

Berücksichtigung sozialer Faktoren in der Patient*innen-Osteopath*innen-Beziehung

Eine qualitative Interviewstudie vor der Theorie des Enaktivismus

MASTER - THESIS

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Osteopathie MSc

vorgelegt von

Elisabeth Mayrl

Matrikelnummer: 09303741

Department für Gesundheitswissenschaften, Medizin und Forschung

an der Donau-Universität Krems

Betreuer 1: Andreas Brandl, MSc.

Betreuerin 2: Dr. Barbara Schörner



12.Juni 2024

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Elisabeth Mayrl, geboren am 07.11.1975 in Salzburg erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN

Mein großer Dank gilt allen Interviewpartner*innen, die mir, als Grundlage für meine Arbeit so interessante Einblicke gewährt haben. Vielen Dank an Barbara, die mich von Beginn an unterstützt und motiviert hat, an John für die wichtigen Korrekturen sowie an Angie und Margit, die mir während des gesamten Prozesses eine große Stütze waren. Ein besonderer Dank gilt Regina für die so wertvollen Feedbacks und die initiale Idee zu der Studie sowie meinem Mann und meinen Kindern für die große Geduld mit mir.

ABSTRACT

Ziele: Identifizierung von Fähigkeiten, die Osteopath*innen während der Interaktion mit Patient*innen benötigen, um deren soziale Hintergründe besser zu verstehen und in der Behandlung angemessen zu berücksichtigen. In dem Zusammenhang wird das enaktive Handeln von Osteopath*innen, die Relevanz soziokultureller Faktoren in der therapeutischen Interaktion und der Handlungsbedarf zur Integration von Methoden zu einem besseren Patient*innenverständnis herausgearbeitet.

Studiendesign: Qualitative Interviewstudie

Methoden: Es wurden zehn Interviews mit Osteopath*innen mittels semistrukturiertem Leitfaden durchgeführt, die mittels qualitativer Inhaltsanalyse unter Verwendung von MAXQDA Software analysiert wurden.

Ergebnisse: Die Osteopath*innen sind überwiegend der Meinung, dass ein Wissen über das Patient*innumfeld wichtig für den Aufbau einer patientenzentrierten therapeutischen Beziehung und die situationsbedingte Anpassung der Behandlung ist. Dafür erforderliche Fähigkeiten sind vor allem Empathie, bewusster Einsatz verschiedener Kommunikationsmöglichkeiten, Selbstreflexion, Interprofessionalität und Wissen in den Bereichen Psychologie, Philosophie wie auch Soziologie. In vielen europäischen Ausbildungsstätten besteht Handlungsbedarf, geeignete Methoden zu integrieren.

Diskussion: Vor dem Hintergrund der Theorie des Enaktivismus können die beschriebenen osteopathischen Fähigkeiten als Voraussetzung angesehen werden, um Patient*innen Autonomie zu geben, Einblick in deren individuelle Krankheitserfahrungen zu erlangen und Ziele gemeinsam sinnstiftend umzusetzen. Im Rahmen einer möglichen offiziellen Anerkennung der Osteopathie sollten Osteopath*innen mit Fähigkeiten ausgestattet sein, um Patient*innen unterschiedlichster soziokultureller Hintergründe angemessen behandeln zu können.

Schlüsselwörter: Sozialer Hintergrund, Enaktivismus, Personenzentriert, therapeutische Beziehung, Osteopathie

ABSTRACT

Aims: Identify the skills osteopaths need during interaction with patients in order to better understand their social backgrounds and take them into account appropriately in treatment. In this context, the enactive action of osteopaths, the relevance of socio-cultural factors in therapeutic interaction and the need for action to integrate methods for a better understanding of the patient are elaborated.

Study Design: Qualitative Interview Study

Methods: Ten interviews were conducted with osteopaths using semi-structured guidelines, which were analyzed by means of qualitative content analysis using MAXQDA software.

Results: Osteopaths are predominantly of the opinion that knowledge of the patient's environment is important for establishing a patient-centered therapeutic relationship and adapting treatment to the situation. The skills required for this are above all empathy, conscious use of different communication options, self-reflection, interprofessionalism and knowledge in the fields of psychology, philosophy and sociology. In many European training centers, there is a need to integrate suitable methods.

Discussion: Against the background of the theory of enactivism, the osteopathic skills described can be seen as a prerequisite for giving patients autonomy, gaining insight into their individual experiences of illness and implementing goals together in a meaningful way. In the context of a possible official recognition of osteopathy, osteopaths should be equipped with the skills to treat patients from a wide range of socio-cultural backgrounds appropriately.

Keywords: Social background, enactivism, person-centered, therapeutic relationship, osteopathy

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
2	THEORIE	4
2.1	ENAKTIVISMUS	4
2.1.1	<i>Der Einfluss von Maurice Merleau-Ponty</i>	<i>4</i>
2.1.2	<i>Der enaktive Ansatz von Francisco Varela</i>	<i>5</i>
2.1.3	<i>Die Fünf Kernkonzepte des Enaktivismus</i>	<i>6</i>
2.2	ANNÄHERUNG AN DEN ENAKTIVISMUS AUS UNTERSCHIEDLICHEN PERSPEKTIVEN	7
2.2.1	<i>Krankheitserfahrungen aus der Erste Person Perspektive</i>	<i>7</i>
2.2.2	<i>Sinnstiftung in der therapeutischen Beziehung</i>	<i>8</i>
2.2.3	<i>Soziales Verständnis in der Interaktion</i>	<i>9</i>
2.2.4	<i>Bezugnahme auf die Umwelt der Patient*innen</i>	<i>9</i>
2.2.5	<i>Komplexität</i>	<i>10</i>
2.3	DIE BEDEUTUNG VON ENAKTIVISMUS IN DER OSTEOPATHIE	11
2.3.1	<i>Aktive Inferenz</i>	<i>11</i>
2.3.2	<i>Berührung</i>	<i>13</i>
2.3.3	<i>Kommunikation</i>	<i>15</i>
2.3.4	<i>Personenzentriertheit</i>	<i>15</i>
2.4	DAS BIOPSYCHOSOZIALE MODELL UND DIE BEDEUTUNG DES SOZIALEN HINTERGRUNDES	16
2.4.1	<i>Ursprung und Kritik</i>	<i>17</i>
2.4.2	<i>Das biopsychosoziale Modell in der Osteopathie</i>	<i>18</i>
2.4.3	<i>Die Bedeutung des sozialen Hintergrundes</i>	<i>19</i>
3	FORSCHUNGSFRAGE	21
4	METHODIK	21
4.1	BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	21
	<i>Tabelle 1: Daten der Interviewpartner*innen</i>	<i>22</i>
4.1.1	<i>Ein- und Ausschlusskriterien</i>	<i>22</i>

4.1.2	<i>Rekrutierung der Interviewpartner*innen</i>	23
4.2	GÜTEKRITERIEN	23
4.3	INTERVIEWLEITFADENERSTELLUNG	24
4.4	PROBEINTERVIEWS	25
4.5	ABLAUF DER INTERVIEWS.....	25
4.6	TRANSKRIPTION DER INTERVIEWS	25
4.7	DATENAUSWERTUNG: QUALITATIVE INHALTSANALYSE.....	26
5	ERGEBNISSE	28
5.1	BETRACHTUNG DES SOZIALEN UMFELDES	28
5.1.1	<i>Begriff der Lifeworld und Umwelt</i>	28
5.1.2	<i>Bedeutung des Umfeldes</i>	29
5.1.3	<i>Faktoren, die die Umwelt beeinflussen</i>	30
5.1.4	<i>Bedeutung und Relevanz für die Behandlung</i>	33
5.1.5	<i>Vielfalt an Patient*innen?</i>	35
5.1.6	<i>Finanzieller Hintergrund</i>	38
5.2	GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN IN DER THERAPEUTISCHEN INTERAKTION	40
5.2.1	<i>Synchronität und Beziehung</i>	40
5.2.2	<i>Bewusst eingesetzte Kommunikation</i>	41
5.2.3	<i>Behutsamkeit mit traumatisierten und ängstlichen Patient*innen</i>	43
5.2.4	<i>Adaption</i>	44
5.2.5	<i>Leiten lassen</i>	45
5.3	PERSONENZENTRIERTHEIT	46
5.3.1	<i>Mensch im Mittelpunkt</i>	47
5.3.2	<i>Multidimensionalität des Umfeldes</i>	48
5.3.3	<i>Handlungsfähigkeit</i>	48
5.3.4	<i>Zieldefinition und beitragende Faktoren</i>	49
5.4	OSTEOPATHISCHE FÄHIGKEITEN	52
5.4.1	<i>Empathie, Verständnis, Raum geben</i>	52
5.4.2	<i>Kommunikation verbal und nonverbal</i>	53

5.4.3	<i>Selbstreflexion und Neutralität</i>	54
5.4.4	<i>Wissen in den Bereichen Psychologie, Philosophie und Soziologie.....</i>	55
5.4.5	<i>Interprofessionalität.....</i>	56
5.5	BEDARF AN INTEGRATION VON METHODEN.....	57
5.5.1	<i>Handlungsbedarf.....</i>	57
5.5.2	<i>Wichtige Fähigkeiten.....</i>	58
6	DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	60
6.1	BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGE	60
6.2	RELEVANZ SOZIOKULTURELLER FAKTOREN	65
6.3	HANDLUNGSBEDARF ZUR INTEGRATION VON METHODEN	68
6.4	METHODENREFLEXION	69
6.5	IMPLIKATIONEN FÜR DIE OSTEOPATHIE	70
	LITERATURVERZEICHNIS.....	72
	TABELLENVERZEICHNIS	80
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	81
	ANHANG A: EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG	82
	ANHANG B: INTERVIEWPROTOKOLLBOGEN	83
	ANHANG C: INTERVIEWLEITFADEN	84

1 Einleitung

Die Osteopathie ist wie alle wissenschaftlich orientierten Disziplinen einer permanenten Entwicklung unterzogen. Bisher gültige Thesen werden überdacht, evaluiert und zum Teil neuinterpretiert. In den letzten Jahren wurde die Patient*innen-Therapeut*innen-Beziehung zunehmend in den Fokus gerückt. Dabei wird häufig die Wichtigkeit des personenzentrierten Ansatzes betont, vor allem vor dem Hintergrund, dass die Osteopathie Anspruch auf eine ganzheitliche Sicht auf den Menschen erhebt. In der klinischen Praxis dürften aber noch immer biomechanische Modelle dominieren (Maretic & Abbey, 2021; Thomson et al., 2014). Um Möglichkeiten in der Behandlung von Patient*innen nicht zu übersehen, wäre es wichtig auch psychosoziale Faktoren identifizieren zu können. Weitere Forschung zum Biopsychosozialen Modell und dessen effektivere praktische Anwendbarkeit wäre sinnvoll (Sampath et al., 2021).

Biomedizinische Modelle wurden in zahlreichen Studien vor allem quantitativ beleuchtet und zu dem psychologischen Blickwinkel gibt es Arbeiten zu der Patient*innen-Therapeut*innen-Beziehung (Novy, 2007; Novy & Sommerfeld, 2009), eine Studie zu ergänzenden psychologischen Maßnahmen und Erlernen von Selbstregulierungstechniken bei chronischem Schmerz (Abbey et al., 2020) oder auch Ansätze der Psychosomatik (Liem & Neuhuber, 2020). Der soziale Aspekt hingegen war bisher noch nicht oder nur peripher Gegenstand osteopathischer Arbeiten. Daher geht der Fokus dieser Arbeit der Frage nach, welche Fähigkeiten Osteopath*innen brauchen, um Patient*innen vor ihrem sozialen Hintergrund wahrnehmen zu können und sie besser zu verstehen als Basis für eine vertrauensvolle Patient*innen-Therapeut*innen-Beziehung.

Es wird betont, dass die Eingrenzung auf die sozialen Hintergründe als spezielle Perspektive, aus Gründen der Umsetzbarkeit im Rahmen einer Masterthese gewählt wurde. Im klinischen Setting soll dieser Aspekt nicht getrennt von den biologischen und psychischen Aspekten betrachtet werden. Das biopsychosoziale Modell das George L. Engel begründet hat (Engel, 1977), ist eines der 5 osteopathischen Modelle und wird als solches in den *Benchmarks for Training in Osteopathy*, erwähnt (World Health Organization, 2010). Manche Forscher sind der Meinung, dass dieses Modell in der Vergangenheit missverstanden und bei der Anwendung in seine Einzelaspekte zerlegt wurde. Es wurden Modelle entwickelt, die auf dem Biopsychosozialen Modell aufbauen und es ergänzen, wie das enaktive Konzept (Coninx & Stilwell, 2021).

Der theoretische Hintergrund dieser Arbeit ist der Ansatz des Enaktivismus (Bedeutung „to enact“: „etwas hervorbringen“, „eine Handlung ausführen“), der seinen Ursprung in den Kognitionswissenschaften hat. Enaktivismus beruht auf der Grundannahme, dass mentale Prozesse durch verkörperte Interaktion eines Lebewesens mit seiner Umwelt entstehen

(Kyselo, 2013, S. 197). Der Begriff des Enaktivismus wurde insbesondere in den letzten fünf Jahren auch von osteopathisch tätigen Wissenschaftler*innen aufgegriffen und aus unterschiedlichen Perspektiven in Studien verarbeitet. Insbesondere sind hier Esteves et al. (2022) zu nennen, die einen theoretischen Rahmen, basierend auf den Konzepten des Enaktivismus und der Aktiven Inferenz vorstellen, der die Grundlage für die Entwicklung und Validierung eines integrativen Modells innerhalb der Osteopathie sein könnte. Dieser Ansatz bietet Osteopath*innen die Möglichkeit zu erkennen, wie biopsychosoziale Faktoren sich auf die individuellen Krankheitserfahrungen auswirken können und wie Aufklärung, verbale und nonverbale Kommunikation innerhalb einer starken dyadischen Beziehung genutzt werden können.

Aufbauend auf der zuvor genannten Arbeit haben Shaw et al. (2022) eine Übersicht veröffentlicht, in der sie Konzepte der Neurowissenschaft, der Phänomenologie, der Psychologie und der Narrativen Medizin darlegen. Diese Erkenntnisse können das Verständnis für die Krankheitsvorstellung und schmerzbezogenes Verhalten der Patient*innen im Rahmen der osteopathischen Behandlung verbessern, im Sinne eines personenzentrierten Vorgehens. Bohlen et al. (2021) stellen ein weiteres theoretisches Modell vor, in dem vorgeschlagen wird, wie Osteopathie in der Behandlung mit Patient*innen, die physische und psychische Komorbiditäten zeigen, wirken kann. Die Hypothese basiert auf Theorien von Aktiver Inferenz, Verkörperter Wahrnehmung und Interozeption.

Enaktive Ansätze zu einer neuen Betrachtung des biopsychosozialen Modells betonen, dass Kognition nur verstanden werden kann, indem der gesamte `verkörperte` Organismus in seiner Umgebung betrachtet wird (de Haan, 2021). Die Forschung der letzten Jahre schlägt vor, Enaktivismus als ein solides Bezugssystem für einen integrativen patientenzentrierten Behandlungsansatz in der Osteopathie heranzuziehen. Kernpunkt ist ein personenzentriertes ökologisches System mit einer stabilen Patient*innen-Therapeut*innen-Verbindung aufzubauen (Alvarez et al., 2021; Esteves et al., 2020, 2022). In diesem Zusammenhang benötigen Osteopath*innen ein Verständnis für die gelebten Erfahrungen ihrer Patient*innen (Maretic & Abbey, 2021) und Empathie um Ängste abzubauen (McParlin et al., 2022). Des Weiteren wird vorgeschlagen die Handlungsfähigkeit zu fördern (Cerritelli & Esteves, 2022), unterstützend bei der Erlangung sinngebender Aktivitäten zu wirken und die Stärken des Individuums zu fördern (Stilwell & Harman, 2021).

Die vorliegende Studie soll Antworten darauf geben, welchen Fokus und welche Fähigkeiten Osteopath*innen auf Basis der theoretischen Grundlagen aktueller Forschung zu enaktivem Handeln benötigen, um die sozialen und soziokulturellen Hintergründe ihrer Patient*innen besser verstehen und damit deren Behandlung personenzentriert gestalten zu können. Es wird damit eine ergänzende Perspektive zu bisherigen Studien gewählt. Um Erfahrungswissen zu

generieren wird ein qualitativer Ansatz gewählt, in dem 10 erfahrene Osteopath*innen mittels semistrukturiertem Leitfaden interviewt werden. Die Erfahrung bezieht sich dabei sowohl auf die praktische Erfahrung als auch bei einigen der Interviewpartner*innen auf die wissenschaftliche Auseinandersetzung zur Thematik des Enaktivismus und biopsychosozialer Dimensionen, wie auch des Blickwinkels aus lehrender Funktion in der Osteopathieausbildung.

