroutine sieht Experte IP03 in der Tatsache, dass ein systematischer Ablauf ihm dabei hilft, auch bei Stress und Zeitmangel, keinen wichtigen Untersuchungsschritt und Test zu vergessen, kein wesentliches Detail zu übersehen und somit Fehler zu vermeiden. Auch Expertin IP05, sieht ein Ziel der Routine darin, keinen wichtigen Untersuchungsschritt zu vergessen (vgl. hierzu Kapitel 6.2).

Natürlich muss die Untersuchungsroutine mögliche Kontraindikationen für eine Behandlung oder für bestimmte Techniken aufzeigen. Dies wird vor allem von den Experten IP05, IP06 und IP07 betont.

Eine systematische Routineuntersuchung ermöglicht laut den Expertinnen IP06 und IP07 letztlich eine differenzierte und fundierte osteopathische Diagnose und somit auch ein Verständnis für die Ursachen der Beschwerden von Patienten und deren Zusammenhänge.

Im Gegensatz dazu erhebt IP08 nicht den Anspruch, durch eine Routineuntersuchung bei der ersten Behandlung die primären Ursachen für die Beschwerden der Patienten aufzudecken. Für sie steht das akute Problem im Vordergrund, die möglichen Ursachen

werden sich im Laufe der folgenden Behandlungen zeigen. Für sie hat eine Routineuntersuchung in diesem Sinn das Ziel, gemeinsam mit den Patienten in die Therapie einzusteigen und einen Zugang zu ihnen zu finden.

Für die Expertinnen IP05 und IP06 ist es ebenfalls ausschlaggebend, dass eine systematische und logisch aufgebaute Routineuntersuchung für Patienten nachvollziehbar und begründbar ist.

Die Expertin IP05 sieht in einer systematischen Routineuntersuchung zusätzlich den Vorteil, dass die Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung fokussiert werden kann, da diese in der Regel automatisch abläuft.

In diesem Abschnitt wurden die Ziele einer Routineuntersuchung, die in dieser Arbeit auch als Vorteile interpretiert werden, veranschaulicht. Im folgenden Abschnitt wird auf die Nachteile einer Routineuntersuchung eingegangen.

## **6.8 NACHTEILE EINER ROUTINEUNTERSUCHUNG?**

Nachdem die Experten im Laufe der jeweiligen Interviews beschrieben hatten, warum eine Routineuntersuchung durchaus sinnvoll und notwendig sein kann, war die Frage nahe liegend, ob sie auch Nachteile oder Gefahren in der Routineuntersuchung sehen.

Folgende Tabelle veranschaulicht zunächst die Nachteile und die Häufigkeitsverteilung einer Routineuntersuchung aus Sicht der Experten:

Tabelle 12: Nachteile einer Routineuntersuchung aus Sicht der Experten

<b>NACHTEILE EINER ROUTINEUNTERSUCHUNG</b>	<b>HÄUFIGKEIT (%)</b>	<b>EXPERTEN</b>
Nicht mehr mitdenken	5 (50%)	IP02, IP03, IP04, IP05, IP06
Aufmerksamkeit sinkt	2 (20%)	IP04, IP05
Voreilige Schlüsse	1 (10%)	IP03
Schränkt Intuition ein	1 (10%)	IP06
Zeigt nur Defizite	1 (10%)	IP10

Ein Nachteil einer Routineuntersuchung scheint laut der Experten IP02, IP04, IP05 und IP06 darin zu liegen, dass eine starre, nicht flexible Routineuntersuchung dazu führen kann, dass bei der Untersuchung nicht mehr ausreichend logisch mitgedacht wird und daher das individuelle Beschwerdebild beziehungsweise die Individualität des Patienten nicht ausreichend beachtet wird.

IP02 beschreibt seine Bedenken in diesem Zusammenhang sehr plastisch:

*„Nachteile oder nachteilig, würd ich sagen [...], wenn diese Routineuntersuchung nicht flexibel wär, also auf längere Sicht nicht veränderbar wär, dann hätt es glaube ich den Nachteil, genauso wie beim Autofahren, wenn du eine Strecke kennst und immer fährst, schaust du schon gar nicht mehr links und rechts und fohrst einfach. Dass inzwischen ein Vorrang geändert wurde, kann tödlich enden nicht? Also, ganz so drastisch ist es selten aber das ist sicher die Gefahr, wenn man das einfach „null – acht – fünfzehnmäßig“ runter spult und nicht mehr mitdenkt, keine neuen Ideen mehr einfließen lässt oder ausprobiert, was weiß ich, auch wenn ich's immer mach diese Tests kann's sein, dass ich nach irgendeine Kurs, nach irgend einer Weiterbildung oder nach dem Assistieren wieder irgendeine Untersuchung einbau – sei's weil ich sie vergessen hab und oder weil sie neu ist und weil I's interessant finde“ (IP02, S.13, 31 – 37, S.14, 1 – 8).*

Er betont, dass eine Routineuntersuchung flexibel und veränderbar sein muss. Wenn man sich sehr streng an die Struktur der Routineuntersuchung hält, kann es sein, dass bei der Untersuchung nicht mehr mitgedacht wird und dadurch gewisse individuelle Aspekte bei einem Patienten nicht berücksichtigt und Symptome und Beschwerden eines Patienten, die nicht sehr häufig vorkommen, nicht beachtet werden. In diesem Sinn verändert er seine Routine immer wieder, nimmt Tests, die er zum Beispiel bei einer Fortbildung kennen gelernt hat auf und verwirft dafür wiederum andere.

Auch IP04 und IP05 betonen, dass eine vorgegebene Routineuntersuchung dazu führen kann, dass die Aufmerksamkeit bei der Untersuchung abnimmt und deshalb nicht mehr ausreichend mitgedacht wird.

IP05 fällt dies besonders auf, wenn sie viele Patienten hintereinander behandelt. In solchen Situationen kann es vorkommen, dass sie nicht mehr weiß, bei wem ihr welches Problem aufgefallen ist und welches Problem die betreffenden nun tatsächlich haben:

*„Nur ich könnt's auch nicht jedes Mal anders machen, weil ich bin das schon so gewöhnt, dass ich nichts auslass, ja. Also das ist vielleicht ein Nachteil, dass wenn man viele Patienten genau gleich untersucht, dass [...] man nicht mehr genau weiß, was das jetzt bei dem oder bei dem anderen oder wie ist das jetzt genau, dass man dann so nicht so aufmerksam ist vielleicht“ (IP05, S.17, 18 – 23).*

Expertin IP05 kann beziehungsweise möchte ihre Routine aber trotzdem nicht ständig verändern, da ihr diese Struktur wiederum hilft, nichts auszulassen und es ihrer Meinung nach die effizienteste Methode ist, einen Patienten zu untersuchen und gröbere Problembereiche zu finden:

*„Aber sonst seh ich ka Gefahr, es ist, es ist die sichere Möglichkeit, zeitgünstig und effizient im Bezug auf das Finden größerer Läsionen unterwegs zu sein“ (IP05, S.18, 6 – 8).*

Einen interessanten Aspekt führt Experte IP03 an:

*„Der Nachteil könnt bei allen Routineuntersuchungen sein, dass es eben Routine ist, ja. Das heißt, dass du den selben Ablauf hast und vielleicht differentialdiagnostisch wenn diese [...] Verästelung von dem Baum von dem wir geredet haben, net weiter geht, wenn du glaubst mit deiner Routineuntersuchung [...], schon alles raus gekriegt zu haben. [...] das ist der Nachteil von einer Routineuntersuchung ähnlich auch von einem Routineanamnesebogen. Der führt dich in eine Richtung, in die er dich immer führt. Und du hast von [...] dem, dass du eine Individuum behandelst, ein bissl schlechtere Karten. Der Vorteil überwiegt aber für mich“ (IP03, S.15, 17 – 28).*

Auch er sieht den Nachteil einer Routineuntersuchung darin, dass die individuelle Situation des Patienten aufgrund der Routineuntersuchung möglicherweise nicht ausreichend berücksichtigt wird. Relevante und wichtige Tests, die für diese eine Person passender oder sinnvoller wären, werden nicht gemacht, da man sich zu sehr auf die Routinetests verlässt und auf die Menge an alternativen Testmöglichkeiten vergisst. Die Routine führt einen immer in eine ähnliche Richtung:

*„[...] die Gefahr ist, wenn ich diese Untersuchungsroutine immer nach Schema F mache, dass ich dann immer auch auf die gleichen Läsionen stoße“ (IP03, S. 17, 1 – 3).*

Sie verleitet dazu, voreilige Schlüsse zu ziehen. Aus diesem Grund ist es ihm wichtig, seine Untersuchungsroutine immer zu hinterfragen.

Expertin IP06 sagt über sich selbst aus, dass sie in ihrer Arbeit und deshalb auch bei der Untersuchung von Patienten Struktur und eine systematische Vorgehensweise bevorzugt. Wie bereits von ihren Kollegen angemerkt, sieht auch sie die Gefahr, dass eine Routine dazu verleiten kann, nicht logisch bei der Untersuchung mitzudenken:

*„[...] wenn sie alleine für sich steht ohne dass dahinter sozusagen ein roter Faden und Denkprozess sich durchzieht dann [...] ist es eine schöne Untersuchungsroutine aber ohne Output“ (IP06, S. 6, 21 – 24).*

Sie merkt zusätzlich an, dass eine strukturierte Untersuchung und Vorgehensweise ihre Möglichkeiten einschränkt, sich bei der Untersuchung zu einem gewissen Grad von ihrer Intuition leiten zu lassen. Das bedauert sie in machen Situationen aber sie ist grundsätzlich der Ansicht, dass sie derzeit noch nicht über ausreichend Erfahrung verfügt, um ihrer Intuition im notwendigen Ausmaß zu vertrauen. Sie versucht deshalb ganz bewusst durch viel Struktur die Intuition einzuschränken, da sie der Meinung ist, eine gründliche und fundierte klinische Untersuchung ist für die Patienten nachvollziehbarer. Deshalb steht sie einer rein intuitiv geleiteten Arbeitsweise kritisch gegenüber.

Die Meinung von IP06 ist im Zusammenhang mit der Ansicht von IP07 interessant, die ebenfalls viel Struktur in der Arbeit als notwendig erachtet, um die Intuition in der osteopathischen Arbeit bewusst einzuschränken (vgl. hierzu Kapitel 6.3.7).

Expertin IP10 thematisiert folgenden Aspekt, der ihr im Zusammenhang mit dieser Fragestellung wichtig erscheint. Sie betont zwar, dass gewisse Strukturen in der Untersuchung durchaus sinnvoll sind, steht aber gleichzeitig der klinischen Testung und Untersuchung kritisch gegenüber:

*„[...] wir kramen da ständig herum durch diese Testungen, ja, dass wir immer in der Krankheit wühlen, ja, man will ja immer Ergebnisse haben. I mein, man freut sich, juhu, der Test is negativ, dann is es ja gut für Patienten ja aber dann hat ma wieder net irgendwas gefunden was krank is, ja. Und mit diesem Herumkramen durch diese Tests war es für mich immer schwierig oder es ist auch jetzt noch manches Mal schwierig, dass ich den osteopathischen Grundgedanken nicht verliere für die Behandlung, nämlich die Gesundheit zu suchen“ (IP10, S.16, 1 – 8).*

Expertin IP10 sieht in der klinischen Untersuchung und Testung den Nachteil, dass eine gründliche Untersuchung zur Sicherheit des



Patienten zwar notwendig ist aber eigentlich aus ihrer Sicht dem osteopathischen Grundprinzip widerspricht, nach den Ressourcen, der Gesundheit, der Patienten zu suchen und nicht durch Tests eigentlich die Defizite, die Krankheit, zu betonen. Für sie ist es eine Herausforderung in diesem Spannungsfeld aus klinischer Untersuchung und osteopathischer Philosophie, ihren Prinzipien als Osteopathin treu zu bleiben. Dazu folgendes eindrückliches Kommentar von Expertin IP10:

*„Aber irgendwo fehlt ma das Ganzheitliche, das Dreidimensionale, das Funktionelle, das Lebendige. Ich find diese Tests schränken immer so, reduzieren immer so auf, auf Nichtleben. Das Lebendige geht verloren“ (IP10, S.17, 3 – 6).*

### **6.8.1 Zusammenfassung**

Die Gefahr einer starren und nicht veränderbaren Routineuntersuchung besteht aus Sicht der Expertinnen IP02, IP03, IP04, IP05 und IP06 vor allem darin, dass sie dazu verleiten kann, bei der Untersuchung eines Patienten nicht mehr mitzudenken und ausreichend aufmerksam zu sein wodurch es vorkommen kann, dass mögliche individuelle Bedürfnisse der Patienten nicht ausreichend mitbedacht werden.

Für den Experten IP03 liegt dies vor allem daran, dass eine Routineuntersuchung den Untersucher immer in eine ähnliche Richtung führt und dazu verleiten kann, voreilige Schlüsse zu ziehen. Daher ist es ihm wichtig, seine Untersuchungsmethode und die Ergebnisse immer zu reflektieren und zu hinterfragen.

Die Experten IP03 und IP05 sind sich der besagten Nachteile und Gefahren einer Routineuntersuchung bewusst betonen aber gleichzeitig, dass ihrer Ansicht nach die Vorteile die Nachteile einer Routineuntersuchung überwiegen.

Die Expertin IP06 merkt an, dass eine sehr strukturierte Untersuchung die Intuition einschränkt. Dies ist in manchen Situationen aus ihrer Sicht bedauerlich aber sie befürwortet dennoch grundsätzlich einen systematischen Ablauf, da sie ihrer Intuition noch nicht ausreichend vertraut. Auch Expertin IP07 ist der Ansicht, dass es

wichtig ist, durch viel Struktur, eine rein intuitive Untersuchung zu vermeiden.

Für Expertin IP10 hat die klinische Testung und Untersuchung den wesentlichen Nachteil, dass es sich dabei im Grunde um eine Suche nach Defiziten und Krankheitszeichen handelt. Dies widerspricht grundsätzlich ihrer Auffassung von Osteopathie, bei der ihrer Ansicht nach der Fokus auf die Ressourcen, die Gesundheit, der Patienten ausgerichtet sein sollte.

Im nächsten Kapitel wird auf die Faktoren eingegangen, die aus Sicht der Experten einen Einfluss auf ihre Untersuchungsmethode haben können.

## **6.9 BEEINFLUSSENDE FAKTOREN: VERÄNDERUNG DER ROUTINE?**

Es ist eine wichtige Frage, welche Faktoren die Experten bei ihrer Routineuntersuchung beziehungsweise im gesamten Untersuchungsablauf beeinflussen. Verändert sich die Routine in bestimmten Situationen oder bei bestimmten Beschwerdebildern? Welchen Einfluss haben Alter und Geschlecht und welche Rolle spielt die Anamnese?

Folgende Tabelle veranschaulicht zuerst in einem Überblick die Einflussfaktoren und die Nennungshäufigkeit:

Tabelle 13: Beeinflussende Faktoren bei der Routineuntersuchung

<b>BEEINFLUSSENDE FAKTOREN</b>	<b>HÄUFIGKEIT (%)</b>	<b>EXPERTEN</b>
Geschlecht hat keinen Einfluss	10 (100%)	IP01 – IP10
Erscheinungsbild / Allgemeiner Eindruck	10 (100%)	IP01 – IP10
Intellektuelle Fähigkeiten	1 (10%)	IP04
Erschöpfte Patienten	1 (10%)	IP07
Intuition	2 (20%)	IP01, IP10
Intuition hat keinen Einfluss	2 (20%)	IP06, IP07
Trauma	5 (50%)	IP02, IP03, IP05, IP06, IP08
Anamnese leitet Untersuchung	6 (60%)	IP01, IP04, IP06, IP08, IP09, IP10
Anamnese hat keinen Einfluss	4 (40%)	IP02, IP03, IP05, IP07

### 6.9.1 Alter und Geschlecht

Die Frage, ob das Alter oder das Geschlecht eines Patienten eine Rolle spielt wird von den Experten folgendermaßen beantwortet.

Die Experten sind sich darin einig, dass das Geschlecht nur dann eine Rolle spielt, wenn sich bei der Anamnese oder bei der Untersuchung eine Problematik heraus stellt, die eine Untersuchung des Urogenitalbereichs erforderlich macht und aufgrund der Anatomie unterschiedliche Überlegungen angestellt werden müssen. Aber grundsätzlich wird die Routine und die Untersuchung durch das Geschlecht im Vorfeld nicht beeinflusst und verändert.

Auch das Alter hat gemäß aller Experten nur einen relativen Einfluss, wobei sie das Alter nicht auf den bloßen Zahlenwert reduzieren wollen.

Die Expertin IP05 betont, dass natürlich ein Säugling oder ein Kleinkind, das noch nicht stehen kann anders untersucht wird. Aber sobald ein Kind stehen und Bewegungsaufträge umsetzen kann ist auch ihre Routineuntersuchung eines Kindes im Vergleich zu der eines Erwachsenen nicht wesentlich unterschiedlich. Expertin IP05 erwähnt, dass sie eventuell bei einem Kind zusätzlich noch einige entwicklungspezifische Tests in die Untersuchung einbaut.

Einige Experten erwähnen, dass sie bei älteren Menschen vor allem im viszeralem Bereich aufgrund des weniger flexiblen Gewebes etwas vorsichtiger sind und nicht so tief palpieren wie bei einem jüngeren Patienten.

### 6.9.2 Erscheinungsbild und allgemeiner Eindruck

Ein Faktor, der gemäß allen Experten offensichtlich einen deutlichen Einfluss auf die Routineuntersuchung und damit auf den weiteren Untersuchungsablauf zu haben scheint, ist das äußere Erscheinungsbild und der allgemeine Eindruck eines Patienten.

Experte IP04 erwähnt zusätzlich die intellektuellen Fähigkeiten eines Patienten:

*„Das Erscheinungsbild, bleib ma nicht so sehr beim Alter, weil es gibt ja auch den sechzig Jährigen, der gut drauf ist und da ist jetzt kein Unterschied. Aber das Erscheinungsbild ist schon ein Unterschied, ob das jetzt jemand ist der, nenn ma's mal so, zerbrechlicher oder fester erscheint also eben wie ich angreif, wie weit ich auch geh in meinem Bewegungsmaß also wenn ich*

*passiv arbeite. Manchmal hängt's auch von der intellektuellen Fähigkeit des Patienten ab. Es gibt Patienten [...], das ist jetzt auch wieder ein Extrembeispiel, wenn ich behinderte, retardierte Menschen hab, dann kann ich das auch wieder alles vergessen, nicht. Dann geht's auch wieder um ganz was anderes“ (IP04, S. 12, 24 – 33).*

Wie bereits erwähnt, ist es nicht so sehr das Alter, das einen Einfluss hat, sondern die Frage, wie der jeweilige Patient in dieser Situation auf den Osteopathen wirkt. Dies kann sehr wohl die Grifftechnik und das Bewegungsausmaß bei der manuellen passiven Testung auch bei der Routineuntersuchung verändern. Bei einem Patienten mit einer geistigen Behinderung kann auch eine Veränderung der Routine erforderlich sein, weil bestimmte Aufträge eventuell nicht umgesetzt werden können oder es stehen gar andere Ziele im Vordergrund.

Dazu passt die Aussage von Expertin IP06:

*„Das hat nix mit Alter zu tun sondern mit dem Zustand und wenn jemand auf mich sehr alt und gebrechlich wirkt, dann werd ich mich auch bemühen, in der Untersuchung [...] dem Patienten nicht Dinge zu zumuten, die ihn mehr belasten als ihm zu helfen“ (IP06, S. 13, 6 – 9).*

*Expertin IP07 wählt bei bestimmten Patienten einen Zugang über die biodynamische Osteopathie: „[...] die entweder sehr erschöpft und ausgebrannt sind, die sehr multi – komplex, multimorbid sich präsentieren oder auch extrem durchgeknallt, oder überdreht oder hochtourig laufen [...]“ (IP07, S. 3, 34 – 37).*

Diese Patienten untersucht sie auch nicht mit der von ihr beschriebenen systematischen Routine.

Expertin IP10 betont, dass das äußere Erscheinungsbild und der allgemeine Eindruck für die Untersuchung und Behandlung relevante Faktoren und Kriterien sind. Diese sind aber nicht messbar, auch nicht in klare Worte zu fassen und sind deshalb auch nicht als Test zu bezeichnen:

*„Und da ist zum Beispiel der Ersteindruck auch ein Kriterium wie ich weiter vorgeh, wie [...] jemand alleine schon den Termin ausmacht aber auch wie er mir beim ersten Augenblick mir die Hand gibt und oder was ich halt so nebenher im Vorbeigehen rieche, sehe und höre, dem vertrau ich auch. Das ist auch ein Faktor aber das kann man halt nicht mehr als Test bewerten oder einordnen“ (IP10, S. 14, 4 – 10).*

Expertin IP09 erwähnt außerdem, dass für sie auch Informationen im Vorfeld zur eigentlichen Untersuchung und anschließenden Behandlung zusätzliche, wichtige Informationen liefern.

Zum Beispiel: wie verhält sich der Patient am Telefon während der Terminvereinbarung, wie ist der allgemeine Eindruck beim Betreten der Praxis, findet der Patient ohne Umstände die Praxis oder nicht.

### 6.9.3 Intuition

Expertin IP10 thematisiert in Zusammenhang mit der Frage, welche Faktoren sie bei der Planung ihrer Untersuchung beeinflussen, die Intuition und ihren „Hausverstand“ als diagnostisches Werkzeug:

*„Das Erscheinungsbild überhaupt wie jemand herein kommt und auftritt wobei das ja auch oft eine Täuschung sein kann. Da vertrau ich auch nicht mehr nur mehr dem Äußeren. Das ist jetzt nimma mehr wissenschaftlich und nicht seriös [...], aber ich muss ehrlich sagen, ich behaupte und ich glaube auch immer mehr, dass das wirklich möglich ist und das kann man auch nicht messen und nicht lehren und auch nicht in Lehrbüchern in Worte fassen: [...] ich vertraue sogar auf meinen Hausverstand. Also ich glaube schon wenn man ehrlich und aufrichtig mit Menschen arbeitet und interessiert ist an jemandem, was er für eine Thematik hat und man möchte sein Bestes und man hat seinen Werkzeugkoffer gut gepackt - und ich hoffe wir haben mit unserer Basisausbildung gutes Werkzeug im Koffer - glaube ich, dass man über die Jahre auch Hausverstand und Intuition erlangt, ja“ (IP10, S. 13, 29 – 37; S. 14, 1 – 4).*

Sie weist darauf hin, dass das äußere Erscheinungsbild täuschen kann. Sie hat im Laufe der Jahre gelernt, ihrer Wahrnehmung, ihrer Intuition und eben ihrem besagten Hausverstand zu vertrauen. Dies kann ihrer Ansicht nach nicht gelehrt und sicherlich auch nicht in Worte gefasst oder gar wissenschaftlich bewiesen werden. Aber sie geht davon aus, dass jeder, der sich grundsätzlich für Menschen interessiert, mit der Erfahrung Intuition entwickelt, die sicherlich auch die Untersuchung und Behandlung eines Patienten beeinflussen kann.

Die Meinung von IP10 steht im Gegensatz zu der von IP07. Sie räumt zwar ein, dass Intuition durchaus ein diagnostisches Hilfsmittel in der Osteopathie sein kann aber dass es unbedingt notwendig ist, sich bei der Untersuchung und Diagnosestellung an handfesten, messbaren, testbaren und vergleichbaren Daten und Fakten zu orientieren und sich auf diese zu verlassen:

*„Es ist zwar schön, wenn man sich auch intuitiv leiten lässt, das ist ja auch ein Werkzeug in der Osteopathie, ja. [...] aber es gibt einfach Dinge, die man wirklich messen kann, testen kann, vergleichen kann untereinander [...]. Deswegen glaube ich ist so eine Untersuchung sehr sehr wichtig. Dass zum einen nichts vergessen wird und Sicherheit, ein sicheres Arbeitsfeld geboten wird. Und zum anderen dieser Bereich der Intuition nicht diesen Raum hat, der oft verwendet wird, ja. Man kann sich nicht immer nur intuitiv auf irgendetwas verlassen, ja, und des dann behandeln, ja. Sondern man [...] arbeitet am Körper, am System und das sieht man auch im Körper und am Körper, was los*

*ist, ja. Und das soll man untersuchen und mit Tests erfahren und erfassen und dementsprechend auch behandeln“ (IP07, S. 2, 10 – 26).*

Auch Expertin IP06 befürwortet, wie bereits erwähnt, grundsätzlich eine fundierte klinische Diagnostik gegenüber einer Untersuchung, die durch Intuition geleitet wird (vgl. hierzu Kapitel 6.8).

#### **6.9.4 Akute Verletzung (Trauma)**

Auf die Frage, ob eine akute Verletzung, ein akutes Trauma – als Beispiel wurde das akute Supinationstrauma genannt – die Routineuntersuchung verändert, wird folgendermaßen geantwortet.

Die Experten IP02 und IP03 meinen dazu, dass sie bei einer akuten Verletzung eher dazu neigen, sehr lokal und symptomorientiert zu arbeiten. Natürlich werden die notwendigen Sicherheitstests gemacht aber die beschriebene Routineuntersuchung wird in diesem Fall wahrscheinlich ausgelassen oder stark abgekürzt.

Expertin IP05 meint dazu, dass bei einer derartigen Verletzung ihrer Ansicht nach der Hauptfokus auf dem verletzten Körperteil liegt. Ihre Untersuchung wird aber auf jeden Fall auch die umliegenden Gelenke und Regionen umfassen, aber die viszerale Tests sind in diesem Fall nebensächlich.

Für die Expertinnen IP06 und IP08 ist in diesem Fall der Behandlungsauftrag des Patienten eindeutig und die Untersuchung und Behandlung wird auch eher lokal am verletzten Gelenk stattfinden.

Expertin IP08 meint dazu, dass es in dieser Situation nicht zwingend notwendig ist, den ganzen Körper zu untersuchen. Dies kann auch beim nächsten Behandlungstermin erfolgen. Die akute Problematik steht im Vordergrund.

Expertin IP09 betont, dass sie abhängig von der Anamnese und von den Begleitumständen der Verletzung ihre Untersuchung gestalten wird.

#### **6.9.5 Rolle der Anamnese**

Welche Rolle spielt nun die Anamnese im Bezug auf die Routineuntersuchung.

Die Anamnese ist ein essentieller Teil des gesamten Untersuchungsprozesses. Diese Tatsache steht für alle Experten außer Frage. Die Anamnese bestimmt beispielsweise, welche klinischen Sicherheitstests notwendig sind und welche differentialdiagnostischen Überlegungen in Betracht gezogen werden müssen (vgl. hierzu Kapitel 6.5.1).

Experte IP03 betont, dass es wichtig ist, basierend auf der Anamnese, eine Hypothese aufzustellen die anschließend mit der Untersuchung in Zusammenhang gebracht wird:

*„[...] ich versuche, aus der Anamnese eine für mich schlüssige Hypothese zu ziehen. Die Hypothese versuch ich dann in einen Zwischenspeicher zu legen, mach meine Befundung und schau, wie in der Mengenlehre, ob aus dieser Hypothese A aus der Anamnese und Hypothese B aus der Befundung was zum passt“ (IP03, S. 13, 22 – 27).*

Dennoch wird seine Routineuntersuchung grundsätzlich von der Anamnese nicht beeinflusst und immer in der gleichen Weise angewendet.

Aufgrund der Aussagen der Experten zu dieser Fragestellung, können die Experten vorsichtig in zwei Lager geteilt werden.

Im ersten Lager sind jene Experten, die sich bei der Untersuchung grundsätzlich von der Anamnese leiten lassen und jene Experten, die sich bei der Untersuchung ebenfalls nach der Anamnese richten aber dennoch bei der Untersuchung gewisse Routinen anwenden, die scheinbar von der Anamnese unabhängig sind.

Zu dieser Gruppe zählen die Experten IP01, IP04, IP06, IP08, IP09 und IP10.

Experte IP04 betont, dass seiner Ansicht nach die manuelle Untersuchung von der Anamnese abhängig ist:

*„[...] die Anamnese für mich der erste Schritt ist und [...] ich mach diese Reise gemeinsam mit dem Patienten wirklich Schritt für Schritt. Und der zweite Schritt hängt vom ersten ab und der dritte hängt vom zweiten ab also es muss einen Aufbau geben, finde ich“ (IP04, S. 4, 30 – 33).*

Auch für die Expertinnen IP09 und IP10 ist die Anamnese ausschlaggebend für die Planung der weiteren Untersuchung und Behandlung. Dazu meint Expertin IP10:

*„Also I hab so meinen Anamnesebogen, I hab da zwei Seiten und aufgrund meiner Fragen, die ich stelle und die Antworten, die ich bekomme, schreib I*

*schon für mi Fragezeichen mit, was ich testen möchte, was mir wichtig is oder was Hauptthema is vom Patienten [...] und ich schließ aber sogar manches Mal was aus“ (IP10, S. 15, 14 – 18).*

Im zweiten Lager sind jene Experten, für die eine Anamnese natürlich genauso essentiell ist, die aber klar aussagen, die Routineuntersuchung wird von der Anamnese eindeutig nicht beeinflusst. Wenn keine spezielle klinische Situation eine Veränderung der Untersuchung notwendig macht, werden die beschriebenen Routineuntersuchungen immer in der gleichen Art und Weise unabhängig von den Angaben der Patienten angewendet.

Dazu zählen vor allem die Experten IP02, IP03, IP05 und IP07:

*„Also jetzt bei normaler Anamnese sag ich a Mal, schließ ma mal [...] den Akutpatienten aus, dann ist es anamneseunabhängig, diese Routine mach ich immer. Egal welches Krankheitsbild oder welche Anamnese der jetzt liefert“ (IP02, S. 11, 36 – 37; S. 12, 1 – 2).*

Expertin IP07 erwähnt einen weiteren interessanten Aspekt.

Sie hat die Erfahrung gemacht, dass es immer wieder auch Patienten gibt, die aus welchem Grund auch immer, bei der Anamnese lügen. Aus diesem Grund vertraut sie ihrer Untersuchung oft mehr als den Aussagen der Patienten. Auch ihre systematische Untersuchung bleibt von der Anamnese grundsätzlich unabhängig.

### **6.9.6 Zusammenfassung**

Alle Experten sind sich einig, dass Alter und Geschlecht der Patienten grundsätzlich keine nennenswerte Auswirkung auf die Untersuchung haben.

Einen großen Einfluss auf die Routineuntersuchung übt hingegen laut allen befragten Experten allerdings das Erscheinungsbild und der allgemeine Eindruck des Patienten aus und kann beispielsweise zu einer Veränderung der Untersuchungsroutine oder der Grifftechnik führen.

Diese Faktoren sind allerdings laut der Expertin IP10 nicht messbar, kaum in Worte zu fassen und können daher auch kaum schriftlich eindeutig dokumentiert werden.

Expertin IP07 wählt bei bestimmten Patienten, die zum Beispiel auf sie sehr erschöpft wirken, einen biodynamischen Zugang.



Die Expertin IP10 erwähnt auch die Intuition, die aus ihrer Sicht durchaus die Routineuntersuchung beeinflussen kann. Allerdings sind sich die Experten in dieser Hinsicht uneins. Den Expertinnen IP06 und IP07 ist es im Gegensatz zu der Auffassung von Expertin IP10 ausgesprochen wichtig, die Intuition durch eine sehr strukturierte Untersuchung einzuschränken.

Eine akute Verletzung kann laut den Experten IP02, IP03, IP05, IP06 und IP08 dazu führen, dass die Untersuchung lokal auf das verletzte Körperteil beschränkt wird.

Die Experten IP02 und IP03 geben an, dass sie die Routineuntersuchung in einem solchen Fall vermutlich auslassen werden. Expertin IP05 untersucht auf jeden Fall zusätzlich die Umgebung des verletzten Körperteils, wird aber wahrscheinlich nicht relevante Tests aus ihrer Routine auslassen.

Für die Expertinnen IP06 und IP08 ist im Falle eines akuten Traumas das Behandlungsziel des betroffenen Patienten eindeutig und die Untersuchung und Behandlung wird sehr fokussiert und lokal statt finden.

Die Anamnese spielt für alle Experten im gesamten diagnostischen Prozess grundsätzlich eine wichtige Rolle.

Während die Experten IP01, IP04, IP06, IP08, IP09 und IP10 sich bei der Planung der Untersuchung durch die Anamnese leiten lassen, lassen sich im Gegensatz dazu die Experten IP02, IP03, IP05 und IP07 von der Anamnese nicht beeinflussen. Die Routineuntersuchung dieser Experten ist anamneseunabhängig.

Warum der Einfluss der Anamnese im Zusammenhang mit dieser Fragestellung offensichtlich unterschiedlich gehandhabt wird, wird nicht eindeutig beantwortet.

Es folgt eine Tabelle in der die beeinflussenden Faktoren und deren Nennungshäufigkeit nochmals dargestellt werden:

Gibt es für einen Osteopathen eine Grundausstattung an medizinischen Instrumenten, die sie für die Untersuchung eines Patienten benötigen. Auf diese Frage wird im Anschluss eingegangen.

## 6.10 GRUNDAUSSTATTUNG

Im Rahmen des Interviews wurden die Experten auch danach befragt, ob sie bei der Untersuchung von Patienten bestimmte medizinische Instrumente immer oder sehr regelmäßig benutzen.