Die aus Literatur und Interviews gewonnenen Daten sollen einen Beitrag zu aktuellen wissenschaftlichen Ansätzen zu einem stärker personenzentrierten Denken und Handeln leisten. Dabei soll das gesundheitsrelevante soziale Wohlergehen der Patient*innen im Sinne einer gelebten Ganzheitlichkeit im Mittelpunkt stehen. Im theoretischen Kapitel 2 wird zunächst der Enaktivismus beleuchtet (2.1), insbesondere die Thesen der Phänomenologie von Maurice Merleau-Ponty. Es wird ein Einblick in den enaktiven Ansatz von Francisco Varela gegeben und die Theorie der Verkörperten Kognition als Grundlage des Enaktivismus vorgestellt. Im Anschluss wird ein Einblick in die fünf Kernkonzepte enaktiver Denkmuster und deren theoretische Hintergründe gegeben. Im Zentrum von Kapitel 2.2 steht ein Überblick über wissenschaftliche Veröffentlichungen der letzten Jahre zu Enaktivismus. Forscher*innen aus den Bereichen Medizin, Physiotherapie, Psychologie, Philosophie, Neurowissenschaft und Kognitionswissenschaften haben sich dem Thema aus unterschiedlicher Perspektive genähert. Hier werden vor allem Arbeiten beschrieben, die den Fokus auf die Erfassung des Menschen in seinem Umfeld und deren Auswirkungen auf den Gesundungsprozess legen. In Kapitel 2.3 werden die Möglichkeiten des Enaktivismus in der Osteopathie genauer beleuchtet. Es wird ein Einblick in neueste osteopathische Forschung gegeben, die enaktive Ideen mit aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen verbindet und einige neue integrative Modelle vorschlägt. Im Sinne der Aufarbeitung der Grundlagen werden in Kapitel 2.4 die Zusammenhänge mit den Thesen des biopsychosozialen Modells nach George L. Engel aufgezeigt, beziehungsweise die Abgrenzung zu diesen. Außerdem wird auf die Bedeutung des biopsychosozialen Modells für die Osteopathie eingegangen, sowie auf Vorschläge zur Weiterentwicklung durch osteopathisch tätige Wissenschaftler*innen. Abschließend wird der Begriff des sozialen Hintergrundes erläutert. Es folgt in Kapitel 3 die Beschreibung der Forschungsfrage. Inhalt des 4. Kapitels ist die Beschreibung der Methodik der qualitativen Interviewstudie, deren Ergebnisse in Kapitel 5 beschrieben und in Kapitel 6 diskutiert werden.

2 Theorie

2.1 Enaktivismus

Der Begriff des Enaktivismus hat seinen Ursprung in den Kognitionswissenschaften und beruht auf der Annahme, dass mentale Prozesse nicht nur im Gehirn entstehen, sondern Produkte der aktiven Interaktion eines Lebewesens mit seiner Umwelt sind (Kyselo, 2013, S.197). Francisco Varela, Evan Thompson und Eleanor Rosch prägten den Begriff „enaktiv“ in ihrem Buch *The Embodied Mind* in den 1990er Jahren (Varela et al., 1991). Ihre Sicht auf die Wahrnehmung nimmt dabei starken Bezug auf die phänomenologischen Thesen des französischen Philosophen Maurice Merleau-Ponty. Im vorliegenden Kapitel werden diese Ansätze chronologisch vorgestellt.

2.1.1 Der Einfluss von Maurice Merleau-Ponty

Merleau-Ponty (1908-1961), französischer Philosoph, gilt als einer der führenden Phänomenologen seiner Zeit. In seinem bekanntesten Werk *„Phänomenologie der Wahrnehmung“*, das 1945 veröffentlicht wurde, setzt er sich mit der verkörperten Wahrnehmung und der damit verbundenen Beziehung zwischen Geist und Körper auseinander (Toadvine, 2019).

Merleau-Ponty (2012, S.10) bezieht sich in seiner Untersuchung der Wahrnehmung auf die Gestalttheorie und zeitgenössische Forschung in den Bereichen der Physiologie des Nervensystems, der Psychopathologie, sowie der Entwicklungspsychologie. Im Zentrum seiner Überlegungen steht zunächst der eigene `Leib`, der sich während der Wahrnehmung der persönlichen Perspektive entzieht, dabei aber immer ein Teil des Wahrnehmungsfeldes bleibt und dadurch eine perspektivische Sicht auf die Welt ermöglicht (Merleau-Ponty, 1966, S.117).

Ein zentraler Begriff bei Merleau-Ponty ist die Bewegungsintentionalität, nach der eine Bewegung nicht gedacht wird, sondern durch eine Beziehung zu einem Objekt und durch eine gewisse Vorerfahrung entsteht (Merleau-Ponty, 1966, S. 166-167). Dies könnte im einfachsten Sinn das Greifen nach einem Glas sein, welches nicht zuerst überdacht werden muss, sondern in der kindlichen Entwicklung irgendwann einfach getan wird.

Der Philosoph widmet ein Kapitel der Begegnung mit anderen Individuen und der Wahrnehmung eben dieser. Er betont, dass die eigene Erfahrung und Wahrnehmung nicht auf das Gegenüber projizierbar ist. Trotz einer gemeinsamen Sozial- oder Kulturwelt, hat jeder sein eigenes Erfahrungssystem durch die individuelle Kommunikation der Welt mit dem `Leib` (Merleau-Ponty, 1966, S.101-107). Diese Ideen werden im Enaktivismus aufgegriffen und

haben Bedeutung für die sehr individuellen Krankheitserfahrungen von Patient*innen (siehe Kapitel 2.2.1 und 2.3.3).

Merleau-Ponty geht in seinem Werk auch auf das Soziale als Dimension des Seins ein. Es ist nicht als Objekt zu verstehen, sondern als präexistent, als Teil der Kulturgeschichte des Subjekts, in die es eingebettet ist (Merleau-Ponty, 1966, S.414). Er schreibt über die Stellung des Individuums und die untrennbare Wechselwirkung mit dem Umfeld: *„ich bin all das, was ich sehe, ich bin ein intersubjektives Feld, nicht trotz meiner Leiblichkeit und geschichtlichen Situation, sondern durch mein leibliches Sein und meine Situation und dadurch, dass ich durch sie auch alles andere bin“* (Merleau-Ponty, 1966, S.513). Merleau-Ponty beschreibt damit die Wechselbeziehung des Selbst in der Interaktion mit anderen, wonach man sich nicht isoliert entwickelt, sondern auch durch das Verhältnis und die Erfahrung mit anderen Individuen. Weiters wird das Selbst auch durch den eigenen Körper und die persönliche Geschichte geprägt. Merleau-Ponty's Gedanken haben Relevanz für die Bezugnahme auf die Umwelt der Patient*innen (siehe Kapitel 2.2.4).

2.1.2 Der enaktive Ansatz von Francisco Varela

Der Biologe und Neurowissenschaftler Francisco Varela (1946-2001) beschäftigt sich mit dem Phänomen der Kognition. Er entwickelt gemeinsam mit dem Neurophysiologen Humberto Maturana die Theorie der Autopoiese, die als Basis für die Erklärung kognitiver Phänomene gilt (Palacios & Bacigalupo, 2003). Nach dieser Theorie sind Lebewesen autonome Einheiten, die sich selbst erhalten und organisieren, dabei aber gleichzeitig an ihre Umwelt gekoppelt sind (Maturana & Varela, 1987, S.55; Varela, 1997).

In *The Embodied Mind* stellen Francisco Varela, Evan Thompson und Eleanor Rosch (1991) das Konzept der verkörperten Kognition vor und führen dabei den Begriff *enaction* (*Enaktion*) ein. Demnach ist die Wahrnehmung abhängig von Erfahrung und Interaktion, die das Individuum mit der Umwelt macht. Das bedeutet, dass der Geist nicht nur im Kopf repräsentiert ist, sondern auch im Körper und in der Handlung, im Sein in der Welt (Varela et al., 1991, S.9). Die Autor*innen fassen die Bedeutung von Enaktion wie folgend zusammen: *„(1) perception consists in perceptually guided action and (2) cognitive structures emerge from the recurrent sensimotor patterns that enable action to be perceptually guided“* (Varela et al., 1991, S.173)¹.

In diesem Sinn ist unter Enaktion zu verstehen, dass Wahrnehmung durch menschliches Handeln und Interaktion mit der Umwelt beeinflusst wird und nicht nur eine Verarbeitung von

¹ (1) Wahrnehmung besteht in wahrnehmungsgelitetem Handeln und (2) kognitive Strukturen entstehen aus den wiederkehrenden sensomotorischen Mustern, die wahrnehmungsgelitetes Handeln ermöglichen.

Sinneserfahrungen ist. Menschen entwickeln durch wiederholtes Durchführen von Handlungen eine Vorstellung von der Welt.

2.1.3 Die Fünf Kernkonzepte des Enaktivismus

Das enaktive Modell wird durch fünf Kernpunkte definiert: *autonomy* (Autonomie), *sense-making* (Sinnstiftung), *experience* (Erfahrung), *embodiment* (Verkörperung) und *emergence* (Emergenz) (De Jaegher & Di Paolo, 2007). Bei der Erklärung der fünf Kernpunkte wird im Sinne der Relevanz für die osteopathischen Modelle, die Enaktivismus propagieren, die Bedeutung für den Menschen in seinem Umfeld in den Fokus gestellt.

Der Begriff Autonomie baut auf der Autopoiese Theorie auf, die oben schon erwähnt wurde, und beschreibt auch höhere kognitive Systeme, wie den Menschen, als selbstbestimmte Einheiten, die die eigene Entwicklung steuern. Autonomie ist als Art der Selbstbestimmung in der dynamischen Koppelung zwischen dem Lebewesen und der Umwelt zu verstehen. Es wird hier zwischen Identitätsautonomie und Interaktionsautonomie unterschieden. Die Erstere bezieht sich auf die spezifischen biologischen Eigenschaften, die ein Lebewesen von anderen unterscheidet. Die Zweitere betrifft die Autonomie in der Beziehung und Interaktion mit der Umwelt (Kyselo, 2013, S. 199; Thompson, 2007, S. 27–31).

Ein zentraler Begriff des Enaktivismus ist die Sinnstiftung. Zugrunde liegen die biologischen Prozesse der Selbsterhaltung, bei dem der Organismus durch Adaptation seine Interaktionen mit seiner Umwelt so regelt, dass er dieses Ziel erreicht. Autonomie und Sinnstiftung bilden die Basis für alle Prozesse die Erkenntnis, Handlung, Emotion und Kognition betreffen (Arandia & Di Paolo, 2021; Weber & Varela, 2002).

Die Multidimensionalität von Sinneswahrnehmungen ist abhängig von der Erfahrung, die ein Lebewesen mitbringt. Die Möglichkeit über sich selbst und seine Erfahrungen zu reflektieren ist relevant für das Erkennen von wichtigen Aspekten, sowohl auf die direkte Umgebung (z.B. das Erkennen von Gefahr) als auch auf unsere Haltung und die Werte im Leben bezogen (de Haan, 2020).

Verkörperung bedeutet, dass der Körper nicht nur vom Gehirn kontrolliert wird, sondern ein System aus autonomen Schichten ist, das sich selbst reguliert und koordiniert, dies aber nicht nur im metabolischen Bereich. Es wird auch diskutiert, dass körperliche Strukturen auch maßgeblich an höheren kognitiven Prozessen beteiligt sind (Di Paolo et al., 2010). Unter Emergenz wird die Entstehung einer neuen Eigenschaft aus miteinander in Interaktion stehenden Prozessen verstanden (Thompson, 2007, S. 41).

2.2 Annäherung an den Enaktivismus aus unterschiedlichen Perspektiven

In den letzten Jahren hat der Enaktivismus und die damit in Zusammenhang stehenden Theorien und Modelle die Aufmerksamkeit der unterschiedlichsten wissenschaftlichen Richtungen erhalten. Wissenschaftler*innen aus den Bereichen Medizin, Physiotherapie, Psychologie, Philosophie, Neurowissenschaft oder auch Kognitionswissenschaft haben sich in Studien damit beschäftigt, wie enaktive Ansätze im klinischen Rahmen zu einem besseren Verständnis für die oft komplexen kausalen Zusammenhänge im Krankheitsgeschehen von Menschen beitragen könnten. In dem vorliegenden Kapitel sollen zentrale Ideen und Modelle vorgestellt werden, die die Bedeutung des Umfeldes von Patient*innen für ihren Gesundheitsprozess hervorheben.

2.2.1 Krankheitserfahrungen aus der Erste Person Perspektive

Sowohl für qualitative Studien, die sich mit den Krankheitserfahrungen von Patient*innen beschäftigen, als auch für die klinische Praxis in den diversen Gesundheitsberufen, ist es unerlässlich, die Perspektive des Individuums verstehen zu lernen. Diese Erste Person Perspektive (subjektive Erfahrung) lässt sich von jemandem anderen schwer nachvollziehen. Eine Möglichkeit für ein (eingeschränktes) Verständnis der Krankheitserfahrung einer Person bietet die Erzählung. Diese kann einer zweiten Person eine Perspektive auf das Erlebte eröffnen (Intersubjektive Erfahrung, in unserem Beispiel Wissenschaftler*innen oder Therapeut*innen, die sich die Krankheitsgeschichte anhören). Das bedeutet, dass die subjektiven Erfahrungen einer Person, die beispielsweise Schmerz empfindet, erst durch die Erzählung nachvollziehbar werden. Im Unterschied dazu werden physiologische oder biologische Veränderungen, wie zum Beispiel ein verändertes Bewegungsmuster, eine Schonhaltung oder Laborwerte aus einer Dritte Person Perspektive beobachtet, da diese unabhängig von dem Erlebten quantifizierbar sind (Stilwell & Harman, 2021). Bei der Einteilung in `subjektiv` Erlebtes und Wahrgenommenes aus der Sicht der Patient*innen und `objektiven` Beobachtungen durch Kliniker*innen ist zu hinterfragen, inwieweit dies in der evidenzbasierten Forschung einer Wertung unterzogen wird und `objektiven` Beurteilungen und Messungen mehr Gewicht, als den `subjektiven` Krankheitserfahrungen von Patient*innen gegeben wird. Die Geschichte der Patient*innen zu verstehen und deren Perspektive und Lebensbedingungen ins Zentrum des klinischen Prozesses zu stellen, ist von großer Bedeutung. Auf dieser Basis kann dann der weitere klinische Behandlungspfad entwickelt werden (Low, 2020, S. 132, S.134).

2.2.2 Sinnstiftung in der therapeutischen Beziehung

Sinnstiftung oder Sinnbildung ist für viele Autor*innen eine der zentralen enaktiven Aktivitäten. De Haan (2020) versteht unter Sinnbildung einen grundlegenden analytischen Prozess in der Interaktion des Lebewesens mit seiner Umwelt und dient im Wesentlichen der eigenen Existenz. Im einfachsten Sinn hängt das Leben eines Organismus davon ab, Nahrung oder Gefahr zu erkennen und eine Vorstellung von den eigenen Grundbedürfnissen zu haben. Das ist auch die Kernaussage der von de Haan zitierten These der Kontinuität von Leben und Geist. Sinnstiftung setzt Werte voraus, das heißt, dass je nach der jeweiligen aktuellen Situation des Lebewesens, unterschiedliche Aspekte der Umwelt von Bedeutung sind. Werte sind sehr individuell und verändern sich auch permanent mit veränderter Situation. Für de Haan (2020) kann der Einblick in die Sinngebung einer Person nur dann gegeben sein, wenn man sie in ihrem sozialen Kontext versteht. Die enaktive Sichtweise beinhaltet dabei vier Dimensionen, die dynamisch miteinander in Verbindung stehen und nicht isoliert voneinander betrachtet werden können: die physiologische, die erfahrungsbezogene, die soziokulturelle und die existentielle Dimension.

Verkörperung ist die Voraussetzung für Erfahrungen, die in einer soziokulturellen Umwelt gemacht werden oder wie diese die Erfahrungen formen. Dies erfordert die Fähigkeit, eine reflexive Haltung einnehmen zu können, die wiederum physiologische Prozesse beeinflusst, aber auch von diesen abhängig ist (de Haan, 2020).

Di Paolo et al. (2010) schlagen den Begriff der partizipatorischen Sinnstiftung für ein soziales Verständnis zwischen zwei oder mehreren interagierenden Personen vor. Dies kann eine bewusste gemeinsame Aktivität sein, die durch die einvernehmliche Interaktion zu einer neuen Bedeutung führt, wie es in einer Patient*innen-Therapeut*innen Beziehung stattfinden kann. Da nach dem enaktiven Verständnis den Beteiligten des Interaktionsprozesses ausdrücklich Autonomie zugestanden wird, werden die Individuen zu Teilnehmer*innen und nicht nur Beobachter*innen (De Jaegher & Di Paolo, 2007; Di Paolo et al., 2010). Arandia & Di Paolo (2021) heben die Bedeutung der partizipatorischen Sinnbildung in der klinischen Begegnung hervor. Sie nehmen Bezug auf die unterschiedlichen Positionen, die Patient*innen und Kliniker*innen in der Ausgangssituation oft haben – die Patient*innen, die teilweise verunsichert sind, ihren Körper als Objekt empfinden, und auf der Suche nach Hilfe und Besserung sind und die Behandelnden, die ihrerseits unter Zeit- und Handlungsdruck arbeiten müssen und dabei in ihrer Rolle als Expert*innen unterschiedliche Erwartungen zu erfüllen haben. Enaktive Bestrebungen sollten sich von diesen unterschiedlichen Perspektiven befreien und zu einer gemeinsamen Perspektive finden, in der die gelebte Krankheitserfahrung der Patient*innen berücksichtigt wird und eine partizipatorische Sinnbildung zu dem erhofften Genesungsprozess führen kann.

2.2.3 Soziales Verständnis in der Interaktion

Di Paolo et al. (2010) befassen sich mit der tieferen Bedeutung von sozialem Verständnis. Für sie wäre es wichtig, den sozialen Interaktionsprozess direkt zu untersuchen, um soziales Verständnis im enaktiven Sinn zu beleuchten. Unter einer Interaktion wird nach Di Paolo et al. (2010) eine wechselseitige Koppelung zwischen zwei Personen verstanden, das Verhalten kann dabei in Zusammenhang stehen. Ist das Verhalten von zwei Menschen nicht zufällig ähnlich, sondern durch verbindende Faktoren hervorgerufen, dann nennt man es Koordination. Ein Beispiel dafür könnten zwei Personen sein, die in einem Wartezimmer sitzen und plötzlich gleichzeitig den Kopf heben, weil die Tür zum Behandlungszimmer aufgeht. Hier handelt es sich um einen externen Auslöser, der zu Koordination führt. Die Art der Koordinierung wird in der Situation selbst erst entwickelt und ist auch abhängig von Ähnlichkeiten oder Unterschieden in der Kultur der Akteure. Dies nennt man eine interaktionale Koordination. Wenn eine Interaktion vertieft wird und die zwei Personen, die im Warteraum sitzen, ein Gespräch beginnen, dann wird es funktionelle Koordination genannt. Dabei geht es darum, die Interaktion zu vertiefen und weiterzuentwickeln.

Di Paolo et al. (2010) sind der Meinung, dass Bedeutung und Verständnis in der sozialen Interaktion durch interaktionale und funktionelle Koordination mit dem individuellen Hintergrund aus Herkunft, Erwartungen, Weltanschauung oder auch Gemütslage entstehen. Die Entwicklung dieser Prozesse ist von zeitlichen Faktoren abhängig, welche die Autor*innen als Interaktionsrhythmus bezeichnen. Dieser ist als variabel und im Zusammenhang mit den verschiedenen Ebenen der Prozesse, die zwischen Individuen ablaufen, zu verstehen. Darauf aufbauend betrachten Di Paolo et al. (2010) soziale Fähigkeit als Vermögen, in einer Interaktion mit einem anderen Menschen, `rhythmisch` auf ständig veränderte Bedingungen, wie Stimmungen oder Absichten, zu reagieren. Die Bedeutung, die sich aus einer Interaktion entwickelt, basiert auf einer Koordinierung der jeweiligen Sinnerzeugung der Beteiligten. Im besten Fall kann das eine gemeinsame Sinnmachung sein.

2.2.4 Bezugnahme auf die Umwelt der Patient*innen

Um die Bedingungen, in denen Patient*innen leben und wie diese deren Krankheitserfahrungen beeinflussen besser zu verstehen, wird in der Literatur häufig der Begriff der `Umwelt` in den Fokus gerückt. Coninx und Stilwell (2021) sind der Meinung, dass das enaktive Modell gut anwendbar ist, um den Zusammenhang von Schmerzerlebnis aus Prozessen, die zwischen einer Person und ihrer Umgebung ablaufen, zu verstehen. Sie beschreiben drei einander ergänzende Grundgedanken, um Schmerz in enaktiver Weise zu betrachten: „(i) *a subject's active engagement with the world and their perceived possibilities to act*, (ii) *the dynamic bi-directional relation between subjects and their environment mediated*

by the body, and (iii) the lived experience of subjects and their transformative potential” (Coninx & Stilwell, 2021)².

Ein weiterer Aspekt den Coninx & Stilwell (2021) beschreiben ist, dass Bedingungen in der Interaktion einer Person mit der Umwelt situationsbezogen sehr unterschiedlich sein können und Reaktionen, sowie Möglichkeiten zu handeln dementsprechend individuell sehr verschieden ausfallen können.

2.2.5 Komplexität

Rocca & Anjum (2020, S. 84–87) haben sich in dem Buch *‘Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient’* Gedanken darüber gemacht, was hinter dem Begriff der Komplexität steckt. Sie üben Kritik an dem häufig verwendeten Modell, das große Ganze als die Summe von vielen Einzelteilen zu verstehen, wie es aus ihrer Sicht auch häufig mit dem biopsychosozialen Modell praktiziert wird. Für die Autorinnen macht es keinen Sinn einzelne vielleicht beitragende Faktoren isoliert zu betrachten, denn diese interagieren und beeinflussen einander innerhalb des individuellen Kontextes einer Person.

Das enaktive Modell berücksichtigt die komplexen Prozesse, die zu einem Krankheitsgeschehen beitragen können und bietet einen Rahmen diese multifaktoriellen Vorgänge zu erkennen und zu verstehen. Auch bei den Möglichkeiten therapeutischer Interventionen bietet es Vorschläge zu Behandlungsansätzen, die vor allem durch interdisziplinäre Kooperationen und Kommunikation gekennzeichnet sind (Coninx & Stilwell, 2021; de Haan, 2021).

Bei der Auseinandersetzung mit Komplexität und deren Berücksichtigung in der Forschung beschreibt 12.06.24 22:16:00 einen nicht unwesentlichen Aspekt. In der evidenzbasierten Medizin werden randomisierte kontrollierte Studien (*randomized controlled trials* – RCT) als höchste Stufe der Evidenz beschrieben. Gleichzeitig werden bei dieser Form von Studien Personen mit Komorbiditäten meist ausgeschlossen, was bedeuten würde, dass der Querschnitt der Patient*innen dieser Studien die Realität in der Praxis nicht widerspiegelt. Studiendesigns, die subjektive oder auch intersubjektive Beobachtungen als Basis haben und den Kontext einer Krankheitserfahrung zu erfassen versuchen, werden häufig als unzuverlässig betrachtet. Low (2020) ist der Meinung, dass RCT’s natürlich eine gute Aussage darüber treffen können, wie eine Methode auf Patient*innen wirkt, die mit ihrem Krankheitsbild

² (i) die aktive Auseinandersetzung eines Subjekts mit der Welt und seine wahrgenommenen Handlungsmöglichkeiten, (ii) die dynamische bidirektionale Beziehung zwischen Subjekten und ihrer Umwelt, die durch den Körper vermittelt wird, und (iii) die gelebte Erfahrung der Subjekte und ihr transformatives Potenzial.

nicht weit entfernt von einem Durchschnitt sind. Man sollte aber vorsichtig damit sein, RCT's uneingeschränkt als Basis für Behandlungsentscheidungen heranzuziehen.

2.3 Die Bedeutung von Enaktivismus in der Osteopathie

In der Diskussion um die Identität der Osteopathie haben der Enaktivismus und die dahinterstehenden Theorien die Aufmerksamkeit einiger Osteopath*innen erlangt. Es wurden Modelle erarbeitet, die enaktive Ideen mit neurowissenschaftlichen Erkenntnissen verknüpfen und dabei neurophysiologische Erklärungen für Effekte osteopathischer Behandlung aufzeigen. Im speziellen sind hier Esteves et al. (2022) zu nennen, die auf dem Konzept der aktiven Inferenz aufbauen oder Consorti et al. (2023) mit ihrem Prozess der neuroästhetischen enaktiven Begegnung. Weiters sind auch Bohlen et al. (2021) zu nennen, mit ihrer Hypothese, Patient*innen mit physischen und psychischen Komorbiditäten, basierend auf Theorien der aktiven Inferenz, der verkörperten Kognition und der Interozeption zu behandeln. Zentrale Themen zahlreicher Arbeiten sind die Wichtigkeit einer personenzentrierten Herangehensweise in der osteopathischen Behandlung. Shaw et al. (2022) sehen hier die Wichtigkeit einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die besondere Fähigkeiten erfordert, Patient*innen in ihrem Lernprozess zu begleiten. Lunghi et al. (2020) und Baroni et al. (2021) beschreiben das Miteinbeziehen der Patient*innen in den Prozess des *clinical reasoning* mit dem Hintergrund, diesen um die Perspektive der Patient*innen zu ergänzen. McParlin et al. (2022) beschäftigen sich in ihrer Studie mit der Bedeutung der Bildung einer starken Allianz zwischen Behandler*innen und Patient*innen, um gemeinsam Ziele der Behandlung zu definieren und damit die Basis für die Wiedererlangung der Handlungsfähigkeit der Person zu legen. Maretic und Abbey (2021) erarbeiten die Bedeutung von Sprache in der klinischen Interaktion aus enaktiver Sicht. Folgend werden die Inhalte der Arbeiten nach Themen geordnet vorgestellt. Zur Erklärung für in den Arbeiten verwendete Begriffe, werden auch Wissenschaftler*innen zitiert, die keine Osteopath*innen sind.

2.3.1 Aktive Inferenz

Jorge Esteves et al. (2022) haben, aufbauend auf der Basis von Enaktivismus und aktiver Inferenz, die Grundlage für ein integratives Modell innerhalb der Osteopathie erarbeitet. Es soll einen Rahmen für osteopathische Behandlungen vom Neugeborenen bis zum fortgeschrittenen Lebensalter bieten und Osteopath*innen ein Konzept zeigen, mit Komplexität und klinischen Unsicherheiten umzugehen. Die Autoren betonen die Erweiterung der Körper-Geist Einheit, die Osteopath*innen bekannt ist, um die Dimension der Umwelt, als einen der Kernpunkte des Enaktivismus. Im Kontext der klinischen Begegnung bedeutet das, Patient*innen nicht nur vor deren physiologischen Hintergrund und den damit verbundenen

Erfahrungen zu sehen, sondern auch ihre Interaktion mit der Umwelt und die Einbettung in das soziokulturelle Umfeld zu betrachten (Cerritelli & Esteves, 2022; Esteves et al., 2022).

Aktive Inferenz ist ein Ausdruck aus der Neurowissenschaft, der von Karl Friston geprägt wurde. Um diese zu verstehen, wird zunächst der Begriff der prädiktiven Kodierung erklärt. Demnach reagiert das Gehirn nicht nur passiv auf Sinnesreize, sondern zieht kontinuierlich aktiv Schlüsse über die Ursachen von Empfindungen, um die Wahrnehmung und das Verhalten zu steuern. Die Theorie geht davon aus, dass das Gehirn ein Modell der Welt hat (generatives Modell), das sich auf vergangene Erfahrungen stützt. Das Gehirn erstellt kontinuierlich Vorhersagen darüber, wie die Welt wahrgenommen werden könnte. Diese Vorhersagen werden mit den eingehenden interozeptiven, propriozeptiven oder exterozeptiven Sinnesinformationen verglichen. Wenn die tatsächlichen sensorischen Informationen von der Vorhersage abweichen, entstehen sogenannte Vorhersagefehler (*prediction errors*). Bei Auftreten eines Vorhersagefehlers beginnt das Gehirn die Vorhersagen zu aktualisieren. Hier beginnt der Teil des Prozesses, der als aktive Inferenz bezeichnet wird. Das Gehirn versucht bei Auftreten eines Vorhersagefehlers, diesen zu minimieren. Diese Anpassungen passieren sowohl auf Wahrnehmungsebene (*perceptual inference*) als auch auf Verhaltensebene (*active inference*). Auf der Wahrnehmungsebene wird das innere Modell von der Welt auf Basis des Vorhersagefehlers überarbeitet. Aktive Inferenz passt die Handlungen an die vorhergesagten Ereignisse an, was als selbsterfüllende Prophezeiung bezeichnet werden könnte (K. Friston et al., 2006; K. Friston & Frith, 2015; A. Seth, 2022, S. 111–115; A. K. Seth, 2013).

Estevez et al. (2022) schlagen mit ihrem integrativen Modell vor, prädiktive Kodierung und aktive Inferenz für die Behandlung von Personen mit chronischen Schmerzen oder anderen anhaltenden Symptomen zu nützen. Patient*innen mit entsprechenden Krankheitsbildern entwickeln Vorstellungen über Ursachen ihrer oft unklaren Symptome basierend auf Erfahrungen, Gesprächen mit Ärzt*innen oder Therapeut*innen. Das kann zu Schutzmechanismen und Vermeidungsverhalten führen, um Vorhersagefehler zu minimieren und das interne Modell zu bestätigen. Ein Beispiel wäre eine Person, die es vermeidet, sich zu bücken, da dies immer zu Schmerzen geführt hat. Der konkrete Ansatz des Modells besteht darin, durch die osteopathische Behandlung einen hohen Vorhersagefehler zu erzeugen, der bestehende Überzeugungen revidiert. Dies kann durch angemessene Sprache in der Kommunikation (exterozeptive Inputs), durch Berührung (interozeptive Inputs) und Heranführen an physiologische Bewegungsabläufe erfolgen (Cerritelli & Esteves, 2022; Esteves et al., 2022). Bohlen et al. (2021) beschäftigen sich mit der Hypothese, das Modell der prädiktiven Kodierung und der aktiven Inferenz bei Personen mit mentalen Krankheitsbildern anzuwenden. Diese gehen oft mit Komorbiditäten wie chronische

muskuloskelettale Schmerzzustände einher. Die Patient*innen sollen bei manuellen osteopathischen Techniken durch positive sensorische Erfahrungen überrascht werden, die nicht mit ihren früheren Erfahrungen übereinstimmen. Um den neuen Vorhersagefehler zu minimieren, werden aktive Inferenzprozesse in Gang gesetzt. Es kann zu Symptomen des autonomen Nervensystems kommen, die den vorhergesagten, bekannten Symptomen ähnlich sind, da diese die momentan beste Erklärung für unsichere interozeptive Inputs sind. Wenn die Behandlung in einem sicheren, gesundheitsfördernden Umfeld abläuft, werden wahrscheinlich Wahrnehmungsprozesse aktiv, die die Vorhersagen aktualisieren. Die Autoren vermuten, dass osteopathische Behandlungen diese Vorgänge unterstützen und dabei die sympathische Aktivität verringern sowie die allostatistische Last reduzieren können (Bohlen et al., 2021).

2.3.2 Berührung

Die Rolle der Berührung im enaktiven Kontext ist Gegenstand einiger Arbeiten von wissenschaftlich tätigen Osteopath*innen. Dabei werden sowohl physiologische Auswirkungen untersucht als auch die zwischenmenschliche Rolle von Berührung im klinischen Alltag. McParlin et al. (2022) befassen sich in einer Studie mit der Bedeutung von therapeutischer Berührung für den Aufbau einer starken Allianz (*alliance*) zwischen Behandler*innen und Patient*innen, sowie den Grundlagen zur Entstehung von Synchronität. Die Wissenschaftler*innen beschreiben Aktive Inferenz als Grundlage der neurophysiologischen Effekte von therapeutischer Berührung. Im Behandlungssetting kann das bedeuten, durch gefühlvolle Berührungen wiederholt Feedbackschleifen zu erzeugen, die neue Vorhersagen festigen, indem die Vorhersagefehler minimiert werden. Dies reduziert allostatischen Stress und reguliert die Homöostase (Barrett, 2016; Carozza & Leong, 2021). Berührung hat wahrscheinlich auch eine bidirektionale Rolle, in der die Partner*innen einer dyadischen oder triadischen (Behandlung von Kindern) therapeutischen Beziehung Rückschlüsse auf den emotionalen Zustand ihres Gegenübers ziehen können. Beitragend für die Bildung einer stabilen Bindung im klinischen Rahmen ist der Aufbau von Synchronität. Darunter ist die Anpassung zweier Individuen auf neurophysiologischer und Verhaltensebene zu verstehen. Zwischen Osteopath*innen und Patient*innen begünstigt diese Anpassung, unterstützt durch bewusst gewählte Berührung und achtsame Kommunikation, den Aufbau einer `ökologischen Nische`. Dieses Therapieverhältnis soll auf gegenseitigem Vertrauen aufbauen und Patient*innen durch Empathie helfen, ihre Ängste abzubauen und sie in der Wiedererlangung ihrer Handlungsfähigkeit unterstützen (Cerritelli & Esteves, 2022; McParlin et al., 2022).