Folgende Tabelle gibt zunächst einen Überblick über die von den Experten genannten medizinischen Instrumente und veranschaulicht deren Nennungshäufigkeit:

Tabelle 15: Grundausrüstung

INSTRUMENTE	HÄUFIGKEIT (%)	EXPERTEN
Reflexhammer	10 (100%)	IP01 – IP10
Blutdruckmessgerät	10 (100%)	IP01 – IP10
Stethoskop	2 (20%)	IP02, IP04
Othoskop	1 (10%)	IP04
Stimmgabel	1 (10%)	IP03
Goniometer	1 (10%)	IP06
Beinlängenmessgerät	1 (10%)	IP03
Platten für Beinlängenausgleich	1 (10%)	IP03
Podoskop	1 (10%)	IP03

Alle Experten geben an, dass sie über folgende Instrumente in der Praxis verfügen und diese auch regelmäßig verwenden:

- Reflexhammer
- Blutdruckmessgerät

Experte IP04 merkt dazu an, dass jeder Osteopath mit den oben genannten Instrumenten beziehungsweise Geräten umgehen können sollte.

Weitere medizinische Instrumente, die von den Experten genannt wurden, sind:

- Stethoskop (IP02, IP04)
- Othoskop (IP04)
- Stimmgabel (IP03)
- Goniometer (IP06)
- Beinlängenmessgerät (IP03)
- Platten für Beinlängenausgleich (IP03)
- Podoskop (IP03)

Alle Experten stimmen eindeutig darin überein, dass die genannten medizinischen Instrumente nur bei Bedarf verwendet

werden, wenn ein bestimmter Verdacht auf eine gröbere Pathologie besteht, die differentialdiagnostisch abgeklärt werden muss.

Im nächsten Abschnitt wird kurz auf die Zeit eingegangen, die die Experten für die Durchführung ihrer Routineuntersuchung benötigen.

### **6.11 WIE VIEL ZEIT NIMMT DIE ROUTINEUNTERSUCHUNG IN ANSPRUCH?**

Eine große Rolle spielt die Zeit, die eine Routineuntersuchung benötigt.

Es wurde bereits auf Effizienz als Kriterium für eine Untersuchung hingewiesen (vgl. hierzu Kapitel 6.6.4). In diesem Sinn wurden die Experten gefragt, wie viel Zeit sie für ihre individuellen Untersuchungsabläufe benötigen.

Die Zeitangaben auf diese Frage sind sehr unterschiedlich. Sie reichen von 3 Minuten für die Grundroutine (IP02), über 15 – 20 Minuten ohne komplexe differentialdiagnostische Tests (IP05) bis zu 30 Minuten bei der Erstuntersuchung (IP09).

Experte IP02 merkt an, dass er anfänglich für die Routineuntersuchung länger benötigt hat aber mit der Zeit und zunehmender Erfahrung ist er deutlich schneller geworden. Es benötigt seiner Meinung nach auch viele Monate oder gar Jahre, bis die Routine auch tatsächlich zu einer gut funktionierenden Routine wird. Nach der sechsjährigen Grundausbildung hat er noch zwei Jahre gebraucht, um eine für ihn funktionierende Routineuntersuchung zu erarbeiten.

Expertin IP08 macht zusätzlich folgende Anmerkung:

*„Aber so den ersten Eindruck, die ersten Tests, den Test, den ich dann als Re Test nehme, damit ich dann sehe, ob die Therapie was gemacht hat, das glaube ich sollte in zehn Minuten, Viertelstunde erledigt sein. Einfach, um zu wissen, wo tu ich, wo fang ich an. Weil sonst gibt's keine Zeit zum therapieren. Und dass dann Tests während der Therapie dazu kommen und die noch genauer sind und man sich manches genauer anschaut, das ist für mich überhaupt keine Diskussion.“  
(IP08, S.5, 14 – 21).*

Expertin IP08 betont, dass es ihr bei Supervisionen wichtig erscheint, dass im Rahmen der Therapieeinheit ausreichend Zeit für eine Behandlung bleibt.

Daher sollte ein Student für die grobe Untersuchung nicht länger als 10 – 15 Minuten benötigen. In dieser Zeit sollten auch bereits Tests durchgeführt werden, die als Vergleichstest am Ende der Therapie verwendet werden. Weitere notwendige Untersuchungsschritte und Tests können sich noch während der Behandlung ergeben.

In den folgenden Abschnitten wird der Frage einer einheitlichen und standardisierten Routineuntersuchung aus Sicht der Experten nachgegangen.

### **6.12 EINHEITLICHE ROUTINEUNTERSUCHUNG**

Zu Beginn dieser Arbeit wurde die Frage aufgeworfen, ob eine, im weitesten Sinne standardisierte einheitliche Untersuchungsroutine in der Osteopathie, zum Beispiel als Beitrag zur Qualitätssicherung und für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung erwünscht ist. In diesem Sinn wurden die Experten nach ihrer persönlichen Einstellung zu dieser Thematik befragt.

Alle Experten reagierten ablehnend auf diese Frage. Die wichtigsten Gründe für deren ablehnende und kritische Haltung sind einerseits die Individualität der Patienten im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes in der Osteopathie, andererseits auch die Individualität des Osteopathen selbst.

Ein einheitlicher Befund, eine Vorgabe, wie ein Patient zu untersuchen ist und welche Tests zu verwenden sind, bedeutet eine Einschränkung der eigenen Freiheit, der eigenen Persönlichkeit und der individuellen Arbeitsweise.

Folgende Tabellen sollen zunächst die wesentlichsten Meinungen der Experten und die Nennungshäufigkeit ihrer Argumente veranschaulichen:

Tabelle 16: Einheitliche Routineuntersuchung?

EINHEITLICHE ROUTINEUNTERSUCHUNG		HÄUFIGKEIT (%)	EXPERTEN
	Ablehnung	10 (100%)	IP01 – IP10
	Individualität der Patienten	10 (100%)	IP01 – IP10
	Widerspricht Ganzheitlichkeit	1 (10%)	IP10
	Individualität der Experten	10 (100%)	IP01 – IP10
	Sicherheitstests einheitlich	1 (10%)	IP02
	Freiheit individuell Tests auszuwählen wird eingeschränkt	2 (20%)	IP03, IP07
	Nicht mehr mitdenken	1 (10%)	IP04
	Eigene Arbeitsweise	1 (10%)	IP07
	Osteopathie ist mehr	1 (10%)	IP10
	Nur für schlecht ausgebildete Therapeuten	1 (10%)	IP04

### 6.12.1 Individualität der Patienten

Die Routineuntersuchung beziehungsweise der gesamte Untersuchungsablauf und natürlich auch die Art der Behandlung müssen aus Sicht aller Experten individuell sein. Nicht nur um spezielle Bedürfnisse der Patienten zu erfassen, sondern auch um auf die Persönlichkeit und die individuellen Probleme und Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können. Nur so lässt sich ihrer Meinung nach der Anspruch der Osteopathie nach Ganzheitlichkeit erfüllen.

Expertin IP01 drückt sehr bildhaft aus, dass ihre Arbeitsweise und somit auch ihre Untersuchung sehr vom Patienten abhängt und daher als individuell gewertet werden kann:

*„Und bei jedem tu ich ein bissl anders [...] wenn irgendein sportlicher Mann daher kommt dann mach ich sicher eher eine Routineuntersuchung zuerst einmal so normal mit testen und so weiter als wenn irgendeine zerbrechliche Frau rein kommt, die Künstlerin ist und [...] dann gibt es auch wieder umgekehrt Männer, [...] die sehr sensibel sind und wo man sagt OK, den muss ich jetzt auch anders behandeln als irgend so einen, der halt so ein gewisses Auftreten hat wo man sagt OK, der bracht a Mal eine Struktur [...], dem muss man mal zeigen was los ist, dass er weiß was man da überhaupt macht und so weiter. Also es hat schon eine Bedeutung. Und mit Jugendlichen geht man ja auch natürlich ganz anders um als mit irgendeinem alten Opa, nicht negativ gemeint, [...] für mich ist jeder anders [...]“ (IP01, S. 14, 16 – 30).*

Für sie ist jeder Patient in seiner Persönlichkeit und in seinen Bedürfnissen unterschiedlich. Das Erscheinungsbild und der allgemeine

Eindruck spielen eine wichtige Rolle, dementsprechend versucht sie, die Menschen individuell wahrzunehmen und gestaltet ihre Untersuchung und weitere Behandlung dementsprechend.

Für den Experten IP02 ist jeder Patient einzigartig und deshalb ist es nicht möglich, Patienten - auch wenn sie mit dem gleichen Problem zum Osteopathen kommen – miteinander zu vergleichen, sobald versucht wird, den Patienten ganzheitlich zu untersuchen und zu sehen:

*„Jeder neue Patient ist einzigartig. Wenn drei Patienten mit einem Schulterproblem herein kommen schaut das bei allen dreien unterschiedlich aus [...] sobald ich meinen Fokus rein von der Schulter auf den ganzen Menschen erweitere hat jeder ein anderes Problem oder andere Zusammenhänge“ (IP02, S. 21, 23 – 27).*

Experte IP04 bemerkt, dass es in der Medizin Bestrebungen gibt, durch Leitlinien und Strukturen, Vorgaben zu schaffen, bei welchem Beschwerdebild, welche Untersuchungs – und Behandlungsschritte zu erfolgen haben. Er sieht dies aber sehr kritisch, weil diese Bestrebungen aus seiner Sicht der Individualität des Menschen, der Patienten, widersprechen. Er meint, dass gewisse Vorgaben und Standardisierungen für bestimmte Zwecke, zum Beispiel für ein wissenschaftliches Projekt, eventuell sinnvoll sind. Aber grundsätzlich ist er der Meinung, dass, sobald es um Menschen geht, deren Individualität im Vordergrund steht:

*„[...] unabhängig von der Osteopathie gibt's ja wirklich diese Bestrebungen von diesem Begriff „State of the Art“ also dass wenn jemand das und das hat, dann muss man auf jeden Fall das und jenes tun, dann muss man dieses Medikament dafür wählen und ich bin der Meinung, dass das der kompletten Medizin nicht immer gut tut. Es gibt sicher Möglichkeiten, [...] aber insgesamt glaube ich ist es nicht das Ziel, eines Systems alles vorzuschreiben. Vor allem wenn es um Menschen geht, weil wir sind so individuell, dass das nicht vorschreibbar ist. Ich kann EU Richtlinien machen für Gesetze und für Handel aber nicht für Menschen. Ist jetzt mei Meinung“ (IP04, S. 10, 30 – 37; S. 11, 1 – 4).*

IP04 betont weiters, dass jeder Mensch sich auf eine andere Art und Weise ausdrückt und deshalb die Herangehensweise individuell sein muss. Für den einen Patienten ist eventuell ein kranialer Zugang besser geeignet, für einen anderen wiederum eignet sich eine strukturelle Arbeitsweise besser.

Expertin IP10 bemerkt in diesem Zusammenhang, dass aus ihrer Sicht einheitliche Befunde dem Leitgedanken der Ganzheitlichkeit in der Osteopathie widersprechen:

*„Und I denk ma alles was man so versucht, zu vereinheitlichen und auf den Punkt zu bringen, I glaub, dass man die Wahrheit damit nie erfassen kann und I glaub, man möchte eigentlich die Wahrheit von der Situation erfassen, wenn man arbeitet. Und I glaub, es schränkt den Patienten ein und man nimmt ihm dann schon wieder so viel weg und die Ganzheitlichkeit geht verloren für mi mit diesen ganzen menschlichen gesetzlichen Vorgaben“ (IP10, S. 19, 19 – 25).*

Mit einheitlichen Befunden und Tests ist es aus ihrer Sicht nicht möglich, den Patienten mit all seinen Facetten zu erfassen.

### **6.12.2 Die eigene Individualität**

Ein weiterer Grund, warum alle Experten einen einheitlichen Befund kritisch betrachten und im Grunde ablehnen, ist die Befürchtung, dass solche Vorgaben die eigene Individualität einschränken.

Die eigene Individualität und persönliche Erfahrungen prägen und bestimmen die eigene Arbeitsweise, Vorlieben für bestimmte Techniken und Tests, Vorstellungen und Überzeugungen. Diese zeigen sich natürlich auch in der Art und Weise, wie ein Patient untersucht wird.

Die Experten befürchten, dass sie durch einheitliche Vorgaben in ihrer Individualität und in ihrer Freiheit, gemäß den persönlichen Vorlieben, Techniken, Tests und Methoden aus der großen Fülle an Möglichkeiten, die die Osteopathie zu bieten hat, auszuwählen, eingeschränkt werden könnten.

Experte IP04 weist darauf hin, dass er bis vor einiger Zeit der Ansicht war, dass eine solche Routineuntersuchung ganz bestimmte Tests und Untersuchungsschritte beinhalten muss. Er ist allerdings von dieser Ansicht durch die Erkenntnis abgekommen, dass es viele unterschiedliche und individuelle Wege gibt, einen Patienten zu untersuchen und die schlussendlich zum gleichen Ergebnis führen können:

*„Und ich hab einfach jetzt in letzter Zeit viele Osteopathinnen und Osteopathen beobachtet und bin drauf gekommen, dass jeder eine Art und Weise hat, hin zu greifen, hin zu gehen, zu fragen und so weiter und hab einfach bemerkt, dass sehr viele Wege auch zum gleichen Ziel führen können“ (IP04, S. 2, 8 – 12).*

In diesem Sinn sollte eine Routineuntersuchung eine individuelle Vorgehensweise sein, um die Individualität und die persönlichen Vorlieben der Osteopathen zu berücksichtigen. Sie muss auch individuell sein, um auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten eingehen und entsprechend angepasst werden zu können. In diesem Sinn ist IP04 der Meinung, dass eine Routineuntersuchung in der Osteopathie unter der Voraussetzung möglich ist, dass sie individuell ist:

*„Also ich glaub, dass es individuell möglich ist für jeden einzelnen. Ich glaube aber nicht, dass es möglich ist, eine Schablone für alle zu finden bei der Routineuntersuchung“ (IP04, S.3, 6 – 8).*

Experte IP02 äußert sich zu diesem Thema folgendermaßen:

*„Also für mich hat eine Routineuntersuchung [...] auch keinen Sinn, [...] die jeder machen muss. Ja, ich mein, das bezieht sich auf einige Punkte, die wirklich jeder machen muss eben aus rechtlichen Gründen. Da find ich´s sinnvoll. Aber alles andere hängt, glaub ich, ganz von deiner Herangehensweise als Osteopath ab. Du kannst nicht alles sofort abdecken. Du kannst einen Test für alle Systeme natürlich machen und das ist für mich auch Sinn dieser globalen Herangehensweise und dieser routinemäßigen Herangehensweise aber es gibt mehrere globale Tests und ich würd mir nicht gerne einen Test vorschreiben lassen, der mir nicht liegt wenn´s auch andere gibt, die genauso aussagekräftig oder zielführend sind“ (IP02, S. 14, 11 – 22).*

Seiner Ansicht nach sollte jeder die klinischen Sicherheitstests in gleicher Art und Weise machen. Aber er betont, dass die globalen Tests, die in einer Routineuntersuchung enthalten sind, entsprechend der eigenen Arbeitsweise ausgewählt werden sollten. Eine vorgegebene Routineuntersuchung hat daher für ihn keinen Sinn, da diese die eigenen Vorlieben und persönlichen Erfahrungen nicht berücksichtigt.

Experte IP03 lehnt eine Vorgabe von außen ebenso strikt ab:

*„[...] das soll jemandem angeboten werden als sehr ganzheitliche Untersuchungsmöglichkeit aber meiner Meinung nach, [...] darf keine Auflage oder Vorgabe einer osteopathischen Untersuchung sein, weil man dann die Individualität in der Osteopathie verlieren, die vielleicht Schwächen hat manchmal aber viel mehr Stärken als, wir würden alle zu Robotern werden, die alle das selbe machen. Ganz schlecht. Und ich glaube, es ist in der [...] Schule notwendig, den Studenten a Mal ein Werkzeug in die Hand zu geben mit dem sie a Mal so eine globale Untersuchung machen können aber das als Vorgabe zu machen, so muss das ausschauen von der WHO oder von irgendwelchen politischen Sachen wäre undenkbar für mich“ (IP03, S.17, 33 – 37; S. 18, 1 – 7).*



Er hält es durchaus für sinnvoll, eine einheitliche Untersuchungsmethode zum Beispiel für Studenten der Osteopathie als Hilfsmittel anzubieten. Aber eine strenge Vorgabe einer Institution, die für alle Osteopathen gültig ist, lehnt er kategorisch ab. Eine solche Vorgabe führt zu einem Verlust der Individualität und seiner persönlichen Freiheit.:

*„Damit verlieren wir Osteopathen unsere Individualität.“ (IP03, S. 18, 9) „Als Untersucher, als Person. Wir würden alle das selbe finden, wir würden alle nach den selben Schematas arbeiten, kein Freiraum mehr sein“ (IP03, S. 18, 11 – 13).*

Dazu passt auch folgende Stellungnahme. Er sieht seine eigene Freiheit, auch nicht wissenschaftlich fundierte Tests bei der Untersuchung zu verwenden, durch strikte Vorgaben bedroht:

*„[...] da geht's jetzt darum, dass das Tests sind, die auch andere verstehen. Die für mich sicher genug sind, weil valid und untersucht aber es gibt trotzdem auch Tests, wo es mir ziemlich wurscht ist, ob die valid sind sondern die mach ich und für mich haben sie eine Aussage. Und des ist eben das was ich gemeint hab mit diesem rigiden [...], das würd ich dann fordern, dass nur mehr valide Tests akzeptiert sind und des find I schad. Da geb ma ganz viele Möglichkeiten auf, weil valider Test heißt ja nur er ist 2009 untersucht. Das heißt ja net [...], dass ma mit [...] der Untersuchung, mit der Behandlung zum Ziel kommen ohne noch zu wissen, was da wirklich passiert. [...]. Das heißt valide Tests sind immer nur die, die untersucht sind jetzt schon. Das heißt es würde einem die Breite nehmen, wo wir wissen, dass sie funktioniert aber noch nicht untersucht sind. Die vielleicht nicht kommunizierbar sind aber dafür für uns schon wichtige Tests sein können“ (IP03, S. 21, 10 – 27).*

Er weist darauf hin, dass es im Sinne der wissenschaftlichen Forschung in der Osteopathie notwendig ist, Tests bei der Untersuchung zu verwenden, die den gängigen Qualitätskriterien entsprechen und die anerkannt und bekannt sind. Auf der anderen Seite gibt es eine Fülle an nicht wissenschaftlich untersuchten Tests, bei denen bekannt ist, dass sie nicht reliabel sind aber dennoch in der Osteopathie sinnvoll eingesetzt werden können. Eine rigide Vorgabe in Form eines einheitlichen Befundes bedeutet seiner Ansicht nach, dass nur noch anerkannte Tests verwendet werden dürfen. Dies wäre aus seiner Sicht bedauerlich, da die Osteopathie dadurch in ihrem vollen Spektrum eingeschränkt werden würde.

Experte IP04 sieht in einer standardisierten Untersuchungsroutine die Gefahr, dass diese dazu verleiten kann, bei der Untersuchung nicht

mehr mitzudenken, da eine Vorgabe von außen nicht der eigenen Arbeitsweise und den eigenen Schwerpunkten entspricht:

*„Also den Nachteil einer allgemein fixierten Routineuntersuchung sehe ich darin, dass man mit dem Denken a bissl aufhört, dass man ein bisschen vergisst, dass das was einem von außen vorgegeben wird nie so ganz das seinige sein kann und deswegen auch nie so ganz stimmig ist“ (IP04, S. 15, 13 – 17) (vgl. hierzu Kapitel 6.8).*

Auch Expertin IP07 sieht durch eine einheitliche standardisierte Untersuchung ihre Freiheit gefährdet. Sie betont, dass die Osteopathie ein sehr großes Gebiet umfasst und dass diese Freiheit, aus diesem großem Spektrum an Techniken und Behandlungsmöglichkeiten zu wählen, für sie die Osteopathie unter anderem so interessant macht. In weiterer Folge stellt sie fest, dass sie für ein wissenschaftliches Projekt kurzfristig, einen standardisierten Befund verwenden würde aber auf lange Sicht, sieht sie sich dadurch in ihrer Freiheit eingeschränkt.

Auch die Aussagen von Expertin IP08 verdeutlichen, dass jeder Osteopath eine unterschiedliche Arbeitsweise hat und deswegen auch unterschiedliche Mittel und Wege bei der Untersuchung bevorzugen wird, die relevanten Informationen und Testergebnisse über einen Patienten herauszufinden:

*„Ich glaube, es muss irgendetwas sein wo ich für mich das Bild des gesamten Körpers hab oder Information aus dem ganzen Körper hab. Ob das jetzt eine manuelle strukturelle Untersuchungstest ist, oder ein Listening is, [...] ist a persönliche Sache wo man die Information am besten kriegt. Ich kriegs sehr gut übers Listening, ich kriegs sehr gut über biodynamische Zugänge, das ist dann einfach ka Listening mehr, es is kraniale Techniken und ich kriegs sehr gut indem ich einfach induzier [...]“ (IP08, S. 4, 7 – 18).*

Sie bevorzugt in ihrer Arbeit und bei der Untersuchung einen kranialen und biodynamischen Zugang und Induktionstests. Diese Methoden und Tests sind für sie am aussagekräftigsten. Ein anderer Osteopath bevorzugt eventuell einen strukturellen Zugang. IP08 ist überzeugt, dass jeder seine persönlichen Schwerpunkte in der Osteopathie findet und dass jeder aufgrund der persönlichen und individuellen Arbeitsweise Tests und Untersuchungsergebnisse anders bewertet:

*„Und ich glaub, dass da jeder seinen eigenen Weg findet. Weil ich glaub, dass jeder die Information über einen anderen Zugang kriegt. Weil einfach jeder Informationen anders [...] bewertet“ (IP08, S. 4, 27 – 29).*

Eine Standardisierung und Vereinheitlichung ist auch für IP10 nicht vorstellbar. Nicht nur weil ihre eigene Individualität und die der Patienten darunter leiden würde sondern, sondern weil für sie Osteopathie mehr bedeutet als mit klinisch wissenschaftlichen Tests zu arbeiten. Das widerspricht grundsätzlich ihrer persönlichen Auffassung der Osteopathie:

*„Aber für mich ist es, das was man standardisieren kann, was man reduzieren kann auf eine Seite oder auf zwei Seiten, is für mich nie osteopathisch. Also I hab des jetzt eben gesehen, wo I mi durch die Donau Uni und durchs wissenschaftliche Arbeiten wieder a Mal drauf gschaut hab, diese standardisierten, anerkannten, weltweiten Tests, die's gibt, san für mi keine osteopathischen Tests, das ist einfach klinisches, wissenschaftliches verwendetes Werkzeug, ja. Oder übliches Werkzeug, das alle verwenden wie dieser Vorlauftest [...]. Es ist für mi ka osteopathische Standardisierung möglich, weil Osteopathie ist mehr“ (IP10, S. 19, 31 – 37; S. 20, 1 – 4).*

Einen weiteren interessanten Aspekt erwähnt wiederum IP04, warum er einer einheitlichen Routineuntersuchung sehr kritisch gegenüber steht:

*„Ich glaub, dass es wichtig ist, dass man jeden, der jetzt zum Beispiel Osteopathie macht so gut ausbildet, dass er [...] diese Schritte erkennt. Ich glaub, dass so Vorgaben, so „state of the arts“, nur dann notwendig sind, wenn die betreffenden Personen, die Therapeuten nicht ausreichend ausgebildet sind. Natürlich ist es für das System das sichere wenn ich jetzt jeden sag, OK, ihr braucht's net denken, ihr machts immer des. Ja, machts bei jedem den Blutdruck. Ja [...] dann wird weniger passieren oder, ja, aber es es geht irrsinnig viel Zeit drauf und es geht a bissl das individuelle Denken drauf. Das ist mir viel wichtiger, dass jeder sich überlegt, was wichtig ist und dieses, diese Kognition und das Expertenwissen hat, [...] auch die richtigen Schritte zu setzen“ (IP04, S. 10, 8 – 19).*

Er ist der Ansicht, dass vorgegebene Strukturen für eine Untersuchung nur notwendig sind, wenn der betreffende Osteopath nicht fundiert ausgebildet worden ist. Therapeuten mit ausreichender und fundierter Ausbildung sollten seiner Meinung nach in der Lage sein, individuell die richtigen Entscheidungen bei der Untersuchung, welcher Test oder welcher Schritt in dieser Situation notwendig ist, zu treffen. Er merkt an, dass strenge Vorgaben eventuell die sicherere Methode sind aber gleichzeitig auch viel wichtige Zeit verloren geht, da eine einheitliche Routineuntersuchung dazu verleitet, nicht mitzudenken und Vorgaben unreflektiert zu übernehmen. Dadurch werden auch viele Tests durchgeführt, die unnötig sind.

### 6.12.3 Einheitlichkeit für Wissenschaft und Qualitätssicherung?

Für einen besseren Überblick folgt zunächst eine Tabelle, die die einzelnen Kategorien und deren Häufigkeitsverteilung veranschaulicht:

Tabelle 17: Einheitliche Routineuntersuchung für wissenschaftliche Zwecke

Sinnvoll / Nicht sinnvoll	Häufigkeit (%)	Experten
Sinnvoll	6 (60%)	IP01, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08
Nicht sinnvoll	3 (30%)	IP02, IP03, IP10
Weiterentwicklung	1 (10%)	IP01
„Konsumentenschutz“	1 (10%)	IP08
Akzeptanz der Osteopathie (Öffentlichkeit)	3 (30%)	IP01, IP05, IP08
Akzeptanz bei anderen medizinischen Berufen (v.a. Ärzten)	2 (20%)	IP05, IP06
Osteopathische Tests sind nicht vergleichbar	1 (10%)	IP02
Osteopathische Tests können nicht verwendet werden	1 (10%)	IP03
Vereinheitlichung / Standardisierung nicht möglich	1 (10%)	IP10

Trotz aller Skepsis und Kritik an einer einheitlichen Routineuntersuchung, einem standardisierten Befund oder wie auch immer ein solcher bezeichnet wird, erwähnen die Experten aber durchaus auch Vorteile einer solchen Vorgabe beziehungsweise Bereiche, in denen es eventuell sinnvoll sein kann.

Für wissenschaftliche Fragestellungen und Projekte und für gewisse Aspekte der Qualitätskontrolle befinden vor allem die Experten IP01, IP04, IP05, IP06, IP07 und IP08 – wenn auch immer noch mit Vorsicht und Vorbehalt - eine einheitliche Untersuchungsmethode und die Verwendung von wissenschaftlich anerkannten Tests als sinnvoll.

Dazu äußert sich Expertin IP01 wie folgt:

*„[...] wenn das sozusagen einen wissenschaftlichen Hintergrund hat wo man sagt, da möchte man was erforschen, dann würd ich das machen einfach [...], dass man die Osteopathie weiter bringen kann in Österreich zum Beispiel“ (IP01, S. 18, 15 – 18).*

Für ein wissenschaftliches Projekt kann sie sich eine standardisierte Untersuchungsmethode vorstellen vor allem, wenn es für die Weiterentwicklung der Osteopathie förderlich sein könnte. Auch für Fragen der Qualitätskontrolle sieht sie eine Anwendungsmöglichkeit von standardisierten Vorgaben:

*„[...] also zu Qualitätssicherung [...] in der Hinsicht könnt ich mir vielleicht auch vorstellen, dass es noch sinnvoll ist, dass man sagt, [...] dass gewisse Dinge abgecheckt gehören, weil es sonst keine vollständige osteopathische Untersuchung ist aber das [...] hat mit dem Stand der Osteopathie zu tun also dass das [...] schon eine gewisse einheitliche Linie hat“ (IP01, S. 18, 28 – 37).*

Sie weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es für das Bild und die Anerkennung der Osteopathie ihrer Ansicht nach durchaus sinnvoll sein könnte, eine gewisse Form von Vereinheitlichung oder Vorgaben einzuführen, um eine Einheitlichkeit nach außen hin zu bewirken.

Eine Stellungnahme von Expertin IP08 geht in eine ähnliche Richtung:

*„[...] was für die Patienten einfach leichter wär, wenn´s so eine Routine gäbe, es wär die osteopathische Behandlung nicht eine, wo man das Gefühl hat, I geh zu fünf Osteopathen und I hab bei jedem eine andere Therapie genossen mit dem gleichen Problem. Also das wär etwas, wo I sag, wenn I zu einem Zahnarzt gehe, dann erwart I mir bestimmte Dinge als Patient. Und für mi wär das a bissl ein Ansatz in Richtung Konsumentenschutz oder Information fürn Konsumenten, weil der Konsument sieht die unterschiedlichsten Dinge und sagt, manchmal sagen´s [...], das hat die auch gemacht oder die hat das überhaupt nicht gemacht oder das war ganz anders oder keine Ahnung warum. Und das wär etwas was einfach die Osteopathie [...] in ihrer Gesellschaftspolitik oder in ihrer berufspolitischen Situation verändern oder anders präsentieren kann oder denen anderen medizinischen Fächern gegenüber präsentieren kann oder wo´s den anderen vielleicht leichter fällt, des anzunehmen“ (IP08, S. 23, 18 – 33).*

Sie ist der Ansicht, dass eine gewisse Einheitlichkeit der Arbeitsweise der Osteopathen für das Berufsbild und die Anerkennung und Akzeptanz der Osteopathie gegenüber den Patienten und anderen medizinischen Fachbereichen sinnvoll sein könnte. Sie geht davon aus, dass beispielsweise Patienten mit einer gewissen Erwartungshaltung zum Osteopathen kommen. Wenn nun aber Patienten von verschiedenen Osteopathen immer wieder unterschiedlich untersucht und behandelt werden, kann der Patient dies möglicherweise nicht nachvollziehen und verstehen. Das kann dem Berufsbild der Osteopathie beim Patienten und in der Öffentlichkeit schaden.

Auch die Expertinnen IP05 und IP06 sehen in diesem Zusammenhang eine berufspolitische Relevanz und sind der Meinung, dass eine systematische Untersuchung, die anerkannte Tests beinhaltet und die sich einer fundierten medizinischen Fachsprache bedient für die Anerkennung und Akzeptanz der Osteopathie sehr

wichtig ist. Es ist ihrer Meinung nach ein Beweis der Kompetenz und Professionalität der Osteopathen, sich solcher Tests zu bedienen und eine fundierte klinisch medizinische Fachsprache in der Kommunikation mit anderen medizinischen Fachbereichen, vor allem mit Ärzten, zu verwenden. Dazu folgende Aussage von IP05:

*„Grad das Können und Kennen der klinischen Tests, ja, schafft uns doch eine gewisse Seriosität wenn ma argumentieren einem Arzt gegenüber und sagt, Moment, die Reflexe sind abgeschwächt und sagst nicht, ich habe den Eindruck, dass in der Dura eine Spannung ist. Also das ist ein anderes Argument, denk ich ma, wenn du jemandem klar machen willst, dass es jetzt wirklich ernst ist, dass der gescheit untersucht gehört. Du rufst ihn an und sagst, die und die Tests sind auffällig, versteht ein andere Mediziner dich nur dann gut, wenn du diese ganzen Tests beherrscht und diese Sprache beherrscht, denk ich mal“ (IP05, S. 21, 12 – 21).*

Experte IP04 weist ebenfalls darauf hin, dass für Forschung und wissenschaftliche Fragestellungen in der Osteopathie eine Standardisierung günstig ist, bemerkt aber gleichzeitig, dass sich die Osteopathie nicht den Vorschriften und Regeln bedingungslos unterordnen sollte:

*„[...] für die Forschung, Wissenschaft wär natürlich ein [...] standardisiertes Vorgehen natürlich immer gut und besser aber das, ich glaub, dem sollt sich die Osteopathie jetzt nicht unterwerfen diesem Diktat. Ja, ich mein wenn ich dann natürlich klinische Tests mach oder eine Arbeit schreib über klinische Tests dann muss ich natürlich a standardisierte Untersuchung haben, das ist klar“ (IP04, S. 22, 2 – 7).*

Er ortet in diesem Zusammenhang einen Widerspruch. Er vertritt folgende Ansicht:

*„[...] dass es da schon einen Spannungsbogen gibt, nicht. Dass es auf der einen Seite eben dieses Sicherheitsdenken gibt von auch vielleicht von der WSO, von unserer Schule, die sagt, es wär ideal eine Vorgabe zu machen und wenn wir uns an diesen Vorgaben orientieren dann haben wir ein gewisses Qualitätskriterium und eine Qualitätssicherung, was durchaus stimmt. Aber dass das dann eigentlich doch oft zu einem Widerspruch werden kann zu dem was wir gelernt haben eben auch die Osteopathie“ (IP04, S. 24, 34 – 37; S. 25, 1 – 5).*

Auf der einen Seite gibt es natürlich seiner Meinung nach das Bestreben in der Osteopathie, zum Beispiel an der WSO, nach mehr Wissenschaftlichkeit und Qualitätssicherung. Aber auf der anderen Seite steht wiederum die Osteopathie mit einer Fülle an nicht wissenschaftlich fundierten Tests, dem Anspruch nach Ganzheitlichkeit und dem Wunsch der Osteopathen, die eigene Individualität zu bewahren, diesen Bestrebungen entgegen.