Baroni et al. (2021) betonen, dass Berührung in der enaktiven Sichtweise nicht einfach nur gefühlt wird, sondern vom Gehirn immer im Kontext zu früheren Erfahrungen interpretiert wird. Deshalb schlagen sie vor, dass sich Osteopath*innen während des Befundungsprozesses nicht nur auf ihre palpatorischen Ergebnisse stützen, sondern die Patient*innen immer aktiv in die Entscheidungsfindung einbinden sollten. In dem vielschichtigen diagnostischen Ablauf werden neben dem Tastbefund auch psychologische sowie soziale Faktoren berücksichtigt. Es werden neben Charakteristika der Therapeut*innen (Professionalität des Auftretens, Erwartungen) auch Eigenschaften der Patient*innen (Vorerfahrungen mit Therapie, Alter, Geschlecht) in den Prozess des *clinical reasoning* eingebunden. In der gemeinsamen Entwicklung eines Behandlungsansatzes ist die Berührung eines von mehreren wichtigen Elementen der Kommunikation zwischen Osteopath*in und Patient*in (Baroni et al., 2021; Rossetini et al., 2018).

Consorti et al. (2023) präsentieren ein Konzept, das die Anwendung des Modells der somatischen Dysfunktion (SD) rekonzeptualisieren soll. In traditionellen osteopathischen Theorien wurde die SD als lineares Ursache-Wirkungsmodell weitergegeben. Im Unterschied dazu schlagen die Autoren vor, die traditionellen Theorien mit aktueller Forschung aus Neuro- und Sozialwissenschaften zu verbinden. Sie benennen den Prozess eine `neuroästhetische enaktive Begegnung` in der Patient*innen-Therapeut*innen Dyade. In der Neuroästhetik, einem jungen Forschungszweig der kognitiven Neurowissenschaften, werden die neurobiologischen Hintergründe der Wahrnehmung und die Bewertung von ästhetischen Erfahrungen untersucht (Chatterjee & Vartanian, 2014). Das Konzept von Consorti et al. (2023) baut auf der Erkenntnis von Ishizu & Zeki (2011) auf, wonach das Gehirn eine höhere Aktivität in einem Belohnungszentrum aufweist, wenn es mit `schönen` oder `angenehmen` Stimuli konfrontiert wird. Die Osteopath*innen schlagen deshalb vor, Patient*innen aktiv in den Befundungsprozess einzubinden, indem Palpationsergebnisse der Therapeut*innen mit den Bewertungen der Patient*innen abgeglichen werden sollen. Es wird in einem weiteren Schritt untersucht, ob die Körperregion, die bei der Befundung als `unangenehm` identifiziert wurde, einen Zusammenhang mit einer eingeschränkten Handlungs- oder Funktionsfähigkeit der Person aufweist. Der Behandlungsansatz soll sich an Berührungen orientieren, die Patient*innen als `angenehm` oder als `guten Schmerz` klassifizieren. Dabei wird das oben genannte Konzept der aktiven Inferenz zur Anwendung gebracht, indem man einen großen Vorhersagefehler hervorruft (Bewegung ist angenehm und Funktion verbessert), um die alten Vorhersagemodelle neu zu gestalten. Das *clinical reasoning* soll auf diese Art und Weise zu einem gemeinsamen sinnstiftenden Prozess in der therapeutischen Dyade werden (Consorti et al., 2023).

2.3.3 Kommunikation

Sprache als direkte Form der Kommunikation im klinischen Setting ist ebenfalls Gegenstand osteopathischer Forschung im Kontext enaktiver Sichtweise. Narrative Medizin und *Medical Humanities* sind interdisziplinäre Ansätze in der Medizin, die versuchen, personenzentrierte Denkweise durch den Einsatz von Literatur und Kunst zu vermitteln. Maretic & Abbey (2021) untersuchen den Einsatz von Poesie für die Vermittlung personenzentrierter Geisteshaltung in der osteopathischen Ausbildung. Von Patient*innen geschriebene Gedichte sollen Einblick in deren gelebte Erfahrungen, Identität und Geschichte geben. Osteopath*innen lernen in der Auseinandersetzung mit Poesie aktiv zuzuhören, Bedeutung in Metaphern zu finden und Perspektive zu wechseln, um Einblick in Patient*innengeschichten zu erlangen. Die Ergebnisse der Studie lassen den Schluss zu, dass der Einsatz von Poesie als Tool in der Ausbildung, die Selbstreflexion von Osteopath*innen fördert und ihnen dabei hilft verschiedene Aspekte der Krankheitserfahrungen der Patient*innen besser zu verstehen.

Shaw et al. (2022) beschreiben ebenfalls den Wert Narrativer Medizin in der therapeutischen Beziehung. Die gelebten Erfahrungen der Patient*innen entwickeln erst durch die Erzählung einen Sinn und müssen immer im Zusammenhang mit dem kulturellen und sozialen Umfeld der Person verstanden werden. Für die Autor*innen ist es wichtig, Narrative Medizin und Kommunikationstechniken in die Ausbildung zu integrieren, um die Mehrdimensionalität von Krankheitserfahrungen zu verstehen und die Basis für eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zu entwickeln. Behandler*innen können die Geschichten der Patient*innen niemals vollständig verstehen, aber aktives Zuhören, Deuten von Schweigen oder Körpersprache verbessern die Fähigkeit zur Reflexion. Die Bereitschaft von Therapeut*innen ihren Patient*innen diesen Raum zu geben, ermöglicht diesen, einen neuen Sinn in ihren Erfahrungen zu finden und an Handlungsfähigkeit zu gewinnen (Shaw et al., 2022). In diesem Rahmen unterstützen bewusst eingesetzte verbale, wie auch nonverbale Kommunikation die Patient*innen in der Überarbeitung Ihres Vorhersagemodells. Um Patient*innen darin zu unterstützen, interozeptive, wie auch exterozeptive Eindrücke richtig deuten zu können, ist eine Sprache wichtig, die nicht bedrohlich oder angstmachend ist. Osteopath*innen sollten in Ihrer Kommunikation beruhigend und aufklärend sein (Esteves et al., 2022).

2.3.4 Personenzentriertheit

Der Ausdruck `personenzentriert` ist erst in der jüngeren osteopathischen Literatur zu finden. Der Osteopath Stephen Tyreman (2011) beschreibt in seiner Abhandlung über die Werte der Komplementär- und Alternativmedizin, zu der er die Osteopathie zählt, die Bedeutung von `Patientenzentriertheit`. Demnach haben Patient*innen immer ein Recht aktiv in Entscheidungen eingebunden zu sein, wenn es um Fragen ihrer Gesundheit geht. Weiters

sollte das Patient*innenwohl an erster Stelle stehen und die Krankheitserfahrung der Person von zentraler Bedeutung sein.

Tyreman (2018) verwendet einige Jahre später die Bezeichnung `personenzentriert`. Er versteht darunter, den Geschichten und Erzählungen der Patient*innen zentrale Bedeutung zu schenken. Diese geben den behandelnden Osteopath*innen Anhaltspunkte über körperliche Zustände, wie auch soziokulturelle und kognitive Aspekte der Person. Erzählungen lassen Osteopath*innen ein ganzheitliches Bild einer Person sehen und nicht nur die Diagnose oder die physiologischen Mechanismen. Für Tyreman (2018) besteht eine wichtige Aufgabe von Osteopath*innen darin, ihre Patient*innen über die Bedeutung ihrer erlebten Krankheitserfahrungen und deren Erzählung aufzuklären.

Esteves et al. (2022) betonen den Wert einer stabilen therapeutischen Beziehung zwischen Patient*innen und Behandler*innen als Grundlage personenzentrierten Arbeitens. Das enaktive Modell bietet eine gute Grundlage, um Patient*innen und deren Gesundheit oder Nicht-Gesundheit vor dem Hintergrund ihrer Umwelt wahrzunehmen. Für Osteopath*innen ist es wichtig zu verstehen, wie multifaktoriell, individuell und unvorhersehbar eine Krankheit sein kann. Die Berücksichtigung der Wechselbeziehung von Personen und ihrem Umfeld, sowie deren Erfahrungen und Erwartungen sind Grundlage personenzentrierten Arbeitens. Sämtliche osteopathische Behandlungsstrategien, von manuellen Techniken, über Aufklärung und Kommunikation bis zur Bestärkung der zu behandelnden Person, sind vor diesem Hintergrund zu wählen. Auch Shaw et al. (2022) sehen die Stärke des enaktiv-ökologischen Modells in dessen Schwerpunkt, das Individuum mit sämtlichen beitragenden Faktoren zu dessen Krankheitserfahrung zu sehen. Die Autor*innen sehen die Konzepte der aktiven Inferenz und prädiktiven Kodierung als wichtige Methoden personenzentrierten Arbeitens. Die Anwendung dieser Methoden erfordert eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung sowie besondere Fähigkeiten, um Patient*innen in ihrem Lernprozess zu leiten. Baroni et al. (2021) beschreiben die geteilte Entscheidungsfindung zwischen Behandler*innen und Patient*innen als eine der wichtigsten Charakteristika patientenzentrierten Arbeitens. Patient*innen sollten dabei aktiv in den Prozess des *clinical reasoning* miteinbezogen werden und dabei Palpationsbefunde der Osteopath*innen um ihre Perspektive ergänzen (Baroni et al., 2021; Lunghi et al., 2020).

2.4 Das Biopsychosoziale Modell und die Bedeutung des sozialen Hintergrundes

Einige Wissenschaftler*innen sehen das biopsychosoziale Modell nach George L. Engel (1977) als eine der Grundlagen des Enaktivismus (Coninx & Stilwell, 2021; de Haan, 2021). Dieses Modell hat seit seiner Entstehung Ende der siebziger Jahre mit dazu beigetragen,

Personenzentriertheit in der Versorgung von Patient*innen zu verbessern (Maretic & Abbey, 2021). In diesem Kapitel wird zuerst der Ursprung des biopsychosozialen Modells beleuchtet, aber auch die Kritik desselben (de Haan, 2021) beziehungsweise dessen Fehlinterpretation (Coninx & Stilwell, 2021). Das biopsychosoziale Modell hat auch in der Osteopathie seinen Platz gefunden, so wird es bei Tozzi (2020) als eines der fünf osteopathischen Modelle beschrieben. In seiner praktischen Anwendung besteht aber nach Smith (2019) viel Potential, es weiterzuentwickeln. Da der Fokus dieser Arbeit auf der Beleuchtung der sozialen Hintergründe von Patient*innen liegt, werden zugrundeliegende Begriffe aus der Soziologie dargelegt.

2.4.1 Ursprung und Kritik

Das biopsychosoziale Modell hat seinen Ursprung in den 1970er Jahren bei George L. Engel (1977), einem amerikanischen Professor für Psychiatrie und Medizin. Zu dieser Zeit war das biomedizinische Modell vorherrschend, welches Krankheit mit der Veränderung von biochemischen Veränderungen erklärt. Es werden dabei nur somatische Faktoren und Labortests zur Diagnose herangezogen, psychosoziale Ursachen bleiben unberücksichtigt (Engel, 1977). Engel (1977) kritisierte das reduktionistische Modell, das komplexe Phänomene einer Erkrankung auf eine einzelne Ursache zurückführt sowie dessen dualistische Sichtweise, Körper und Geist getrennt voneinander zu betrachten. Als Antwort darauf stellte er das biopsychosoziale Modell als Alternative für die Behandlung von Patient*innen vor. Es werden darin nicht nur biologische, sondern auch psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt, die damit viel mehr Perspektiven auf die Diagnostik und Behandlung einer Person zulassen. Engel (1977) streicht die Wichtigkeit der Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung hervor, mit guten rhetorischen Fähigkeiten, um den Kontext, in dem eine Person lebt, besser zu verstehen und zu identifizieren, warum oder ob Krankheit vorliegt. Die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit sind für Engel niemals eindeutig zu ziehen, da diese durch psychische, soziale und kulturelle Bedingungen stark beeinflusst sind.

Das biopsychosoziale Modell wurde zwar in vielen Disziplinen übernommen, es wurde aber auch gerade in den letzten Jahren Kritik daran geübt. So hat etwa de Haan (2021) angemerkt, dass Engel nicht genau erklären kann, wie die größeren Einheiten mit den kleineren Einheiten in Interaktion stehen und wie sie einander beeinflussen. Coninx & Stilwell (2021) schließen sich dieser Sicht an und argumentieren weiter, dass das biopsychosoziale Modell oft fehlinterpretiert wird und die einzelnen Faktoren wieder isoliert voneinander betrachtet werden, beziehungsweise in der klinischen Anwendung die biomedizinische Perspektive eingenommen wird. Statt einer dynamischen Wechselwirkung zwischen den Faktoren wird oft

eine lineare angenommen, so dass zum Beispiel soziale Aspekte die psychologischen beeinflussen und diese wiederum die biologischen.

2.4.2 Das biopsychosoziale Modell in der Osteopathie

Das biopsychosoziale Modell und dessen Anwendbarkeit im Rahmen osteopathischer Behandlung ist in den letzten Jahren Thema vieler wissenschaftlicher Arbeiten. Penney (2010) bezeichnet das biopsychosoziale Modell als zum großen Teil übereinstimmend mit den osteopathischen Grundprinzipien und sieht es als Basis eines fundamentalen Verständnisses von Gesundheit. Smith (2019) fordert eine Weiterentwicklung des biopsychosozialen Modells. Osteopath*innen sollten sich nicht nur, wie in traditionellen Konzepten, auf ihre palpatorischen Fähigkeiten verlassen, sondern auch psychosoziale Fähigkeiten erwerben. Diese sieht Smith (2019) als unerlässlich, um die Gesamtsituation von Patient*innen zu verstehen und die angebotene Behandlung effektiver zu gestalten. Die Sicht auf den Effekt manueller Therapiemethoden sollte überdacht und Patient*innen aktiv in den Therapieprozess eingebunden werden. Die Autorin sieht die Aufklärung als zentrales Tool und ist der Meinung, dass Therapien durchaus auch aktive Bewegungsanleitung beinhalten sollten, um die Selbstermächtigung der begleiteten Person zu unterstützen.

Tozzi (2020, S. 341) beschreibt das biopsychosoziale Modell als eines von fünf osteopathischen Modellen. Das Modell bietet insbesondere bei chronischen Beschwerden den Vorteil, dass das Zusammenspiel von körperlichen, geistigen, sowie Verhaltens- und Umweltfaktoren berücksichtigt werden kann. Osteopath*innen unterstützen ihre Patient*innen durch Aufklärung und gemeinsame Arbeit an Strategien zur Bewältigung von oft komplexen Krankheitsgeschehen mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern. Lunghi & Liem (2020) sehen das biopsychosoziale Modell als komplementär zu den anderen vier osteopathischen Modellen. Die Anwendung der Modelle in der osteopathischen Praxis soll das Verständnis und die Beurteilung komplexer Veränderungen der Gesundheit eines Menschen verbessern und einen patientenzentrierten therapeutischen Ansatz ermöglichen.

Zegarra-Parodi et al. (2020a) befassen sich bei der klinischen Anwendung des biopsychosozialen Modells auch mit den umweltbezogenen Gesichtspunkten, wie Arbeit („*blue flags*“), soziales Umfeld („*black flags*“) und psychologischen Hintergründen („*yellow flags*“). Diese sollten aus den Erzählungen der Patient*innen am Anfang einer Behandlung herausgefiltert werden, um gemeinsam zu überlegen, inwieweit sie eine Auswirkung auf die Heilung haben könnten. Die Wissenschaftler*innen sind der Meinung, dass in diesem Zusammenhang auch religiöse und spirituelle Dimensionen beachtet und in eine ganzheitliche muskuloskelettale Behandlung integriert werden sollten. Religion und Spiritualität beeinflussen die Einstellung von Menschen zu Gesundheit, Krankheit und Werten. Die Autor*innen halten

es für wichtig, diese Einstellungen im Therapiesetting zu erfassen. Die Integration religiöser oder spiritueller Einstellungen in das biopsychosoziale Modell benötigt eine spezielle Weiterbildung von Therapeut*innen, um adäquat mit Patient*innen kommunizieren zu können. Behandler*innen brauchen interkulturelle Kompetenz, um die Erzählungen zu verstehen, in den richtigen Kontext zu stellen und angemessene Kommunikationsformen zu wählen. Speziell bei Patient*innen, die ihre Krankheitserfahrungen religiös oder spirituell bewerten, kann es sinnvoll sein, diese in die Behandlung zu integrieren. Zegarra-Parodi et al. (2020b) schlagen weitere Studien vor, um die klinische Relevanz der Aufnahme religiöser und spiritueller Aspekte in das biopsychosoziale Modell zu untersuchen.