Der Experte IP02 kann sich auch für wissenschaftliche Zwecke eine einheitliche und standardisierte Routineuntersuchung nicht vorstellen. Er begründet dies vor allem mit der mangelhaften Vergleichbarkeit osteopathischer Tests. Tests wie z.B. ein Global Listening geben über den momentanen Zustand eines Patienten Auskunft. Das Ergebnis des Tests kann allerdings bereits einige Tage später völlig anders aussehen. Er befürwortet zwar grundsätzlich Maßnahmen für eine Qualitätssicherung in der Osteopathie kann sich aber nicht vorstellen, dass eine Routineuntersuchung dafür die geeignete Methode ist:

*„Ich mein, es gibt objektivierbare Maßstäbe natürlich, das ist klar. Die kann man objektivieren, die kann man wissenschaftlich, statistisch vergleichen erheben, das hat einen gewissen Sinn hier Qualitätssicherung zu betreiben und hier Aufzeichnungen zu machen aber von der Routineuntersuchung glaube ich nicht, dass da eine Qualitätssicherung abzuleiten ist“ (IP02, S. 19, 1 – 7).*

Experte IP03 ist sich bewusst, dass wissenschaftliches Arbeiten in der Osteopathie an Bedeutung gewinnt kann sich aber mit einer standardisierten Routineuntersuchung, auch wenn sie für ein wissenschaftliches Projekt verwendet wird, dennoch nicht anfreunden. Er befürchtet, dass die Freiheit, auch nicht wissenschaftlich erforschte osteopathische Tests, die aber für den Osteopathen dennoch eine Aussage haben können, zu verwenden, eingeschränkt wird (vgl. hierzu Kapitel 6.12.2).

Die Expertin IP10 lehnt grundsätzlich jede Form der Vereinheitlichung und Standardisierung in der Osteopathie ab, das dies aus ihrer Sicht in der Osteopathie nicht möglich ist (vgl. hierzu Kapitel 6.12.2).

Die Expertin IP09 hat in diesem Zusammenhang keine eindeutige Meinung.

#### **6.12.4 Routineuntersuchung in der Ausbildung**

Folgende Tabelle veranschaulicht zunächst die Aussagen der Experten und die Häufigkeitsanalyse zu dieser Fragestellung:

Tabelle 18: Einheitliche Routineuntersuchung in der Ausbildung an der WSO

Vorschlag für eine Routinuntersuchung in der Ausbildung ist	Kategorie	Häufigkeit (%)	Experten
sinnvoll	Sinnvoll	9 (90%)	IP01, IP02,

			IP03, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08, IP09
	Plan (Roter Faden)	1 (10%)	IP05
	In Ausbildung gefehlt	2 (20%)	IP05, IP08
	Erfahrung sammeln	3 (30%)	IP02, IP05, IP07
	Osteopathische Denkweise	1 (10%)	IP07
	Grundlegende diagnostische Fähigkeiten	2 (20%)	IP05, IP07
	„Ordentliches“ Untersuchen	1 (10%)	IP05
<b>Vorschlag für eine Routinuntersuchung in der Ausbildung ist nicht sinnvoll</b>	Medizinischer / therapeutischer Grundberuf	1 (10%)	IP10

Interessanterweise stellte sich im Zusammenhang mit der Fragestellung nach der Möglichkeit einer einheitlichen Untersuchungsroutine heraus, dass die Experten sich alle Experten bis auf die Expertin IP10 einig sind, dass es sinnvoll sein kann, einen Vorschlag für eine Routineuntersuchung in die Ausbildung an der WSO zu integrieren. Dazu äußert sich z.B. Experte IP03 folgendermaßen:

*„[...] ich glaube, es ist in der, in der Schule notwendig, den Studenten a Mal ein Werkzeug in die Hand zu geben mit dem sie a Mal so eine globale Untersuchung machen können [...]“ (IP03, S. 18, 2 – 5).*

Dieser muss aber individuell veränderbar und erweiterbar sein und soll den Studenten ausschließlich als Vorschlag und Lernhilfsmittel angeboten werden, mit dem sie Erfahrungen sammeln können.

Expertin IP05 begründet den Vorteil eines einheitlichen Schemas für eine Routineuntersuchung für die Ausbildung mit ihrer Erfahrung als Supervisorin:

*„Es wär [...] absolut hilfreich für die Studierenden, weil das ist das Hauptproblem, das ich bei den Supervisionen seh, [...] dass sie viel zu schnell ins Detail gehen und das ist so hilfreich, wenn man ein bissl einen Plan im Schädel hat, man kann den roten Faden nicht so leicht verlieren“ (IP05, S. 19, 21 – 25).*

Ihr ist bei Supervisionen aufgefallen, dass Studenten es verabsäumen, sich zunächst ein globales Bild der Patienten zu machen und sich viel zu schnell in den Details verlieren und dadurch keine logischen Schlussfolgerungen in der Untersuchung ziehen. Sie begnügen sich im Gegenteil damit, lediglich symptomorientiert jede



auffällige Körperregion zu behandeln und neigen dazu, auf den wichtigen Aspekt des Nachtestens völlig zu vergessen. Die Untersuchung und Behandlung ist daher nicht nachvollziehbar und der tatsächliche Behandlungserfolg kann nicht überprüft werden:

*„[...] ich seh´s bei den Supervisionen oft, dass jemand der noch nicht viel Übung hat, den Fehler macht, ein bissl zu untersuchen, was zu finden, sich drauf zu stürzen, zu behandeln, weiter zu untersuchen, dort wieder behandeln, ja, und [...] das ist unlogisch für mich, weil dann macht er durch die Behandlung, wenn er das Becken korrigiert hat schon und dann untersucht er erst die Wirbelsäule dann hat er ja ganz andere Befunde schon, ja. Also [...] du hast dann ein paar Sachen, die auffällig waren, die habe die roten Ringerl kriegt, die kannst du nachher noch einmal testen und dann weißt du, ob du was bewirkt hast mit dem was du getan hast ansonsten tust du dich ständig von einer Läsion zur nächsten hanteln und weißt aber am Schluss nicht, was du bewirkt hast, weil du ja nicht einmal die Tests gemacht hast mit denen du nachher feststellen könntest, da ist was besser außer dass du sagst, es geht jetzt ein bisschen besser, ja“ (IP05, S. 7, 11 – 25).*

Ein Leitfaden für die Untersuchung kann die Studenten aus ihrer Sicht dabei unterstützen, eine logische und nachvollziehbare Untersuchungsmethode zu entwickeln.

Expertin IP05 merkt zusätzlich an, dass sie während ihrer Ausbildung einen solchen Leitfaden vermisst hat. Deswegen hat sie damals in Zusammenarbeit mit Kollegen und erfahrenen Osteopathen einen Leitfaden für eine Routineuntersuchung erarbeitet:

*„Es ist total hilfreich, also ich hab mir das gewünscht und wir haben uns das selbst organisiert und haben erfahrene Leute gefragt, wie sie´s machen und haben halt dann kopiert und unsere Sachen dann dazu gegeben. Aber ich hätt mir das gewünscht in der Ausbildung, dass es so was gibt, ich weiß, ich glaub, es gibt´s nach wie vor genau so was nicht“ (IP05, S. 19, 25 – 30).*

Auch IP08 betont, dass ihr ein Leitfaden in der Ausbildung sehr geholfen hätte. Aber es ist notwendig, diesen sehr gründlich auszuarbeiten, damit er auch sinnvoll ist:

*„[...] mir hätt in der Ausbildung so etwas sehr gut getan, ich glaub aber auch, dass ma sich das sehr genau überlegen sollte, wie das ausschaut“ (IP08, S. 24, 17 – 19).*

Experte IP02 begründet seine Ansicht scheinbar ebenso mit persönlichen Erfahrungen aus seiner Ausbildungszeit:

*„[...] für die Ausbildung find ich´s sinnvoller, weil ma teilweise ohnehin vor so viele Fragen gestellt ist und schon nicht mehr weiß, jeder redet vom roten Faden, wo soll ich den finden. Oder, jetzt haben wir die ganze Zeit strukturell gemacht und und irgendwer hat uns ein Global Listening gezeigt aber was sollen wir damit überhaupt tun aber wozu wie und was. Also dass man das*

*vereinheitlicht und a Mal an den Beginn der Ausstellung sozusagen, Ausbildung stellt würd ich sinnvoll finden“ (IP02, S. 19, 21 – 27).*

Er ist der Ansicht, dass es sinnvoll wäre, den Studenten bereits zu Beginn der Ausbildung einen Leitfaden für eine Routineuntersuchung anzubieten. Gerade zu Beginn der Ausbildung ist es sehr schwierig für Studenten, bei der Untersuchung strukturiert und systematisch vorzugehen und die im Unterricht gelernten Tests zu verstehen, da die entsprechende Erfahrung im Umgang damit fehlt.

Ein Vorschlag für eine Routineuntersuchung kann den Studenten dabei helfen, wichtige Erfahrungen mit einer gewissen Grundstruktur für eine Untersuchung und mit den osteopathischen und klinischen Tests zu sammeln.

Der Expertin IP07 ist bei Supervisionen aufgefallen, dass bei Studenten die osteopathische Denkweise noch nicht ausreichend entwickelt ist:

*„[...] da sehe ich das immer wieder, weil da einfach noch nicht dieser, dieser osteopathische Gedankengang voll entwickelt ist, ja. Und diese [...] Routine in der Untersuchung hilft einfach, einen osteopathischen Zugang zu verbessern und zu finden. Aus der Erfahrung heraus, ja, wenn ich das tausende Male mach, werde ich beim tausendundeinten Mal das einfach auch schon besser erkennen und spüren und kann's besser eingrenzen und lokalisieren und dementsprechend auch besser erklären und behandeln [...]“ (IP07, S. 2, 32 – 37; S. 3, 1 – 2).*

Sie geht davon aus, dass eine in die Ausbildung integrierte Routineuntersuchung ein Werkzeug für die Studenten sein kann, um Erfahrungen zu sammeln. Diese Erfahrung hilft ihnen dabei, die Wahrnehmungsfähigkeit zu verbessern, Tests besser und deutlicher zu interpretieren und letztlich dadurch effizienter zu behandeln und Schluss zu folgern.

Auch für IP05 liegt auf der Hand, dass regelmäßiges Untersuchen mit einer systematischen Routineuntersuchung dabei hilft, Erfahrungen mit der Struktur und den Tests zu sammeln. Dadurch entwickelt sich, wie sie es nennt, ein Referenzsystem für diese Tests, das den Studenten dabei hilft, diese besser einzuordnen und zu interpretieren und daraus ein Ergebnis abzuleiten:

*„[...] ein Leitfaden an dem man sich anhalten kann als Möglichkeit und den man auf jeden Fall mal probieren sollte eine zeitlang, damit man ein Referenzsystem in Bezug auf Befunde kriegt. Weißt, wenn du nie, wenn du nie [...] die Atmung*

*testest, dann hast du auch kein Referenzsystem und kannst draus nichts schließen, ja. So mein ich, dass du das einfach oft machst, damit du merkst, ah da ist wirklich ein Unterschied, die mit dem Magen, die machen alle so und die mit den Nieren, die machen alle so, ja, die atmen alle anders“ (IP05, S. 20, 14 – 22).*

Expertin IP07 empfiehlt grundsätzlich Studenten, sich eine Routineuntersuchung zurechtzulegen. Das Üben und Arbeiten mit einer Untersuchungsroutine ermöglicht es den Studenten, zunächst grundlegende diagnostische Fähigkeiten zu entwickeln. Durch weitere Erfahrungen kann sich jeder Student und Osteopath weiter entwickeln aber dieses Basiswissen und diese grundlegende Fertigkeiten und Erfahrungen müssen zunächst erworben werden. Später, mit ausreichender Berufserfahrung, steht es einem jeden offen, andere Untersuchungsmethoden zu wählen:

*„Empfehle ich so eine [...] Struktur auf alle Fälle und dann kann man sie bei Bedarf verlassen. Aber nur dann, weil es hat sich gezeigt, dass die Dinge, die sich dann sozusagen höher entwickeln können oder es können sich nur höhere Fähigkeiten oder Fertigkeiten entwickeln wenn es eine Basis ist und es ist in der menschlichen Entwicklung so, es ist in der Natur so, [...] überall ist das so. Du kannst nur gewisse Fertigkeiten zum Lesen oder Schreiben erwerben, wenn du als Kind genug gespielt, gegatscht oder sonst irgendwas hast, ja. Das sind die Vorübungen und so ist eine osteopathische Grundroutine oder eine, ja so eine osteopathische Routineuntersuchung. So seh ich die, ja. Und dann kann man sie verlassen irgendwann einmal vielleicht“ (IP07, S. 19, 7 – 17).*

In diesem Sinn ist sie ebenfalls der Ansicht, dass ein Vorschlag für eine Routineuntersuchung für Ausbildungszwecke sinnvoll ist.

Diese Aussage wird von IP05 bestätigt:

*„[...] ich find´s anmaßend als Student zu behaupten, man spürt von der Weitrn was los ist. Also ich find schon, dass man als Student und in den ersten Berufsjahre ordentlich untersuchen lernen muss, dass man es auch auf jeden Fall kann“ (IP05, S. 18, 21 – 24).*

Auch sie ist der Ansicht, dass es Studenten aber auch Berufsanfänger zunächst ausreichende Fähigkeiten in der Untersuchung und Diagnosestellung erlernen muss bevor sie sich mit eventuell weniger fundierten Untersuchungsmethoden befassen.

Wie bereits in der Einleitung zu diesem Kapitel erwähnt, soll den Studenten ein solcher Leitfaden als Vorschlag und Möglichkeit angeboten werden. Dieser muss individuell und veränderbar sein, damit die Studenten ihre eigene Arbeitsweise und Vorlieben einbringen

können. Es soll auf keinen Fall verpflichtend sein, so zu untersuchen und es soll auch nicht überprüft beziehungsweise geprüft werden.

Dazu passt folgende Aussage des Experten IP03:

*„Aber ich würd ihnen das als Möglichkeit oder als Werkzeug mitgeben aber nicht als Dogma oder als Pflichtübung. Also ich würd das zum Beispiel falsch finden, dass man [...] die Untersuchungsroutine prüft. Wenn ma der über andere Tests zum selben Ergebnis kommt, muss ich ihm das lassen aber es wär eine Möglichkeit, ihnen eine ganzheitliche Untersuchung a Mal beizubringen [...]“ (IP03, S. 18, 24 – 30).*

Ähnlich argumentiert Expertin IP05. Auch sie sieht einen Vorschlag für eine Routineuntersuchung als ein Lernhilfsmittel für Studenten mit dem sie zunächst Erfahrungen sammeln können bis sie ihre eigene Methodik entwickelt haben. Es steht ihrer Meinung nach dem jeweiligen Studenten offen, wie genau er sich an einem solchen Vorschlag orientiert:

*„Ich würd’s mehr als Empfehlung sehen und als grobe Orientierung und nicht wenn einer zehn Zentimeter davon abweicht, dass es deswegen Pfui ist, ja. Also ich find, man sollt’s als Möglichkeit anbieten und man sollte mit dem Werkzeug üben als Studierende, dass man’s a Mal macht a zeitlang es kommt sowieso innerhalb von, wennst a Mal hundert untersucht hast, eh ein eigenes Schema raus [...]“ (IP05, S. 20, 3 – 8).*

Wie könnte nun so eine Routineuntersuchung für Ausbildungszwecke aussehen.

Die Expertin IP05 macht den Vorschlag, eine Arbeitsgruppe aus fünf bis sechs Supervisoren zu bilden, die einen Vorschlag ausarbeiten soll.

Experte IP04 meint, dass ein großes Wissen und Erfahrung notwendig ist, um eine individuelle Untersuchungsroutine zu erarbeiten. Deshalb meint er mit Vorbehalt, dass es sinnvoll sein kann, Studenten und auch unerfahrenen Osteopathen, die eben noch nicht über dieses Wissen und die Erfahrung verfügen, einen von Experten ausgearbeiteten Leitfaden als Möglichkeit zu präsentieren mit dem sie arbeiten können oder nicht:

*„[...] um eine Routineuntersuchung individuell zu gestalten, muss ich a Mal sehr viel Ahnung von der Osteopathie haben und da wär mein Eingeständnis, dass man sagt, vielleicht sollte oder muss man ab und zu Schülern der Osteopathie oder kurzfristige Absolventen der Osteopathie vielleicht schon eine gewisse Routine vorgeben können. Also das kann ein Anhaltspunkt sein aber ich hab überhaupt nix dagegen, wenn ein Osteopath diese Anhaltspunkte verliert oder vergisst und neue hat“ (IP04, S. 2, 14 – 21).*

Auch IP02 befürchtet, dass unerfahrene Studenten bei einer selbst entworfenen Routineuntersuchung wichtige Elemente und Aspekte vergessen könnten, weil ihnen das entsprechende Wissen fehlt. Deshalb ist eine Vorgabe, die von erfahrenen Osteopathen entwickelt worden ist, in Form eines Leitfadens aus seiner Sicht sinnvoll unter der Prämisse, dass es den Studenten als Vorschlag präsentiert wird:

*„Die einzige Gefahr wäre wenn jemanden unerfahren sozusagen, sich [...] die Routinebehandlung selbst zusammen stellt, dass er dann ganz auf's Nervensystem vergisst oder ganz auf's viszerale System vergisst und keinen viszeralen Test einbaut, nicht! Das ist, [...] die Gefahr wenn man so will, wenn sich jeder individuell, jeder Osteopath seine Routinebehandlung aufbaut und nicht eine fix vorgegebene präsentiert wird“ (IP02, S. 15, 17 – 23).*

In diesem Kapitel wurde bisher dargestellt, dass die Mehrheit der Experten einen Vorschlag für eine Routineuntersuchung in der Ausbildung an der WSO für als sinnvoll erachten.

Im Gegensatz zu der Ansicht ihrer Kolleginnen und Kollegen ist lediglich die Expertin IP10 in dieser Hinsicht anderer Meinung:

*„[...] würd I net empfehlen, wenn ich ehrlich bin, weil I denk ma als Student soll man sich selber überlegen, was man verwenden will. Weil I denk ma jeder kommt ja erstens schon a Mal aus einem [...] Grundberuf heraus, die ja aus einer klinischen Grundlagenausbildung heraus entstanden ist, ist schon klinisch gebildet. Die haben schon mit kranken Menschen gearbeitet und so lang des in Österreich bei uns so ist, dass Leute aus einem medizinischen Grundberuf kommen und Erfahrungen mitbringen, find ich sind diese Leute schon durchaus fähig, sich selber zu überlegen, was sie anwenden möchten. Weil I denk ma das ist wieder ein Prozess der Auseinandersetzung, des Denkens und der ist find I a notwendig, um mit einem Patienten auch seriös arbeiten zu können. Dass das jeder mal für sich selbst abgeklärt hat oder diskutiert hat mit Kollegen und schon mit arbeitenden Osteopathen. Es ist ein Prozess des Reifens und des Lernens, dass man sich mit der Thematik auseinander setzt“ (IP10, S. 20, 12 – 26).*

Expertin IP10 vertritt die Ansicht, dass aufgrund der Zugangsregelung für die Osteopathieausbildung, die Studenten aus einem medizinischen Grundberuf kommen und daher über ein klinisches Grundwissen verfügen und bereits Erfahrungen im Umgang mit Patienten haben. Sie sollten daher in der Lage sein, zu entscheiden, welche Untersuchungsschritte und Behandlungstechniken sie wählen und bevorzugen. Sie glaubt auch, dass die Auseinandersetzung mit verschiedenen Möglichkeiten, einen Patienten zu untersuchen und zu behandeln, für die Entwicklung und das Lernen des Studenten wichtig

ist, um letztlich den Patienten eine seriöse Behandlung anbieten zu können. Aus diesen Gründen empfiehlt sie im Gegensatz zu ihren Kollegen keinen Leitfaden für eine Routineuntersuchung im Rahmen der Ausbildung an der WSO.

### 6.12.5 Kommunikation und Zusammenarbeit mit Kollegen

Diese Tabelle veranschaulicht zunächst die Argumente der Experten zu dieser Fragestellung.

Tabelle 19: Einheitliche Routineuntersuchung für die Kommunikation mit Kollegen

	Kategorie	Häufigkeit (%)	Experten
<b>Einheitliche Routineuntersuchung für Kommunikation mit Kollegen ist sinnvoll (z.B. Übergabe von Patienten)</b>	Zeit sparen	1 (10%)	IP08
<b>Einheitliche Routineuntersuchung für Kommunikation mit Kollegen ist nicht sinnvoll (z.B. Übergabe von Patienten)</b>	Tests nicht vergleichbar	2 (20%)	IP02, IP04

Die Expertin IP08 erwähnt im Zusammenhang mit dieser Thematik einen weiteren Aspekt:

*„Die Routineuntersuchung macht einen Wechsel des Patienten zum Therapeuten leichter. Und wenn man im Team arbeitet, dann ist eine bestimmte Routine, wissen wie der andere arbeitet, einfach wesentlich, weil ich dann viel erspare. Also in dem Moment, wo ich switch und sag, ich mach [...] es denen, einem Team, anschaulicher, ist eine Routine gut. Wenn ich mit Ärzten zusammenarbeite oder in irgendeiner Art und Weise mit anderen Medizinischen kommunizieren möchte [...], sind Routineuntersuchungen etwas was für andere überschaubar ist. Also das ist einfach eine Nachvollziehbarkeit von dem was ich tu“ (IP08, S. 21, 24 – 34).*

Sie ist der Meinung, dass ein einheitliches Befundsystem bei der Übergabe von Patienten sinnvoll sein kann. Wechselt beispielsweise ein Patient innerhalb eines Teams ist es nicht mehr notwendig, alle Untersuchungsschritte und Tests durchzuführen wodurch sich der Therapeut Zeit erspart. Eine Routineuntersuchung ist aus ihrer Sicht überschaubar und nachvollziehbar. Diese Tatsache kann in der Zusammenarbeit und in der Kommunikation mit Kollegen und anderen medizinischen Fachbereichen von Vorteil sein.

Die Meinung von IP08 ist allerdings nicht unumstritten.

Experte IP04 sieht zwar auch den Vorteil, dass bei einer Übergabe eines Patienten ein einheitlicher Befund Zeit sparen kann. Letztlich ist es aber seiner Meinung nach sinnvoll, den Patienten selbst nochmals zu untersuchen, da die Interpretation von Tests von der eigenen Arbeitsweise und den eigenen Wahrnehmung beeinflusst wird und daher nicht miteinander vergleichbar sind:

*„[...] das würde einiges erleichtern wenn ma eine Routineuntersuchung hätten und das wär so abgehakt, das habe ich schon angeschaut, das brauchst du nicht mehr. Ich bin aber der Meinung, dass jeder der therapiert auch diagnostizieren muss. Dass, [...] wenn mir einer sagt, na ja ich hab das Gefühl das Gelenk ist endgradig eingeschränkt dann muss er das selber noch mal durchchecken und anschauen“ (IP04, S. 23, 10 – 16).*

Experte IP02 zweifelt ebenfalls sehr an der Vergleichbarkeit von Tests und Befunden von verschiedenen Osteopathen. Vor allem osteopathische Tests, wie z.B. ein General Listening, sind seiner Meinung nach Momentaufnahmen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung relevant sein können. Aber das Ergebnis kann zwei Tage später bereits völlig anders ausfallen, da es im Körper des Patienten ständig zu Veränderungen kommt. Aus diesem Grund ist ein einheitlicher Befund für IP02 bei der Übergabe von Patienten nicht sinnvoll. Er persönlich untersucht den Patienten trotzdem nochmals vollständig:

*„Ich sehe das mit sehr großem Fragezeichen, weil selbst wenn jemand von einem Kollegen kommt mach ich mir mein eigenes Bild [...] wenn ich die drei Minuten habe dann mach ich die selber, selbst wenn es die gleichen Untersuchungen wären. Also hilft mir das jetzt eigentlich nicht, wenn du jetzt von einem Kollegen kommst und dort vor drei Wochen warst und mir sogar mitbringst den Befund mit den Routineuntersuchungen, ändert das nichts an meiner neuerlichen Routineuntersuchung und ändert nichts an meiner Anamnese und ändert nichts an meiner Behandlung“ (IP02, S. 18, 18 – 26).*

### **6.12.6 Zusammenfassung**

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass alle befragten Experten ausnahmslos eine standardisierte und einheitliche Routineuntersuchung ablehnen und sehr kritisch sehen.

Standardisierte Vorgabe sind für sie mit dem Anspruch, im Sinne der Ganzheitlichkeit in der Osteopathie, die Individualität, die Einzigartigkeit und die individuellen Bedürfnisse der Patienten bei der Untersuchung zu berücksichtigen, nicht vereinbar.

Weiters sehen die Experten durch standardisierte Strukturen für eine Untersuchung ihre Möglichkeit, sich bei der Untersuchung auch von der eigenen Persönlichkeit und der eigenen Individualität leiten zu lassen, gefährdet. Sie haben die Befürchtung, dass ihre Freiheit, sich bei der Untersuchung nach der eigenen Arbeitsweise, den persönlichen Erfahrungen und Vorlieben zu richten, durch ebensolche Vorgaben eingeschränkt wird.

Experte IP02 betont, dass nur die klinischen Sicherheitstests einheitlich ausgeführt werden sollten. Eine einheitliche Untersuchungsroutine, die alle anwenden müssen, lehnt er eben aus genannten Gründen ab.

Experte IP03 deutet an, dass eine Vorgabe lediglich für Studenten als Lernhilfe sinnvoll sein kann, eine allgemeingültige lehnt er, wie alle anderen Experten, ausdrücklich ab. Er äußert auch die Befürchtung, dass durch standardisierte Vorgaben, die Osteopathie in ihrem vollen Spektrum eingeschränkt wird.

Experte IP04 sieht in einer standardisierten Routine unter anderem auch die Gefahr, dass sie dazu verleiten kann, bei der Untersuchung nicht mehr mitzudenken. Er ist auch der Ansicht, dass solche Vorgaben eigentlich nur für Therapeuten notwendig sind, die nicht ausreichend ausgebildet sind.

Für die Expertin IP10 geht die Osteopathie über ein wissenschaftlich, klinisch orientiertes Testen und Untersuchen hinaus. Deshalb meint sie, dass die Osteopathie beziehungsweise osteopathische Methoden durch eine Standardisierung nicht erfassbar sind.

Nichtsdestotrotz sehen die Experten IP01, IP04, IP05, IP06, IP07 und IP08, wenn auch immer noch mit Skepsis und Vorbehalt, eine Standardisierung für wissenschaftliche Zwecke und für die Qualitätssicherung in der Osteopathie als sinnvoll an.

Für die Expertin IP01 ist es vorstellbar, im Rahmen eines Projektes, standardisierte Untersuchungsabläufe zu verwenden, wenn dadurch die Osteopathie in Österreich in ihrer Entwicklung und Akzeptanz gefördert wird.



Die Expertin IP08 weist darauf hin, dass einheitliche Untersuchungsprotokolle für Patienten und Mitglieder anderer medizinischer Berufe besser nachvollziehbar sind und somit für die Anerkennung der Osteopathie wichtig sein können.

Auch die Expertinnen IP05 und IP06 sehen in der Verwendung von fundierten und anerkannten klinischen Tests und einer klinisch orientierten Fachsprache eine mögliche berufspolitische Relevanz und Möglichkeit, der Osteopathie zu mehr Anerkennung bei anderen medizinischen Berufen (v.a. Ärzten) zu verhelfen.

Der Experte IP04 kann einerseits Bestrebungen nach mehr Wissenschaftlichkeit in der Osteopathie, zum Beispiel zum Zweck der Qualitätssicherung, nachvollziehen. Er betont allerdings gleichzeitig, dass er es für wichtig hält, dass die Osteopathie sich nicht bedingungslos dem Diktat und den Regeln der Wissenschaft unterwirft.

Die Experten IP02, IP03 und IP10 bezweifeln die Sinnhaftigkeit einer einheitlichen und standardisierten Routineuntersuchung auch für diese Zwecke. Für IP02 sind vor allem osteopathische Tests nicht vergleichbar und deshalb kann aus einer Routineuntersuchung keine Einheitlichkeit abgeleitet werden. Experte IP03 hat die Befürchtung, dass in einer einheitlichen Untersuchungsprotokolle nur Tests angewendet werden dürfen, die reliabel und reproduzierbar sind. Nicht reliable, osteopathische Tests, die aber dennoch für ihn bei der Untersuchung wichtig und aussagekräftig sind, können nicht verwendet werden.

Für die Expertin IP10 ist jeder Versuch einer Vereinheitlichung und Standardisierung mit ihrer Auffassung von Osteopathie nicht vereinbar.

Mit Ausnahme von Expertin IP10 halten die befragten Experten einen Vorschlag für eine Untersuchungsprotokolle für Studenten in der Ausbildung an der WSO für sinnvoll.

Ein solcher Vorschlag kann aus Sicht der Experten für Studenten ein Werkzeug sein, mit dem sie Erfahrungen sammeln, wichtige diagnostische Grundfertigkeiten und eine gewisse Routine entwickeln können. Es soll aber ausdrücklich den Studenten als Hilfsmittel empfohlen und angeboten werden.

Die Expertinnen IP05 und IP08 merken an, dass ihnen ein solcher Vorschlag in der Ausbildung eine große Hilfe gewesen wäre und sie deshalb gemeinsam mit Kollegen eine systematische Routineuntersuchung erarbeitet haben.

Die Experten IP02 und IP04 sind der Ansicht, dass ein solcher Leitfaden von erfahrenen Osteopathen erarbeitet werden sollte, damit dieser auch vollständig ist. Die Expertin IP05 hält eine Arbeitsgruppe bestehend aus Supervisoren für ein solches Unterfangen am besten geeignet.

Lediglich die Expertin IP10 hält eine Vorgabe für die Ausbildung nicht für notwendig. Sie ist der Ansicht, dass die Studenten mit einem medizinischen Grundberuf bereits über klinische Erfahrung verfügen und hält die persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema systematische Routine für die Entwicklung der Studenten für sehr wichtig.

Die Expertin IP08 meint zusätzlich, dass einheitliche Untersuchungsabläufe für die Übergabe von Patienten an Kollegen hilfreich sein können, da sich der Kollege Untersuchungsschritte und damit Zeit ersparen kann.

Die Experten IP02 und IP04 teilen diese Meinung nicht, da aus ihrer Sicht, jeder Osteopath Tests anders interpretiert und diese daher nicht miteinander vergleichbar sind.

Abschließend wird auf die Frage eingegangen, wie Patienten auf eine systematische Untersuchungsroutine reagieren.

### **6.13 WIE REAGIERT DER PATIENT AUF EINE ROUTINEUNTERSUCHUNG?**

Es wurde in dieser Arbeit bereits darauf hingewiesen, dass es den Experten wichtig ist, dass die Untersuchung und die Behandlung für die Patienten nachvollziehbar und verständlich sein muss (vgl. hierzu Kapitel 6.7).

Die Frage, wie Patienten aus der Erfahrung der Experten auf eine systematische Vorgehensweise beziehungsweise Routineuntersuchung

reagieren, kann von den meisten Experten nicht eindeutig beantwortet werden. Die Reaktionen der Patienten sind ihrer Meinung nach zu individuell und von der jeweiligen Situation abhängig.

Die Expertin IP05 hat allerdings die Erfahrung gemacht, dass die Patienten sich durch ihre umfassende und systematische Untersuchungsroutine ernst genommen fühlen:

*„[...] viele sagen, das ist das erste Mal, dass mich jemand überhaupt untersucht, ja, das sagen die meisten und die waren schon bei vielen Leuten. Also ich habe den Eindruck, dass die meisten sich dadurch sehr ernst genommen und sehr genau untersucht fühlen. Weil beim Gespräch sind die meisten noch genau aber dann reißt's ab und dann passiert irgendwas wo die Patienten dann oft auch nicht wissen, warum. Und bei mir hab ich das noch nie als Rückmeldung gehört, dass jemand nicht weiß, warum ich jetzt was mach. Also ich hab den Eindruck, dass die Patienten es schätzen, mal ordentlich angegriffen, ordentlich untersucht worden zu sein“ (IP05, S. 22, 1 – 10).*

Sie hat außerdem den Eindruck, dass durch eine systematische Vorgehensweise die Untersuchung und Behandlung für die Patienten nachvollziehbar und verständlich wird.

Die Expertin IP06 bestätigt diese Aussage und hat sehr ähnliche Erfahrungen gemacht.

Nach der Präsentation der Ergebnisse der Experteninterviews folgt im nächsten Abschnitt eine Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.

## **7 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION**

In der hier vorliegenden Arbeit wurde der Frage nachgegangen, wie eine Routineuntersuchung in der Osteopathie aufgebaut ist. Ausgangspunkt sind die Annahmen (Arbeitshypothesen), dass österreichische osteopathische Experten eine Routineuntersuchung anwenden und dass diese für sie von Bedeutung ist (vgl. hierzu Kapitel 1.2).

Das Ziel der Arbeit ist es, einen Vorschlag für eine Routineuntersuchung zu erstellen (vgl. hierzu Kapitel 1.3).

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Forschungsdesign mit Experteninterviews gewählt.

### **7.1 ALLGEMEINE ANMERKUNGEN UND GRENZEN DER ERGEBNISSE DIESER ARBEIT**

Die Methodologie dieser Arbeit wurde eingehend beschrieben (vgl. hierzu Kapitel 5). Es wurde dargestellt, dass qualitative Forschung versucht, das Denken und Handeln von Menschen im Bezug auf komplexe alltagsbezogene Themen mit geeigneten wissenschaftlichen Methoden zu erforschen und daraus Erkenntnisse für die Praxis zu ziehen (Flick, 2007; Seel, 2004).

Die Ergebnisse dieser Arbeit müssen unter folgenden Gesichtspunkten bzw. unter Berücksichtigung der Grenzen der vorliegenden Forschungsarbeit betrachtet werden:

Grundsätzlich ist zu betonen, dass auf einer Basis von zehn Experteninterviews mit einer Stichprobengröße von  $n = 10$  keine Verallgemeinerungen der Ergebnisse erfolgen kann und somit keine Schlussfolgerungen für eine größere Gruppe von Osteopathen möglich sind. Die Ergebnisse der Experteninterviews können nur auf der Basis dieser kleinen Stichprobe analysiert, veranschaulicht und diskutiert werden und sind daher als subjektive, aber dennoch aufschlussreiche Sichtweisen einer kleinen Gruppe von Osteopathen zum Thema Routineuntersuchung zu sehen und dementsprechend zu bewerten.

Zur Auswahl der Experten ist anzumerken, dass osteopathische Supervisoren aus Wien und Niederösterreich in die Stichprobe einbezogen wurden (vgl. hierzu Kapitel 5.2). Diese räumlich geographische Einschränkung erschien zu Beginn dieser Arbeit aus zeitlichen und organisatorischen Gründen sinnvoll und notwendig. Rückblickend könnte das Zufallsprinzip bei der Auswahl von Interviewpartner ohne die räumliche Einschränkung noch besser berücksichtigt werden. Telefonische Interviews oder Interviews via Internetmedien wie zum Beispiel Skype mit entsprechender technischer Aufzeichnungsmöglichkeit können eingesetzt werden, um auch Experten aus weiter entfernten Bundesländern in die Auswahl einzuschließen.

Es wurde auch erwähnt, dass eine eindeutige Zuordnung einzelner Aussagen der Experten beziehungsweise Kategorien im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nicht immer einfach war ohne diese aus dem Zusammenhang und Kontext der Interviews zu reißen. Einige Aussagen der Experten konnten auch mehreren Kategorien zugeordnet werden (vgl. hierzu Kapitel 6).

Im Rahmen der Transkription der Experteninterviews wurde an manchen Stellen deutlich, dass es vereinzelt notwendig gewesen wäre, nochmals im Detail nachzufragen und die Experten zu bitten, ihre Aussage noch genauer zu definieren. In diesem Sinn wäre es sicherlich interessant gewesen, die Experten nochmals zu kontaktieren und die unklaren Aussagen nochmals zu besprechen und zu verifizieren. Dieses Vorhaben war allerdings im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht umsetzbar.

Es wurde darauf hingewiesen, dass die Auswahl der Literatur, die sich mit osteopathischen Routineuntersuchungen befasst, mit der Motivation durchgeführt wurde, Beispiele für systematische Routineuntersuchungen und Vorgehensweisen bei der Untersuchung zu finden (vgl. hierzu Kapitel 4). Die Angaben in der Literatur sind daher als subjektive Sichtweisen der Autoren zu sehen und lassen ebenso keine Verallgemeinerung der Ergebnisse zu.

Im Rahmen der Interviews stellte sich heraus, dass Expertin IP01 sich in ihrer Arbeit, ihren eigenen Angaben zu folge, bei einem Großteil ihrer Patienten nach dem Faszienmodell nach Tybaldos richtet (vgl. hierzu Kapitel 6.3.1). Es ist nicht möglich, in dieser Arbeit der Frage nachzugehen, ob das Faszienmodell nach Tybaldos osteopathisch ist oder nicht. Es ist mir als Autor dieser Arbeit bewusst, wie ich selbst in Diskussionen mit Kollegen während meiner Osteopathieausbildung erlebt habe, dass es in diesem Punkt scheinbar unterschiedliche Ansichten unter den Osteopathen gibt. Da sich Expertin IP01 aber, wie sie selbst sagt, auch immer wieder bei Patienten nicht nach diesem Modell richtet, wurde diese Tatsache nicht zum Anlass genommen, das Interview mit ihr rückwirkend auszuschießen. Bei der Auswertung wurde allerdings darauf Wert gelegt, dieser Tatsache Rechnung zu tragen und ihre Angaben zu einer osteopathischen Untersuchung und einer nach dem Faszienmodell nach Tybaldos getrennt zu betrachten und entsprechend darzustellen.

Es wird zunächst auf die Frage diskutiert, wie die befragten Experten eine Routineuntersuchung beschreiben und definieren.

## **7.2 WIE DEFINIEREN DIE EXPERTEN DIE OSTEOPATHISCHE ROUTINEUNTERSUCHUNG?**

Aus Sicht der befragten Experten gibt es unterschiedliche Auffassungen beziehungsweise Interpretationen einer osteopathischen Routineuntersuchung:

30% der befragten Experten (IP01, IP06, IP07) verstehen unter einer Routineuntersuchung einen systematischen und strukturierten Untersuchungsablauf des strukturellen, viszeralen und kraniosakralen Systems. Der gesamte Untersuchungsprozess ist methodisch aufgebaut und beinhaltet die notwendigen differentialdiagnostischen Tests. Laut IP07 stellt diese Struktur „Raster“ bzw. ein „System“ dar, das vorgibt, in welcher Reihenfolge, welche Tests und Untersuchungsschritte zu erfolgen haben.

40% der Experten (IP02, IP03, IP05, IP08) definieren ihre Routineuntersuchung als eine ebenso systematische aber zunächst globale Untersuchung beschrieben, die im ersten Untersuchungsschritt einen groben Eindruck vom beziehungsweise Überblick über den Patienten ermöglicht. Diese globale Untersuchung besteht aus unspezifischen Tests, die in der Regel immer in derselben Reihenfolge durchgeführt werden. Durch diese Vorgehensweise ergeben sich Problembereiche, die in einem zweiten Untersuchungsschritt mit spezifischen Untersuchungen und Tests näher bestimmt werden. Die notwendigen differentialdiagnostischen Tests werden ebenfalls im Anschluss an die globale Untersuchung durchgeführt.

Diese Definition entspricht jener Begriffserklärung einer osteopathischen Routineuntersuchung, wie sie auch in der osteopathischen Fachliteratur anhand der zehn analysierten Beispiele für osteopathische Routineuntersuchungen in der Osteopathie anzutreffen ist (vgl. hierzu Kapitel 3.2.1). Alle zehn Autoren (100%) (Croibier, 2006; Fossum, 2010, Greenman, 2000, 2003; Johnston et al., 2009; Mitchell und Mitchell, 2004; Sutton, 1978; Fieuw und Kenter, 2004; Dopler et al., 2010; Somody – Neplaz et al., 2007; Buekens, 2004) beschreiben Methoden denen diese Vorgehensweise, zunächst global zu untersuchen, um einen Überblick zu gewinnen und erst in weiterer Folge die Problembereiche im Detail zu untersuchen, zu Grunde liegt.

Die Tatsache, dass die einzelnen Schritte der globalen Untersuchung immer in der selben Reihenfolge durchgeführt werden entspricht auch der Definition von Routine bzw. Routineuntersuchung, wie sie zu Beginn dieser Arbeit aufgeführt worden ist (vgl. hierzu Kapitel 2.2).

30% der Experten (IP04, IP09, IP10) wählen nicht den Weg über eine globale Einstiegsuntersuchung, sondern lassen sich zunächst vor allem durch die Anamnese in der Planung der systematischen Untersuchung leiten. In Abhängigkeit von der Anamnese wählen sie spezifische Routinen für bestimmte Regionen – diese wurden in dieser Arbeit als „Subroutinen“ bezeichnet. Auch diesen Subroutinen liegt laut

dem Experten IP04 wiederum das Prinzip zu Grunde, zunächst z.B. durch ein bis zwei rasche Funktionstests einen Überblick zu bekommen, ob diese Region eine Funktionseinschränkung aufweist oder nicht. Ist das Ergebnis dieser Subroutine positiv, wird diese Region spezifisch und im Detail untersucht, um die genaue Dysfunktion zu bestimmen. Sind diese Tests nicht auffällig, wird die Region nicht mehr weiter untersucht.

Wie kann nun dieses Ergebnis hinsichtlich einer Definition für eine Routineuntersuchung bewertet werden? Es gibt unter den befragten Experten aufgrund der Nennungshäufigkeit keine eindeutige Präferenz für eine dieser drei Vorgehensweise. Offensichtlich zeigt diese Bandbreite an unterschiedlichen Vorgehensweisen die Vielfalt an Möglichkeiten in der Osteopathie auf, bei der Untersuchung von Patienten vorzugehen. Die Experten entscheiden auf Basis ihrer Vorlieben und der persönlichen Arbeitsweise, welche Methode sie wählen zumal ihnen ihre individuelle Arbeitsweise ein großes Anliegen ist (vgl. hierzu Kapitel 6.12.2).

Es gibt dennoch ein grundlegendes Prinzip, das alle drei Methoden gemeinsam haben: **die grundsätzlich systematische Vorgehensweise bei der Untersuchung von Patienten.**

Systematisch bedeutet nach einem Plan, in einer bestimmten, sinnvollen Ordnung und nach bestimmten Prinzipien bei einer Tätigkeit vorzugehen (Brockhaus 2006, Duden 2010). Eine ähnliche Bedeutung haben auch die Begriffe Schema oder Konzept (Oxford Dictionary 2010, Duden 2010).

Ausgehend von den Begriffserklärungen der Experten scheint der Name Routineuntersuchung in diesem Zusammenhang für die Osteopathie nicht die ideale und zutreffende Bezeichnung zu sein.

Obwohl Routineuntersuchung als Begriff in schulmedizinischer Fachliteratur kaum definiert werden, scheinen Routineuntersuchungen in der Medizin als „Screening“ Untersuchungen auf und dienen im Bereich der Präventivmedizin der Früherkennung von Krankheiten (vgl.



hierzu Kapitel 2.3). Screening Untersuchungen werden in diesem Kontext als Siebtests definiert (Zetkin und Schaldach, 1999), die zunächst bei einer größeren Bevölkerungsgruppe nur grobe, asymptomatische Auffälligkeiten (Krankheitszeichen) aufzeigen sollen, die in weiterer Folge weiter untersucht werden.

In diesem Sinn erscheint auch der Begriff Screening, meiner Ansicht nach, für die Osteopathie nicht die ideale Bezeichnung zu sein, obwohl Johnston et al. (2009) und Mitchell und Mitchell (2004) diesen sehr wohl für ihre Untersuchung gewählt haben geht es doch in der osteopathischen Untersuchung um die Untersuchung eines einzelnen Patienten, der mit Symptomen einen Osteopathen aufsucht und nicht um eine größere Menge an Menschen, die noch keine Symptome aufweisen (vgl. hierzu Kapitel 3.4).

In der osteopathischen Fachliteratur wird der Begriff Routineuntersuchung in Zusammenhang mit einer globalen Untersuchung eines Patienten durchaus verwendet (vgl. hierzu Kapitel 3.2.1). Das Prinzip, zunächst global und anschließend alle Auffälligkeiten im Detail zu untersuchen, kommt hier zur Anwendung.

Aus Sicht der Experten wird wiederum der Begriff Routineuntersuchung (vgl. hierzu Kapitel 7.2) nur von einem Teil der befragten Experten (IP02, IP03, IP05, IP08) vergleichbar erklärt. Die Experten IP01, IP04, IP06, IP07, IP09 und IP10 haben eine andere Auffassung einer Routineuntersuchung (vgl. hierzu Kapitel 7.2).

Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, für die Routineuntersuchung in der Osteopathie eine andere Bezeichnung zu wählen, um dem Unterschied zwischen diesen Auffassungen gerecht zu werden und um Verwirrung zu vermeiden.

In der Fachliteratur werden viele unterschiedliche Bezeichnungen für eine osteopathische Routineuntersuchung vorgeschlagen. (vgl. hierzu Kapitel 3.2.1). Letztlich ist aber im Sinne der Individualität der Osteopathen diese Entscheidung allerdings jedem selbst überlassen vgl. hierzu Kapitel 6.12.2).

Für diese Arbeit wird vorerst aus pragmatischen Gründen auch weiterhin der Name Routineuntersuchung verwendet.

Bevor allerdings darauf eingegangen wird, aus welchen Gründen die befragten Experten eine systematische Routineuntersuchung in ihrer eigenen osteopathischen Arbeit bevorzugen, scheint es basierend auf der ähnlichen Bedeutung von Systematik und Schema für diese Arbeit interessant, die Funktion von Schemata aus Sicht der kognitiven Psychologie zu beleuchten.

In diesem Zusammenhang sei auch noch einmal auf die Wortwahl der Supervisoren hingewiesen („Legt Euch ein Schema zurecht!“), die mich im Grunde dazu veranlasst hat, mich mit dem Thema Routineuntersuchung zu beschäftigen (vgl. hierzu Kapitel 1.1).

### **7.2.1 Schemata**

Es gibt verschiedene Theorien, wie Wissen gespeichert und in weiterer Folge auch wieder abgerufen wird. Eine dieser Theorien beschäftigt sich mit der Funktion von Schemata und deren Rolle im Erwerb und der Speicherung von Wissen (Anderson, 2007).

Laut Kopp und Mandl (2005) sind Schemata durch Erfahrung erworbene übergeordnete kognitive Strukturen von Gegenständen, Ereignissen, Situationen und Handlungen. Sie bilden die Grundlage für das menschliche Wissen und Können. Neues Wissen, neue Informationen und neue Erfahrungen müssen bestimmten Schemata zugeordnet werden, um diese verstehen zu können.

Kopp und Mandl (2005) gehen davon aus, dass ein langfristiges Aneignen von Wissen häufig nur dann möglich ist, wenn dieses in Form von solchen Schemata im Gedächtnis gespeichert wird und dieses Wissen in weiterer Folge daher auch leichter abgerufen werden kann.

Schemata können Wissen über Gegenstände, Objekte und Theorien beinhalten. Aber auch Handlungssequenzen und bestimmte Handlungsabläufe werden als Schema gespeichert. Schemata werden durch Erfahrung aktiv erlernt und können in bestimmten Situationen angewendet werden, wenn sie beispielsweise durch einen Stimulus aus der Umwelt aktiviert werden (Kopp und Mandl, 2005).

Neben der zentralen Rolle beim Erwerb von neuem Wissen, haben Schemata zusätzlich die Funktion, die Aufmerksamkeit bei der Wahrnehmung von neuer Information selektiv auf die relevanten und

wichtigen Details zu lenken. Schemata haben somit eine Steuerungsfunktion für die Wahrnehmung und unterstützen das sinnvolle Einordnen der ständig wahrgenommenen Information aus der Umwelt. Das Zuordnen von neuer Information zu bereits bestehenden Schemata ist essentiell, um diese Information zu verarbeiten und in weiterer Folge zu interpretieren und zu verstehen. Schemata können verändert und erweitert werden und sie können sich weiter entwickeln. Neues Wissen kann in bereits bestehende Schemata integriert werden oder es werden neue gebildet (Kopp und Mandl, 2005).

Die beschriebenen Prozesse laufen gemäß Kopp und Mandl (2005) in der Regel unbewusst ab. Sie können aber auch bewusst als Lernstrategie eingesetzt werden.

Welche Bedeutung beziehungsweise Relevanz hat das Prinzip der Schemata nun für die osteopathische Untersuchung?

Aus Sicht der kognitiven Psychologie wird gemäß Kopp und Mandl (2005) Wissen im Grunde automatisch in Form von Schemata gespeichert. Handlungsabläufe, wie z.B. das Wissen über den Ablauf einer osteopathischen Untersuchung, ist somit ebenso als ein solches im Gedächtnis gespeichert. Dies erleichtert es, die erforderliche Handlungssequenz im richtigen Moment abrufen zu können. Dieses Wissen wurde zu einem bestimmten Zeitpunkt aktiv erworben sei es nun durch ein von außen vorgegebenes, oder auch ein selbsterstelltes Konzept für eine Untersuchung. Die Merkmale der Untersuchungssituation (z.B. ein Patient kommt in der Praxis zur Tür herein und es wird ein Anamnesegespräch geführt) aktiviert laut den Ausführungen von Kopp und Mandl (2005) automatisch das Wissen des Osteopathen, welche Schritte nun bei der Untersuchung zu setzen sind. Alle Erfahrungen und Eindrücke, die ein Osteopath bei den Untersuchungen gemacht hat, werden dem Schema Untersuchung zugeordnet und dort eingebettet. Dies ist laut Kopp und Mandl (2005) notwendig, damit der untersuchende Osteopath Informationen, Wahrnehmungen und die Ergebnisse der Untersuchung interpretieren und verstehen kann. Das in Schemata gespeicherte Wissen unterstützt

den Osteopathen auch, bei der Untersuchung auf die relevanten Details zu achten, indem seine Aufmerksamkeit gezielt gesteuert wird.

Aus Sicht der kognitiven Psychologie ist gemäß den Erklärungen von Kopp und Mandl (2005) und auch meiner Ansicht nach, sehr gut begründbar, warum bei der Untersuchung eine Systematik, ein bestimmter Plan beziehungsweise ein Schema für die Untersuchung von Bedeutung ist.

Nach diesem Exkurs in die kognitive Psychologie wird in weiterer Folge auf die verschiedenen Gründe und Motive, warum die befragten Experten eine systematische Vorgehensweise für ihre Tätigkeit als Osteopathen bevorzugen, eingegangen.

In den nächsten Abschnitten werden zunächst die Ziele und Vorteile einer Routineuntersuchung aus Sicht der Experten diskutiert.

### **7.3 WARUM WIRD EINE SYSTEMATISCHE ROUTINEUNTERSUCHUNG VON DEN EXPERTEN BEVORZUGT?**

Die befragten Experten nennen einige Ziele und Vorteile einer Routineuntersuchung, die ihnen aus ihrer Sicht für ihre Routineuntersuchung wichtig sind (vgl. hierzu Kapitel 6.7).

Diese sind hier nochmals nach der Nennungshäufigkeit in absteigender Reihenfolge aufgeführt (vgl. hierzu Tabelle 12 Kapitel 6.7):

- Für 50% der Experten (IP02, IP03, IP04, IP05, IP08) ermöglicht ihre Routineuntersuchung einen ersten Eindruck und einen globalen Überblick über mögliche Dysfunktionen des Patienten.
- Für 30% der Experten (IP05, IP06, IP07) muss sie Kontraindikationen und Vorsichtsmaßnahmen aufzeigen.
- 20% der Experten (IP03, IP05) betonen den Zweck einer Routineuntersuchung, damit sie den Untersucher dabei unterstützt, keinen wichtigen Test oder

Untersuchungsschritt zu vergessen (vgl. hierzu Kapitel 2.4 Checklisten).

- Für 20 % (IP02, IP05) dient die Routineuntersuchung dazu, möglichst rasch einen Überblick über Dysfunktionen eines Patienten zu erhalten.
- Für 20% (IP06, IP07) ermöglicht sie eine osteopathische Diagnosestellung.
- Ebenso für 20% der Experten (IP02, IP07) ermöglicht sie ein fundiertes Verständnis für die Ursachen und Zusammenhänge der Dysfunktionen.
- 20 % der Experten (IP02, IP08) sind der Ansicht, dass sie einen ersten Zugang zum Patienten ermöglicht.
- Eine Routineuntersuchung ist für 20% (IP05, IP06) für den Patienten logisch und nachvollziehbar.
- Für 10 % der Experten (IP07) ermöglicht sie eine effiziente Behandlung.
- Wieder 10% (IP03) sehen den Vorteil, dass eine Routineuntersuchung hilft, Fehler zu vermeiden.
- 10% (IP05) sind der Meinung, dass der automatische Ablauf einer Routine die Wahrnehmungsfähigkeit verbessert.
- Für 10% der Experten (IP05) liegt der Vorteil darin, dass sie Zeit spart.
- 10% der Experten (IP02) sind der Ansicht, dass ihre Routineuntersuchung notwendige weiterführende Tests aufzeigt.

Aus den oben genannten Gründen wählen die befragten Experten eine systematische Vorgehensweise für ihre Untersuchung wobei sie das Ziel, auf diese Weise einen globalen Überblick über den Patienten zu erhalten, am häufigsten, nämlich fünf Mal (50%) (IP02, IP03, IP04, IP05 und IP08), benennen.

Dieses Ziel wird zum Beispiel auch von allen Autoren (100%) (Croibier, 2006; Fossum, 2010, Greenman, 2000, 2003; Johnston et al.,

2009; Mitchell und Mitchell, 2004; Sutton, 1978; Fieuw und Kenter, 2004; Dopler et al., 2010; Somody – Neplaz et al., 2007; Buekens, 2004), die für die Literaturanalyse herangezogen wurden, als Ziel ihrer jeweiligen Routineuntersuchung genannt (vgl. hierzu Kapitel 3.4).

Auch das Ziel, durch eine systematische Routineuntersuchung, die Zusammenhänge und Ursachen zu verdeutlichen (20%: Fossum, 2010; Mitchell und Mitchell, 2004) und nichts zu vergessen (10%: Croibier, 2006), wird in der Literatur erwähnt.

Im Gegensatz dazu erwähnen fünf Autoren aus dem Bereich Medizin und Physiotherapie, dass sie das Ziel der systematischen Untersuchung darin sehen, keinen wichtigen Schritt oder Test zu vergessen (62,5%: Poeck und Hacke, 2006; Mummenthaler und Matte, 2006; Magee, 2008; Fießl und Middeke, 2010; Grüne und Schölmerich, 2007) (vgl. hierzu Tabelle 1 in Kapitel 3.1.1). Diese Autoren scheinen einer systematischen Untersuchungsmethode vielmehr die Funktion einer Checkliste zuzuschreiben als dies Autoren aus dem Fachbereich Osteopathie oder osteopathische Experten tun.

Es folgt die Zusammenfassung und Diskussion der Prinzipien und Kriterien, die den befragten Experten für ihre Routineuntersuchung wichtig erscheinen.

#### **7.4 WELCHE PRINZIPIEN UND KRITERIEN SIND DEN EXPERTEN FÜR IHRE ROUTINEUNTERSUCHUNG VON BEDEUTUNG?**

Die befragten zehn Experten richten sich bei ihren Routineuntersuchungen nach folgenden Prinzipien und Kriterien, die ihnen persönlich als wichtig erscheinen (vgl. hierzu Kapitel 6.6).

Diese werden im Anschluss gemäß der Nennungshäufigkeit in absteigender Reihenfolge aufgeführt (vgl. hierzu Tabelle 11 in Kapitel 6.6):

- 100% der Experten (IP01 bis IP10) sind sich einig, dass ihre Routineuntersuchung flexibel und veränderbar sein muss.

- 90% der Experten (IP01, IP02, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08, IP09, IP10) untersuchen Patienten in drei Lagen
- IP03 untersucht in vier Lagen (Bauchlage).
- 50% der Experten (IP02, IP03, IP05, IP06, IP07) untersuchen immer das strukturelle, das viszerale und das kraniosakrale System, damit es sich ihrer Ansicht nach um eine ganzheitliche Untersuchungsform handelt.
- Ebenso ist es 50% der Experten (IP02, IP03, IP05, IP06, IP08) wichtig, dass möglichst wenig Lagewechsel bei der Untersuchung erforderlich sein sollen, um den Komfort der Patienten zu optimieren.
- 30% der Experten (IP03, IP08, IP10) untersuchen auf jeden Fall die vom Patienten als Problem angegebene Körperregion, damit diese sich ernst genommen fühlen.
- Zwischen Untersuchung und Behandlung soll klar getrennt werden, um eine logische und nachvollziehbare Untersuchung zu gewährleisten. Diese Prinzip wird von 20% der Experten (IP05, IP06) genannt.

Folgende Prinzipien wurden unter der Kategorie Effizienz zusammengefasst:

- 20% der Experten (IP05, IP07) ist es wichtig, dass die Routineuntersuchung möglichst rasch Dysfunktionen aufzeigt.
- 20% (IP08, IP10) empfinden ihre Untersuchung als effizient, wenn das Ziel des Patienten erreicht worden ist.
- 10% der Experten (IP09) empfinden ihre Arbeit als effizient, wenn die Gesamtzahl der notwendigen Behandlungen überschaubar bleibt.
- Für 10% (IP10) ist es wichtig, dass immer ausreichend Zeit für die Behandlung sein muss.

Folgende Prinzipien wurden unter der Kategorie Qualität der Tests zusammengefasst:

- 10% der Experten (IP04) betonen, dass es wichtig ist, Tests mit klarer Aussagekraft zu verwenden.

- Für wiederum 10% (IP03) ist es prinzipiell wichtig, dass die verwendeten Tests nach Möglichkeit reproduzierbar sein sollen.

Dass eine Routineuntersuchung möglichst rasch Dysfunktionen aufzeigen soll, ist auch für Croibier (2006), Greenman (2000, 2003) und Mitchell und Mitchell (2004) (30%) für ihre Routineuntersuchung ein wichtiges Prinzip (vgl. hierzu Kapitel 3.3.3).

Die Flexibilität ihrer Routineuntersuchung ist allen Experten ein Anliegen. Im Gegensatz dazu wird dieses Kriterium nur von Croibier (2006) für seine Routineuntersuchung ausdrücklich genannt (10%) (vgl. hierzu Kapitel 3.3.4).

Das Prinzip der Ganzheitlichkeit, die Notwendigkeit, in mehreren Lagen zu untersuchen und die Frage der Qualität der verwendeten Tests werden im Anschluss noch näher diskutiert.

#### **7.4.1 Ganzheitlichkeit**

Wie eben aufgezeigt wurde, ist es 50% der Experten (IP02, IP03, IP05, IP06, IP07) wichtig, bei ihrer Routineuntersuchung immer das strukturelle, das viszerale und das kraniosakrale System zu untersuchen. Eine solche Untersuchung ist ihrer Ansicht nach ganzheitlich. Auch Croibier (2006), Fieeuw und Kenter (2004) und Buekens (2004) (30%) gehen bei ihren Routineuntersuchungen ebenso vor (vgl. hierzu Kapitel 3.3.1). Ganzheitlichkeit wird scheinbar dabei auf eine rein körperliche Ebene bezogen.

Wie definiert nun ein Autor, der sich mit osteopathischen Grundprinzipien beschäftigt, Ganzheitlichkeit aus osteopathischer Sicht.

Laut Hermanns (2007) ist das Prinzip der Ganzheitlichkeit eines jener Prinzipien, die seiner Ansicht nach der Osteopathie zu Grunde liegen. Dieses Prinzip begründet sich laut Hermanns (2007) auf dem Grundgedanken einer holistischen Medizin, wonach der Mensch als untrennbare Einheit aus Körper, Geist und Seele anzusehen ist. Für Hermanns (2007) geht in diesem Sinn der Begriff Ganzheitlichkeit über die rein körperliche, mit den Händen bei einer osteopathischen Untersuchung erfassbaren Ebene hinaus. Eine ganzheitliche



Sichtweise auf den Patienten muss laut Hermanns (2007) natürlich einerseits den Körper des Patienten berücksichtigen, in dem alle Teile durch Faszien miteinander verbunden sind. Seiner Meinung nach sind aber auch die neurologischen Funktionen, die Psyche und das soziale Umfeld Elemente der Ganzheitlichkeit, die berücksichtigt werden müssen, um dem Prinzip der Ganzheitlichkeit in der Osteopathie gerecht zu werden.

Es liegt also scheinbar ein Widerspruch vor, wie Ganzheitlichkeit aus Sicht der Osteopathie tatsächlich zu definieren ist.

Im Zusammenhang mit dieser sehr umfassenden Definition von Ganzheitlichkeit in der Osteopathie, wird auch der Einwand der Experten IP04 und IP08 besser nachvollziehbar, die beide der Ansicht sind, dass es mit osteopathischen Methoden nicht möglich ist, einen Menschen bei der körperlichen Untersuchung ganzheitlich zu erfassen (vgl. hierzu 6.6.1).

#### **7.4.2 Untersuchung in mehreren Lagen**

Alle Experten untersuchen in mehreren Lagen. IP01, IP02, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08, IP09 und IP10 untersuchen im Stehen, Sitzen und Rückenlage. Experte IP03 untersucht zusätzlich in Bauchlage.

Alle zehn Autoren, deren Routineuntersuchung analysiert wurden, beschreiben Untersuchungsabläufe, die ebenfalls in mehreren Lagen stattfinden. Fünf Autoren untersuchen wie Experte IP03 in vier Lagen (Croibier, 2006; Fossum, 2010, Mitchell und Mitchell, 2004; Sutton, 1978; Dopler et al., 2010). Ein Autor (Fieuw und Kenter, 2004) untersucht statt in Bauchlage in Seitenlage. Drei Autoren (Greenman, 2000, 2003; Johnston et al., 2009; Buekens, 2004) untersuchen so wie die Mehrheit der Experten in drei Lagen. Im Konzept des Mechanical Links (Somody – Neplaz et al, 2007) wird ein Patient in zwei Lagen (Sitzen, Rückenlage) untersucht.

Diese Vorgehensweise ist Voraussetzung, um eine primäre Dysfunktion von einer Kompensation unterscheiden zu können und in weiterer Folge auch nur diese zu behandeln.

Fossum (2010) geht davon aus, dass sich eine primäre osteopathische Dysfunktion zumindest in drei Lagen zeigen muss (vgl.

hierzu Kapitel 3.3.2). Die Experten IP03, IP07 und IP10 bestätigen die Ansicht von Fossum (2010) mit entsprechenden Aussagen (vgl. hierzu Kapitel 6.6.2).

Welche drei Lagen letztendlich tatsächlich gewählt werden ist scheinbar abhängig von den Tests und Untersuchungsmethoden und somit von der persönlichen Arbeitsweise und den Vorlieben der Experten (vgl. hierzu Kapitel 6.12.2).

### **7.4.3 Qualität der Tests**

Experte IP04 weist darauf hin, dass es ihm persönlich wichtig ist, bei seiner Untersuchung Tests zu verwenden, die für ihn eine Aussagekraft haben. Er ist auch der Ansicht, dass es ihm wichtig ist, die Qualitätskriterien für einen Test zu kennen, um die Aussagekraft eines Tests entsprechend bewerten bzw. relativieren zu können (vgl. hierzu Kapitel 6.6.7).

In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass beispielsweise ein Ecoute Test am Abdomen, den vier Experten (IP02, IP03, IP05, IP08) bei ihrer Routineuntersuchung verwenden, erwiesenermaßen das Qualitätskriterium der Reliabilität nicht erfüllt (Podlesnic, 2006).

Dennoch verwenden die oben genannten Experten regelmäßig diesen Test immer in ihrer Routine. Wie ist dieser Umstand zu bewerten?

Experte IP03 ist der Ansicht, dass es ihm persönlich wichtig erscheint, auch Tests zu verwenden, die dieses Kriterium nicht erfüllen, da er der Ansicht ist, dass sie trotzdem eine durch Erfahrung geprägte individuelle Aussagekraft haben können (vgl. hierzu Kapitel 6.12.3). Auch Expertin IP10 stellt klar, dass sie einen General Listening Test im Stehen als Routine verwendet, der hinsichtlich seiner Reliabilität ihrer Meinung nach umstritten ist. Dennoch kann sie das Ergebnis des Tests basierend auf ihrer Erfahrung interpretieren und Schlüsse aus dem Ergebnis ableiten.

Es soll hier die Frage aufgeworfen werden, ob es in einer Disziplin wie der Osteopathie, die sich zu einem Großteil der Palpation als diagnostisches Mittel bedient, notwendig ist, ausschließlich

wissenschaftlich fundierte Tests zu verwenden oder ob das Wissen über die Qualitätskriterien der jeweiligen Tests ausreicht, um das Ergebnis eines solchen Tests dementsprechend einordnen und differenziert betrachten zu können. Experte IP04 ist jedenfalls genau dieser Meinung.

Es konnte basierend auf den Aussagen der Experten IP04, IP05 und IP10 außerdem eine Diskrepanz hinsichtlich der Interpretation eines positiven Ergebnisses des stehenden Vorlauftests aufgezeigt werden, den insgesamt sechs Experten (IP02, IP03, IP05, IP06, IP07, IP08) bei ihrer Routineuntersuchung verwenden (vgl. hierzu Kapitel 6.6.7.1). Ein positives Ergebnis wird von allen drei Experten unterschiedlich ausgelegt.

Dieser Umstand kann auch wieder nur auf der Basis der Meinungen der Experten bewertet werden. Die drei Experten (IP04, IP05, IP10) haben, wie sie selbst sagen, die Erfahrung gemacht, dass die Lehrmeinung zu diesem Test ihrer Ansicht nach nicht korrekt ist. Sie haben einen eigenen Weg gefunden, diesen Test zu bewerten und verwenden ihn regelmäßig.

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wird auf die Evaluation einer Behandlung eingegangen, die für die befragten Experten ein häufig erwähntes Anliegen darstellt.

### ***7.5 WIE EVALUIEREN DIE EXPERTEN IHRE UNTERSUCHUNG UND BEHANDLUNG (RE TEST)***

100% der Experten sind sich dahingehend einig, dass im Anschluss an eine Behandlung die Wirksamkeit ihrer therapeutischen Maßnahmen beurteilt und evaluiert werden soll. Aus diesem Grund wiederholen die Experten am Ende der Behandlung die auffälligen Tests, um diese mit dem Untersuchungsergebnis vergleichen zu können (Re Test) (vgl. hierzu Kapitel 6.4.1).

Die Experten sind sich auch zu 100% einig, dass bei einer Nachuntersuchung bei einem Folgetermin, die auffälligen Tests wiederholt werden (vgl. hierzu Kapitel 6.4).

Wie die Nachuntersuchung gestaltet wird und ob die Routineuntersuchung im vollen Umfang wiederholt wird, wird von den Experten unterschiedlich gehandhabt und wird im Anschluss wiederum gegliedert nach der Nennungshäufigkeit in absteigender Reihenfolge dargestellt (vgl. hierzu Tabelle in Kapitel 6.4.2):

- 20% der Experten (IP05, IP09) finden es wichtig, einen Patienten jedes Mal genau zu untersuchen, da sich durch die erste Behandlung viel verändern kann. Expertin IP05 wiederholt daher im Grunde ihre gesamte Routine jedes Mal.
- 20% der Experten (IP08, IP10) machen immer einen General Listening Test im Stehen.
- 10% machen immer eine Inspektion (IP04).
- 10% (IP10) testen jedes Mal kranial, da diese Tests für sie die höchste Aussagekraft haben.

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels werden jene Faktoren diskutiert, die die befragten Experten bei der Routineuntersuchung beeinflussen.