Sampath et al. (2021) sehen einen Bedarf, Osteopath*innen durch Fortbildungen die Anwendung des biopsychosozialen Modells zu erleichtern. Viele Osteopath*innen erkennen die Notwendigkeit, die Theorien des biopsychosozialen Modells anzuwenden, fühlen sich aber in der praktischen Anwendung nicht genügend sicher oder geschult. Nach Sampath et al. (2021) gibt es gute Hinweise, dass bereits ein achtstündiges E-Learning Programm das Verständnis von Osteopath*innen für biopsychosoziale Einflüsse auf Rückenschmerzen verbessert.

Abbey et al. (2020) beschreiben psychosoziale Einflüsse als verstärkende Faktoren für das Persistieren von Schmerzen. Neue neurowissenschaftliche Erkenntnisse erfordern eine Aktualisierung von bisher angewandten Modellen in der Osteopathie. Schmerz wird demnach als kontextbezogener Sinnbildungsprozess gesehen. Theorien der prädiktiven Verarbeitung (*predictive processing*) versuchen zu erklären, wie Berührung und Bewegung in der Schmerzverarbeitung und -wahrnehmung wirken. Die OsteoMAP Studie von Abbey et al. (2020) zeigt positive Auswirkungen, Patient*innen mit chronischen Schmerzzuständen mit einer Kombination aus psychologisch informierter, achtsamkeitsorientierter und manualtherapeutischer Behandlung zu versorgen. Es wird als zielführend gesehen, Osteopath*innen in ihrer Kompetenz zu stärken, die biopsychosozialen Dimensionen der Patient*innen in die Behandlung zu integrieren. Menschen mit langjährigen Schmerzerfahrungen soll durch die Unterstützung der Schmerzbewältigung zu einer verbesserten Lebensqualität verholfen werden.

2.4.3 Die Bedeutung des sozialen Hintergrundes

In der Literatur wird der Begriff „sozialer Hintergrund“ sehr uneinheitlich verwendet. Es sind verschiedene Theoriemodelle zu finden. Am häufigsten ist die Gleichsetzung mit „sozialer Herkunft“ zu finden, die als soziokultureller Background an Bedingungen und Werten, in die eine Person hineingeboren wird, verstanden wird (Körner & Betz, 2012, S.4). Die Theoriemodelle der „sozialen Herkunft“ haben ihre Wurzeln größtenteils in der

Kapitalterminologie Pierre Bourdieus (1983), einem französischen Soziologen. Er beschreibt drei Arten von Kapital im Sinne von Ressourcen im Hintergrund einer Person (Rolff et al., 2008, S. 283). Das ökonomische Kapital bezieht sich auf Vermögenswerte einer Person oder auch auf die Handlungsmöglichkeiten, diese Ressourcen zur Erhaltung der sozialen Position zu nutzen. Soziales Kapital beinhaltet alle sozialen Beziehungen, sowohl familiäre und freundschaftliche als auch die Zugehörigkeit zu Gruppen, Vereinen und Parteien. Wichtig ist, dass diese Beziehungen dem Individuum Unterstützung seiner Ressourcen gewähren. Als dritte Kapitalart definiert Bourdieu (1983) das Kulturelle. Dieses bezieht sich auf Bildung, Wissen und Fähigkeiten einer Person, aber auch in der Familie weitergegebene Ressourcen, wie Bücher, Bilder oder Tradition. Alle drei Arten von Kapital beeinflussen einander und haben Einfluss auf die soziale Position einer Person in der Gesellschaft (Bourdieu, 1983, S. 183–191; Fröhlich & Rehbein, 2009, S. 134–139).

Ein weiteres Modell, das als Weiterentwicklung der Theorien Bourdieus verstanden wird, ist das Konzept der sozialen Milieus. Tippelt & Hippel (2005) beschreiben die Unterteilung des Konzeptes der sozialen Milieus in drei Unterkonzepte. Zum einen das Konzept der Lebenslagen, das soziodemographische Faktoren beinhaltet. Darunter fallen Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, gesundheitliche Aspekte. Ein weiteres Konzept ist das der Lebensphasen, das biographische Dimensionen wie Schulbildung und berufliche Stationen enthält. Als drittes Konzept wird das der Lebensstile genannt. Es schließt Wertevorstellungen, Zukunftsaussichten und Freizeitgestaltung mit ein. Die drei Dimensionen der sozialen Milieus bestehen und entwickeln sich parallel zueinander.

Ein Begriff der in der Literatur zu Enaktivismus zu finden ist (Shaw et al., 2022), ist der Begriff der Lebenswelt (*lifeworld*), der phänomenologische Ursprünge in der Philosophie von Edmund Husserl hat (Outhwaite, 2014, S. 184). Kraus (2015) versucht diesen phänomenologischen Hintergrund herauszuarbeiten, indem er Lebenswelt und Lebenslage (*life conditions*) unterscheidet. Der Ausdruck Lebenslage umfasst sowohl materielle Bedingungen wie die finanzielle Lage oder die Wohnsituation, als auch immaterielle Faktoren wie Gesundheit und Sozialkontakte. Unter Lebenswelt wird die subjektive Sicht auf die Lebenslage, auf Basis von Erfahrungen des Individuums und dessen psychischen wie auch physischen Eigenschaften verstanden. Der wichtige Unterschied zwischen den beiden Begriffen ist der, dass Beobachter*innen zwar die äußeren Bedingungen der Lebenslage verstehen können, sie werden aber die innere Perspektive (Lebenswelt) einer Person nie zur Gänze begreifen (siehe Kapitel 2.2.1 und 2.3.3). Kraus (2015) kommt aus diesem Grund zum Schluss, dass Menschen, die sich beruflich mit der Lebenswelt anderer Menschen auseinandersetzen wollen, sich der eigenen Subjektivität immer bewusst sein müssen. Um eine Vorstellung von der Lebenswelt einer anderen Person zu bekommen, benötigt man gute

Kommunikationsfähigkeiten, tiefes Interesse an der Erzählung des Gegenüber und gute Selbstreflexion der eigenen Fähigkeiten (Kraus, 2015).

3 Forschungsfrage

Vorliegende Masterarbeit geht der Frage nach, welche Fähigkeiten Osteopath*innen während der Interaktion mit Patient*innen benötigen, um deren soziale Hintergründe besser zu verstehen und in der Behandlung angemessen zu berücksichtigen können?

Studienziel ist es daher, das enaktive Handeln von Osteopath*innen zu erfassen, die Relevanz soziokultureller Faktoren in der Interaktion mit Patient*innen herauszuarbeiten und Handlungsbedarf zur Integration von Methoden zu einem besseren Patient*innenverständnis aufzuzeigen.

4 Methodik

Um die Fragestellung zu beantworten, wurde eine qualitative Studie durchgeführt. Methoden qualitativer Forschung bieten die Möglichkeit, ein besseres Verständnis von komplexen Vorgängen der osteopathischen Behandlungssituation zu erlangen und unterschiedliche Blickwinkel zu berücksichtigen (Thomson et al., 2011). Als Erhebungsinstrument wurde das semistrukturierte Leitfadeninterview gewählt. Die Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Als Interviewpartner*innen wurden zehn Osteopath*innen (siehe Tab.1) gewonnen, fünf männliche und fünf weibliche. Es wurden bewusst auch international tätige Therapeut*innen ausgesucht, um eine größere Bandbreite an Erfahrung zu erhalten. Die Länder der Berufsausübung sind fünf Staaten der Europäischen Union. Die Grundberufe der Interviewpartner*innen sind Physiotherapie, Psychotherapie, Medizin, einige haben Osteopathie als Vollzeitstudium abgeschlossen. Einige Osteopath*innen haben Zusatzqualifikationen in Neurowissenschaft, Psychologie, Literatur- und Geisteswissenschaften, sowie Somatic Experiencing und Focusing. Die Berufserfahrung der meisten Osteopath*innen beträgt mehr als zehn Jahre, nur zwei hatten unter 5 Jahren Erfahrung (siehe Tab.1). Die Mehrzahl an Interviewten hat publiziert oder bekleidet eine Lehrtätigkeit, einige bringen Praxiserfahrung in der Supervision von Studierenden mit (siehe Tab.1).

Tabelle 1: Daten der Interviewpartner*innen

Osteopath*in	Geschlecht	Alter	Publiziert, unterrichtet, supervidiert	Berufserfahrung Osteopathie	Sprache der Interviews
1	w	35 bis 50	S	10+	D
2	w	Ü 50	P, U, S	15+	D
3	m	25 bis 34	P, U	4	D
4	m	Ü 50	P, U	30+	E
5	m	35 bis 50	P, U	10+	E
6	w	25 bis 34	P	3	E
7	m	Ü 50	P, U	15+	E
8	w	Ü 50	P, U, S,	15	D
9	w	Ü 50	P, U, S	20	D
10	m	25 bis 34	P, U	10	E

4.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Bei der Auswahl der Osteopath*innen war es ein Einschlusskriterium, im Bereich des Enaktivismus, des Biopsychosozialen Modells und/oder der therapeutischen Beziehung bereits publiziert oder unterrichtet zu haben. Alternativ war entsprechende Erfahrung in der Behandlung von Patient*innen mit unterschiedlichstem Hintergrund und einem Interesse an sozialen Bedingungen ein relevantes Kriterium. Die ausgesuchten Osteopath*innen haben durch ihre Vielfalt an Erfahrungen in der Interaktion mit Patient*innen *„die Möglichkeit geschaffen, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsanleitend für Andere zu strukturieren“* (Bogner et al., 2014, S. 11). Die Kriterien wurden durch Onlinerecherche (Lebenslauf, berufliche Schwerpunkte, Publikationen) und über Abklärung durch Emailverkehr überprüft. Ausschlusskriterien waren unzureichende Deutsch- oder Englischkenntnisse und ungenügende Erfahrung oder Interesse an der Thematik. Ausschlussgründe wurden im Vorfeld schriftlich abgeklärt. Eine Ausgewogenheit der Geschlechter war ebenfalls ein Einschluss- beziehungsweise Ausschlusskriterium.

4.1.2 Rekrutierung der Interviewpartner*innen

Die Recherche ergab eine Vorauswahl von 14 Osteopath*innen, welche die Einschlusskriterien erfüllten. Zwei Osteopath*innen waren der Autorin persönlich bekannt und wurden in einem direkten Gespräch um ein Interview ersucht. Das erste war als Probeinterview geplant und wurde aufgrund gut verwertbarer Daten in die Studie eingeschlossen. Alle Osteopath*innen wurden schriftlich kontaktiert, davon erklärten sich acht zu einem Interview über Zoom bereit. Die Interviewpartner*innen erhielten vor dem Termin schriftlich Informationen zu der Thematik, der geplanten Zeitdimension und der Anonymisierung. Ein Osteopath bat vor dem geplanten Termin um die Zusendung des Leitfadens (siehe Anhang C), der ihm zur Verfügung gestellt wurde. Allen Interviewpartner*innen wurde ein Honorar für den Zeitaufwand angeboten, das aber von keinem angenommen wurde.

4.2 Gütekriterien

Die klassischen Gütekriterien, wie die Reliabilität und die Validität, die für empirische Arbeiten gelten, wurden bezüglich ihrer Anwendbarkeit in der qualitativen Forschung kritisch diskutiert. Aufgrund dieser Kritik wurden die Gütekriterien an qualitative Methoden angepasst (Mayring, 2022, S. 118–120). Bei Mayring (2016) werden sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung beschrieben: Verfahrensdokumentation, Argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, Kommunikative Validierung und Triangulation (Mayring, 2016, S. 144–148).

Durch die Anwendung der Computersoftware MAXQDA (siehe 4.7) wurde das Verfahren durch die Projektdokumentation gesichert. Die Dokumentation umfasst alle relevanten Dokumente, inklusive der einzelnen Zwischenschritte, die als Projektdatei gespeichert wurden. Es kann dadurch nachvollzogen werden, welche die Originaldaten sind und wo die Interpretation der Autorin beginnt. Die Interpretation der Aussagen in den Interviews wurde nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden in den Ergebnissen dargestellt und anschließend diskutiert. Die Beschreibung der einzelnen Analyseschritte anhand des Ablaufmodelles in der Methodik entspricht der Regelgeleitetheit. Durch die Kriterien der Auswahl der Interviewpartner*innen (siehe 4.1.1) wurde versucht größtmögliche Nähe zum Gegenstand zu gewährleisten. Die einzelnen Forschungsschritte wurden regelmäßig mit Betreuer*innen (intern und extern) dieser Masterthese besprochen, dabei wurden Inhalte kritisch reflektiert und diskutiert. Außerdem kam es zu einem regelmäßigen Gedankenaustausch mit Kolleg*innen, der ebenfalls zu kritischem Hinterfragen der Vorgehensweise anregte.

4.3 Interviewleitfadenerstellung

Als Erhebungsinstrument dieser Studie wurde das semistrukturierte Leitfadeninterview gewählt. „Solche Leitfäden haben eine doppelte Funktion: Sie dienen der Strukturierung des Themenfeldes der Untersuchung sowie als konkretes Hilfsmittel in der Erhebungssituation [...] zugleich übernehmen sie in der Interviewsituation eine zentrale Orientierungsfunktion“ (Bogner et al., 2014, S. 23–24). Nach einer intensiven Phase der Literaturrecherche zu der zugrundeliegenden Thematik wurde die Forschungsfrage in einzelne Themen zerlegt, die für die Interviews relevant erschienen. Es entstand ein deduktives Kategoriensystem bestehend aus zehn Hauptkategorien, die als Grundlage für den Leitfaden dienten. Folgende Kategorien wurden erfragt:

- Essenzielle osteopathische Fähigkeiten
- Verständnis für Patient*innenumfeld
- Möglichkeiten der Interaktion in der Therapiesituation
- Kriterien für Gestaltungsmöglichkeiten der Interaktion während der Behandlung
- Soziale Hintergründe der Patient*innen (Ethnie, Herkunft, Beruf, Familie, Gruppenzugehörigkeit, Alter, Geschlechtsidentität)
- Relevanz des sozialen Hintergrundes in der Therapiesituation
- Personenbezogene versus körperbezogene Behandlung
- Zieldefinition in Behandlung
- Situationen, die besondere Achtsamkeit erfordern
- Handlungsbedarf zur Integration von Methoden zu einem besseren Patient*innenverständnis in die Curricula

Vorbereitend für die Interviews wurden dem Leitfaden eine Memospalte mit Stichworten zu den Kategorien und Fragen zur Aufrechterhaltung des Erzählimpulses hinzugefügt (Vogt & Werner, 2014). Der Interviewleitfaden wurde von der Autorin ins Englische übersetzt und von einer Person mit Englisch als Muttersprache kontrolliert und verbessert (siehe Anhang C). Einleitend wurde den Interviewpartner*innen eine kurze Zusammenfassung zu der Thematik und dem Hintergrund der Fragestellung gegeben. Als Eröffnungsfrage wurden die Gesprächspartner*innen gebeten zu beschreiben, welche essenziellen Qualitäten Osteopath*innen für die Arbeit mit ihren Patient*innen haben sollten. Nach der letzten Frage wurde den Interviewpartner*innen zur Ausleitung die Möglichkeit gegeben, Fehlendes oder ihnen Wichtiges hinzuzufügen.

4.4 Probeinterviews

Um Sicherheit in der Durchführung der englisch geführten Interviews zu gewinnen, wurde am 03.10.2022 mit einer Person mit Englisch als Muttersprache ein Probeinterview in Englisch geführt. Dabei ging es nicht um inhaltliche Details, sondern um Gewinnung des Selbstvertrauens englisch zu formulieren und den Redefluss zu erhalten. Am 5.10.2022 wurde mit einer osteopathischen Kollegin ein Interview geführt, das im Ablauf und in der Gewinnung von interessantem Datenmaterial so gut lief, dass sich die Autorin entschied, dieses in die Studie aufzunehmen. Kleine Modifikationen wurden in Bezug auf Formulierungen vorgenommen.