## ***7.6 WELCHE FAKTOREN UND GEDANKEN BEEINFLUSSEN DIE EXPERTEN BEI IHRER ROUTINEUNTERSUCHUNG?***

Welche Faktoren können zu einer Veränderung der Routineuntersuchung der Experten führen.

### **7.6.1 Erscheinungsbild und allgemeiner Eindruck**

100% der befragten Experten lassen sich durch den allgemeinen Eindruck und durch das Erscheinungsbild der Patienten bei ihrer Routineuntersuchung beeinflussen (vgl. hierzu Kapitel 6.9.2). Dabei kann es sich um einen bestimmten Geruch (IP10), um die intellektuellen Fähigkeiten (IP04) oder um die Art und Weise handeln, wie ein Patient einen Termin am Telefon vereinbart (IP09). Die Expertin IP07 wählt bei

sehr erschöpften Patienten einen anderen Zugang über die biodynamische Osteopathie und untersucht diese Patienten auch nicht mit ihrer Routineuntersuchung.

Diese Faktoren lassen sich, wie auch von Expertin IP10 betont wird, nicht eindeutig erfassen. Hier scheint möglicherweise die Intuition der Experten eine Rolle zu spielen (vgl. hierzu Kapitel 6.9.3) auf die im nächsten Abschnitt dieser Arbeit näher eingegangen wird.

### **7.6.2 Intuition**

Die Rolle der Intuition als „diagnostisches Mittel“ in der Osteopathie ist unter den Experten umstritten (vgl. hierzu Kapitel 6.9.3 und Tabelle 14 in Kapitel 6.9).

Sidler (2010) definiert Intuition als ein Urteil, das durch ein geistig motiviertes Gefühl geprägt ist, das in der Regel spontan in bestimmten Situationen auftritt und nicht bewusst logisch und analytisch begründet werden kann. Dieses Gefühl ist stark genug, um eine entsprechende Entscheidung zu fällen, die in weiterer Folge die Handlungsweise des Osteopathen bestimmt.

20% der Experten (IP01, IP10) betonen ausdrücklich, dass sie sich bei der Untersuchung aber auch bei der Behandlung ganz bewusst von ihrer Intuition, ihrer Wahrnehmung und ihrem „Hausverstand“ (IP10) leiten lassen und vertrauen ihrem Wahrnehmungsvermögen mehr als beispielsweise einem klinischen Funktionstest. Die Expertin IP10 ist der Meinung, dass klinische Testung an sich ihrer Auffassung von Osteopathie widerspricht, da dies ihrem Bestreben, eigentlich die Gesundheit der Patienten und nicht deren Defizite zu betonen entgegensteht.

Im Gegensatz dazu sind 20% der Experten (IP06, IP07) der Ansicht, dass der Intuition möglichst wenig Raum gegeben wird, um klar und professionell dem Patienten und anderen Therapeuten bzw. Ärzten gegenüber argumentieren zu können. Beide räumen zwar ein, dass Intuition ein diagnostisches Mittel in der Osteopathie sein kann, befürworten aber ganz eindeutig eine Vorgehensweise, die auf einer fundierten klinisch orientierten Untersuchung beruht wodurch die Intuition ganz bewusst eingeschränkt wird.

Die Expertin IP06 betont zusätzlich, dass eine fundierte klinische Diagnostik und Fachsprache ihrer Ansicht nach eine große Rolle für das Bild der Osteopathie in der öffentlichen Meinung spielt und somit auch berufspolitische Relevanz für die Osteopathie hat.

Welche Relevanz hat nun tatsächlich die Intuition in der Osteopathie?

Sidler (2010) betont die Bedeutung der Intuition vor allem für komplexe und ungewisse klinische Situationen mit Patienten. Er bezieht sich in seinem Artikel vor allem auf Säuglinge, die ihre Beschwerden nicht verbal ausdrücken können. Der Osteopath steht aber dennoch vor der Herausforderung, eine Diagnose erstellen zu müssen. Für solche Situationen definiert Sidler (2010) drei Gründe, warum sich ein Osteopath auf seine Intuition verlassen sollte:

Intuition ermöglicht es, trotz des Mangels an wichtigen Informationen, wie z.B. fehlende relevante verbale Angaben bei der Anamnese, eine Entscheidung zu fällen und darauf basierend zu handeln. Intuition kann helfen, schneller zu einer Schlussfolgerung zu kommen, da vor allem bei komplexen Beschwerdebildern die Berücksichtigung aller möglichen Ursachen und beteiligten Strukturen, viel Zeit in Anspruch nimmt. Und schließlich ermöglicht ein intuitiv gesteuertes Handeln seiner Meinung nach in komplexen Situationen eine unmittelbare Wahrnehmung, die über die visuelle und manuelle palpatorische Wahrnehmung hinaus geht und für den Osteopathen selbst nicht rationell nachvollziehbar ist.

Sidler (2010) fordert daher Osteopathen dazu auf, sich in schwierigen und komplexen klinischen Situationen ganz bewusst von der Intuition leiten zu lassen und betont, dass intuitive Erkenntnisse das rationale klinische Denken sinnvoll ergänzen können.

Im Gegensatz dazu steht wiederum die Meinung von Braun und Mader (2005). Sie empfehlen ausdrücklich ein standardisiertes und nicht ein intuitiv gesteuertes Vorgehen bei der Untersuchung von Patienten vor allem für unerfahrene Ärzte. Sie verweisen in diesem Zusammenhang auf Danninger (1988, zitiert in: Braun und Mader,

2005), der eine standardisierte (programmierte) Diagnostik einer individuell und intuitiv geleiteten Vorgehensweise gegenüberstellt. Die wesentlichen Nachteile einer intuitiven Vorgehensweise sind laut Danninger (1998, zitiert in: Braun und Mader, 2005), dass wesentliche Fragen und Untersuchungsschritte vergessen oder gar wiederholt werden, deshalb auch viel wichtige Zeit bei der Untersuchung verloren geht und nicht oder nur unzureichend dokumentiert wird.

Die Rolle beziehungsweise Relevanz der Intuition in der Osteopathie ist offensichtlich sowohl unter einem Teil der befragten Experten (IP01, IP06, IP07, IP10) als auch in der medizinischen Literatur (Braun und Mader, 2005) nicht unumstritten.

In der osteopathischen Fachliteratur wird dieses Thema gemäß Sidler (2010) nur sehr unzureichend behandelt. Es erscheint daher notwendig und sinnvoll, diese Thematik im Rahmen einer fundierten Auseinandersetzung aufzugreifen und mögliche Implikationen für die Osteopathie zu erforschen.

### **7.6.3 Die Rolle der Anamnese**

Eine interessante Frage ist auch die der Rolle der Anamnese für die Untersuchung.

Es wurde bereits erwähnt, dass die Experten in Bezug auf diese Fragestellung in zwei Lager geteilt werden können (vgl. hierzu Kapitel 6.9.5 und Tabelle 14 in Kapitel 6.9).

60% der Experten (IP01, IP04, IP06, IP08, IP09, IP10) lassen sich durch die Anamnese leiten. Die andere Experten (40%) (IP02, IP03, IP05, IP07) lassen sich von der Anamnese ausdrücklich nicht beeinflussen und führen die Routineuntersuchung in der Regel unabhängig von der Anamnese immer in der selben Art und Weise durch.

Zu Beginn dieses Kapitels wurden drei unterschiedliche Begriffsdefinitionen für eine osteopathische Routineuntersuchung aus Sicht der Experten beschrieben (vgl. hierzu Kapitel 7.2).

In diesem Zusammenhang zeichnet sich eine Tendenz ab, dass jene Experten (IP02, IP03, IP05, IP07), die sich in ihrer Routine von der Anamnese nicht beeinflussen lassen, bei der Untersuchung den Weg

über eine globale, unspezifische Routineuntersuchung wählen, die von der Anamnese nicht beeinflusst wird.

Jene Experten die sich durch die Anamnese leiten lassen (IP01, IP04, IP06, IP08, IP09, IP10) befürworten die grundsätzlich systematische Vorgehensweise im gesamten Untersuchungsablauf. Ein Teil dieser Experten (IP04, IP09, IP10) verwendet spezifische Routinen für die systematische Untersuchung spezifischer Regionen oder Gelenke, die sich allerdings aus der Anamnese ergeben.

Kann diese unterschiedliche Handhabung der Anamnese durch die zehn Experten irgendwie bewertet werden?

Die Experten nennen keine Vor bzw. Nachteile der einen oder anderen Vorgehensweise. Es scheint sich in diesem Umstand, aus meiner Sicht, wiederum die individuelle Arbeitsweise der jeweiligen Experten auszudrücken.

Die Analyse der zehn Untersuchungsroutinen osteopathischer Autoren zeigt nicht eindeutig auf, ob sich diese Autoren von der Anamnese leiten lassen. Sammut und Searle – Barnes (1998) propagieren eine Untersuchung, die ausschließlich auf der Anamnese aufbaut (vgl. hierzu Kapitel 3.5).

#### **7.6.4 Alter und Geschlecht**

Das Alter und Geschlecht hat für 100% der befragten Experten zunächst keinen unmittelbaren Einfluss auf ihre Routineuntersuchung (vgl. hierzu Kapitel 6.9.1).

#### **7.6.5 Trauma**

Ein akutes Trauma eines Gelenks veranlasst 50% der Experten (IP02, IP03, IP05, IP06, IP08) dazu, die Untersuchung sehr lokal auf das verletzte Körperteil anzulegen und ihre Routineuntersuchung zu verkürzen oder gar abubrechen (vgl. hierzu Kapitel 6.9.4)

Im folgenden Abschnitt wird auf die Bedeutung der Differentialdiagnose aus Sicht der Experten eingegangen.



## **7.7 DIE BEDEUTUNG DER SICHERHEIT UND GESUNDHEIT DER PATIENTEN FÜR DIE EXPERTEN**

Eine klare und eindeutige Übereinstimmung besteht unter den der Experten (100%), dass aus ihrer Sicht die Sicherheit und Gesundheit der Patienten im Vordergrund steht (vgl. hierzu Kapitel 6.5.1 und Tabelle 10 in Kapitel 6.5).

Durch eine gründliche Differentialdiagnose mit klinischen Sicherheitstests muss gewährleistet werden, dass die Behandlung oder bestimmte Techniken für die Patienten sicher und vertretbar sind. Welche Tests notwendig sind, entscheiden die Experten auf Basis der Anamnese, des Erscheinungsbildes und der Untersuchung des Patienten. Diese Sicherheitstests verändern im Grunde die Routineuntersuchung nicht, sie wird vielmehr um die notwendig erscheinenden Untersuchungsschritte und Tests ergänzt und erweitert.

Die Differentialdiagnose kann dazu führen, dass Patienten nicht behandelt werden und schulmedizinisch weiter untersucht werden müssen oder es werden bestimmte Techniken für den betreffenden Patienten ausgeschlossen oder abgewandelt.

Die Experten nennen keinen klinischen Test der unbedingt bei jedem Patienten routinemäßig durchgeführt werden muss.

Diese Meinung der Experten steht im Gegensatz zu Mayer – Fally (2006), der schreibt, dass bei jedem Patienten, der zum ersten Mal zur osteopathischen Behandlung kommt, der Blutdruck gemessen werden sollte.

Folgende Sicherheitstests erwähnen die Experten, die wiederum in absteigender Reihenfolge in Abhängigkeit von ihrer Nennungshäufigkeit aufgelistet sind (vgl. hierzu Tabelle 10 in Kapitel 6.5):

- 30% (IP02, IP04, IP06) erwähnen den Art. Vertebralis Test.
- 20% (IP02, IP06) erwähnen eine neurologische Untersuchung.
- Einen Klopfest an der Wirbelsäule erwähnen 20% (IP06, IP09).

- Ebenso wird das Valsalva Manöver von 20% (IP06, IP09) der Experten genannt.
- Eine Blutdruckmessung erwähnen auch 20% (IP04, IP06).
- 10% der Experten (IP06) erwähnen Hirnnerventests.
- 10% (IP06) erwähnen den Kalkaneuskompressionstest.
- Ebenso 10% (IP05) der Experten erwähnen eine Blut und Laboruntersuchung.
- Pulsmessung erwähnen 10% (IP04).

### **7.7.1 Gibt es aus Sicht der Experten weitere unerlässliche Tests?**

Expertin IP05 bezeichnet die Überprüfung der Atmung und die Beurteilung der Haltung eines Patienten als unerlässlich für ihre Routineuntersuchung.

Experte IP03 ist der Ansicht, dass seine gesamte Routineuntersuchung für ihn unerlässlich ist, da er noch nicht über ausreichend Erfahrung verfügt, um Abkürzungen im Untersuchungsablauf zu wählen (vgl. hierzu Kapitel 6.5).

Es folgt die Zusammenfassung und Diskussion möglicher Nachteile einer Routineuntersuchung aus der Sicht der Experten.

## **7.8 WORIN SEHEN DIE EXPERTEN NACHTEILE EINER ROUTINEUNTERSUCHUNG?**

Folgende Nachteile werden von den Experten für ihre Routineuntersuchung erwähnt (vgl. hierzu Kapitel 6.8).

Diese sind hier noch einmal in absteigender Reihenfolge nach der Nennungshäufigkeit aufgeführt (vgl. Tabelle 13 in Kapitel 6.8):

- 50% der Experten (IP02, IP03, IP04, IP05, IP06) sind der Ansicht, dass eine Routineuntersuchung dazu führen kann, dass bei der Untersuchung nicht mehr ausreichend mitgedacht wird und deshalb nicht alltägliche Symptome von Patienten übersehen werden können.
- 20% der Experten (IP04, IP05) sind der Ansicht, dass die Aufmerksamkeit durch Routine sinken kann.

- 10% der Experten (IP03) sind der Meinung, dass eine Routineuntersuchung eventuell zu voreiligen Schlussfolgerungen führen kann.
- Ebenso sind 10% der Experten (IP06) der Ansicht, dass eine Routine die Möglichkeit beschränkt, sich bei der Untersuchung auch intuitiv leiten zu lassen.
- 10% der Experten (IP10) betonen, dass eine klinische Routineuntersuchung die Defizite und nicht die Ressourcen der Patienten hervorhebt.

Im Zusammenhang mit den von den Experten erwähnten Nachteilen einer Routineuntersuchung ist es interessant noch einmal auf die Definition von Routinen aus Sicht der kognitiven Entscheidungspsychologie hinzuweisen (vgl. hierzu Kapitel 2.2.1).

Betsch (2005) beschreibt, dass speziell unter bestimmten Bedingungen, wie Zeitdruck und in komplexen und schwierigen Situationen, Menschen eher auf bereits erlernte Routinen zurück greifen anstatt eine effizientere Handlungsweise zu wählen. Auch Menschen, die sehr viel mit Routinen arbeiten - sogenannte routinierte Entscheider (Betsch, 2005) - und wenn diese Routinen auch noch mit einer hohen Motivation erlernt worden sind, neigen laut Betsch (2005) dazu, Routinehandlungen gegenüber einer alternativen, möglicherweise effizienteren Handlungsweise zu bevorzugen. Es besteht die Gefahr, dass voreilige Schlüsse gezogen werden und Fehler auftreten.

Hier lassen sich Parallelen zu den Nachteilen einer Routineuntersuchung ziehen, wie sie von den Experten beschrieben werden:

Die Experten IP02, IP03, IP04, IP05 und IP06 sind der Ansicht, dass eine sehr strenge Routine dazu führen kann, dass nicht mehr ausreichend mitgedacht wird und daher Symptome bzw. Dysfunktionen bei der Untersuchung übersehen werden können.

Laut Betsch (2005) liegt das daran, dass eine möglicherweise effizientere Handlungsweise nicht beachtet wird, weil die Routineuntersuchung sehr „dominant“ ist und die Routineuntersuchung in diesem Fall bevorzugt wird. IP02, IP03 und IP05 verwenden bei der

Untersuchung eine zunächst globale Routine, die sie unabhängig von der Anamnese in der Regel in der gleichen Art und Weise durchführen. Man könnte diese drei Experten also durchaus als sogenannte routinierte Entscheider (Betsch, 2005) bezeichnen.

Betsch (2005) bestätigt auch die Befürchtung des Experten IP03, dass Routinen unter Umständen zu voreiligen Schlüssen und zu Fehlern führen können.

Im folgenden Abschnitt dieser Arbeit werden die Aussagen einzelner Experten diskutiert bezüglich ihrer Erfahrungen, wie Patienten auf eine Routineuntersuchung reagieren.

### ***7.9 WIE REAGIEREN DIE PATIENTEN AUS DER SICHT DER EXPERTEN AUF EINE SYSTEMATISCHE ROUTINEUNTERSUCHUNG?***

Zu dieser Frage konnten sich nur wenige Experten bei den Interviews äußern, da die Reaktionen der Patienten ihrer Ansicht nach zu unterschiedlich sind (vgl. hierzu Kapitel 6.13).

Lediglich die Expertinnen IP05 und IP08 haben die Erfahrung gemacht, dass die Patienten ihrer Meinung nach positiv auf eine gründliche und systematische Untersuchung reagieren und sie die Rückmeldung erhalten haben, dass die Patienten sich ernst genommen und gründlich untersucht fühlen.

Lehmayer (2006) und Grüne und Schölmerich (2007) vertreten die Ansicht, dass eine systematische ärztliche Untersuchung dazu beitragen kann, bei den Patienten Unsicherheiten und Ängste abzubauen (vgl. hierzu Kapitel 3.1.1 und Tabelle 1 in Kapitel 3.1.1).

Im weiteren Verlauf wird die Frage diskutiert, ob es aus Sicht der Experten eine Grundausstattung an medizinischen Instrumenten für die Praxis bzw. Untersuchung gibt.

## **7.10 GIBT ES AUS SICHT DER EXPERTEN EINE GRUNDAUSSTATTUNG FÜR DIE PRAXIS?**

Alle Experten erwähnen, dass sie folgende Instrumente in der Praxis haben und im Bedarfsfall in Abhängigkeit von der Anamnese verwenden (vgl. hierzu Tabelle 15 in Kapitel 6.10):

- 100% besitzen einen Reflexhammer.
- 100% besitzen ein Blutdruckmessgerät.

Weitere Instrumente, die von den Experten vereinzelt verwendet sind:

- 20% (IP02, IP04) verwenden ein Stethoskop.

Folgende Instrumente werden jeweils nur von einem Experten erwähnt und bei Bedarf verwendet (10%):

- Othoskop (IP04)
- Stimmgabel (IP03)
- Goniometer (IP06)
- Beinlängenmessgerät (IP03)
- Platten für einen Beinlängenausgleich (IP03)
- Podoskop (IP03)

Die Experten sind sich zu 100% darin einig, dass besagte Instrumente nur bei Bedarf in Abhängigkeit von der Anamnese bei der Untersuchung verwendet werden.

Es folgt die Diskussion der Ergebnisse der Experteninterviews zur der zentralen Frage wie die Routineuntersuchung der Experten aufgebaut ist und welche Tests und Untersuchungsschritte sie verwenden.

## **7.11 WIE IST DIE ROUTINEUNTERSUCHUNG DER EXPERTEN AUFGEBAUT?**

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit lautet: Wie ist eine Routineuntersuchung aus Sicht der befragten Experten aufgebaut (vgl. hierzu Kapitel 1.2).

In diesem Zusammenhang wurde als eines der Ziele dieser Arbeit angedacht, einen Vorschlag für eine Routineuntersuchung aus den

Aussagen der Experten abzuleiten, den interessierte Osteopathen eventuell aufgreifen können (vgl. hierzu Kapitel 1.3).

Ein unmittelbarer Vergleich der von den Experten beschriebenen Untersuchungsroutinen, ist aufgrund der Vielfältigkeit der Untersuchungsmethoden und der individuellen Ansichten der Experten schwierig obwohl es in einigen wenigen Punkten eindeutige oder mehrheitliche Übereinstimmungen unter den Experten gibt (vgl. hierzu Kapitel 6.3). Ähnlich schwierig war auch die Analyse der verschiedenen Routineuntersuchungen in der osteopathischen Fachliteratur, da diese ebenso unterschiedlich und vielfältig sind (vgl. hierzu Kapitel 3.2.2).

In den Interviews entstand der deutliche Eindruck, dass die Untersuchungsmethoden der Experten individuell ist, die sehr durch die eigene Persönlichkeit, die persönlichen Vorlieben und Arbeitsschwerpunkte in der Osteopathie geprägt werden (vgl. hierzu Kapitel 6.12.2).

Die Analyse und der anschließende Vergleich der Routineuntersuchungen der Experten hat zu folgendem Ergebnis geführt (vgl. hierzu Kapitel 6.3):

Die grobe Struktur der Routineuntersuchung aller zehn Experten ist folgendermaßen aufgebaut. Für diese grobe Struktur und den Aufbau einer Routineuntersuchung herrscht unter den Experten eine Übereinstimmung von 100% (vgl. hierzu Tabelle 6 in Kapitel 6.3):

- Inspektion
- Untersuchung im Stehen
- Untersuchung im Sitzen
- Untersuchung in Rückenlage

Diese Struktur für den groben Ablauf einer Routineuntersuchung stimmt mit dem in der Literatur beschriebenen allgemeinen Ablauf für eine Routineuntersuchung für die zehn analysierten Beispiele

verschiedener osteopathischer Autoren grundsätzlich überein (vgl. hierzu Kapitel 3.2.2).

Experte IP03 untersucht als einziger Experte in vier Lagen, nämlich zusätzlich die Wirbelsäule und das Sakrum mit einem Springing Test in Bauchlage, der nur in dieser Ausgangstellung ausgeführt werden kann (vgl. hierzu Kapitel 6.6.2).

Die zehn Autoren aus dem Fachbereich Osteopathie untersuchen in folgenden Lagen (vgl. hierzu Kapitel 3.2.2): Fünf Autoren untersuchen in vier Lagen (Stehen, Sitzen, Rückenlage und Bauchlage): Fossum (2010), Croibier (2006), Mitchell und Mitchell (2004), Sutton (1978) und Dopler et al. (2010). Fiuew und Kenter (2004) untersuchen anstatt in Bauchlage in Seitenlage, also auch in vier Lagen. Drei Autoren untersuchen in drei Lagen: Greenman (2000, 2003), Johnston et al. (2009) und Buekens (2004). Somody – Neplaz et al. (2007) untersuchen in zwei Lagen (Sitzen, Seitenlage).

50% der Autoren bevorzugen eine Routineuntersuchung, die in vier Lagen statt findet. 90% der befragten Experten hingegen untersuchen in drei Lagen.

Folgende Tests werden von den Experten im Rahmen der Untersuchungsroutinen mehrfach genannt und sind im Anschluss in absteigender Reihenfolge in Abhängigkeit von der Nennungshäufigkeit aufgeführt (vgl. hierzu Tabelle 7 in Kapitel 6.3):

- 100% der Experten (IP01 bis IP10) verwenden aktive Funktionstests zur Beurteilung der globalen Beweglichkeit der Wirbelsäule im Stehen in Richtung Flexion, Extension, Rotation und Lateralflexion.
- 80% (IP02, IP03, IP04, IP05, IP06, IP08, IP09, IP10) verwenden einen General Listening Test im Stehen.
- 60% der Experten (IP02, IP03, IP05, IP06, IP07, IP08) verwenden einen Vorlauf Test im Stehen (Standing Flexion Test).
- Ebenso 60% der Experten (IP02, IP04, IP05, IP06, IP08, IP10) überprüfen immer des kraniosakrale System im

Liegen bei ihrer jeweiligen Routineuntersuchung - es werden allerdings dafür unterschiedliche Handgriffe angewendet.

- 40% (IP02, IP03, IP05, IP08) verwenden einen viszeralen Ecoute am Abdomen in Rückenlage.
- Eine selektive Funktionsprüfung der HWS im Sitzen wird von 40% der Experten (IP02, IP03, IP05, IP08) verwendet.
- Einen Gangtest verwenden 30% (IP05, IP06, IP07).
- 20% (IP02, IP04) messen den Finger Boden Abstand.
- 20% (IP03, IP07) machen einen Vorlauftest im Sitzen.
- Ebenso 20% (IP02, IP05) verwenden einen General Listening Test im Sitzen.
- 20% (IP03, IP06) der Experten verwenden einen Positionstest für C0/C1.
- 20% (IP04, IP10) verwenden einen Ecoute (Listening) Test am Sakrum und / oder UE.
- 20% der Experten (IP05, IP10) testen die Synchronosis sphenobasilaris (SSB).

Nur die aktiven Funktionstests im Stehen, der General Listening Test im Stehen, der Vorlauf Test im Stehen und die Prüfung des kraniosakralen Systems werden von über der Hälfte der Experten bei ihrer Routineuntersuchung verwendet.

Alle oben genannten Tests finden sich auch in den analysierten Literaturbeispielen wieder, jedoch mit einer geringeren bzw. anderen Häufigkeitsverteilung als bei den Experten, wodurch es kaum Übereinstimmungen gibt (vgl. hierzu Tabelle in Kapitel 3.2.2):

Fünf Mal (50%) wird der Vorlauftest von den Autoren erwähnt (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004; Fieuw und Kenter, 2004, Sutton, 1978). Dieser wird z.b. von sechs Experten (60%) regelmäßig verwendet (IP02, IP03, IP05, IP06, IP07, IP08).

Ebenso fünf Mal (50%) wird von verschiedenen Autoren die Atmung überprüft (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004; Fieuw und Kenter, 2004, Buekens, 2004). Nur eine



Expertin (10%) (IP05) testet die Atmung im Rahmen ihrer Routineuntersuchung.

Der viszerale Ecoute Test am Abdomen, der von 40% der Experten (IP02, IP03, IP05, IP08) bei ihrer Routineuntersuchung verwendet wird, kommt in den zehn Beispielen aus der Literatur gar nicht vor (0%).

Die aktiven Funktionstests für die globale Beweglichkeit der Wirbelsäule werden nur von vier Autoren (40%) (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell und Mitchell, 2004; Fieuw und Kenter, 2004) beschrieben. Diese Tests werden aber z.B. im Gegensatz dazu von 100% der befragten Experten regelmäßig verwendet.

30% der Autoren überprüfen die Funktion des Kiefergelenks (Johnston et al., 2009; Mitchell und Mitchell, 2004; Sutton, 1978). Ein Test für das Kiefergelenk ist in keiner Routineuntersuchung der Experten vorhanden (0%).

Wie sind nun diese Ergebnisse zu deuten?

Es gibt nur im groben Ablauf für die Routineuntersuchung eine Übereinstimmung unter den Experten und den Autoren, die Routineuntersuchungen beschreiben, zu jeweils 100%. Die Struktur wurde in diesem Kapitel bereits beschrieben (Inspektion, Untersuchung im Stehen – Sitzen und Rückenlage).

Wie bereits eingangs erwähnt muss, dieses Ergebnis unter dem Aspekt betrachtet werden, dass die kleine Stichprobe und die selektive Literaturlauswahl keine Verallgemeinerung zulassen (vgl. hierzu Kapitel 7.1).

Eine größere Stichprobe oder ein anderes Forschungsdesign könnten hinsichtlich des Aufbaus einer Routineuntersuchung und der verwendeten Tests und Untersuchungsschritte mehr Aufschluss bringen. Im Ausblick dieser Arbeit werden entsprechende Vorschläge gemacht (vgl. hierzu Kapitel 9).

Der Umstand, dass es sonst kaum Übereinstimmungen unter den Experten und den Literaturbeispielen gibt, kann wiederum nur als Ausdruck der Individualität der befragten Experten und der Autoren der

Literaturbeispiele gedeutet werden. Diese Tatsache ist deutlich an den Beschreibungen der unterschiedlichen Routineuntersuchungen aus der Literatur (vgl. hierzu Kapitel 3.2.2.1 bis Kapitel 3.2.2.10) und den auch sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen der befragten Experten (vgl. hierzu Kapitel 6.3.1 bis Kapitel 6.3.10) zu erkennen.

Auffällig aber wahrscheinlich ohne unmittelbare Relevanz für diese Arbeit, ist bei der Analyse und dem Vergleich der Routineuntersuchungen der Autoren und der Experten aufgefallen, dass es unter den Aussagen der Experten vor allem hinsichtlich der verwendeten klinischen und osteopathischen Tests mehr Übereinstimmungen unter den Experten herrscht als unter den zehn Beispielen, die für die Literaturanalyse herangezogen wurden.

Es kann lediglich vermutet werden, dass der Grund dafür in der Tatsache liegt, dass alle befragten Experten die Ausbildung an der WSO absolviert haben. Die beschriebenen Untersuchungsroutinen sind selbst von den Experten individuell erarbeitet worden und durch die eigene Ausbildung an der WSO, durch zusätzliche Kurse und Seminare, die eigenen Vorlieben und Arbeitsschwerpunkte und durch die praktische Berufserfahrung geprägt.

Im nächsten Abschnitt wird abschließend die Meinung der Experten zu einer einheitlichen Routineuntersuchung diskutiert.

## **7.12 WIE STEHEN DIE EXPERTEN ZU EINER EINHEITLICHEN ROUTINEUNTERSUCHUNG?**

*„Also ich glaub, dass es individuell möglich ist für jeden einzelnen. Ich glaube aber nicht, dass es möglich ist, ein, eine Schablone für alle zu finden bei der Routineuntersuchung.“ (IP04, S. 3, 6 – 8)*

Es stellt sich die Frage, warum die Vorgehensweise der befragten Expertinnen und Experten so unterschiedlich ist und in diesem Sinn nur in Bezug auf gewisse Rahmenbedingungen für die Untersuchung und für einige wenige Bedingungen und Kriterien eine Übereinstimmung herrscht.

Diese Frage kann basierend auf den Aussagen der interviewten Experten mit einem Wort beantwortet werden: **Individualität.**

Wie definieren die Experten Individualität. Einige Experten haben sich im Rahmen der Interviews mit folgenden Stellungnahmen diesbezüglich geäußert:

Für den Experten IP02 bedeutet Individualität letztlich Einzigartigkeit: *„Einzigartigkeit. In letzter Konsequenz Einzigartigkeit.“* (IP02, S. 21, 20).

Für IP03 ist die eigene Individualität ist der Osteopathie fundamental wichtig. Er definiert sie folgendermaßen:

*„Individualität heißt, dass wir, des is find ich [...] ist die Speerspitze der Osteopathie. Dass wir versuchen über unsere individuellen Erfahrungen die Möglichkeit haben das zum Beispiel Testungen und Untersuchungen einfließen zu lassen. Das ist Individualität.“* (IP03, S. 22, 21 – 25)

Individualität bedeutet für ihn, seine eigenen Erfahrungen in seine Arbeit als Osteopath einfließen lassen zu können.

IP04 versteht darunter Raum – darunter ist im weitesten Sinn eventuell auch Freiraum oder Freiheit zu verstehen -, in dem seine Ideen, seine Vorstellungen, seine Art zu denken und seine Arbeitsweise Platz haben und sich entwickeln können:

*„[...] es mir wichtig ist in meiner Arbeit, Raum zu haben und dieser Raum gestaltet sich eben aus meiner, meinen Ideen und Denkweisen [...].“* (IP04, S. 24, 4 – 8)

Individualität ist die Eigenart und die Summe seiner Merkmale, durch die sich jemand auszeichnet und von anderen unterscheidet. (Brockhaus 2006, Duden 2010)

Eine einheitliche, im weitesten Sinn standardisierte Routineuntersuchung wird von allen zehn Experten (100%) aus folgenden Gründen abgelehnt (vgl. hierzu Kapitel 6.12).

Diese sind im Anschluss in absteigender Reihenfolge gemäß der Häufigkeitsanalyse der von den Experten genannten Argumente geordnet (vgl. hierzu Tabelle 16 in Kapitel 6.12):

- 100% der Experten (IP01 bis IP10) sind der Ansicht, dass die Individualität der Patienten bei einer einheitlichen, standardisierten Routineuntersuchung nicht berücksichtigt werden kann.

- Ebenso sind 100% der Experten (IP01 bis IP10) sich dahingehend einig, dass ihre eigene Individualität und persönliche Freiheit durch einheitliche Vorgaben eingeschränkt wird.
- 20% der Experten (IP03, IP07) haben die Befürchtung, dass die Möglichkeit, individuell, den eigenen Vorlieben entsprechend, Tests und Untersuchungsschritte auszuwählen, durch einheitliche Vorgaben eingeschränkt wird.
- 10% (IP10) sind der Ansicht, dass eine Vereinheitlichung dem Prinzip der Ganzheitlichkeit in der Osteopathie widerspricht.
- 10% (IP04) sind der Ansicht, dass eine einheitliche Routine dazu verleitet, nicht mehr mitzudenken, weil Vorgabe unreflektiert übernommen werden (vgl. hierzu Kapitel 6.8).
- 10% (IP07) sind der Ansicht, dass jeder Osteopath seine eigene Arbeitsweise hat und deshalb einheitliche Untersuchungen abzulehnen sind.
- 10% der Experten (IP04) meinen, dass einheitliche Vorgaben nur für schlecht ausgebildete Therapeuten notwendig sind.
- 10% (IP02) sind der Meinung, dass nur die Sicherheitstests einheitlich ausgeführt werden sollten, sonst gibt es keinen Grund für einheitliche Untersuchungen.
- 10% (IP10) sagen: „Osteopathie ist mehr“.

Alle Experten lehnen geschlossen zu 100% eine einheitliche Routineuntersuchung ab, da sie davon ausgehen, dass einheitliche Vorgaben ihre eigene Individualität und ihre Freiheit, gemäß den eigenen Schwerpunkten und Vorlieben untersuchen und behandeln zu können, eingeschränkt wird. Ihre individuelle Arbeitsweise ist nach Meinung der Experten durch persönliche Vorlieben, Begabungen, Erfahrungen als Mensch und Osteopath und durch Schwerpunkte in der Osteopathie geprägt und Ausdruck ihrer eigenen Persönlichkeit.