4.5 Ablauf der Interviews

Die 10 Interviews wurden zwischen dem 05.10.2022 und dem 24.1.2023 geführt. Dabei fand ein Interview in der Privatwohnung einer Osteopathin statt, die anderen neun wurden über die Kommunikationsplattform Zoom geführt. Die Gespräche wurden mit einem Smartphone und direkt über Zoom (mit Ausnahme des direkt geführten Interviews) aufgezeichnet und gespeichert. Die Dauer der Interviews lag zwischen 32 und 62 Minuten, im Durchschnitt waren es 45 Minuten. Der Ablauf war in einer angenehmen, kollegialen Atmosphäre und die Interviewpartner alle sehr interessiert an der Materie. Den Teilnehmenden wurde vorab eine Einwilligungserklärung (siehe Anhang A) mit den Rahmenbedingungen zugesandt. Diese beinhaltete Ort und Zeit des Interviews, sowie die Einwilligung, dass die aufgezeichneten Daten anonymisiert von der Autorin genutzt werden dürften (Helfferich, 2009, S. 190–192). Nach jedem Interview wurde ein Protokollbogen (siehe Anhang B) mit Informationen zu den Interviewten und Dokumentation der Atmosphäre, Interaktion, sowie zusätzlichen Informationen ausgefüllt.

4.6 Transkription der Interviews

In einem nächsten Schritt wurden alle Interviews von der Autorin wortwörtlich transkribiert. Dabei wurde die Sprache etwas geglättet, Redepausen wurden durch Auslassungspunkte markiert (...), Wortbetonungen unterstrichen und Unterbrechungen, emotionale Äußerungen oder Einwürfe der jeweils anderen Person in Klammer gesetzt. Unverständliche Textpassagen wurden mit der Bezeichnung (unv.) gekennzeichnet. Um die Anonymisierung zu gewährleisten wurde der Interviewpartner mit IP und der zugeordneten Kennzahl (z.B. IP4) benannt. Namentlich erwähnte Personen wurden als X bezeichnet (Kuckartz et al., 2007, S. 27). Die einzelnen Zeilen der Transkripte wurden fortlaufend nummeriert und bei Sprecherwechsel eine Zeitmarkierung der Audioaufzeichnung eingefügt. Jedes Transkript wurde mehrmals auf exakten Wortlaut und Fehler überprüft. Ein englischsprachiger Interviewpartner bot eine

Kontrolle seiner Interviewtranskription an und sandte diese mit Verbesserungen und ergänzenden Informationen zurück.

Die fünf englischen Transkripte wurden in einem ersten Schritt mit Hilfe des Übersetzungsdienstes DeepL ins Deutsche übersetzt. In einem zweiten Schritt wurden die Transkripte von der Autorin Zeile für Zeile überprüft und korrigiert. Um so nahe wie möglich an dem Originalwortlaut zu bleiben, wurden die Passagen während dieses Prozesses mehrmals mit Hilfe der Audiodatei angehört und neu formuliert. Dieser Arbeitsschritt war sehr herausfordernd, da drei der fünf englischsprachigen Gesprächspartner*innen nicht muttersprachlich englisch waren und einige Formulierungen einer Interpretation der Autorin bedurften, welche mit den Interviewenden akkordiert wurde.

4.7 Datenauswertung: Qualitative Inhaltsanalyse

Die Interviews wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Dabei wurden die Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse wie systematisches Vorgehen, Einordnen des Gesagten in ein Kommunikationsmodell, Erarbeiten eines Kategoriensystems und Überprüfbarkeit durch Gütekriterien beachtet (Mayring, 2022, S. 29).

In einem ersten Schritt wurden die zehn Interviews in der Audiofassung angehört, danach gelesen und zusammengefasst. Dabei wurden schon erste Ideen für das Kategoriensystem notiert, sowie Gedanken gekennzeichnet und als Memo aufgeschrieben (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 118–124). Für die vorliegende Arbeit wurde die Variante der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gewählt, die den Gesamttext einzuschließen und anschließend auf die wesentlichen Aussagen zu reduzieren versucht (Mayring, 2022, S. 67). Folgend wird das Ablaufschema in Anlehnung an Mayring (2022) beschrieben:

1. Schritt: Definition der Analyseeinheiten: Als Rahmen wurden zehn Kategorien deduktiv aus dem Interviewleitfaden gewonnen. Das aus den Interviews lukrierte Datenmaterial wurde analysiert und den zehn Oberkategorien zugeordnet.
2. Schritt: Paraphrasieren der inhaltstragenden Textstellen: Die Daten wurden systematisch bearbeitet, indem Aussagen auf das Wesentliche reduziert wurden und die stark verkürzten Textstellen auf eine einheitlich Sprachebene umgewandelt wurden.
3. Schritt: Generalisierung der Paraphrasen: Bei einem weiteren Durchlauf, bei dem die Paraphrasen der einzelnen Interviews miteinander verglichen wurden, wurde die Abstraktionsebene bestimmt und die zuvor gebildeten Paraphrasen wurden verallgemeinert. Während dieses Reduktionsschrittes wurden einige Paraphrasen, die unwichtig oder inhaltsgleich waren, gestrichen.

4. Schritt: Induktive Kategorienbildung: Die im vorherigen Arbeitsschritt generierten Aussagen wurden zu induktiven Kategorien geordnet, die den zehn Oberkategorien als Unterkategorien hinzugefügt wurden. Dieser Arbeitsvorgang erfolgte gleich am gesamten Datenmaterial.

5. Schritt: Rücküberprüfung des Kategoriensystems: in dieser Phase wurde überprüft, ob die gebildeten Kategorien den ursprünglichen Sinn der Ausgangsdaten wiedergaben und teilweise überarbeitet. Nach der abschließenden Aufarbeitung ergaben sich neun Oberkategorien und 31 Unterkategorien. Diese wurden im Ergebnisteil in Richtung der Fragestellung interpretiert.

Für die Analyse des Datenmaterials wurde die Software MAXQDA in der Version Analytics Pro (24.2.0) zu Hilfe genommen. Das Datenmaterial wurde in Form der schon vorher transkribierten Interviews hochgeladen und danach mit den Tools des Programmes in den vorher beschriebenen fünf Schritten des Ablaufschemas analysiert. MAXQDA bietet die Möglichkeit der KI-Unterstützung. Diese wurde für Zusammenfassungen der Inhalte von Kategorien genutzt, um einen schnelleren Überblick über diese zu bekommen. Die KI wurde aber nicht für die Verschriftlichung der Ergebnisse verwendet.

5 Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse der zehn analysierten Interviews dargestellt. Aus zehn Hauptkategorien wurde das Datenmaterial zu fünf Themenschwerpunkten verdichtet, die eine Meinungsvielfalt der interviewten Osteopath*innen abbilden. Dabei werden Übereinstimmungen wie auch Divergenzen der individuellen Auffassungen beleuchtet. Einleitend wird das soziale Umfeld von Patient*innen betrachtet, danach Möglichkeiten von Interaktionen während der Behandlung, sowie die Bedeutung von Personenzentriertheit analysiert. Weiters werden osteopathische Qualitäten zu einem besseren Patient*innen Verständnis ausgeführt und abschließend ermittelt, ob es einen Handlungsbedarf zu Veränderung in Ausbildungscurricula gibt. Die Interviewpartner*innen werden in folgenden Ergebnisdarstellungen als IP und der Nummerierung des Interviews bezeichnet (z.B. IP04).

5.1 Betrachtung des sozialen Umfeldes

In diesem Abschnitt werden Betrachtungen zu dem sozialen Umfeld von Patient*innen beschrieben. Es werden grundlegende Begriffe, die Bedeutung des Umfeldes, sowie dessen Relevanz beleuchtet. Danach werden Faktoren des sozialen Umfeldes und die Bedeutung für die Behandlung ausgeführt. Abschließend wird der soziale Hintergrund der Patient*innen sowie die ökonomische Situation beleuchtet.

5.1.1 Begriff der *Lifeworld* und Umwelt

Drei der Interviewpartner*innen gehen näher auf die Begriffe *Lifeworld* (siehe Kapitel 2.4.3) und Umwelt ein, obwohl nicht danach gefragt wurde. IP06 erwähnt, dass *Lifeworld* ein phänomenologischer Ausdruck sei, der das individuelle Erleben widerspiegelt: „[...] das wirklich zu verstehen [...] wenn ich sage: `Ich erlebe dies, dies und das`, es spielt keine Rolle, ob das für dich einen Sinn ergibt, denn es geschieht in meiner *Lifeworld*. Deshalb müssen wir in der Lage sein, das zu schätzen, zu respektieren“ (IP06, Pos. 50-53). Für IP05 ist die erste Assoziation mit dem Wort Umwelt die physische Umgebung im Sinne von Arbeitsumfeld oder Ergonomie, bei genauerem Reflektieren wird dieser Begriff umfassender verstanden. IP05 setzt *Lifeworld* mit Umwelterleben gleich, als persönliche Lebenserfahrung in den eigenen Körper, in Beziehung zu anderen oder zur physischen Umgebung. „[...] und ich denke, es geht auch darum, wie sie sich damit auseinandersetzen und wie sie auf einige dieser Erfahrungen reagieren, die ihre *Lifeworld* oder ihr Umfeld schaffen“ (IP05, Pos. 58-60). IP04 übersetzt den Ausdruck Umwelt, der auch im Englischen verwendet wird, mit *Lifeworld*, findet aber Umwelt viel umfassender. Er meint damit die `gelebte` Erfahrung.

5.1.2 Bedeutung des Umfeldes

Bei diesem Thema ging es darum herauszufinden, was für eine Rolle Verständnis für Patient*innen in ihrer Umwelt für die Behandelnden spielt. IP02 möchte etwas Einblick in die aktuelle Lebenssituation des Menschen haben, vor allem wenn gerade wichtige Dinge passieren, wie zum Beispiel eine Beziehungskrise oder die Geburt eines Kindes. Es geht ihr dabei nicht nur um das schriftliche Festhalten, sondern darum ein besseres Verständnis von der Bedeutung dieser aktuellen lebensgeschichtlichen Aspekte zu bekommen. IP02 bringt ein Beispiel von einer jungen Frau, die sehr früh ein Kind bekommen hat und darum kämpfen musste, dass es ihr nicht weggenommen wurde. Die Frau hatte starke Schmerzen im Genitalbereich, die für IP02 ein Ausdruck der Gesamtsituation der Patientin waren. Die Osteopathin hat auf der psychodynamischen Ebene gearbeitet, mit dem Fokus, die junge Frau in ihrer Selbstwirksamkeit zu unterstützen. Für IP03 haben unterschiedliche Populationen andersartige Stressfaktoren, weshalb das Umfeld die Patient*innen unterschiedlich beeinflusst würde. So würden Geflüchtete zum Beispiel *„Stressfaktoren auf einer ganz anderen Ebene als vielleicht Angst vor einem Vortrag haben, die Angst davor, getötet zu werden ist deutlich größer und wirkt sich stärker auf den Körper aus“* (IP03, Pos. 106-107). IP04 erachtet das Umfeld als enorm wichtig. Er beschreibt eine Forschungsarbeit aus Norwegen, wonach Kinder von Eltern, die beide an chronischen Schmerzen litten, eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit hatten, ebenfalls chronische Schmerzen zu entwickeln. IP06 sieht das Umfeld reich an Dimensionen:

[...] warum müssen wir die Umwelt verstehen? Weil wir als Menschen nicht in einem Vakuum existieren und weil die Umwelt, in der wir leben, politisch, wirtschaftlich, kulturell und strukturell ist und strukturell im Sinne von, was ich damit meine, [sie] besteht aus Institutionen. [...] es ist ein Umfeld, das reich an Informationen ist, und dass wir als Individuen in Beziehung zu diesem Umfeld stehen. Deshalb müssen wir verstehen, dass jeder Einzelne in einer anderen Beziehung zu diesem Umfeld steht. (IP06, Pos. 54-60)

Verständnis für den Kontext einer Person bedeutet für IP07 im klinischen Alltag zu begreifen, wie sich chronische Schmerzen auf das Sozialleben, die Psyche und damit auch auf die Handlungsfähigkeit einer Person auswirken können. IP07 findet es wichtig, die wirklichen Werte der Patient*innen herauszufiltern und wie stark Interaktionen durch die Krankheit beeinträchtigt seien: *„[...] ich denke, dass die Erforschung dieser sozialen Dimension ein ganz wesentlicher Teil davon ist“* (IP07, Pos. 76-77). IP08 macht es von der Art der Beschwerden abhängig, ob sie das Umfeld von Patient*innen abklärt. Bei unspezifischen Beschwerdebildern, die nicht im somatischen System liegen, sondern vielleicht im Hormon- oder Immunsystem, versucht die Osteopathin einen Eindruck von dem sozialen Umfeld und potenziellen Belastungen der Person zu bekommen. Bis auf wenige Ausnahmen interessiert sich IP09 immer für die Lebenssituation ihrer Patient*innen, deren Herkunft und

soziokulturelle Hintergründe von Ethnien und Bräuchen. Wichtig ist für sie auch ein Verständnis für die Geschlechtsidentität der Menschen zu haben „[...] *auch das in diesen zeitlichen Dimensionen zu sehen, also auch im gesellschaftspolitischen Kontext, auch der Frage von biologischem Geschlecht und sozialem Geschlecht, da gibt's ja sehr viele verschiedene Geschlechtsidentitäten*“ (IP09, Pos. 56-58). Auch IP10 erachtet die Bedeutung des Kontextes, in dem sich eine Person befindet, als wichtig. Er spricht über die Relevanz in der Osteopathie, das soziale Umfeld zu berücksichtigen, bei Sportler*innen genauso wie bei alten Menschen. Der Osteopath spricht über das Problem, Patient*innen bei der Behandlung außerhalb ihres sozialen Kontextes zu behandeln: „*also bringen sie ihre Erzählung ihres sozialen Kontextes zu uns, aber sie bringen nicht ihren sozialen Kontext mit. Ich denke also, dass es eine Einschränkung dessen gibt, was wir in unserer Praxis tun*“ (IP10, Pos. 76-78).

IP01, IP02 und IP08 schränken ein, dass Wissen über den sozialen Kontext nur bedingt wichtig sei. IP01 fragt nicht direkt nach der Geschichte, vor allem wenn jemand nicht von sich aus erzählen will. Manchmal ergäbe es sich nach einigen Behandlungen, dass sich die Person von sich aus öffnet. Bei spezifischen somatischen Beschwerden interessiert sich IP08 im Wesentlichen nur für die Alltagsbelastungen, aber nicht so sehr für das sonstige Umfeld. IP02 muss nicht alles über die Person wissen, „[...] *sondern eher, wie sich sozusagen ihre Geschichte in dem wie sie jetzt hier in dem Behandlungsraum ist, ausdrückt und mit dem arbeite ich eigentlich*“ (IP02, Pos. 129-130). Wenn sie das Gefühl hat, dass etwas unausgesprochen bleibt, hat sie sich eine Formulierung zurechtgelegt, mit der sie indirekt nachfragt: „*Wollen Sie mir darüber etwas Genaueres sagen*“ (IP02, Pos. 133-134)?

5.1.3 Faktoren, die die Umwelt beeinflussen

IP03 und IP07 erwähnen im Interview enaktive Sichtweisen zu beitragenden Faktoren. So überlegt IP03, wie unterschiedlich Interaktionen eines Individuums mit der Umwelt durch Schmerzen oder Funktionseinschränkungen beeinträchtigt sein können: „*für manche bedeutet das vielleicht, dass sie den Fußball nicht mehr auf den Elfmeterpunkt legen können, für andere, dass sie ihre Kinder nicht mehr hochheben können*“ (IP03, Pos. 112-114). Die Schmerzproblematik mag von außen gesehen ähnlich sein, aber die Bedeutung für die/den Einzelne/n sei eine ganz andere. Für IP07 ist die Berücksichtigung der unterschiedlichen Faktoren, die zu einem Beschwerdebild beitragen, der Kernpunkt des enaktiven Ansatzes. IP07 geht hier noch etwas tiefer ins Detail:

es gibt eine Verbindung zwischen dem Sozialen und dem Psychologischen und dieser Beziehung innerhalb der Umwelt, also wenn die Person, wie ich es sehe, eine Art von Problemen der Chronizität hat, wenn diese Chronizität Auswirkungen auf die Fähigkeit der Person hat, in dieser Welt zu interagieren, weißt du, in der enaktivistischen Welt. Die

Art von verlorener oder veränderter Sinnmachung, kann man manchmal sehen, wie sich das auf die Handlungsfähigkeit des Patienten auswirkt, auf seine Fähigkeit, zu interagieren, ein Akteur zu sein, auf seinen freien Willen, diese Dinge zu tun (IP07 , Pos. 65-71).

Bei der Beleuchtung der beitragenden Faktoren werden bei IP03 und IP04 auch biopsychosoziale Aspekte angesprochen. IP03 erachtet es als sehr wichtig für Osteopath*innen, bei chronischen Beschwerden die biopsychosozialen Zusammenhänge zu verstehen, da für ihn der Mensch als eine Einheit aus „*Körper, Geist und Seele oder biopsychosozialen Aspekten*“ verstanden werden muss (IP03, Pos. 135). IP03 merkt noch an, dass Patient*innen ihre Schmerzsymptomaten häufig nicht in einem sozialen Kontext sehen würden. Hier würde genaueres Nachfragen durch die Therapeut*innen eine Erkenntnis für beide erbringen. Für IP03 seien aber psychologische Faktoren, wie zum Beispiel Angstvermeidungsverhalten bei Schmerzsymptomaten leichter nachzuvollziehen als die sozialen. Er merkt noch an, dass er die Aufteilung in biopsychosoziale Faktoren in der Lehrpraxis nicht richtig umgesetzt sieht: „*[...] dann wird kurz abgefragt: sozial ok, psychologisch ok und dann wird es komplett vergessen und dann wird die osteopathische Diagnostik gemacht*“ (IP03, Pos. 509-510).

Auch IP04 kritisiert den Umgang mit dem biopsychosozialen Modell. Seiner Meinung nach würden Praktiker*innen dazu neigen, die Menschen mit diesem Modell in Schubladen zu stecken: „*ok, wenn es nicht biomechanisch ist, ist es soziologisch, und wenn es nicht soziologisch ist, ist es psychologisch*“ (IP04, Pos. 24-25). Er findet es besser, die Realität global zu betrachten und denkt, dass „*der enaktive Ansatz vorteilhafter ist, weil er eine aktive, verflochtene Art ist, die Dinge zu betrachten, und nicht versucht, sie in kleine Kästchen zu stecken*“ (IP04, Pos. 28-29).

5.1.3.1 Psychische Traumata und chronische Erkrankungen

IP03, IP04 und IP09 gehen näher auf Faktoren wie psychische Traumata und chronische Erkrankungen ein. IP03 spricht darüber, dass muskuloskelettale Erkrankungen häufig mit depressiven Symptomen oder Angststörungen in Verbindung stünden, was starke Auswirkungen auf die sozialen Kontakte einer Person haben könnte. Für IP03 ist es essenziell zu verstehen, in welchem Kontext der/die Patient*in steht, um einen Einblick in die Bedeutung der Schmerzproblematik zu erhalten. IP04 sieht negative Kindheitserfahrungen bei Patient*innen häufig als Ursache für negative gesundheitliche Folgen. Menschen würden nicht gerne darüber reden und es brauche meist einige Zeit bis sie sich öffnen würden. IP09 geht auf das Erkennen chronischer Erkrankungen ein. Sie beschreibt, wie sie beim Nachspüren im Gewebe bei Patient*innen mit chronischen oder genetischen Erkrankungen eine Limitation

erkennen kann. IP09 verdeutlicht am Beispiel eines Multiple Sklerose Erkrankten, dass dessen Gesamtsituation verstanden werden müsste, um Möglichkeiten für eine adäquate Unterstützung zu finden.

5.1.3.2 Staatliche, gesellschaftliche, religiöse und geographische Faktoren

IP06 und IP09 erwähnen die Wichtigkeit, ein Verständnis von staatlichen, gesellschaftlichen, religiösen und geographischen Faktoren zu haben, die einen Einfluss auf die Auswirkungen von Erkrankungen haben könnten. IP06 arbeitet in einer staatlichen Einrichtung, die Schmerzbehandlungsprogramme anbietet. Sie beobachtete, dass Menschen häufig keinen Zugang zu öffentlichen Gesundheitsdiensten hätten, weil sie die Landessprache nicht sprächen. Die Osteopathin spricht über die Verantwortung von Gesundheitsberufen, über Auswirkungen von sozialen Strukturen und Systemen auf Menschen Bescheid zu wissen, und zwar Menschen, die in einer Umwelt von Privilegien und gesellschaftlichen Normen ihrer Meinung nach benachteiligt wären. IP06 kritisiert Vorurteile der Gesellschaft, dass Individuen selbst verantwortlich für ihre Situation seien, und sieht eine geteilte Verantwortung beider.

Wir schauen uns nicht wirklich an, wie die Gesellschaft, die sehr kritisch ist und Menschen, die unter unsichtbaren Bedingungen und Krankheiten leiden, sehr geringgeschätzt, vor allem wenn es sich um Frauen, Kinder, Immigranten handelt [...] wie die Gesellschaft die Menschen dazu bringt, bestimmte Entscheidungen zu treffen. (IP06, Pos. 80-83)

Für IP09 ist es wichtig, Menschen in ihrem Umfeld von Traditionen, Religion und geographischer Herkunft zu verstehen, sowie in deren Entwicklungsmöglichkeiten. „[...] so ist auch ein enges Tal oder strenge katholische oder andere religiöse Prägung oder ein muslimischer Hintergrund etwas, was eine Restriktion macht“ (IP09, Pos. 326-327). In der Behandlung sollte dies laut IP09 berücksichtigt werden und nicht so therapiert werden, wie man das selbst für richtig hält.

5.1.3.3 Soziale Faktoren unveränderbar

IP03 und IP07 äußern sich zu den Limitationen als Osteopath*innen etwas an sozialen Faktoren ändern zu können.

[...] ich kann nichts daran verändern, ob ein Patient als Mann oder als Frau in meine Praxis kommt, ich kann nichts daran verändern, wieviel der verdient, ich kann nichts verändern an seiner Hautfarbe, ich kann nichts verändern an seiner Augenfarbe oder was auch immer, das sind alles Punkte, die nicht in meiner Macht stehen (IP03, Pos. 519-522).

IP03 erklärt dazu, dass er zwar nichts an den sozialen Aspekten der Patient*innen ändern könne, es aber wichtig findet, diese Hintergründe zu kennen. IP07 generalisiert zuerst, dass sich Osteopath*innen keine Gedanken über soziale Faktoren machen würden und diese auch nicht beeinflussen könnten: *„[...] wir machen keine Sozialarbeit, wir finden keine neuen Häuser oder Jobs für die Leute oder holen sie aus der Armut heraus“* (IP07, Pos. 370-371). Er fügt hinzu, dass Osteopath*innen zwar helfen können, sich aber immer bewusst sein sollten, dass es Einschränkungen gäbe.

5.1.4 Bedeutung und Relevanz für die Behandlung

Bei der Frage nach der Bedeutung des sozialen Hintergrundes für die Behandlung waren die meisten Interviewpartner*innen der Meinung, dass dieser für sie relevant sei. IP01 hat sehr unterschiedliche Patient*innen am Land und in der Stadt. Sie erzählt, dass sie Bauern, die ihr ganzes Leben lang körperlich hart gearbeitet haben, je nach Beschwerden meist zuerst strukturell und erst später vielleicht craniell behandeln würde. Hochsensible Menschen würden meist zuerst sanft behandelt und vielleicht später manipuliert therapiert. IP01 unterscheidet in der Art des Behandlungskonzeptes, meint aber: *„Ich versuche schon die Menschen auch in die verschiedenen Richtungen zu öffnen, also, wenn es notwendig ist“* (IP01, Pos. 215-217). Für IP04 ist es relevant, mit welchem sozialen Background Patient*innen kommen würden, da jede Person andere Erfahrungen mit sich und ihrem Körper hätten. Zentrale Bedeutung würden für ihn die Erzählungen der Patient*innen haben, da ein Landwirt aus Großbritannien ein anderes Narrativ hätte als ein Professor aus Uppsala. Auch das Körperbild sei kulturell ein anderes – in Schweden gäbe es mehr Offenheit in der Körperlichkeit als in England. IP04 sieht die Erzählung des Individuums als bedeutsam: *„für mich ist das viel interessanter als der Versuch zu denken: "Ok, weil du ein Bauer bist, wirst du das denken“* (IP04, Pos. 271-272). IP04 berichtet von einem Patienten, der ihn wegen einer strukturellen Symptomatik aufgesucht hat. Während der Anamnese hätte der Mann von seiner schwierigen Vergangenheit, aus der er sich befreien konnte, erzählt und auch, dass er einen Uniabschluss schaffte und einen guten Job bekam. IP04 identifizierte sehr viel Druck, unter dem der Patient gelitten hätte, und veränderte seinen Behandlungsansatz, der ursprünglich ein biomechanischer gewesen wäre. IP08 würde ebenfalls immer die jeweilige Hintergrundsituation ihrer Patient*innen in der Behandlungssituation beachten und schildert ein Beispiel:

[...] also ich denke jetzt gerade an eine Patientin, die sich jetzt einmal den Kopf angeschlagen hat und die schon in Pension ist und sich seit diesem leichten Sturz eigentlich überhaupt nicht erfangt, energetisch. Die jetzt allein lebt, wo es eine Trennung gegeben hat, gerade in der Pension jetzt und die braucht ganz etwas anderes [als] mein

Leistungssportler zum Beispiel, also das macht schon immens viel aus (IP08, Pos. 173-177).

Das Erfassen der Lebenssituation eines Menschen ist für IP09 sehr wichtig, um diesen auch zu verstehen. Dabei sollte auch die Berührung angepasst sein:

also wie berühre ich, wenn eine Person, die zum Beispiel eine Geschlechtsumwandlung hatte oder gerade vornimmt oder wie berühre ich ein pubertierendes Kind, das gerade entdeckt, dass es homosexuell ist. Das muss ich anders berühren, da muss in meiner Berührung eine andere Information mitschwingen, als wenn ich einfach eine normativ lebende Familie betreue oder berühre. (IP09, Pos. 180-184)

IP02 neigt bei Personen mit einem schwierigen sozialen Umfeld, behütender und weniger konfrontierend zu sein. Sie reflektiert darüber, dass das Verlangen von Verbindlichkeit, sei es in Bezug auf Termine und deren Einhaltung oder den Tarif, etwas mit dem Ernstnehmen der Person zu tun hätte. „[...] die Verbindlichkeit ist wichtig [...] und da bin ich dann vielleicht ein bisschen zu tolerant und das schadet vielleicht dann auch dem therapeutischen Prozess, wenn ich so gar keine Verbindlichkeit verlange“ (IP02, Pos. 274-276).

IP06 fügt einen weiteren Aspekt hinzu. Für sie sei es sehr relevant den sozialen Hintergrund zu verstehen, ist aber der Meinung, dass erst ein Vertrauen aufgebaut werden müsste bevor Patient*innen nach diesem Hintergrund gefragt werden können. „[...] Dinge wie Privilegien, Dinge wie Diskriminierung, Dinge wie, du weißt schon. All diese Dinge spielen eine Rolle dabei, wie Menschen uns ihre Erfahrungen mitteilen“ (IP06, Pos. 291-293).

Auch für IP07 sei es für die Therapiesituation wichtig den sozialen Hintergrund, zu kennen. Therapeutische Annahmen wie zum Beispiel über den Arbeitsplatz und das Herstellen eines Zusammenhanges mit den Schmerzen könnten auch falsch sein. So könne jemand mit dem ergonomischsten Arbeitsplatz trotzdem Nackenschmerzen haben, oder Stress im Job für manche Menschen erfüllend sein. IP07 gibt zu bedenken, dass ein ungeliebter Job die Gesundheit beeinträchtigen kann, ein Jobwechsel aber nicht einfach empfohlen werden kann oder es bei Rechtsstreitigkeiten mit dem Arbeitgeber auch sein kann, dass es gar nicht im Interesse des/der Patienten*in liegt, gesund zu werden.

IP03 erklärt den enaktiven Ansatz, den er bei seinen Patient*innen anwendet. Er spricht dabei über Personen mit Schmerzproblematiken, die er durch Förderung der Bewegung und Reduktion der Angst vor dem Schmerz unterstütze, zu ihrem gewohnten Leben zurückzufinden:

dass wir den Prediction error [siehe 2.3.1] da möglichst hochschieben, einmal indem wir selber körperlich vielleicht etwas verbessern, weil es temporär besser wird, aber auch

weil wir dem Patienten erklären: `das ist keine körperliche Ursache. Du kannst dich frei bewegen, es tut weh und höchstwahrscheinlich ist es so, dass wenn wir jetzt ganz in der Theorie sind, was active Inference [siehe 2.3.1] angeht, dass dein eigener Körper das was du vorhersagst an Sensationen tatsächlich generiert, dass du, wenn du zum Beispiel untere Rückenschmerzen hast und du dich nach vorne beugst, dass du den Schmerz bekommst und dich nicht weiterbewegen kannst, weil deine paravertebrale Muskulatur dicht macht, weil du den Schmerz erwartest, nicht weil deine Wirbelsäule kaputt ist oder was daran kaputt geht` (IP03, Pos. 544-552).

IP10 erklärt dazu, dass die Relevanz des sozialen Hintergrundes für die Therapiesituation mit der Sinngebung des Zustandes zu tun hätte. Erfahrungen mit Schmerz würden zu Überzeugungen führen, dass etwas im Körper nicht in Ordnung ist, vor allem bei Verstärkungen, wie bildgebenden Verfahren, „[...] die klassischen VOMIT-Patienten, VOMIT steht für victims of modern imaging techniques [Opfer der modernen medizinischen Bildgebungstechnologie]. Das sind also die Patienten, die mit Tausenden von Papieren von verschiedenen MRT, XR und CT und allem kommen [...]“ (IP10, Pos. 253-255). Für IP10 beeinflusse der soziale Hintergrund die Art zu lernen mit Schmerz umzugehen und in Folge den Therapieansatz. Wenn jemand beispielsweise einen höheren „[...] Bildungshintergrund hat, wäre es einfacher, mit ihnen über diese Art von Vorstellung zu sprechen, während es für andere besser ist, sie fühlen zu lassen, was sie brauchen, wenn es `durch die Hände` kommt, um das zu erfahren“ (IP10, Pos. 258-261).

IP03 und IP05 erwähnen, dass die Behandlung nicht immer von dem sozialen Hintergrund abhängig sei. Die Behandlung sei für IP03 nicht zwingend anders, wenn ein bestimmter soziokultureller Hintergrund besteht, sondern hänge immer von der Person und der jeweiligen Situation ab: „manchmal bin ich auch überrascht, dass Leute, die zum Beispiel viel Geld verdienen, super unsicher sind und Leute, die wenig Geld verdienen, dann doch sicherer, anders als man das vielleicht erwarten würde“ (IP03, Pos. 332-334). Für IP05 würden weder Missbrauch noch Nationalität oder kultureller Hintergrund, Therapieerwartungen zwingend determinieren. Er würde „nicht davon ausgehen, dass jeder Patient, der zum Beispiel missbraucht wurde, nicht untersucht werden will oder keine manuelle Therapie möchte“ (IP05, Pos. 239-240). IP05 sei sich aber bewusst, dass Erwartungen und Erfahrungen anders sein können und erkläre daher Patient*innen mit einem komplexen Hintergrund die einzelnen Behandlungsschritte sehr genau.

5.1.5 Vielfalt an Patient*innen?

Die Interviewpartner*innen wurden befragt, welchen Hintergrund an Herkunft, Beruf, Gruppenzugehörigkeit, Geschlechtsidentität, Ethnie, Alter und Religion ihre Patient*innen

haben. IP01, IP02, IP05, IP09 und IP10 gehen näher auf die Geschlechtsidentität ein. IP01 erinnert sich an ein Mädchen, dass sich sexuell nicht ganz orientieren konnte, das war aber eher ein Einzelfall. IP02 behandle zunehmend auch intersexuelle Patient*innen. IP05 habe einige Erfahrungen mit Trans-Patient*innen. Diese hätten ihre Transgeschlechtlichkeit in der Therapie meist erwähnt, welche dann aber meistens kein Thema mehr bildete, außer sie hatte Bedeutung für die Beschwerden. IP09 erzählt, dass sie Patient*innen behandelt, die homosexuell seien oder eine Geschlechtsumwandlung erfahren hätten. IP10 hat unter seinen Patient*innen nicht viele, bei denen die Geschlechtsidentität ein Thema wäre.

In meiner eigenen Praxis kann ich nicht feststellen, dass dieses Thema häufig auftaucht. Das liegt nicht unbedingt daran, dass es nicht vorhanden ist, sondern vielleicht daran, dass die Leute nicht das Gefühl haben, dass es zu den Informationen gehört, die sie uns geben müssen, oder zum genauen Grund der Konsultation. Deshalb bin ich nicht sicher, ob die Daten aus meiner Praxis das Phänomen unterschätzen (IP10, Pos. 201-205).

Zu dem religiösen Hintergrund berichten IP06, IP07, IP08 und IP09. IP08 arbeitet in einer Praxis in ländlicher Gegend. Es kämen wenige Patient*innen mit muslimischem Hintergrund und bei Personen, die sehr gläubige Christen wären, sei es schon vorgekommen, dass diese eher bei dem Pfarrer Hilfe gesucht hätten. IP09 behandelt viele jüdische oder jüdisch-orthodoxe Patient*innen, wie auch muslimische, teilweise streng muslimische. IP06 arbeitet häufig mit Menschen aus islamischen Gemeinschaften. Sie findet es sehr interessant, wie Schmerz von Kultur und Sprache überlagert wäre:

[...] im westlichen Konzept sprechen wir viel über Schmerz [und] wie das Gehirn eine Rolle spielt und das Nervensystem sensibilisiert wird und es diesen Schutzmechanismus gibt, und wenn man sich mit jemandem aus der islamischen Gemeinschaft unterhält, dann reden sie vielleicht darüber, dass Schmerz etwas mit der Seele zu tun hat [...] und ich habe diese Geschichten während meiner gesamten Laufbahn gehört. Ich habe gehört, dass die Leute sagen, dass Schmerz mit Hexerei zu tun hat, mit dem bösen Blick oder mit der Strafe eines Gottes oder mit dem Fluch eines Nachbarn (IP06, Pos. 261-267).