Alle Experten befürchten, dass sie durch solche Vorgaben, nicht mehr auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten entsprechend eingehen können. Es ist daher allen Experten wichtig, dass eine Untersuchungsroutine individuell veränderbar ist und flexibel gehandhabt werden kann, um die individuellen Bedürfnisse der Patienten, deren Persönlichkeit und Lebensumstände und spezielle klinische Situationen berücksichtigen zu können (vgl. hierzu Kapitel 6.6.3).

### **7.12.1 Einheitliche Routineuntersuchung für wissenschaftliche Fragestellungen?**

Für einige Experten (IP01, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08) erscheint für gewisse Fragestellungen in der wissenschaftlich osteopathischen Forschung und für Fragen der Qualitätssicherung einen einheitlichen und standardisierten Untersuchungsablauf im Sinne einer Routineuntersuchung dennoch sinnvoll (vgl. hierzu Kapitel 6.12.3).

Folgende Gründe für diese Meinung werden von ihnen genannt.

Diese sind im Anschluss in absteigender Reihenfolge gemäß der Häufigkeitsanalyse aufgeführt (vgl. hierzu Tabelle 17 in Kapitel 6.12.3):

- 30% der Experten (IP01, IP05, IP08) sind der Meinung, dass eine einheitliche Untersuchungsmethode, die anerkannte Tests und eine fundierte klinische Fachsprache verwendet, die Anerkennung der Osteopathie in der Öffentlichkeit verbessern kann.
- 20% (IP05, IP06) vertreten die Ansicht, dass eine fundierte klinische Ausdrucksweise die Akzeptanz der Osteopathie bei anderen medizinischen Berufen fördern kann.
- 10% der Experten (IP01) glauben, dass eine einheitliche Routineuntersuchung im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes für die Weiterentwicklung der Osteopathie wichtig sein könnte.
- 10% der Experten (IP08) meinen, dass eine Vereinheitlichung für den „Konsumentenschutz“ (Transparenz der Untersuchungsmethoden gegenüber den Patienten) wichtig sein könnte.

Gegenstimmen, die auch für wissenschaftliche Zwecke eine einheitliche Untersuchungsroutine für nicht sinnvoll halten, kommen von den Experten IP02, IP03 und IP10.

Sie führen folgende Argumente für ihre ablehnende Haltung an (vgl. hierzu Tabelle 16 in Kapitel 6.12.3):

- 10% (IP02) sind der Meinung, dass osteopathische Tests grundsätzlich nicht miteinander vergleichbar sind.
- 10% der Experten (IP03) befürchten, dass einheitliche Routineuntersuchungen die Verwendung von nicht reliablen osteopathischen Tests nicht zulassen.
- 10% der Experten (IP10) sind der deutlichen Meinung, dass eine Vereinheitlichung in der Osteopathie nicht möglich ist.

Ob eine einheitliche Routineuntersuchung für wissenschaftliche Zwecke sinnvoll oder gar notwendig ist, kann in der vorliegenden Arbeit basierend auf den Aussagen der Experten nicht beantwortet werden. Dafür wäre es notwendig, sich intensiv mit den Anforderungen der Qualitätssicherung und auch einer Evidenzbasierten Medizin zu beschäftigen, was den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

In diesem Zusammenhang kann auf die osteopathischen Standards der österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) hingewiesen werden, in denen die grundsätzliche Bereitschaft der Osteopathen gefordert wird, bei wissenschaftlichen Projekten mitzuwirken bzw. wissenschaftlich tätig zu sein, um den Wissenstand in der Osteopathie weiter zu entwickeln,:

*„Im Interesse der Weiterentwicklung des Wissensstandes in der Osteopathie sollen OsteopathInnen die prinzipielle Bereitschaft zeigen, ihm Rahmen ihrer Möglichkeiten an Forschungsvorhaben mitzuwirken, sofern ihnen diese fachlich qualifiziert und ethisch vertretbar erscheinen. Forschung muss nach allen Regeln der wissenschaftlichen Redlichkeit betrieben werden“ (OEGO, 2005, S.14).*

Der Experte IP04 merkt an, dass er sich bewusst ist, dass es z.B. von Seiten der WSO den Wunsch nach mehr wissenschaftlicher Arbeit und Qualitätssicherung gibt. Er kann diesen Wunsch zwar durchaus verstehen, vertritt aber dennoch die Ansicht, dass sich die Osteopathie nicht völlig dem Diktat der Wissenschaftlichkeit unterwerfen sollte. Er

sieht es vielmehr als eine spannende Herausforderung, sich einerseits diesen Ansprüchen zu stellen und dennoch die eigene Individualität zu bewahren. Experte IP04 sieht diese auf den ersten Blick scheinbar unvereinbaren Ansprüche und Wünsche vielmehr als ein Spannungsfeld in der Osteopathie, dem sich zu stellen durchaus reizvoll sein kann:

*„[...] und aber das macht ja auch so spannend, die Osteopathie. Dass diesen Widerspruch geben kann, dass das auf der einen Seite eben dieser, dieses freie Vorgehen und Osteopathie ist so unterschiedlich und auf der anderen Seite doch vielleicht immer wieder Grenzen setzen wollen und immer wieder klare Dinger heraus arbeiten wollen.“ (IP04, S. 25, 12 – 17)*

### **7.12.2 Einheitliche Routineuntersuchung für die Kommunikation mit Kollegen?**

Die Frage ob einheitliche standardisierte Untersuchungsprotokolle für die Zusammenarbeit mit Kollegen zum Beispiel bei einer Übergabe eines Patienten an einen Kollegen sinnvoll sind ist unter den Experten umstritten (vgl. hierzu Tabelle 19 in Kapitel 6.12.5).

10% der Experten (IP08) gehen davon aus, dass durch einheitliche Befunde und Untersuchungsmethoden, bei der Untersuchung Zeit gespart werden kann, da gewisse Tests nicht mehr durchgeführt werden müssen.

20% der Experten (IP02, IP04) sind diesbezüglich anderer Meinung und vertreten die Ansicht, dass es ihnen wichtig ist, Patienten selbst zu untersuchen, da die Tests in der Regel untereinander nicht vergleichbar sind.

### **7.12.3 Vorschlag für eine Routineuntersuchung in der Ausbildung an der WSO?**

90% der Experten (IP01, IP02, IP03, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08, IP09) vertreten die Ansicht, dass ein Vorschlag für eine Routineuntersuchung an der WSO für die Ausbildung sinnvoll sein kann (vgl. hierzu Kapitel 6.12.4).

Ihre entsprechenden Argumente sind anschließend in absteigender Reihenfolge gemäß ihrer Nennungshäufigkeit aufgeführt (vgl. hierzu Tabelle 18 in Kapitel 6.12.4):

- 30% der Experten (IP02, IP05, IP07) meinen, dass ein Vorschlag Studenten helfen kann, wichtige Erfahrungen mit Tests und Untersuchungsmethoden zu sammeln.
- 20% der Experten (IP05, IP07) sind der Ansicht, dass ein Vorschlag für eine Routineuntersuchung die Studenten dabei unterstützen kann, grundlegende diagnostische Fähigkeiten zu entwickeln.
- 20% (IP05, IP08) haben einen solchen Vorschlag in der Ausbildung selbst vermisst.
- 10% der Experten (IP05) glauben, dass eine Vorgabe für eine Routineuntersuchung den Studenten hilft, einem Plan bei der Untersuchung zu folgen („roter Faden“).
- 10% der Experten (IP07) glauben, dass ein Vorschlag die Studenten dabei unterstützt, die osteopathische Denkweise zu verbessern und zu verfeinern.
- 10% der Experten (IP05) sind der Ansicht, dass eine fundierte und gründliche osteopathische Untersuchung zunächst erlernt werden muss.

Aus den oben genannten Gründen befürworten die oben genannten neun Experten einen Vorschlag für eine Routineuntersuchung, um den Studenten ein Werkzeug und Hilfsmittel in die Hand zu geben mit dem sie üben und Erfahrungen sammeln können.

Croibier (2006), Lehmayr (2006) (vgl. hierzu Kapitel 3.1.1) und Braun und Mader (2005) (vgl. hierzu Kapitel 2.4) empfehlen eine systematische Routineuntersuchung für Studenten und unerfahrene Ärzte, da diese aus ihrer Sicht, verstärkt dazu neigen, wichtige Untersuchungsschritte und Tests zu vergessen. Eine Routineuntersuchung mit der Funktion einer Checkliste (vgl. hierzu Kapitel 2.4) könnte aus Sicht dieser drei Autoren dabei helfen, keinen wesentlichen Schritt in der Untersuchung zu vergessen und somit Fehler zu vermeiden.



Die Experten IP03 und IP05 sind der Ansicht, dass dieser Vorschlag individuell sein muss und den Studenten ausschließlich als Vorschlag angeboten werden darf. Es soll ihnen überlassen werden, ob sie damit arbeiten wollen und es soll ihnen auch frei gestellt sein, ob sie den Leitfaden verändern und erweitern wollen. Er soll auch nicht überprüft oder geprüft werden.

Lediglich Expertin IP10 vertritt diesbezüglich eine andere Ansicht. Sie ist der Meinung, dass Studenten der Osteopathie bereits über Erfahrungen im Umgang mit Patienten aus ihrem Grundberuf verfügen und dass die Auseinandersetzung mit dem Thema Untersuchung von Patienten für deren Entwicklung wichtig ist.

Die Experten IP02 und IP04 meinen, dass es wichtig wäre, dass ein solcher Vorschlag von erfahrenen Osteopathen ausgearbeitet werden sollte, damit dieser umfassend ist.

Expertin (IP05) äußert im Interview den Vorschlag, eine Arbeitsgruppe bestehend aus Supervisoren zu bilden, die einen solchen Vorschlag und Vorgabe für den Unterricht an der WSO erarbeiten sollen.

In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die Funktion von Schemata hingewiesen (vgl. hierzu Kapitel 7.2.1):

Kopp und Mandl (2005) betonen zusätzlich die Funktion von Schemata als Lernstrategie. Sie gehen davon aus, dass fremdinduzierte, durch Experten erarbeitete Schemata, z.B. in diesem Fall ein Vorschlag für eine osteopathische Routineuntersuchung, für den Wissenserwerb bei Lernenden hilfreich sein kann. Kopp und Mandl (2005) betonen, dass dadurch nicht nur der Erwerb des Wissens zu einem Thema verbessert wird. Sie gehen zusätzlich davon aus, dass durch diese Form des Lernens die Lernenden auch dazu angeregt werden, komplexe Zusammenhänge und Wissensinhalte wiederum in Form von Schemata zu organisieren, wodurch dieses Wissen besser verständlich wird, die Zusammenhänge deutlicher werden und das entsprechende Wissen auch leichter wieder abgerufen werden kann.

Nach der Diskussion der Ergebnisse der Experteninterviews und der Literaturanalyse werden anschließend Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen dieser Arbeit gezogen.

## **8 SCHLUSSFOLGERUNGEN**

In dieser Arbeit wurde der Frage nachgegangen, wie eine Routineuntersuchung aus der Sicht von osteopathischen Experten aufgebaut ist.

Dieser Frage wurde in einem qualitativen Forschungsprojekt mit Experteninterviews nachgegangen.

Innerhalb dieser kleinen Gruppe von Osteopathen zeigt sich eine große Vielfalt an verschiedenen Untersuchungsmethoden bzw. Routineuntersuchungen. Nur bezüglich der groben Struktur und dem grundsätzlichen Aufbau einer Routineuntersuchung, hinsichtlich der Rahmenbedingungen und bezüglich einiger weniger Tests bzw. Untersuchungsschritte, die die Experten anwenden, bestehen Übereinstimmungen oder ähnliche Ansichten mehrerer Experten. Es konnten einige Prinzipien, Kriterien, Ziele, Vorteile und Nachteile einer Routineuntersuchung aufgezeigt werden, die dieser kleinen Gruppe von Osteopathen persönlich wichtig ist und relevant erscheint.

Durch eine Gegenüberstellung mit Beispielen für Routineuntersuchungen aus der Literatur konnten einige wenige Parallelen und Übereinstimmungen aufgezeigt werden.

Das Ziel dieser Arbeit, basierend auf der Meinung der Experten, einen Vorschlag für eine Routineuntersuchung zu erarbeiten, den interessierte Osteopathen aufgreifen können, konnte aufgrund der mangelhaften Übereinstimmungen und der kleinen Stichprobe nur ansatzweise umgesetzt werden.

Es wurde auch darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der Experteninterviews nicht verallgemeinerbar sind und sich nur auf die Meinungen und die Arbeitsweise einer kleinen Gruppe von Osteopathen bezieht.

Dennoch können die Ergebnisse dieser Arbeit für einen Osteopathen oder Studenten aus der Osteopathie, die sich überlegen, eine Routineuntersuchung für sich selbst zu erarbeiten, relevant sein. Die unterschiedlichen Meinungen der Experten können für ein solches Vorhaben von Belang sein und Berücksichtigung finden.

Ebenso können die Ergebnisse dieser Arbeit für jene Arbeitsgruppe an Supervisoren relevant sein, die von Expertin IP05 befürwortet wird, um einen Vorschlag für eine Routineuntersuchung für Ausbildungszwecke zu erarbeiten, den die Mehrheit der befragten Experten für sinnvoll hält.

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit beruht auf zwei Vorannahmen (Arbeitshypothesen).

**„Osteopathische Experten richten sich bei der Untersuchung von Patienten nach einer bestimmten Routine.“**

Diese Annahme kann für jene zehn Osteopathen, die als Experten für diese Arbeit befragt wurden, als zutreffend gewertet werden, da alle zehn sich nach einer bestimmten, wenn auch nicht alle nach der gleichen, Systematik und Methode bei der Untersuchung richten (vgl. hierzu Kapitel 7.2).

**„Ist eine Routineuntersuchung aus der Sicht der Experten für die osteopathische Diagnostik von Bedeutung.“**

Da alle befragten Experten bei der Untersuchung eine bestimmte Systematik bzw. Routine anwendet, kann davon ausgegangen werden, dass diese Annahme für die befragten Experten zutrifft und für diese zehn Osteopathen eine Routineuntersuchung von Bedeutung ist.

*„Die Untersuchung und die, also ich glaub, dass meine Untersuchung oder dass die osteopathische Untersuchung überhaupt den höchsten Stellenwert im ganzen osteopathischen Ablauf hat, weil ohne gescheite Untersuchung kann ich keine Behandlung machen. Daher hat das eigentlich wahrscheinlich höchste Priorität ja. Dass dann behandelt wird das ist dann ein angenehmer Nebeneffekt. Für den Patienten der Hauptteil aber mich interessiert eigentlich die Geschichte, warum ein Patient Beschwerden hat, was ist da passiert, was hat der Körper gemacht, damit es soweit gekommen ist und in welchen Umständen befindet sich dieser Mensch, ja. Das sind Dinge, die mich interessieren, dass es dann behandelt wird und besser wird hoffentlich, dass ist dann für den Patienten wichtig aber ich freue mich auch, wenn's dem besser geht, ja, aber jetzt interessant ist für mich eigentlich nur das Ergebnis der Palpation, ja, und das was man daraus entwickeln kann für ein Bild oder eine Hypothese. Das ist interessant.“ (IP07, S. 11, 32 – 37; S. 12. 1 – 9)*

Im Anschluss an dieses Kapitel werden noch interessante Forschungsideen, die sich aus dieser Arbeit ergeben haben, vorgeschlagen.

## **9 AUSBLICK**

Das ursprüngliche Ziel dieser Arbeit, einen Vorschlag für eine Routineuntersuchung zu erstellen, konnte nur ansatzweise verwirklicht werden. Es ist aber dennoch gelungen, ein Grundgerüst und gewisse Rahmenbedingungen für eine Routineuntersuchung aus der Sicht von Experten und ausgewählten Literaturbeispielen aufzuzeigen. Weiters konnten Ziele, Kriterien und Prinzipien, die erfahrenen Osteopathen in diesem Zusammenhang wichtig sind, vorgestellt werden.

Es wurde bereits angesprochen, dass das Ergebnis dieser Arbeit für die vorgeschlagene Arbeitsgruppe aus Supervisoren als Ausgangsbasis relevant sein kann, um den von den befragten Experten empfohlenen Vorschlag für eine Routineuntersuchung für Ausbildungszwecke zu erarbeiten.

Es wäre in diesem Zusammenhang interessant, mit einem anderen qualitativen Forschungsdesign, zum Beispiel eine Studie mit Fragebögen, eine größere Gruppe von Experten zu erfassen und zu klären, wie viele Osteopathen welche Tests und Untersuchungsschritte anwenden. Als Ausgangsbasis können wiederum die Ergebnisse dieser Arbeit dienen.

Es wäre meiner Ansicht nach wichtig, zu erforschen, wie die spezifischen Routineuntersuchungen („Subroutinen“) für bestimmte Gelenke oder Körpersysteme, die von einigen Experten (IP04, IP9, IP10) erwähnt werden, aufgebaut sind. Dies könnte zum Beispiel in Anlehnung an die Forschungsarbeit von Peace, Fryer (2004) durchgeführt werden, die mit Fragebögen nahezu 1000 australische Osteopathen befragt haben, welche Tests und Methoden sie zur Untersuchung des ISG Gelenks bei einer Dysfunktion dieses Gelenks verwenden. Ergebnisse solcher Forschungsprojekte könnten auch für die Ausbildung interessant sein.

Um die genauen Abläufe und die Durchführung der Untersuchungsschritte bei einer Routineuntersuchung noch näher zu beleuchten, bietet sich als Forschungsdesign eine Beobachtungsstudie

eventuell in Kombination mit stark fokussierten Interviews an, obwohl dieses sicher sehr aufwendig ist.

In den Interviews haben sich noch einige Themen und relevante Fragestellungen ergeben, die im Zusammenhang mit der Fragestellung dieser Arbeit nur andiskutiert werden konnten. Da diese die für die Osteopathie relevant und interessant sein könnten wäre es sinnvoll mit geeigneten Methoden diese näher zu untersuchen.

Dazu zählt zum Beispiel das Thema der Intuition in der Osteopathie, das umstritten zu sein scheint. Ein weiteres die Individualität. Was verstehen Osteopathen darunter und welchen Einfluss hat sie auf die Arbeit.

Ein weiteres Thema ist die Frage der Interpretation von klinischen und osteopathischen Tests. Diesbezüglich wurde in dieser Arbeit zum Beispiel eine Diskrepanz bei der Interpretation des Vorlauffests festgestellt. Es stellt sich die Frage, ob es nicht sinnvoll oder notwendig ist, zum Beispiel für Ausbildungszwecke, einheitliche osteopathische Interpretationen zu erstellen, um zum Beispiel Verwirrung bei den Studenten zu vermeiden. Auch dafür bieten sich qualitative Forschungsmethoden an.

In Anlehnung an die österreichische Vorsorgeuntersuchung Neu bietet sich, meiner Ansicht nach, das Potential an, eine osteopathische Screening Untersuchung zur Früherkennung, basierend auf einer standardisierten Routineuntersuchung, die mit anerkannten Testkriterien evaluiert ist, zu erarbeiten und die Osteopathie als wichtiges Bindeglied in der Vorsorgemedizin zu etablieren.

In dieser Richtung gibt es offensichtlich bereits Bestrebungen. In der Kinderosteopathie wurde der osteopathische Kinderpass (Pelzl und Bayer, s.p.) entwickelt. Dieser dient in Anlehnung an osteopathische Früherkennungsuntersuchungen aus den USA und England vor allem der Vorsorge und Prävention. Es ist dies ein strukturierter Leitfaden für eine systematische Vorgehensweise bei der osteopathischen Untersuchung von Kindern. Entsprechend der Entwicklungsstufe des Kindes werden für den jeweiligen Lebensabschnitt eine Reihe von

Untersuchungen beziehungsweise zu untersuchende Organsysteme vorgegeben.

**- ENDE -**

## **10 LITERATURVERZEICHNIS**

Anderson JR. 2007. Kognitive Psychologie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Barral JP, Mercier P. 2005. Lehrbuch der viszeralen Osteopathie. Band 1. München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Betsch T. 2005. Wie beeinflussen Routinen das Entscheidungsverhalten. Psychologische Rundschau 56(4):261 – 270.

Braun RN, Mader FH. 2005. Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Brockhaus. 2006. Enzyklopädie in 30 Bänden. Leipzig, Mannheim: F.A. Brockhaus GmbH, Bibliographisches Institut und F.A. Brockhaus AG.

Brunner E. s.p. Qualitative Analyse der Zufriedenheits – und Unzufriedenheitsfaktoren bei Kärntner Frauen. Universität Klagenfurt, Institut Psychologie.

Buckup K. 2005. Klinische Tests an Knochen, Gelenken und Muskeln. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Buekens J. 2004. Osteopathische Diagnose und Behandlung: Ganzheitliche Integrierte Myo – Fasziale Osteopathische Therapie (GIMFOT). Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Cambridge Dictionaries Online. 2010. <http://dictionary.cambridge.org/>.

Chauffour P, Prat E, Michaud J. 2010. Der Osteopathische Mechanical Link. In: Liem T, Dopler TK (Hrsg.). 2010. Leitfaden Osteopathie. München: Urban und Fischer Elsevier GmbH.



Clementi H, Musil K, Sommerfeld P. 2008. Seminarunterlagen Bibliothekstag: Eine erste Einführung zum wissenschaftlichen Arbeiten für Osteopathinnen und Osteopathen. Unveröffentlichtes Manuskript.

Concise Medical Dictionary. 1998. Oxford, New York: Oxford University Press.

Croibier A. 2006. Diagnostik in der Osteopathie. Jena, München: Urban & Fischer Verlag.

Dahmer J. 2006. Anamnese und Befund. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Der Brockhaus Gesundheit. 2006. Leipzig, Mannheim: F.A. Brockhaus GmbH.

Danninger H. 1988. Die programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. In: Braun RN, Mader FH. 2005. Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Delaunois P. 2010. Osteopathische Prinzipien. In: Liem T, Dopler TK (Hrsg.). Leitfaden Osteopathie. München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Dopler TK, Mitha N, Reeve A. 2010. Die Allgemeine Osteopathische Behandlung. In: Liem T, Dopler TK (Hrsg.). 2010. Leitfaden Osteopathie. München: Urban und Fischer Elsevier GmbH.

Duden. 2010. Das Bedeutungswörterbuch. Mannheim: Bibliographische Institut AG.

Duden. 2007. Das Fremdwörterbuch. Mannheim: Bibliographische Institut & F.A. Brockhaus AG.

Fieuw K, Kenter M. 2004. Integrative osteopathische Untersuchung [DVD]. München: Video – Commerz GmbH.

Flick U. 2007. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Flick U. 2008. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Fossum C. 2010. Die osteopathische Diagnosefindung. In: Liem T, Dopler TK (Hrsg.). Leitfaden Osteopathie. München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Füeßl HS, Middeke M. 2010. Anamnese und klinische Untersuchung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Greenman, PE. 2000. Lehrbuch der osteopathischen Medizin. Heidelberg: Karl F. Haug Verlag.

Greenman, PE. 2003. Principles of manual Medicine. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins.

Grifka J., Tingart M., Hofbauer R., Peters T. 2002. Entwicklung und Anwendungserprobung einer Mehrstufendiagnostik für Muskel – Skelett – Erkrankungen bei der arbeitsmedizinischen Routineuntersuchung. Orthopäde 31:973 – 980.

Grüne S, Schölmerich J (Hrsg.). 2007. Anamnese Untersuchung Diagnostik. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Hinkelthein E, Zalpour C. 2006. Diagnose – und Therapiekonzepte in der Osteopathie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Johnston WL, Friedman HD, Eland DC. 2009. Funktionelle Techniken. Osteopathische Untersuchung und Manipulation der Bewegungsfunktionen. München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Klein P, Sommerfeld P. 2004. Biomechanik der menschlichen Gelenke. München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Kopp B, Mandl H. 2005. Wissensschemata. Ludwig Maximilian Universität München. Department Psychologie. Institut für pädagogische Psychologie.

Krasser W, Ligner B. 2007. AOB: Allgemeine Osteopathische Untersuchung [DVD]. Wien: Internationale Schule für Osteopathie.

Lehmeyer L. 2006. Anamnese und Untersuchung. München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Liem T, Dopler TK (Hrsg.). 2010. Leitfaden Osteopathie. München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Magee DJ. 2008. Orthopedic Physical Assessment. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.

Mitchell FL Jr., Mitchell PKG. 2004. Handbuch der Muskelenergietechniken. Band 1. Stuttgart: Hippokrates.

Mitchell FL Jr., Mitchell PKG. 2004. Handbuch der Muskelenergietechniken. Band 2. Stuttgart: Hippokrates.

Mitchell FL Jr., Mitchell PKG. 2004. Handbuch der Muskelenergietechniken. Band 3. Stuttgart: Hippokrates.

Mayer – Fally E. 2006. Klinische Osteopathie. Bestandsaufnahme und Stellenwert der klinischen Arbeit in der Osteopathie. Krems: Masterthese. Donauuniversität Krems.

Mayring P. 2008. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U. 2008. Qualitative Forschung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Mayring P. 2001. Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. Forum: Qualitative Social Research [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.net/index.php/fqs/article/viewArticle/967/2110>. [19.11.2010].

Mummenthaler M, Mattle H. 1997. Neurologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Neuronale Netze. Eine Einführung. 2010. Druckversion der Internetseite: [www.neuronalesnetz.de](http://www.neuronalesnetz.de). Verfügbar unter: [http://www.neuronalesnetz.de/downloads/neuronalesnetz\\_de.pdf](http://www.neuronalesnetz.de/downloads/neuronalesnetz_de.pdf) [01.07.2010]

Nixdorff U. 2009. Check – Up – Medizin. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Och V. 2010. Palpation. In: Liem T, Dopler TK (Hrsg.). Leitfaden Osteopathie. München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Osteopathic European Academic Network (OSEAN). 2010. [http://www.osean.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=31&Itemid=4](http://www.osean.com/index.php?option=com_content&view=article&id=31&Itemid=4) [28.11.2010]

Oxford Dictionaries Online. 2010. <http://oxforddictionaries.com/?attempted=true>.

Peace S. Fryer G. 2004. Methods used by members of the Australian osteopathic profession to assess the sacroiliac joint. *Journal of Osteopathic Medicine* 7(1):25 – 32.

Pelzl R, Bayer C. s.p. *Der osteopathische Kinderpass.*

Podlesnic W. 2006. Local Listening – a General Diagnostic Tool? An Experimental Examination of it's Reliability. Krems: Masterthese. Donauuniversität Krems.

Poeck K. Hacke W. 2006. *Neurologie.* Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Psychrembel. *Klinisches Wörterbuch.* 2007. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Reimann S. 2008. *Befunderhebung.* München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Reuter P. 2005. *Springer Wörterbuch Medizin.* Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Roche *Lexikon Medizin.* 2003. München, Jena: Hoffmann – La Roche AG und Urban & Fischer Verlag.

Sammut EA, Searle – Barnes PJ. 1998 (Deutsche Ausgabe 2000). *Osteopathische Diagnose.* München, Bad Kissingen, Berlin, Düsseldorf, Heidelberg: Richard Pflaum Verlag GmbH & CO.KG.

Schötensack JS. s.p. *Die 150 besten Checklisten von A – Z: Von A wie Anlage bis Z wie Zeitmanagement. 150 Sofortlösungen für ihren beruflichen und privaten Alltag.* Koenig D (Hrsg.).

Seel A. 2004. Einführung in die qualitative Forschung. Verfügbar unter:  
[www.pze.at/typo3/.../user.../Qualitative\\_Forschung\\_Homepage.pdf](http://www.pze.at/typo3/.../user.../Qualitative_Forschung_Homepage.pdf).  
[12.02.2010].

Siedler S. 2010. Relevanz der Intuition in der Osteopathie –  
Überlegungen und ein Literaturüberblick. Osteopathische Medizin  
1/2010:4 – 9.

Somody – Neplaz I, Chauffour P, Prat E. 2007. Der Mechanical Link.  
Osteopathische Medizin 1/2007:4 – 9.

Sutton SE. 1978. An osteopathic method of history taking and physical  
examination: Part 1. Journal AOA Vol. 77:780/91 – 788/99.

Sutton SE. 1978. An osteopathic method of history taking and physical  
examination: Part 2. Journal AOA. Vol. 77:845/57 – 858/70.

The Oxford Medical Companion. 1994. Oxford, New York, Tokyo:  
Oxford University Press.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. 2005.  
Vorsorgeuntersuchung Neu. Informationsunterlage [Internet]. Verfügbar  
unter:  
[http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=62110&p\\_tabid=3](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=62110&p_tabid=3) [10.07.2010]

Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung / Prävention der VAEB  
(Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau). 2005.  
Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen [Internet].  
Verfügbar unter:  
[http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMD89423\\_arztmanual\\_gesamt.pdf](http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMD89423_arztmanual_gesamt.pdf). [10.07.2010]

Wallace S. 2005. Lendenwirbelsäule. Wiener Schule für Osteopathie:  
Unveröffentlichte Seminarunterlagen.

Zetkin M, Schaldach H. 1999. Lexikon der Medizin. Wiesbaden: Ullstein  
Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co.

## **11 ANHANG**

### **11.1 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

bzw. = beziehungsweise

HWS = Halswirbelsäule

BWS = Brustwirbelsäule

LWS = Lendenwirbelsäule

OE = Obere Extremität

UE = Untere Extremität

WSO = Wiener Schule für Osteopathie

z.B. = zum Beispiel

### **11.2 GLOSSAR**

#### **11.2.1 Test bzw. Bestimmung des Führungsauges (dominanten Auges)**

Laut Croibier (2006) wird das sogenannte Führungsauge folgendermaßen bestimmt:

- Zunächst sollen beide Augen auf einen in einiger Entfernung liegenden Punkt gerichtet werden.
- Beide Arme ausstrecken und Daumen und Zeigefinger beider Hände zu einem Kreis formen.
- Durch diesen Kreis auf den Punkt blicken und den Kreis so verkleinern, dass nur noch der Punkt zu sehen ist.
- Abwechselnd das rechte und linke Auge schließen. In der Regel verschwindet der Punkt beim Schließen eines Auges.
- Das Auge, bei dem der Punkt nicht verschwindet, ist das dominante Führungsauge.

Laut Croibier (2006) sollen so Fehler bei der Inspektion vermieden werden.



## 11.2.2 Klinische Tests

Tabelle 20: Klinische Tests und was sie prüfen sollen.

TEST	FUNKTION	QUELLE
Vorlaufstest (Standing Flexion Test)	Test für die Funktion der Iliosakralgelenke	Buckup (2005)
Hip Drop Test	Beurteilung von BWS, LWS und lumbosakralen Übergang	Fossum (2010)
Gillet Test (Spine Test, Fowler Storch Test)	Funktionsprüfung der Iliosakralgelenke	Buckup (2005), Greenman (2000, 2003), Mitchell und Mitchell (2004)
Hock Test (Squatting Test)	Globaler Test für die UE	Fossum (2010)
Lasegue Test	Hinweis auf Nervenwurzelkompression L4 – S1, Dehnungsfähigkeit der Ischiokruralen Muskulatur (Pseudo – Lasegue Test)	Buckup (2005)
Patrick Test (FABERE Test)	Differenzierung zwischen Hüftgelenks - und Iliosakralgelenkserkrankung	Buckup (2005)
Sphinx Test	Hyperextensionstest in Bauchlage, Hinweis auf ein Lumbalsyndrom	Buckup (2005)
Finger Boden Abstand	Beurteilung der Beweglichkeit der Wirbelsäule	Buckup (2005)
Springing Test (Federungstest)	Federungstest an der LWS als Hinweis auf eine Funktionsstörung	Buckup (2005)
Kompressionstest (z.B. HWS)	Hinweis auf mögliche Funktionsstörung der Bandscheiben und Nervenwurzeln.	Buckup (2005)
Stoßdämpfertest ISG	Federungstest für die Iliosakralgelenke, Hinweis auf mögliche Funktionsstörung	Buckup (2005)
Downing Test	Test zur Differenzierung zwischen funktioneller und anatomischer Beinlängendifferenz und Beweglichkeit der Iliosakralgelenke	Fossum (2010)
Gossip Test	Test zur Beurteilung der Beweglichkeit der Iliosakralgelenke	Wallace (2005)
Valsalva Test	Erhöhung des intraspinalen Drucks als Hinweis auf raumfordernde Prozesse (Tumor, Bandscheibenvorfall,...)	Buckup (2005)
HWS Rotationstest in Extension, Flexion und Neutralstellung	Hinweis auf Funktionsstörung der unteren, mittleren und oberen HWS	Buckup (2005)

### **11.3 ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

- Abbildung 1: Die osteopathische Diagnose (Croibier, 2006, S.66)

### **11.4 TABELLENVERZEICHNIS**

- Tabelle 1: Gründe für eine systematische Untersuchung
- Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung von Tests in Routineuntersuchungen (Mehrfachnennung)
- Tabelle 3: Prinzipien und Kriterien für eine Routineuntersuchung
- Tabelle 4: Ziele einer Routineuntersuchung
- Tabelle 5: Induktive Kategorienbildung: Ziele einer Routineuntersuchung
- Tabelle 6: Schritte der Routineuntersuchung der Experten
- Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der von den Experten bei der Routineuntersuchung mehrheitlich genannten Tests und Untersuchungsschritte (Mehrfachnennung)
- Tabelle 8: Darstellung der Tests, die Bestandteil der individuellen Routineuntersuchung der Experten sind.
- Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der in der Nach – bzw. Folgeuntersuchung verwendeten Tests.
- Tabelle 10: Unerlässliche Tests aus Sicht der Experten
- Tabelle 11: Prinzipien und Kriterien aus Sicht der Experten
- Tabelle 12: Ziele einer Routineuntersuchung
- Tabelle 13: Nachteile einer Routineuntersuchung aus Sicht der Experten
- Tabelle 14: Beeinflussende Faktoren bei der Routineuntersuchung
- Tabelle 15: Grundausstattung
- Tabelle 16: Einheitliche Routineuntersuchung?
- Tabelle 17: Einheitliche Routineuntersuchung für wissenschaftliche Zwecke
- Tabelle 18: Einheitliche Routineuntersuchung in der Ausbildung an der WSO

- Tabelle 19: Einheitliche Routineuntersuchung für die Kommunikation mit Kollegen
- Tabelle 20: Klinische Tests und was sie messen sollen.

## **11.5 INTERVIEWLEITFADEN**

### **Persönliche Meinung & eigene Praxis**

Bei Supervisionen wird StudentInnen immer wieder empfohlen, sich für die Untersuchung von PatientInnen eine bestimmte Untersuchungsroutine zurechtzulegen – eine Arte „systematische Routineuntersuchung“. Was verstehst Du unter diesem Begriff und wie würdest Du diesen Begriff definieren?.

Wendest Du in Deiner täglichen Praxis eine bestimmte Untersuchungsroutine an? / gibt es Untersuchungsschritte und Tests, die Du bei jedem Patienten bei der Untersuchung durchführst? / gibt es Tests und Untersuchungsschritte, die du bei einer Mehrheit der Pat. durchführst?

Beschreibe bitte den Ablauf „deiner“ Routineuntersuchung. Welche klinischen und osteopathischen Tests wendest Du routinemäßig an?

Aus welchen Gründen verwendest Du genau diese Untersuchungsschritte und die beschriebenen Tests?

Welches Ziel hat diese Art der Untersuchung für Dich?

Wie viel Zeit nimmt dieser Teil der Diagnostik bei Dir im Durchschnitt in Anspruch?

Wiederholst Du Untersuchungsschritte bzw. Tests, wenn der Patient wieder kommt? Gibt es Tests bzw. Schritte, die Du immer bei jedem Patienten bei jedem Termin durchführst?

Gibt es aus Deiner Sicht Tests oder Untersuchungsschritte, die bei einer Untersuchung eines Patienten unerlässlich sind?

Verwendest Du irgendwelche medizinischen Instrumente im Rahmen der Untersuchung (z.B. Blutdruckmessgerät, Reflexhammer?, ...)

Welche Bedeutung bzw. Stellenwert hat Ihre Untersuchungsmethodik für Dich (z.B. „roter Faden“, Vergleich vor und nach der Behandlung im Re – Test,...)?

Wie hast Du Dir diesen Ablauf zusammengestellt? Gibt es bestimmte „Vorbilder“ oder Quellen auf die Du Dich berufst?

Durch welche Faktoren wird der Untersuchungsablauf beeinflusst (z.B. Zeit, Wissensstand / Erfahrung, Alter, Geschlecht...) und wie?

Welchen Einfluss hat die Anamnese auf die Untersuchung?

Gibt es Krankheitsbilder oder Situationen, die Dich dazu veranlassen, Deine Routineuntersuchung zu verändern (z.B. akuter Patient, Trauma,...) und wie?

Gibt es Kriterien, die für Dich bei der Untersuchung von PatientInnen wichtig sind – z.B. werden Ganzheitlichkeit und Effizienz, in der Literatur erwähnt? Bitte definiere diese Kriterien?

Gibt es aus Deiner Sicht Vorteile und Nachteile einer Routineuntersuchung?

Hat sich Deine Untersuchungsroutine im Laufe der Zeit verändert? Und wie hat sie sich verändert?

Wie stehst Du persönlich zu einer einheitlichen Routineuntersuchung, die von allen OsteopathInnen angewendet wird?

Hat deine Untersuchungsmethode einen Einfluss auf die Kommunikation mit Kollegen?

### **Die RU und der Patient**

Wie reagieren die Patienten auf diese Untersuchung?

### **Unterricht & Forschung**

Gibt es aus Deiner Sicht Bereiche in der Osteopathie, für die eine systematische Routineuntersuchung sinnvoll wäre (z.B. für Ausbildungszwecke, Forschung, Kommunikation unter KollegInnen,..) ?

### **Abschluss**

Gibt es noch Anmerkungen oder Kommentare von deiner Seite?

## **11.6 BEGLEITBRIEF**

Liebe / Lieber ?

Ich schreibe derzeit an meiner Masterthese, die sich mit dem Thema der „systematischen Routineuntersuchung“ in der Osteopathie bei Erwachsenen beschäftigt. Eine solche Untersuchungsroutine wird immer wieder z.B. bei Supervisionen und teilweise auch in osteopathischer Fachliteratur empfohlen.

Ich versuche u.a. zu erforschen, wie dieser Begriff definiert wird, welchen Stellenwert sie hat, wie sie aufgebaut und strukturiert ist oder sein kann, welche Kriterien für diese Untersuchung wichtig sind und welche Vor – bzw. Nachteile eine Routineuntersuchung mit sich bringt.

Für die Erforschung dieser Fragestellungen habe ich die Methode der Experteninterviews gewählt. Diese möchte ich mit SupervisorInnen der WSO Liste durchführen und hoffe deshalb sehr, dass Du Dich mir für ein solches Interview zur Verfügung stellen wirst. Ich gehe davon aus, dass das Interview etwa 60 Minuten dauern wird.

Natürlich werden Deine Angaben in meiner Arbeit anonym behandelt.

Ich werde in den nächsten 1 – 2 Wochen mit Dir telefonisch Kontakt aufnehmen, um einen Termin mit Dir zu vereinbaren.

Solltest Du Fragen an mich bezüglich meines Vorhabens haben, dann würde ich Dich bitten, mit mir telefonisch oder per Mail Kontakt aufzunehmen (f: 0664/11 83 290, m: [michael.biberschick@chello.at](mailto:michael.biberschick@chello.at)). Das vollständige Konzept meiner Arbeit ist auf der WSO Website unter den WSO Konzepten zu finden.

Vielen Dank im Voraus für Deine Unterstützung.

Mit lieben Grüßen,

**“Develop a system!”:  
The Examination Routine  
in Osteopathy**

Master Thesis for obtaining the degree of “Master of  
Science” in Osteopathy (Summary)

At the Donau **Universität Krems** –  
**Zentrum für chin. Medizin & Komplementärmedizin**

submitted  
at the **Wiener Schule für Osteopathie**

by **Michael BIBERSCHICK**

Vienna, December 2010

Supervised by: Mag.<sup>a</sup> Claudia Gamsjäger

Translated by: Mag.<sup>a</sup> Barbara Höflechner-Schnürch

## **1 INTRODUCTION**

Motivated by the repeated recommendations I was given during supervisions in the course of the osteopathic training at the Vienna School of Osteopathy (Wiener Schule für Osteopathie, WSO) and clinical afternoons at the osteopathic teaching clinic to develop “a systematic routine“ for the examination of patients, I started to study the topic ‘routine examination’ in osteopathy in more detail. Such a system is supposed to help the practitioner to avoid losing the red thread in the examination of the patient and to prevent that important tests and elements of the examination are missed out.

When I studied the topic, I started to ask myself, which elements such a routine examination - according to the opinion of experienced osteopaths - should include, which clinical and osteopathic tests they would apply and what criteria and principles they deem important for such a routine examination.

I also started to ask myself whether it was reasonable or even necessary to use a uniform examination routine and what would be the possible reasons for rejecting such a routine.

Therefore, I chose to write this paper about the following central question, which will be evaluated by means of a qualitative study approach and design using guideline-based expert interviews:

**Which elements does a routine examination in osteopathy contain?**

The following assumptions (working hypotheses) serve as basis for the research:

**(1) Osteopathic experts follow a certain routine when examining a patient to establish an osteopathic diagnosis.**

**(2) According to the experts opinions, a routine examination for establishing an osteopathic diagnosis is of importance.**

The objective of this research project is to provide a possible definition of the term ‘routine examination’ and to establish criteria or principles which the experts deem important for their routine



examination. In addition, the relevance of a routine examination for the osteopathic experts will be critically evaluated and the advantages and disadvantages of such a system will be highlighted. Further, the research paper will present how such a routine examination according to the experts needs to be structured and sequenced and which clinical and osteopathic tests they use in their examination procedure. Given a sufficient consensus among the experts, a proposal for a routine examination will be developed and presented in this paper.

## **2 DEFINITION AND EXPLANATION OF TERMINOLOGY**

In specialized medical dictionaries,<sup>1</sup> there is no clear definition or explanation for the term ‘routine examination’.

First, it is therefore necessary to define the term ‘routine examination’:

Routine means that a certain activity or behaviour is always carried out in a certain way or manner and due to experience and numerous repetitions eventually becomes a habit (Brockhaus, 2006; Duden, 2010; Cambridge Dictionaries Online, 2010; Oxford Dictionaries Online 2010).

A habit is an activity or behaviour, which a person does again and again so that as a result it is no longer something extraordinary but becomes a natural pattern of behaviour (Duden, 2010).

Examination means to inspect something closely to gain certain knowledge about it (Duden, 2010; Cambridge Dictionaries Online, 2010; Oxford Dictionaries Online, 2010). Common synonyms are: inspection, analysis or evaluation (Duden, 2010).

From a medical point of view an examination comprises the totality of all methods and strategies which are used to appreciate a patient’s state of health, to identify diseases and to check the healing process. This includes the recording of the patient’s medical history (case history), the physical examination, if necessary the lab tests and

---

<sup>1</sup> E.g. Pschyrembel (2007), Roche Lexikon Medizin (2003), Zetkin and Schaldach (1999), Concise Medical Dictionary (1998), The Oxford Medical Companion (1994)

diagnostic investigations by means of all sorts of equipment (Der Brockhaus Gesundheit, 2006; Duden, 2010; Pschyrembel 2007).

From a pragmatic point of view the definition of the term ‘routine examination’ can be regarded as synthesis of all the above mentioned definitions: an examination routine comprises all strategies, procedures and methods, which are carried out in a habitual, invariable and consistent manner and serve to assess a patient’s state of health to establish a diagnosis.

From the point of view of cognitive decision-making psychology routines are defined as follows:

According to Betsch (2005) routines influence a person’s decision-making behaviour in a very specific way. People learn from experience which behaviour is favourable in certain situations to achieve a goal, which acts are less favourable and which acts will not lead to the desired goal and should therefore be avoided. In this way, routines for recurring situations of decision-making are acquired. According to Betsch (2005) routines are patterns of behaviour that favour the achievement of certain objectives and that are learned through experience for recurring situations. When persons are confronted with the same situation again, these patterns of behaviour first leap to their mind.

Betsch (2005) assumes that in the case of recurring situations that require decision-making the learned pattern of behaviour are activated automatically and that routines play a big role in each phase of the decision-making process.

According to Betsch (2005) psychological research projects showed that people tend to choose the routine behaviour for an already known situation in particular under certain circumstances like time constraints, in very familiar situations or in very complex and difficult situations. An alternative and possibly more efficient behaviour, which may even be more appropriate for the specific situation is ‘devalued’ and thus possibly not even considered. The fact that alternative options

of behaviour are not or insufficiently considered can – under certain circumstances – lead to rash judgements and wrong decisions.

In the health dictionary Brockhaus Gesundheit (2006) a routine examination is defined as an examination for the orientation of the practitioner that is independent of the patients' presenting problem and is carried out at certain periodical intervals. This also includes early diagnosis examinations in the field of preventive medicine. However, in this context the term routine examination is rather used in the sense of a screening examination. A screening is also defined as 'sieve test', which is designed to examine larger groups of the population to detect diseases early in their symptom-free state (Zetkin and Schaldach, 1999). If a disease is diagnosed in an early stage, therapeutic interventions can start as early as possible, the prognosis is better and complications can be avoided. Screening examinations do not allow a precise diagnosis, they can only provide indications whether early signs of a disease are present or not (Nixdorff, 2009; The Oxford Medical Companion, 1994; Zetkin and Schaldach, 1999).

Croibier (2006) compares his routine examination with a checklist as it is used in many professions. He quotes the example of pilots who prepare the take-off of the plane by going through a checklist. The Duden (2007) explains a checklist as "a control list where a number of items can be ticked off". It serves as memory aid for routine processes, as basic organizational outline and as self-management support (Schötensack, s.p.).

### **3 THE ROUTINE EXAMINATION IN OSTEOPATHY**

According to Fossum (2010) the diagnosis is the most important element of the osteopathic treatment process.

Fossum (2010) describes the individual steps of an osteopathic examination as follows:

- Case history

- Global osteopathic evaluation: the patient is examined in different positions to obtain a global picture of the lesion pattern. He also calls this step general examination.
- Local osteopathic examination: the identified somatic dysfunctions<sup>2</sup> are examined and defined in detail.
- Medical examination: necessary clinical tests (e.g. taking of blood pressure) and safety tests (e.g. a neurological examination) are carried out.

Among other things, this way of proceeding is essential for Fossum (2010) to identify the area(s) of biggest tension. He assumes that in this region(s) the effects of somatic dysfunctions and physiological and psychological stress are maximized. The described approach in the examination is the only way to identify the overall lesion pattern and to understand the interrelations.

An analysis of the available and relevant literature produced following ten examples of routine examinations which were analyzed and compared with each other:

- Manual overview diagnosis according to Croibier (2006)
- Global osteopathic examination according to Fossum (2010)
- Orienting examination according to Greenman (2000, 2003)
- The “Screen, Scan, Define” method according to Johnston et al. (2009)
- The ten-step screening examination according to Mitchell and Mitchell (2004)
- The routine examination according to Sutton (1978)
- Integrative osteopathic examination according to Fiuew and Kenter (2004)
- General osteopathic treatment according to Dopler et al. (2010)

---

<sup>2</sup> According to Fossum (2010) a somatic dysfunction is a significant finding in the osteopathic examination, which can be manually detected as pathological and palpable change in the tissue quality. It is a sign of underlying pathologies.

- The Mechanical Link Concept according to Somody – Neplaz et al. (2007)
- The holistic, integrated myofascial osteopathic therapy according to Buekens (2004)

Based on an analysis of the examination routines of the above listed authors, whose area of expertise is osteopathy, one can assume that in their point of view a routine examination is a global physical examination. It consists of a systematic and structured sequence of certain manoeuvres, tests and evaluation methods which follow a logical order, can be done quickly and in a simple way and can be repeated easily. In general, the tests are always carried out in the same sequence. Based on the findings of the global examination, the next step is to examine all conspicuous regions and problem areas in more detail.

The analysis of the relevant literature showed that for the above-mentioned authors certain general conditions as well as certain aims, advantages and principles seem to be important with regard to the process of their routine examination. The results of this literature research will be subsequently compared and contrasted with the results of the expert interviews.

#### **4 METHODOLOGY**

A qualitative research approach on the basis of guideline-based expert interviews was chosen to critically analyze the different opinions and perspectives of the interviewed experts regarding the topic ‘routine examination’ and to evaluate their knowledge and actions (Flick, 2007).

The implementation of this research project was organized in several steps:

1. **Preparation of content and development of the interview guidelines:** comprehensive literature research and development of the interview guidelines.

2. **Selection of experts and preparation of organizational issues:** experienced experts, who also work as supervisors and did not undergo an additional training in the field of paediatric osteopathy, located in and around the area of Vienna and the Austrian province of Lower Austria were selected as experts. Additional inclusion or exclusion criteria could not be considered in the context of this research project. This selection criteria produced a sample size of ten expert interviews (n = 10).
3. **Trial phase / trial interview:** The interview guidelines were tested in a trial interview.
4. **Expert interviews:** The interviews with the ten experts were carried out; the average duration of the interviews was 53 minutes. As recommended by Flick (2007) an interview documentation sheet was established for each interview including information about the date, location, time, interview number, interview partner and duration of the interview. After each interview brief minutes about the interview were written down from memory, in which the first impressions regarding the interview situation and the framework conditions were documented.
5. **Transcription of the expert interviews:** the expert interviews were transcribed literally and completely. To guarantee the anonymity of the interview partners the interviewees were designated with the abbreviation IP followed by the number of the interview, e.g. IP05.
6. **Qualitative analysis of the content of the expert interviews:** a qualitative analysis of content according to Mayring (2008) was the method of choice for the evaluation of the expert interviews. The exact procedure of the analysis of the interviews in the context of this research project is described below. It follows the structure of a qualitative analysis of content according to Mayring (2008):

**Step 1: Structuring the material:** The data material was first of all analyzed globally and ordered and structured according to the categories of the interview guidelines for the purpose of a better overview.

**Step 2: Forming inductive categories:** Every closed statement is regarded as coding unit. The totality of the data represents the context and evaluation unit. Based on the analysis of the content further inductive categories are formed with regard to each category. For this purpose, text passages with the same or similar content are summarized. Contents which could not clearly attributed to one category were put in a new inductive category.

**Step 3: Working through the material:** The next step consisted in a systematic analysis of the material. After a third of the data (three expert interviews) were worked through, the category system was once more critically reflected and revised.

**Step 4: Final analysis of the content of the expert interviews:** The last step was a final analysis of the data which produced 12 main categories according to which the results of the expert interviews are presented in this research paper.

## **5 RESULTS OF THE EXPERT INTERVIEWS AND DISCUSSION**

The following aspects and limitations have to be considered with regard to the results of this study:

Basically, it has to be emphasized that on the basis of ten expert interviews with a sample size of  $n = 10$  the results must not be generalized and no conclusions for a larger group of osteopaths can be drawn. The results of the expert interviews can only be analyzed, visualized and discussed on the basis of this small sample. Since they thus represent only the subjective, though informative, opinions of a small group of osteopaths about the topic routine examination, they have to be valued accordingly.

The literature dealing with the topic osteopathic routine examination was selected with the motivation of providing examples for systematic routine examinations and examination procedures. The descriptions in this selection of examples from the literature thus have

to be regarded as subjective opinions of the authors, i.e. again no general conclusions can be drawn.

During the interviews, it turned out that expert IP01 (female) according to her own statements worked with her patients mainly with the fascia distortion model of Typaldos. In the analysis of the data this aspect was taken into account and her answers regarding an osteopathic examination and an examination following the model of Typaldos were considered separately and presented accordingly.

### **5.1 HOW DO EXPERTS DEFINE AN OSTEOPATHIC ROUTINE EXAMINATION?**

The interviewed experts have different opinions or interpretations regarding an osteopathic routine examination:

30% of the interviewees (IP01, IP06, IP07) understand a routine examination as systematic and structured examination procedure of the structural, visceral and craniosacral systems. The whole examination process follows a methodical structure and comprises the tests that are necessary for a differential diagnosis. According to IP07 this structure represents a “matrix” or a “system” which dictates the order of the tests and other elements of the examination.

40% of the experts (IP02, IP03, IP05, IP08) define their routine examination also as systematic but, first of all, global examination which represents the first step in the evaluation process and facilitates a first rough impression or an overview of the state of the patient. This global examination comprises non-specific tests, which usually are carried out always in the same order. Certain problem areas are identified through this approach, which subsequently are examined in more detail with specific investigation methods and tests. The tests that are necessary for a differential diagnosis are also carried out after the global examination.

This definition corresponds to that of an osteopathic routine examination as it can be found in the relevant osteopathic literature as demonstrated by means of the analysis of the ten examples of osteopathic routine examinations that have already been listed above.



All ten authors (100%) (Croibier, 2006; Fossum, 2010, Greenman, 2000, 2003; Johnston et al., 2009; Mitchell and Mitchell, 2004; Sutton, 1978; Fieuw and Kenter, 2004; Dopler et al., 2010; Somody – Neplaz et al., 2007; Buekens, 2004) describe methods that are based on such an approach, i.e. first a global examination to gain an overview followed by a more detailed examination of the problem areas.

The fact that the individual steps of the global examination are always carried out in the same order also corresponds to the definition of a routine or routine examination as presented at the beginning of this paper.

30% of the experts (IP04, IP09, IP10) do not execute a global examination as their first step in the evaluation of the patient; they let their systematic examination be guided in particular by the patient's case history and plan it accordingly. Depending on the case history they choose specific routines for specific regions – in this paper these routines are called “sub-routines“. Expert IP04 explains that these sub-routines are again based on the principle according to which e.g. one or two tests of function provide a first impression whether the evaluated region is restricted in its function or not. If the result of such a sub-routine is positive, the specific region is examined in more detail to identify the present dysfunction. If the tests do not show an abnormality, the region is not examined any further.

The interviewed experts mentioned the different approaches similarly often, thus no clear preference for one of the three approaches can be demonstrated. Apparently, the spectrum of different approaches illustrates the multitude of methods that can be applied in osteopathy to evaluate a patient. Based on their personal preferences and way of working the experts decide which method they choose particularly also because their personal style of working is a special concern for them.

Nevertheless, a fundamental principle shared by all three approaches can be observed: *as a matter of principle, the evaluation of the patients follows a systematic order.*

Systematic means that an activity follows a plan; it means to observe a specific reasonable sequence and certain principles. (Brockhaus 2006, Duden 2010). The terms ‘schema’ or ‘concept’ have a similar meaning (Oxford Dictionary 2010, Duden 2010).

In cognitive psychology, schemata are of central importance for acquiring and retrieving knowledge: according to Kopp and Mandl (2005) schemata are super-ordinate cognitive structures of objects, events, situations and behaviours. They form the basis of human knowledge and skills. New knowledge, new information and new experiences have to be related to certain schemata so that a person is able to understand them.

Kopp and Mandl (2005) assume that a long-term availability of knowledge often is only possible if it is stored in memory in the form of such schemata, which also means that the knowledge later can be retrieved more easily.

Schemata can comprise knowledge about things, objects and theories. In addition, sequences of actions or certain patterns of behaviour, e.g. the procedure of an osteopathic examination, are stored as schemata. Schemata are learned actively through experience and can be applied in certain situations if, for instance, they are activated through an external stimulus from the environment (Kopp and Mandl, 2005).

Besides their central role in the acquisition of new knowledge, schemata also have the function of focusing a person’s attention selectively onto the relevant and important details when it comes to the perception of new information. Schemata thus have a control function regarding the perception of information and they facilitate the reasonable classification of the constant information input from the environment. The attribution of new information to already existing schemata is essential for processing this information and for subsequently being able to interpret and understand it. Schemata can be altered and expanded and they can develop. New knowledge can either be integrated in already existing schemata or new schemata can

be formed (Kopp and Mandl, 2005). According to Kopp und Mandl (2005) all the above described processes usually take place unconsciously.

From the point of view of cognitive psychology and according to the explanations of Kopp and Mandl (2005) as well as in my opinion, there are good reasons for why a systematic approach, a plan or a schema is important for an osteopathic examination.

## **5.2 WHY IS A SYSTEMATIC ROUTINE EXAMINATION FAVOURED BY THE EXPERTS?**

The interviewed experts listed a number of aims and advantages of a routine examination, which are important in their opinion for their examination process. The items are presented in the following table:

Table 1: Aims of a routine examination

<b>AIM OF THE ROUTINE EXAMINATION</b>	<b>FREQUENCY (%)</b>	<b>EXPERTS</b>
Overview	5 (50%)	IP02, IP03, IP04, IP05, IP08
Not forget anything	2 (20%)	IP03, IP05
Gain a quick overview	2 (20%)	IP02, IP05
Highlight contraindications and risks	3 (30%)	IP05, IP06, IP07
Osteopathic diagnosis	2 (20%)	IP06, IP07
Interrelations, causes and links	2 (20%)	IP02, IP07
Efficient treatment	1 (10%)	IP07
Access the patient	2 (20%)	IP02, IP08
Suggest further specific steps in the examination	1 (10%)	IP02
Avoid mistakes	1 (10%)	IP03
Logic and comprehensible	2 (20%)	IP5, IP06
Improve perception	1 (10%)	IP05
Save time	1 (10%)	IP05

- For 50% of the experts (IP02, IP03, IP04, IP05, IP08) the routine examination enables them to gain a first impression and a global overview about possible dysfunctions of the patient.
- For 30% of the experts (IP05, IP06, IP07) it has to highlight contraindications and indicate possible measures of precaution.
- 20% of the experts (IP03, IP05) emphasize that a routine examination helps the practitioner to avoid that important tests or steps in the examination are missed out.

- For 20 % of the experts (IP02, IP05) the routine examination is a measure to gain an overview of the dysfunctions of the patient as quickly as possible.
- For 20% of the interviewees (IP06, IP07) it facilitates a clear osteopathic diagnosis.
- Likewise, for 20% of the interviewees (IP02, IP07) it facilitates a substantiated understanding of the causes and interrelations of the dysfunctions.
- 20% of the experts (IP02, IP08) think that it facilitates a first access to the patient.
- According to 20% (IP05, IP06) of the experts, a routine examination is logical and comprehensible also for the patient.
- For 10 % of the interviewees (IP07) it facilitates an efficient treatment.
- Likewise, 10% of the experts (IP03) see the benefit of an automatic routine examination in its help to avoid mistakes.
- 10% (IP05) think that the automatic procedure of a routine examination improves the practitioner's perceptual skills since he/she does not always have to think which test to do next.
- For 10% of the experts (IP05) the advantage of a routine examination is that it saves time because a first global examination spares them the effort of having to examine the whole patient in detail.
- 10% of the experts (IP02) think that their routine examination highlights which additional tests are necessary.

Due to the above listed reasons, the interviewed experts choose a systematic approach in their examination; among those reasons the aim to gain a global overview of the patient's situation is mentioned most frequently, i.e. by five of the experts (50%) (IP02, IP03, IP04, IP05 and IP08).

Also, all the authors (100%) (Croibier, 2006; Fossum, 2010, Greenman, 2000, 2003; Johnston et al., 2009; Mitchell and Mitchell, 2004; Sutton, 1978; Fieuw and Kenter, 2004; Dopler et al., 2010;

Somody – Neplaz et al., 2007; Buekens, 2004), whose approaches were analyzed in the literature research, mention this aim as objective of their particular routine examination.

Other aims of a systematic routine examination, that are also mentioned in the literature, are to identify interrelations and causes (20%: Fossum, 2010; Mitchell and Mitchell, 2004) and to avoid that something is missed out (10%: Croibier, 2006).

In comparison, five of eight authors (62.5%) from the field of medicine and physical therapy say that the aim of a systematic examination is that no important step or test is left out (Poeck and Hacke, 2006; Mummenthaler and Matte, 2006; Magee, 2008; Fießl and Middeke, 2010; Grüne and Schölmerich, 2007). These authors seem to see the function of a systematic examination method more as that of a checklist than this is the case for authors in the field of osteopathy or the interviewed experts.

### **5.3 WHAT PRINCIPLES AND CRITERIA ARE IMPORTANT FOR THE EXPERTS IN THEIR ROUTINE EXAMINATION?**

The ten interviewed experts consider the following principles and criteria personally important and observe them in their routine examinations. For reasons of a better overview, these principles and criteria are presented in Table 2 below:

Table 2: Principles and criteria according to the interviewed experts

<b>PRINCIPLES / CRITERIA</b>	<b>FREQUENCY (%)</b>	<b>EXPERTS</b>	<b>REMARKS</b>
Structural, visceral and craniosacral system (holistic examination)	5 (50%)	IP02, IP03, IP05, IP06, IP07	
Examination in three positions	9 (90%)	IP01, IP02, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08, IP09, IP10	
Examination in four positions	1 (10%)	IP03	
Flexibility/ Adaptability	10 (100%)	IP01 – IP10	
Quick identification of dysfunctions	2 (20%)	IP05, IP07	Summarized in the category efficiency
Patient expectations	2 (20%)	IP08, IP10	
Manageable number of treatments	1 (10%)	IP09	
Enough time for the treatment	1 (10%)	IP10	
Examination of	3 (30%)	IP03, IP08,	

problematic region		IP10	
Few changes of position	5 (50%)	IP02, IP03, IP05, IP06, IP08	
Significant tests	1 (10%)	IP04	Summarized in the category quality of tests
Reproducibility	1 (10%)	IP03	
Separate treatment and examination	2 (20%)	IP05, IP06	

- 100% of the experts (IP01 to IP10) agree that their routine examination needs to be flexible and modifiable to adapt it to the specific needs of the individual patient.
- 90% of the experts (IP01, IP02, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08, IP09, IP10) examine their patients in three different positions. IP03 (10%) carries out the examination in four positions (including the prone position).
- 50% of the experts (IP02, IP03, IP05, IP06, IP07) always examine the structural, visceral and craniosacral systems. In their opinion, this is necessary to fulfil the requirements of a holistic examination.
- Similarly, 50% of the experts (IP02, IP03, IP05, IP06, IP08) think it is important to make the patient change position as little as possible to guarantee the best possible comfort for the patient during the examination.
- 30% of the experts (IP03, IP08, IP10) examine the region of the body that the patients indicate as problem area in any case so that the patients feel that they are taken seriously.
- Examination and treatment should be two clearly separated processes to guarantee a logical and comprehensible examination. This principle is listed by 20% of the experts (IP05, IP06).

The following principles are summarized in the category 'efficiency':

- 20% of the experts (IP05, IP07) think it is important that the routine examination highlights dysfunctions as quickly as possible.

- 20% (IP08, IP10) feel that their examination is efficient if they are able to fulfil the expectations of the patient.
- 10% of the experts (IP09) think they work efficiently if the overall number of necessary treatment sessions remains manageable.
- For 10% of the interviewees (IP10) it is important that they have enough time available for the treatment.

The following principles are summarized in the category ‘quality of the tests’:

- 10% of the experts (IP04) emphasize that it is important to use tests that produce clear and relevant results.
- Another 10% (IP03) of the interviewees think it is important as a matter of principle that the applied tests are (if possible) reproducible.

Also for Croibier (2006), Greenman (2000, 2003) and Mitchell and Mitchell (2004) (30%) an important principle for their routine examination is that it should be a means to quickly identify dysfunctions.

The flexibility of their routine examination is a big concern for all experts. In contrast, only one of the analyzed authors - Croibier (2006) – explicitly mentions this criterion in the context of his routine examination (10%).

It has been pointed out previously that 50% of the experts (IP02, IP03, IP05, IP06, IP07) think it is important that their routine examination always looks at the structural, visceral and craniosacral systems. In their opinion, such an examination process represents a holistic approach. Also Croibier (2006), Fiueuw and Kenter (2004) and Buekens (2004) (30%) choose this approach in their routine examinations.

Also, all experts examine their patients in several positions. IP01, IP02, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08, IP09 and IP10 carry out a standing, sitting and supine examination, while expert IP03 also includes an examination in the prone position.

All ten authors, whose examination approach was analyzed, describe examination methods in different positions. Five authors

(Croibier, 2006; Fossum, 2010, Mitchell and Mitchell, 2004; Sutton, 1978; Dopler et al., 2010) examine in four positions like expert IP03. One author (Fieuw and Kenter, 2004) also examines in the sidelying position instead of the prone position. Three authors (Greenman, 2000, 2003; Johnston et al., 2009; Buekens, 2004) examine the patient in three positions like the majority of the interviewed experts. In the examination approach according to the Mechanical Link Concept (Somody – Neplaz et al, 2007) the patient is examined in two positions (sitting, supine).

This approach is necessary to differentiate a primary dysfunction from a compensation and subsequently only treat the dysfunction. Fossum (2010) assumes that a primary osteopathic dysfunction has to show itself at least in three different positions.

Expert IP04 points out that it is important for him to use tests in his examination, which give him relevant information. He also says it is important for him to know the quality criteria of a certain test to be able to assess the relevance of it and to put its results into perspective. In this context it is interesting to mention that a Listening Test (*écoute*) of the abdomen, which four experts (IP02, IP03, IP05, IP08) use in their routine examination, does not fulfil the quality criterion of reliability (Podlesnic, 2006).

Nevertheless, the above-mentioned experts use this test regularly in their routine examination. How should this fact be interpreted?

Expert IP03 explains that it is personally important for him to use also tests, which do not fulfil the criterion of reliability because he thinks that based on his experience these tests can have a certain individual relevance. IP10 (female) also clarifies that she uses a General Listening Test in standing in her routine examination, which in her opinion is disputed with regard to its reliability. Nevertheless, she is able to interpret the results of this test based on her experience and draw certain conclusions from the result.



## **5.4 HOW DO THE EXPERTS EVALUATE THEIR EXAMINATION AND TREATMENT (RE-TEST)**

Table 3 below provides an overview of the experts' statements concerning this question and illustrates how often the various answers were given:

Table 3: Frequency of the different examination methods used for re-testing and follow-up examinations

<b>TEST OR EXAMINATION METHOD</b>	<b>FREQUENCY (%)</b>	<b>EXPERTS</b>
Repeat all conspicuous tests	10 (100%)	IP01 – IP10
Always an observation	1 (10%)	IP04
Always examine thoroughly	2 (20%)	IP05, IP09
Always the routine examination	1 (10%)	IP05
Always General Listening in standing	2 (20%)	IP08, IP10
Always cranial	1 (10%)	IP10
Evaluation of the treatment (re-test)	10 (100%)	IP01 – IP10
Reproducible tests	1 (10%)	IP04

100% of the experts agree that following a treatment the effectiveness of the therapeutic intervention needs to be checked and evaluated. Therefore, the interviewed experts repeat the conspicuous tests at the end of the treatment to compare the results with those of the initial examination (re-test).

The experts also agree 100% that the conspicuous tests should be repeated on the occasion of a follow-up appointment.

Nevertheless, the experts have different opinions concerning how such a follow-up examination should be organized/structured and whether the routine examination needs to be repeated completely. Below the answers are presented in descending order according to the frequency of the statements.

- 20% of the experts (IP05, IP09) think it is important to examine a patient thoroughly at every appointment because many things can change after the first treatment. Therefore, expert IP05 (female) basically repeats her whole examination routine every time.
- 20% of the experts (IP08, IP10) always do a General Listening Test in standing.
- 10% always do an observation (IP04).

- 10% (IP10) always carry out cranial tests because these tests have the biggest relevance for them.

### **5.5 WHICH FACTORS AND THOUGHTS INFLUENCE THE EXPERTS DURING THEIR ROUTINE EXAMINATION?**

The following table provides an overview of the influencing factors and how often they were listed by the interviewed experts:

Table 4: Factors influencing the routine examination

<b>INFLUENCING FACTORS</b>	<b>FREQUENCY (%)</b>	<b>EXPERTS</b>
Gender does not have an influence	10 (100%)	IP01 – IP10
Appearance / general impression	10 (100%)	IP01 – IP10
Intellectual capacity	1 (10%)	IP04
Exhausted patients	1 (10%)	IP07
Intuition	2 (20%)	IP01, IP10
Intuition does not have an influence	2 (20%)	IP06, IP07
Trauma	5 (50%)	IP02, IP03, IP05, IP06, IP08
Case history guides the examination	6 (60%)	IP01, IP04, IP06, IP08, IP09, IP10
Case history does not have an influence	4 (40%)	IP02, IP03, IP05, IP07

100% of the interviewed experts are influenced in their routine examination by the general impression and the appearance of the patient. In this context, a certain odour (IP10), the intellectual capacity (IP04) or the manner how a patient makes an appointment on the telephone (IP09) can play a role. As expert IP10 (female) emphasizes these factors cannot be definitely identified. It seems that also the intuition of the experts plays a role in this context.

The role of intuition as “diagnostic tool” in osteopathy is a controversial issue among experts.

Sidler (2010) defines intuition as judgement that is affected by a spiritually motivated feeling, which usually occurs spontaneously in certain situations and cannot be logically or analytically justified. This feeling is strong enough to base a decision on it, which guides the subsequent course of action of the osteopath. Sidler (2010) emphasizes the importance of intuition in particular in the context of complex and uncertain clinical situations with patients. Intuition helps to make a

decision despite a lack of information, e.g. lacking relevant specifications in the case history, and to act accordingly. Intuition can help to draw faster conclusions since in particular in the case of complex presenting problems the consideration of all possible causes and participating structures can absorb a lot of time. Finally, he thinks that actions that are guided by intuition facilitate an immediate perception in complex situations, which goes beyond a visual, manual and palpatory perception and cannot be rationally understood even by the osteopaths themselves. Thus, Sidler (2010) invites osteopaths to deliberately let themselves be guided by intuition in difficult and complex situations. He also emphasizes that intuitive knowledge can be a reasonable addition to rational clinical reasoning.

20% of the experts (IP01, IP10) explicitly point out that they deliberately let themselves be guided by both their intuition and their perception in the examination but also in their treatment and that they have more confidence in their perceptual skills than e.g. in certain clinical tests of function.

In contrast, 20% of the experts (IP06, IP07) think that intuition should be given as little space as possible to be able to explain the findings in a clear and professional way both towards the patients and also other therapists or doctors. The two interviewees admit that intuition can be a diagnostic tool in osteopathy, but they clearly favour an approach that is based on sound clinically oriented examination methods where the influence of intuition is consciously restricted.

The role of the case history in the examination process is also an interesting aspect.

60% of the experts (IP01, IP04, IP06, IP08, IP09, IP10) let themselves be guided by the case history. The other experts (40%) (IP02, IP03, IP05, IP07) explicitly state that they are not influenced by the case history and that they usually carry out their routine examination always in the same way independent of the information gathered through the case history.

The analysis of the ten examination routines offered by the ten osteopathic authors does not clearly reveal whether these authors are influenced by the case history in their approach. Only Sammut and Searle – Barnes (1998) clearly advocate an examination that exclusively builds on the case history.

The age and gender of the patient does not immediately have an influence on the routine examination of all the interviewed experts (100%).

An acute trauma of an articulation prompts 50% of the experts (IP02, IP03, IP05, IP06, IP08) to focus their examination mainly on the injured area and to shorten or even abandon their routine examination.

## **5.6 THE RELEVANCE OF SAFETY AND HEALTH OF THE PATIENTS FOR THE EXPERTS**

According to the experts, are there any tests or examination methods that are indispensable? The following table lists the answers of the experts to this question and indicates how often these answers were given:

Table 6: Indispensable tests according to the interviewed experts

<b>INDISPENSABLE TEST</b>	<b>FREQUENCY (%)</b>	<b>EXPERTS</b>
Differential diagnosis	10 (100%)	IP01 – IP10
Posture / statics	1	IP05
Respiration tests	1	IP05
Blood pressure	2	IP04, IP06
Pulse	1	IP04
Neurological examination	2	IP02, IP06
Vertebrobasilar insufficiency (VBI) test	3	IP02, IP04, IP06
Percussion (spine)	2	IP06, IP09
Cranial nerve tests	1	IP06
Valsalva manoeuvre	2	IP06, IP09
Calcaneum compression test	1	IP06
Compression test (spine)	1	IP09
Blood and laboratory tests	1	IP05

A clear and definite agreement can be observed among the experts (100%) when it comes to the safety and health of the patients.

A thorough differential diagnosis including clinical safety tests are necessary to guarantee that the treatment or certain techniques are appropriate and safe for the patient. Based on the case history, the presenting clinical picture and the examination of the patient the experts

decide which tests are necessary. The safety tests do not alter the process of their routine examination; rather, it is extended and completed by the tests and examination methods that seem to be necessary.

Based on the differential diagnosis the practitioner may decide that the patient cannot be treated but that it is necessary to refer him/her for further conventional medical examinations or that certain techniques need to be excluded or adapted.

The interviewed experts do not mention a particular clinical test which routinely has to be carried out for every patient.

The experts point out the following safety tests; they are listed in descending order depending on how often they are mentioned:

- 30% (IP02, IP04, IP06) mention the vertebrobasilar insufficiency (VBI) test.
- 20% (IP02, IP06) list a neurological examination.
- Percussion of the spine is mentioned by 20% (IP06, IP09).
- Similarly, the Valsalva manoeuvre is mentioned by 20% (IP06, IP09) of the experts.
- Likewise, 20% (IP04, IP06) consider taking the blood pressure.
- 10% of the experts (IP06) mention tests of the cranial nerves.
- 10% (IP06) list the calcaneum compression test.
- Likewise, 10% (IP05) of the experts mention blood and laboratory tests.
- Taking the pulse is also mentioned by 10% (IP04).

### **5.7 WHICH DISADVANTAGES OF A ROUTINE EXAMINATION DO THE EXPERTS SEE?**

Table 7 below lists the disadvantages of a routine examination and how often the answers were given by the experts:

Table 7: Disadvantages of a routine examination from the experts' point of view

<b>DISADVANTAGES OF A ROUTINE EXAMINATION</b>	<b>FREQUENCY (%)</b>	<b>EXPERTS</b>
No independent thinking anymore	5 (50%)	IP02, IP03, IP04, IP05, IP06
Attention decreases	2 (20%)	IP04, IP05
Premature conclusions	1 (10%)	IP03

Limits intuition	1 (10%)	IP06
Only shows deficits	1 (10%)	IP10

- 50% of the experts (IP02, IP03, IP04, IP05, IP06) think that a routine examination can have the effect that the practitioner does no longer think independently during the examination and that therefore uncommon symptoms of the patient may be overlooked.
- According to 20% of the experts (IP04, IP05) the practitioner's attention can decrease considerably due to the routine procedure.
- 10% of the experts (IP03) believe that a routine examination can potentially lead to premature conclusions if the practitioner relies too much on the routine examination.
- Likewise 10% of the experts (IP06) think that a routine approach limits the possibility of the examination to be also guided by intuition.
- 10% of the experts (IP10) emphasize that a clinical routine examination only highlights the deficits and not the resources of the patients.

Betsch (2005) explains that in particular under certain circumstances like time constraints or in complex and difficult situations, people tend to resort to already learned routines instead of choosing a more efficient way of action. According to Betsch (2005) even people who work a lot according to routines – so-called routine decision-makers (Betsch, 2005) – and even though these routines have been learned with a high motivation, tend to favour a routine behaviour over another, possibly more efficient behaviour. However, there is the risk that premature conclusions are drawn and mistakes happen.

In this context, parallels with the disadvantages of a routine examination as described by the interviewed experts can be observed:

The experts IP02, IP03, IP04, IP05 and IP06 believe that a very strict routine can have the effect that the practitioner does not think

enough during the examination and thus may overlook symptoms or dysfunctions.

According to Betsch (2005) this is due to the fact that possibly more efficient ways of action are not considered because the routine procedure is very “dominant” and the routine examination is thus favoured in this case. IP02, IP03 and IP05 use a global examination routine first, which is independent of the case history and usually carried out in the same way. These three experts could thus absolutely be described as “routine decision-makers” (Betsch, 2005).

Betsch (2005) also confirms the concerns of expert IP03 that routine procedures may result in premature conclusions and mistakes.

### **5.8 ACCORDING TO THE EXPERTS, HOW DO PATIENTS REACT TO A SYSTEMATIC ROUTINE EXAMINATION?**

Only few of the interviewed experts were able to answer this question because the reactions of the patients are very varied in their opinion.

Only the experts IP05 (female) and IP08 (female) have made the experience that patients reacted positively to a thorough and systematic examination procedure and gave feedback that they felt they were taken seriously and thoroughly cared for.

According to Lehmayr (2006) and Grüne and Schölmerich (2007) a systematic medical examination can contribute to reducing the feeling of insecurity and fear of patients.

### **5.9 DO THE EXPERTS THINK A PRACTICE SHOULD HAVE A CERTAIN STANDARD EQUIPMENT?**

The following table provides an overview of the medical instruments listed by the interviewed experts and how often those instruments were mentioned:

Table 8: Basic equipment

<b>INSTRUMENTS</b>	<b>FREQUENCY (%)</b>	<b>EXPERTS</b>
Reflex hammer	10 (100%)	IP01 – IP10
Sphygmomanometer	10 (100%)	IP01 – IP10
Stethoscope	2 (20%)	IP02, IP04
Othoscope	1 (10%)	IP04
Tuning fork	1 (10%)	IP03

Goniometer	1 (10%)	IP06
Device for measuring leg length differences	1 (10%)	IP03
Lifters for balancing leg length differences	1 (10%)	IP03
Podoscope	1 (10%)	IP03

All experts say they have the following pieces of equipment in their practice and use them if indicated by the case history:

- 100% have a reflex hammer.
- 100% have a sphygmomanometer.

Other instruments that are used by some of the experts:

- 20% (IP02, IP04) use a stethoscope.

The following instruments are only listed and if necessary used by one of the experts (10%):

- Othoscope (IP04)
- Tuning fork (IP03)
- Goniometer (IP06)
- Device for measuring leg length differences (IP03)
- Lifters for balancing leg length differences (IP03)
- Podoscope (IP03)

The experts agree 100% that they use the above-mentioned instruments in the examination process only if indicated by the case history.

### **5.10 HOW IS THE ROUTINE EXAMINATION OF THE EXPERTS STRUCTURED?**

The analysis and comparison of the routine examination of the ten experts produced the following results.

First, the frequency and the correlations in the basic elements of the routine examinations of the various experts are summarized in the table below:

Table 9: Elements of the routine examination of the experts

<b>STEPS OF THE ROUTINE EXAMINATION</b>	<b>FREQUENCY (%)</b>	<b>EXPERTS</b>
Observation	10 (100%)	IP01 – IP10
Examination in standing	10 (100%)	IP01 – IP10
Examination in sitting	10 (100%)	IP01 – IP10
Examination supine	10 (100%)	IP01 – IP10
Examination prone	1 (10%)	IP03



The interviewed experts show a 100% correlation regarding the general structure of their routine examination. The routine examinations of all ten experts have the following basic structure:

- Observation
- Examination in the standing position
- Examination in the sitting position
- Examination in the supine position

This general structure of a routine examination also corresponds to the structure that is generally described in the literature as demonstrated through the analysis of the ten examples of routine examinations of the different osteopathic authors.

Only expert IP03 examines the patients in four different positions, i.e. including a springing test of the spine and sacrum in the prone position, a test that can only be done in this position.

The ten authors from the field of osteopathy carry out their examination in the following positions. Five authors examine their patients in four positions (standing, sitting, supine and prone): Fossum (2010), Croibier (2006), Mitchell and Mitchell (2004), Sutton (1978) and Dopler et al. (2010). Fiuew and Kenter (2004) use the sidelying position instead of the prone position, i.e. they also examine in four different positions. Three authors carry out the examination in three positions: Greenman (2000, 2003), Johnston et al. (2009) and Buekens (2004) while Somody – Neplaz et al. (2007) only use two positions (sitting and sidelying).

50% of the authors prefer a routine examination in four different positions. In contrast, 90% of the interviewed experts only use three different positions.

The following table lists the tests and examination methods that are used by the majority of experts as part of their routine examination (multiple answers):

Table 10: Frequency of tests and examination methods used by the majority of the interviewed experts in their routine examination (multiple answers)

TEST	FREQUENCY (%)	EXPERTS
General Listening in standing	8 (80%)	IP02, IP03, IP04, IP05, IP06, IP08, IP09, IP10
Forward flexion test in standing	6 (60%)	IP02, IP03, IP05, IP06, IP07, IP08
Active function tests of the spine in standing	10 (100%)	IP01 – IP10
Finger-floor distance	2 (20%)	IP02, IP04
Passive global and segmental examination of the whole spine in sitting	10 (100%)	IP01 – IP10
Visceral listening (écoute) of the abdomen	4 (40%)	IP02, IP03, IP05, IP08
Evaluation of the craniosacral system	6 (60%)	IP02, IP04, IP05, IP06, IP08, IP10
Forward flexion test in sitting	2 (20%)	IP03, IP07
Gait analysis	3 (30%)	IP05, IP06, IP07
General Listening in sitting	2 (20%)	IP02, IP05
Selective evaluation of the function of the c-spine in sitting	4 (40%)	IP02, IP03, IP05, IP08
Position test C0/C1	2 (20%)	IP03, IP06
Listening (écoute) of the sacrum and/or lower extremities	2 (20%)	IP04, IP10
Test of the sphenobasilar symphysis (SBS)	2 (20%)	IP05, IP10

- 100% of the experts (IP01 to IP10) use active function tests in flexion, extension, rotation and side-bending to assess the gross mobility of the spine in the standing position.
- 80% (IP02, IP03, IP04, IP05, IP06, IP08, IP09, IP10) use a General Listening Test in standing.
- 60% of the experts (IP02, IP03, IP05, IP06, IP07, IP08) use a forward flexion test in standing (Standing Flexion Test).
- Likewise, 60% of the experts (IP02, IP04, IP05, IP06, IP08, IP10) always check the craniosacral system in the supine position.
- 40% (IP02, IP03, IP05, IP08) apply a Visceral Listening (écoute) of the abdomen in the supine position.
- A selective evaluation of the function of the c-spine in the sitting position is carried out by 40% of the experts (IP02, IP03, IP05, IP08).
- The gait of the patients is assessed by 30% (IP05, IP06, IP07) of the interviewees.

- 20% (IP02, IP04) measure the finger-floor distance.
- 20% (IP03, IP07) use a forward flexion test in the sitting position.
- Likewise 20% (IP02, IP05) do a General Listening Test in the sitting position.
- 20% (IP03, IP06) of the experts use a position test for C0/C1.
- 20% (IP04, IP10) also do a Listening Test (écoute) of the sacrum and/or the lower extremities.
- 20% of the experts (IP05, IP10) test the sphenobasilar symphysis (SBS).

Only the active function tests in the standing position, the General Listening Test in standing, the forward flexion test in standing and the evaluation of the craniosacral system are tests that are used by more than half of the interviewed experts in their routine examination.

All the above-mentioned tests can also be found in the analyzed examples from the literature, however, they are listed less frequently than by the experts so there is hardly a correlation:

The forward flexion test is mentioned five times (50%) by the authors (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell and Mitchell, 2004; Fieuw and Kenter, 2004, Sutton, 1978), while six of the interviewed experts (60%) explain to use it regularly (IP02, IP03, IP05, IP06, IP07, IP08).

In five instances (50%) different authors also mention a test of the respiration (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell and Mitchell, 2004; Fieuw and Kenter, 2004, Buekens, 2004). On the part of the interviewed experts only one person (10%) (IP05, female) tests the respiration during her routine examination.

The Visceral Listening Test of the abdomen, which is carried out by 40% of the experts (IP02, IP03, IP05, IP08) in their routine examination, is not at all mentioned in the examples from the literature (0%).

The active function tests to assess the gross mobility of the spine are only described by four authors (40%) (Fossum, 2010; Greenman, 2000, 2003; Mitchell and Mitchell, 2004; Fieuw and Kenter, 2004). In

contrast, 100% of the interviewed experts use these tests regularly in their examination process.

30% of the authors check the function of the TMJ (Johnston et al., 2009; Mitchell and Mitchell, 2004; Sutton, 1978). None of the experts mentions a test of the TMJ as part of their routine examination (0%).

In the description of their routine examinations, the experts mention a number of tests and examination methods, which most of the times are only elements of the examination routines of individual authors. The following table illustrates this aspect:

Table 11: Summary of tests, which are elements of the individual routine examinations of the experts

TEST	FREQUENCY (%)	EXPERTS
Gossip Test	1 (10%)	IP02
Compression test of the spine	1 (10%)	IP02
Traction test of the spine	1 (10%)	IP02
Check of dural tension	1 (10%)	IP02
Position test of the sacrum prone	1 (10%)	IP03
Segmental function tests of the spine prone (rotation and side-bending)	1 (10%)	IP03
Springing Test sacrum and spine in prone position	1 (10%)	IP03
Gillet Test	1 (10%)	IP03
Measurement of leg length difference	1 (10%)	IP03
Position test pelvis	1 (10%)	IP03
Test of respiration	1 (10%)	IP05
Test of diaphragm	1 (10%)	IP05
Shock absorber test of SI joints	1 (10%)	IP05
Evaluation of falx and tentorium	1 (10%)	IP10

A correlation (100%) between the interviewed experts and the authors, who describe their routine examination processes, can only be observed regarding the global structure of the examination process, which has already been described above:

Observation, examination in standing, sitting and supine position.

The fact that there are hardly any correlations between the experts and the examples from the literature can only be interpreted as expression of the individuality of the interviewed experts. This aspect can be recognized clearly through a comparison of the description of the different routine examinations in the literature and the very different approaches of the interviewed experts.

## 5.11 WHAT IS THE EXPERTS' OPINION CONCERNING A UNIFORM ROUTINE EXAMINATION?

A uniform or - in the widest sense - a standardized routine examination is rejected by all ten experts (100%) for the following reasons, which are summarized in Table 12 indicating also how often the individual reasons were given:

Table 12: Uniform routine examination?

UNIFORM ROUTINE EXAMINATION		FREQUENCY (%)	EXPERTS
	Rejection	10 (100%)	IP01 – IP10
	Individuality of the patients	10 (100%)	IP01 – IP10
	Contradicts holistic approach	1 (10%)	IP10
	Individuality of the experts	10 (100%)	IP01 – IP10
	Safety tests uniform	1 (10%)	IP02
	Freedom to choose individual tests is limited	2 (20%)	IP03, IP07
	No need to think anymore	1 (10%)	IP04
	Individual style of working	1 (10%)	IP07
	Osteopathy is more	1 (10%)	IP10
	Only for practitioners with a bad training	1 (10%)	IP04

- 100% of the experts (IP01 to IP10) believe that the individuality of the patients cannot be taken into account in a uniform and standardized routine examination.
- Likewise, 100% of the experts (IP01 to IP10) agree that they would be limited in their own individuality and personal freedom through a uniform examination process.
- 20% of the experts (IP03, IP07) fear that the possibility to choose tests and examination methods according to the practitioner's individual preferences would be limited by a standardized examination approach.
- 10% (IP10) think that a standardization of the examination would contradict the osteopathic principle of a holistic approach.
- 10% (IP04) believe that in the case of a uniform routine, therapists would be tempted to think less during the examination

process because they would automatically carry out the tests without reflecting about their actions.

- 10% (IP07) think that every osteopath has his/her own style of working and thus reject a uniform and standardized examination routine.
- 10% of the experts (IP04) believe that a uniform examination process is only necessary for practitioners who are badly trained.
- 10% (IP02) think that only the safety tests should be carried out in a uniform way; otherwise, there is no reason for a uniform approach.
- 10% (IP10) say: “Osteopathy is more”.

All experts (100%) reject a uniform and standardized routine examination because they think that a prescribed process would limit their individuality and freedom to examine and treat according to their own preferences. The experts explain that their individual way of working is an expression of their individual personality and determined by their personal preferences, skills, experience as human beings and osteopaths and their specialization in osteopathy.

All experts fear that a prescriptive examination procedure would stop them to cater for the individual needs of the patients. Therefore, it is important for all experts that an examination routine can be used in a flexible way and altered individually to address the individual needs of their patients, their personality, circumstances in life and specific clinical situation.

#### **5.11.1 A uniform routine examination for scientific research?**

For 60% of the experts (IP01, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08) a uniform and standardized examination process seems to make sense to evaluate certain problems in the context of scientific research in the field of osteopathy and regarding questions of quality control.

To provide a better overview the arguments are summarized in the table below indicating also how often they were mentioned:

Table 13: Uniform routine examination for scientific purposes

<b>MAKES SENSE / DOES NOT MAKE SENSE</b>	<b>FREQUENCY (%)</b>	<b>EXPERTS</b>
Makes sense	6 (60%)	IP01, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08
Does not make sense	3 (30%)	IP02, IP03, IP10
Development	1 (10%)	IP01
“Consumer protection”	1 (10%)	IP08
Acceptance of osteopathy (general public)	3 (30%)	IP01, IP05, IP08
Acceptance among other medical professions (esp. doctors)	2 (20%)	IP05, IP06
Osteopathic tests are not comparable	1 (10%)	IP02
Osteopathic tests cannot be used	1 (10%)	IP03
Uniform approach / standardization not possible	1 (10%)	IP10

- 30% of the experts (IP01, IP05, IP08) believe that a uniform examination method including recognized tests and sound clinical language would improve the recognition of osteopathy among the general public.
- 20% (IP05, IP06) think that a substantiated clinical language could improve the standing of osteopathy among other medical professions.
- 10% of the experts (IP01) believe that a uniform routine examination in the context of a scientific research project could be important for the development/progress of osteopathy.
- 10% of the experts (IP08) explain that a standardization could be important for the aspect of “consumer protection” (transparency of the examination method for the patients).

Experts IP02, IP03 and IP10 advance a dissenting view since they think a uniform examination procedure would not make sense not even for scientific purposes.

They substantiate their rejection with the following arguments:

- 10% (IP02) think that osteopathic tests generally cannot be compared with each other.
- 10% of the experts (IP03) fear that a uniform examination approach would not allow the use of non-reliable osteopathic tests.

- 10% of the experts (IP10) clearly believe that a standardization is not possible in osteopathy.

### 5.11.2 A standardized routine examination for the communication with colleagues?

The following table summarizes the answers of the experts to this question.

Table 14: A standardized routine examination for the communication with colleagues

A standardized routine examination for the communication with colleagues makes sense (e.g. referral of patients)	Category	Frequency (%)	Experts
	Save time	1 (10%)	IP08
A standardized routine examination for the communication with colleagues does not make sense (e.g. referral of patients)	Tests not comparable	2 (20%)	IP02, IP04

10% of the experts (IP08) assume that uniform examination methods and records of findings would help to save time in the examination because certain tests would no longer have to be carried out.

20% of the experts (IP02, IP04) disagree in this aspect. They think it is important to examine the patients themselves because usually the tests of different practitioners cannot be compared with each other.

### 5.11.3 Proposal of a routine examination in the osteopathic training at the Vienna School of Osteopathy (WSO)?

90% of the experts (IP01, IP02, IP03, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08, IP09) think that a proposal of a routine examination for the osteopathic training at the WSO could be a good idea.

The following table summarizes the statements of the experts indicating how often the individual arguments were mentioned:

Table 13: A uniform routine examination for the osteopathic training at the WSO

Proposal of a routine examination in the osteopathic training makes sense	Category	Frequency (%)	Experts
	Make sense	9 (90%)	IP01, IP02, IP03, IP04, IP05, IP06, IP07, IP08, IP09



	Plan (red thread)	1 (10%)	IP05
	Lacked in the training	2 (20%)	IP05, IP08
	Gain experience	3 (30%)	IP02, IP05, IP07
	Osteopathic reasoning	1 (10%)	IP07
	Basic diagnostic skills	2 (20%)	IP05, IP07
	“Orderly“ examination	1 (10%)	IP05
<b>Proposal of a routine examination in the osteopathic training does not make sense</b>	medical / therapeutic original profession	1 (10%)	IP10

- 30% of the experts (IP02, IP05, IP07) think that such a proposal could help students to gain experience with the tests and examination methods.
- 20% of the experts (IP05, IP07) believe that the proposal of a routine examination could help the students to develop fundamental diagnostic skills.
- 20% (IP05, IP08) lacked such a proposal during their own osteopathic training.
- 10% of the experts (IP05) believe that a prescribed routine examination procedure would help the students to follow a plan in the examination (“red thread”).
- 10% of the experts (IP07) think that such a proposal would help the students to improve and refine their osteopathic reasoning.
- 10% of the experts (IP05) believe that students first need to learn a substantiated and thorough osteopathic examination approach.

Due to the above-mentioned reasons, nine experts advocate the proposal of a routine examination approach to endow osteopathic students with a tool and method to practice and to gain experience.

Croibier (2006), Lehmayr (2006) and Braun and Mader (2005) recommend a systematic routine examination for students and inexperienced doctors because in their opinion inexperienced practitioners are the ones who rather tend to forget important tests and elements of the examination. According to these three authors a routine approach comparable with the function of a checklist could help those practitioners to avoid that an important element of the examination is missed out and thus to avoid mistakes.

The experts IP03 and IP05 believe that such a proposal needs to be very individual and must only be a proposal and nothing else. It should be up to the students to decide whether they want to work with it and they should be free in adapting or extending the guidelines. In addition, its application should neither be checked nor be the subject of an exam.

Only expert IP10 (female) advances a different point of view. According to her, osteopathic students at the WSO already have some experience with patients in their original profession due to the entry requirements of the school so that it is important for their development to reflect about the topic 'examination of patients'.

The experts IP02 and IP04 think that it would be important that such a proposal is developed by experienced osteopaths to guarantee that the proposed examination approach is comprehensive.

## **6 CONCLUSIONS**

This research project evaluated the question how a routine examination approach is structured according to experts in the field of osteopathy.

Among the small group of osteopaths involved in this study a great variety of different examination methods and routine approaches could be identified. Correlations or similar opinions of several experts exist only with regard to the gross structure and the basic approach of a routine examination, regarding the framework conditions and regarding a small number of tests or examination methods, which are used by the experts. Some principles, criteria, aims, advantages and disadvantages of a routine examination, which are personally important and seem to be relevant for this small group of osteopaths, could be highlighted.

A comparison with examples of routine examinations as described in the literature produced a few parallels and correlations.

The aim of this research project to develop a proposal of a routine examination approach, which interested osteopaths could take on, could only be realized in a rudimentary form due to the lack of consistency in the experts opinions and due to the small sample.

It has already been pointed out that the results of the expert interviews cannot serve as basis for generalizations and only reflect the opinion and way of working of a small group of osteopaths.

Nevertheless, the results of this paper can be relevant for osteopaths or osteopathic students who think about developing a routine examination approach for themselves. The different opinions of the experts can be interesting for such a project and may be considered.

The central question of this paper is based on two assumptions (working hypotheses).

**“Osteopathic experts follow a certain routine in the examination of their patients.”**

This assumption can be regarded as verified for the ten osteopaths who were interviewed as experts in the course of this project, because all of them follow a certain system and method in their approach even though they do not all follow the same routine.

**“Do the experts think that a routine examination is important for establishing an osteopathic diagnosis?”**

Since all the interviewed experts observe a certain system or routine approach in their examination, it can be assumed that also this hypothesis can be confirmed for the ten experts in the study and that such an approach is important for them.

**- END -**

## **7 LIST OF REFERENCES**

Betsch T. 2005. Wie beeinflussen Routinen das Entscheidungsverhalten. *Psychologische Rundschau* 56(4):261 – 270.

Braun RN, Mader FH. 2005. *Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Brockhaus. 2006. *Enzyklopädie in 30 Bänden*. Leipzig, Mannheim: F.A. Brockhaus GmbH, Bibliographisches Institut und F.A. Brockhaus AG.

Buekens J. 2004. *Osteopathische Diagnose und Behandlung: Ganzheitliche Integrierte Myo – Fasziale Osteopathische Therapie (GIMFOT)*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Cambridge Dictionaries Online. 2010. <http://dictionary.cambridge.org/>.

Concise Medical Dictionary. 1998. Oxford, New York: Oxford University Press.

Croibier A. 2006. *Diagnostik in der Osteopathie*. Jena, München: Urban & Fischer Verlag.

Dahmer J. 2006. *Anamnese und Befund*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Der Brockhaus Gesundheit. 2006. Leipzig, Mannheim: F.A. Brockhaus GmbH.

Dopler TK, Mitha N, Reeve A. 2010. *Die Allgemeine Osteopathische Behandlung*. In: Liem T, Dopler TK (Hrsg.). 2010. *Leitfaden Osteopathie*. München: Urban und Fischer Elsevier GmbH.

Duden. 2010. *Das Bedeutungswörterbuch*. Mannheim: Bibliographische Institut AG.

Duden. 2007. Das Fremdwörterbuch. Mannheim: Bibliographische Institut & F.A. Brockhaus AG.

Fiew K, Kenter M. 2004. Integrative osteopathische Untersuchung [DVD]. München: Video – Commerz GmbH.

Flick U. 2007. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Flick U. 2008. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Fossum C. 2010. Die osteopathische Diagnosefindung. In: Liem T, Dopler TK (Hrsg.). Leitfaden Osteopathie. München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Füeßl HS, Middeke M. 2010. Anamnese und klinische Untersuchung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Greenman, PE. 2000. Lehrbuch der osteopathischen Medizin. Heidelberg: Karl F. Haug Verlag.

Greenman, PE. 2003. Principles of manual Medicine. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins.

Grüne S, Schölmerich J (Hrsg.). 2007. Anamnese Untersuchung Diagnostik. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Johnston WL, Friedman HD, Eland DC. 2009. Funktionelle Techniken. Osteopathische Untersuchung und Manipulation der Bewegungsfunktionen. München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Kopp B, Mandl H. 2005. Wissensschemata. Ludwig Maximilian Universität München. Department Psychologie. Institut für pädagogische Psychologie.

Lehmeyer L. 2006. Anamnese und Untersuchung. München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Liem T. Dopler TK (Hrsg.). 2010. Leitfaden Osteopathie. München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Magee DJ. 2008. Orthopedic Physical Assessment. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.

Mitchell FL Jr., Mitchell PKG. 2004. Handbuch der Muskelenergietechniken. Band 1. Stuttgart: Hippokrates.

Mitchell FL Jr., Mitchell PKG. 2004. Handbuch der Muskelenergietechniken. Band 2. Stuttgart: Hippokrates.

Mitchell FL Jr., Mitchell PKG. 2004. Handbuch der Muskelenergietechniken. Band 3. Stuttgart: Hippokrates.

Mayring P. 2008. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U. 2008. Qualitative Forschung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Mummenthaler M, Mattle H. 1997. Neurologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Nixdorff U. 2009. Check – Up – Medizin. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Oxford Dictionaries Online. 2010.  
<http://oxforddictionaries.com/?attempted=true>.

Podlesnic W. 2006. Local Listening – a General Diagnostic Tool? An Experimental Examination of it's Reliability. Krems: Masterthese. Donauuniversität Krems.

Poeck K. Hacke W. 2006. Neurologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Psychrembel. Klinisches Wörterbuch. 2007. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Reimann S. 2008. Befunderhebung. München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Reuter P. 2005. Springer Wörterbuch Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Roche Lexikon Medizin. 2003. München, Jena: Hoffmann – La Roche AG und Urban & Fischer Verlag.

Sammut EA, Searle – Barnes PJ. 1998 (Deutsche Ausgabe 2000). Osteopathische Diagnose. München, Bad Kissingen, Berlin, Düsseldorf, Heidelberg: Richard Pflaum Verlag GmbH & CO.KG.

Schötensack JS. s.p. Die 150 besten Checklisten von A – Z: Von A wie Anlage bis Z wie Zeitmanagement. 150 Sofortlösungen für ihren beruflichen und privaten Alltag. Koenig D (Hrsg.).

Seel A. 2004. Einführung in die qualitative Forschung. Verfügbar unter: [www.pze.at/typo3/.../user.../Qualitative\\_Forschung\\_Homepage.pdf](http://www.pze.at/typo3/.../user.../Qualitative_Forschung_Homepage.pdf). [12.02.2010].

Sidler S. 2010. Relevanz der Intuition in der Osteopathie – Überlegungen und ein Literaturüberblick. Osteopathische Medizin 1/2010:4 – 9.

Somody – Neplaz I, Chauffour P, Prat E. 2007. Der Mechanical Link. Osteopathische Medizin 1/2007:4 – 9.

Sutton SE. 1978. An osteopathic method of history taking and physical examination: Part 1. Journal AOA Vol. 77:780/91 – 788/99.

Sutton SE. 1978. An osteopathic method of history taking and physical examination: Part 2. Journal AOA. Vol. 77:845/57 – 858/70.

The Oxford Medical Companion. 1994. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press.

Zetkin M, Schaldach H. 1999. Lexikon der Medizin. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co.