Die Osteopathin findet es sehr wichtig, Menschen, die andere religiöse Vorstellungen haben, mit Respekt zu begegnen und eine gemeinsame Basis zu finden. IP07 hat einige Erfahrung mit muslimischen Patient*innen und erklärt, wie die Religion die Behandlung beeinflussen würde. Er beobachtet, dass Patient*innen, die teilweise unter chronischen Beschwerden leiden, ein Vertrauen auf Gott mitbringen würden und damit eine gewisse Akzeptanz der Erkrankung:

[...] diese Akzeptanz wird manchmal in die Behandlung übernommen, die vielleicht nicht so gut funktioniert, aber sie sagen: 'Es ist in Ordnung, wenn Gott will, werde ich wieder gesund, wenn nicht [...]' Das führt dann zu dieser interessanten Sache, die manchmal mächtig ist, weil der Glaube ihnen hilft, weiter auf etwas hinzuarbeiten, manchmal aber auch zu passiver Passivität und passiver Fürsorge, denn wenn man versucht, sie dazu zu bringen, ein bisschen aktiver zu werden, wird es ein bisschen wie, mit Gottes Wille, werde ich gesund werden (IP07, Pos. 264-268).

Ein Phänomen, das IP07 bei der Arbeit mit älteren muslimischen Patient*innen öfters begegnen würde, wäre das in gewissem Sinne Mitbehandeln der Kinder, da sie ihre Eltern begleiten würden: *„man behandelt in diesem Fall nur die ältere Person, aber man behandelt auch den Sohn oder die Tochter, denn die Informationen, die man gibt, die Beruhigung oder der Rat oder was auch immer, müssen durch diese Art von dynamischer Beziehung funktionieren“* (IP07, Pos. 275-278). Der Osteopath gibt zu, dass diese Dreierbeziehung sehr herausfordernd sein kann, da man alle beruhigen muss. Solange man es nicht schaffe, die Ängste bei den Kindern zu reduzieren, würde es dem Elternteil nicht besser gehen. Erfahrung mit triadischen Behandlungssituationen weist auch IP09 auf, wenn auch eher bei der Behandlung von Babys und Kindern. Ihr sei es wichtig, Informationen über die Lebens- und Familiensituation zu erhalten, ohne dabei zu investigativ zu sein. Vor der Behandlung würde sie sowohl den Begleitpersonen als auch dem Kind in kurzen Worten erklären, was Osteopathie ist. Bei der Behandlung versuche sie stets darauf zu achten, dass die Kinder Blickkontakt zu der Begleitperson haben.

IP02, IP05, IP06 und IP07 schildern Beispiele mit Patient*innen aus schwierigeren sozialen Verhältnissen und die damit verbundenen Herausforderungen. IP02 erzählt von einem Buben aus einfachen sozialen Verhältnissen, den sie über einige Jahre osteopathisch begleitet hat. Die Mutter wäre drogenabhängig, weshalb er bei seiner Großmutter gewohnt hätte, die eine sehr kompetente Frau wäre und neben der Osteopathie auch Psychotherapie und andere Beratungen organisiert hätte. IP02 hatte eine Funktion für die ganze Familie und war Teil des interdisziplinären Netzes. IP02 berichtet auch von einigen Flüchtlinge, deren Behandlung sprachlich schwierig verlief und auch die Behandlungseffektivität nur teilweise zufriedenstellend wäre. IP05 spricht sehr offen über den Fall einer Patientin mit schwierigen Umständen. Dieser ginge es psychisch nicht gut, hätte finanzielle Schwierigkeiten, kein festes Zuhause, musste ihre Kinder versorgen und wäre entweder missbraucht worden oder befände sich in einer missbräuchlichen Beziehung. Sie

war also wirklich verzweifelt mit einem signifikanten, anhaltenden Schmerz. Es war ein Nacken oder Rücken [-schmerz], sie war bei mehreren Ärzten, es gab viele MRT-Berichte und ich denke, das war eine Patientin, die ganz anders war als meine typische

Demographie und ich fand es sehr schwierig. Ich war mir völlig bewusst, dass ich nicht in der Lage war, ihr zu helfen, ich meine, ich glaube, ich habe die Situation gut gemeistert, aber wenn ich darüber nachdenke, denke ich, Gott, ich war nutzlos und es war schwierig, es war schwierig für mich, und ich schätze, du weißt schon, könnte ich Patienten [wie diese öfter] sehen, die Art von Theorie und das Drumherum, ich sehe sie nicht oft, also war es eine ziemliche Herausforderung für mich (IP05, Pos. 206-213).

IP06 berichtet über ihren Arbeitsplatzwechsel von London, wo sie in einer Privatpraxis gearbeitet hat, in eine sehr benachteiligte Gegend Englands. Die Patient*innen gehörten zur Arbeiterklasse und wären hauptsächlich Handwerker aus Osteuropa, die kein Englisch sprachen. Sie arbeitete auch mit Handwerkern aus der britischen Arbeiterklasse, die in Fabriken oder auf Bauernhöfen tätig wären: *„das war eine ganz andere Erfahrung als die, die ich in London gemacht habe. Und es hat mir wirklich die Augen geöffnet“* (IP06, Pos. 246-247). IP06 wäre sich ihrer neuen Rolle bewusst gewesen, im System gegen den Strom zu arbeiten, um die Menschen unterstützen zu können und fühlte sich zu Beginn sehr machtlos. IP07 reflektiert über die Behandlungen von obdachlosen oder sehr armen Menschen vor einigen Jahren. Die Patient*innen hätten teilweise in sehr schwierigen Verhältnissen gelebt und er hätte sich damals gefragt, wie er ihnen osteopathisch weiterhelfen könne: *„Ich wollte dieses wunderbare Zeug machen, das vielleicht eine bestimmte Anzahl von Behandlungen erfordert und ein Vermögen kostet, ja? Während ich grundlegende Dinge tun kann, sehr grundlegende Dinge [...]“* (IP07, Pos. 469-471), um dieser Person etwas Wohlbefinden zu geben.

5.1.6 Finanzieller Hintergrund

Bei der Frage nach der Vielfalt an Patient*innen, welche die Interviewpartner*innen in ihrer jeweiligen Arbeitssituation behandeln, erwähnten einige den finanziellen Hintergrund. IP03 sei sich soziologischer Dimensionen und Hintergründen wie Armut und Diskriminierung und deren Zusammenhang mit chronischen Belastungen bewusst. Eine schwierige finanzielle Situation würde mehr Stressfaktoren, höhere allostatistische Last und damit eine stärkere Auswirkung auf die Gesundheit bedeuten. Mehr Geld würde meist weniger Stress mit dem Befriedigen von Grundbedürfnissen implizieren und damit eine bessere Gesundheit. Das bedeutet für IP03, sich keine Gedanken darüber zu machen, wie

‘wo kommt das nächste Essen her oder wie schaffe ich den nächsten Monat mit meiner Miete’. Das sind Stressoren, die sich mit Sicherheit auf die Gesundheit auswirken und das Gleiche auch mit der Hautfarbe, das Gleiche mit dem Geschlecht [...] ja all diese wichtige sozialen Faktoren (IP03, Pos. 311-314).

Der finanzielle Hintergrund der Patient*innen lasse bei den befragten Osteopath*innen nur teilweise auf einfachere Verhältnissen rückschließen. IP01 behandle mehr Patient*innen aus

bescheidenen Verhältnissen am Land, aber auch alleinerziehende Mütter in der Stadt. IP02 sieht die Osteopathie eher entkoppelt von dem Gesundheitssystem, da sich die Menschen die Behandlung leisten können müssen. Seltener würden Patient*innen behandelt, die in einer schwierigen finanziellen Situation seien: *„[...] also ich hab schon Patient*innen, wo ich quasi nichts verlange, in prekären Lebenssituationen, aber die finden jetzt sozusagen auch nicht von der Straße zu mir, sondern kommen dann über die Überweisung von einer Psychotherapeutin“* (IP02, Pos. 54-57). Sie betreue auch öfter Student*innen, die nicht viel Geld zur Verfügung haben, aber der Großteil der Patient*innen könne sich die Therapie leisten. IP02 redet aber auch offen darüber, dass es ihr schwer fiele, mit reichen Patient*innen eine Beziehung aufzubauen, vor allem wenn es Männer seien und es zu Gesprächen über gesellschaftspolitische Themen käme. Sie würde diese Patienten eher meiden. IP04 fragt sich, wie Osteopath*innen helfen könnten, wenn Personen in schwierigen sozialen Situationen seien, etwa angespannten finanziellen Verhältnissen: *„[...] ich bin mir nicht sicher, ob die derzeitige Ausbildung uns Osteopathen wirklich hilft, das zu verstehen“* (IP04, Pos. 38-39). IP08 beschreibt ihren Querschnitt an Patient*innen so: *„Ich habe das quer durch die Bank, wobei ich die absolute Unterschicht sicher nicht habe, weil die kann sich das nicht leisten, die kann das nicht einfach selber zahlen“* (IP08, Pos. 147-148). IP07 sieht den finanziellen Aspekt ebenfalls und die Problematik, dass sich nicht jede Person teure Behandlungen leisten könne: *„Es ist also an der Zeit, dass wir das verstehen, dass dies das wirkliche Leben ist, dass nicht jeder auf einem anderen Planeten lebt“* (IP07, Pos. 459-461). Zu Beginn ihrer Karriere hatte IP06 eine Privatpraxis in London mit Patient*innen, die hauptsächlich Briten oder Europäer und weiß waren. Sie wären aus der Sicht der Osteopathin privilegiert gewesen und konnten sich regelmäßige Osteopathie Behandlungen leisten. Sie wechselte wie schon erwähnt in eine ärmere Gegend, hält aber im Interview fest:

„[...] ich will wirklich vorsichtig sein, wie ich das formuliere, denn es spielt keine Rolle, Menschen leiden, es spielt keine Rolle, welcher Klasse man angehört, weißt du, es soll nicht heißen, dass Menschen mehr oder weniger leiden, aber ich denke, es ist wichtig zu verstehen, dass Erfahrungen intersektional sind“ (IP06, Pos. 236-239).

IP10 und seine Kolleg*innen arbeiten in ihrer Praxis nicht pro bono, wären aber bemüht, individuelle Lösungen für ihre Patient*innen zu finden. Es sei ihnen dabei wichtig, transparent in der wahrscheinlichen Prognose beziehungsweise Behandlungsdauer zu sein und sie würden versuchen, möglichst gut auf die finanziellen Bedürfnisse ihrer Patient*innen einzugehen.

5.2 Gestaltungsmöglichkeiten in der therapeutischen Interaktion

In diesem Kapitel werden die Überlegungen der Interviewten zu Gestaltungsmöglichkeiten der Interaktion mit Patient*innen dargelegt. Es wird die Bedeutung einer therapeutischen Beziehung, der Einsatz verschiedener Kommunikationsmöglichkeiten, Behutsamkeit in besonderen Situationen sowie Anpassung in der Interaktion und das sich leiten lassen dargelegt.

5.2.1 Synchronität und Beziehung

IP02, IP03, IP04, IP05 und IP07 sprechen im Kontext der Interaktion über den Aufbau von einer therapeutischen Beziehung. IP07 und IP03 verwenden in diesem Zusammenhang den Begriff `therapeutische Allianz` (siehe 4.2.). Bei einem neuen Patient*innenkontakt versuche IP02 deutlich zu machen, dass sie eine therapeutische Beziehung anbietet. Sie würde nicht nur aufgrund der Anamnese behandeln, wie „[...]`erzählen Sie mir, was Sie haben und mit dem tu ich was`, sondern, dass ich mich als Mensch in Beziehung begeben mit dem Patienten“ (IP02, Pos. 109-110). Für IP05 ginge es in der therapeutischen Interaktion darum, gute Beziehungsfähigkeiten zu haben und ein ehrliches Interesse daran, dem/der Patient*in zu helfen. Auch IP03 ist der Meinung, dass für Osteopath*innen interpersonelle Faktoren wichtig wären, wie die Fähigkeit Beziehungen aufzubauen. Voraussetzung dafür seien Empathie und Verständnis für Menschen zu haben. IP04 geht es ebenfalls darum, Beziehung und Vertrauen aufzubauen, damit Patient*innen sich öffnen und ihre Geschichte würden erzählen können. IP07 hat eine klare Vorstellung davon, wann sich die Beziehung zwischen Patient*in und Therapeut*in zu entwickeln begännen:

Ich würde also sagen – stark in diese Richtung, dass der Schlüssel darin liegt, eine starke therapeutische Allianz mit dem Patienten zu entwickeln, und das beginnt von dem Moment an, in dem der Patient zu mir kommt, oder eigentlich beginnt es schon, bevor der Patient kommt, wenn er die Werbung sieht, die Website besucht und kommuniziert, in der Praxis anruft und so weiter, dann beginnt der Betreuungsprozess, nicht erst, wenn er kommt und sich hinsetzt (IP07, Pos. 48-52).

Auch IP03 verwendet den Begriff der therapeutischen Allianz. Um diese aufzubauen, würde es seiner Meinung nach ein Eingehen auf die Bedürfnisse und Erwartungen der Patient*innen brauchen. IP03 geht auch auf den Ausdruck der Synchronität zwischen Patient*in und Therapeut*in ein. Je besser die biologische Anpassung (z.B. Herzratenvariabilität) zwischen Patient*innen und Therapeut*innen wäre, desto besser wären die therapeutischen Ergebnisse. Dies passiere nach IP03 nicht unbedingt, weil eine somatische Dysfunktion gelöst wurde, sondern aufgrund der Verbindung zwischen beiden:

*[...] auch der Fokus zu sagen, wir haben die Gesundheit vom Patienten im Kopf und arbeiten darauf zusammen hinaus, dann auch die therapeutische Alliance, also Patient*innen-Therapeut*innen-Beziehung dazu. Was sind die Ziele, die wir zusammen erreichen wollen, wie kommen wir dahin. Das heißt die Verbindung von Therapeut und Patient ist glaube ich der Kernpunkt“ (IP03, Pos. 224-228).*

IP04 sieht das therapeutische Gespräch als nahtlosen Übergang von Bereichen, ohne ein Trennen der biologischen oder psychologischen Themen. Er vergleicht es mit einem Tanz: *„weißt du, man kommt in die Synchronität, man kommt aus der Synchronität heraus, es gibt Bewegung, es gibt Pausen“ (IP04, Pos. 167-168).*

5.2.2 Bewusst eingesetzte Kommunikation

In den folgenden Textpassagen geht es bei IP01, IP02, IP03, IP04, IP05, IP08 und IP10 um Achtsamkeit und Behutsamkeit in der therapeutischen Interaktion. IP01 spricht die Wichtigkeit der mildernden, gewaltfreien und wertfreien Kommunikation an, da Patient*innen die Erklärungen von Osteopath*innen oft sehr ernst nehmen würden: *„[...] wenn ich ihm irgendwelche Diagnosen hinwerfe und ihm nicht erkläre, was das bedeutet oder dass das eigentlich unwichtig ist“ (IP01, Pos. 373-375),* dann würde dies auch Folgen für den/die Patient*in haben. IP03 zitiert dazu eine Studie³, in der Proband*innen mit vergleichbarer Schmerzsymptomatik, unterschiedliche Diagnosen vergeben wurden. Je schlechter die Diagnose war, desto schlechter war auch der therapeutische Outcome. Der Osteopath weist auf das Machtgefälle zwischen Patient*innen und Osteopath*innen hin:

[...] die kommen zu uns als Experten, verlassen sich auf unsere Meinungen und das sind häufig trotzdem nur Meinungen, weil Wissen ist selten in der Therapie und dementsprechend müssen wir, glaube ich vorsichtig sein, was wir sagen, wie wir das Ganze framen für den Patienten, wie wir das Ganze in Kontext setzen (IP03, Pos. 172-175).

IP05 gehe ebenfalls sehr behutsam mit Sprache um, vor allem bei Patient*innen die ängstlich wären oder Überzeugungen von Ursachen für ihre Beschwerden hätten. Er versuche keine Ausdrücke zu verwenden, die angstmachend sein könnten und benütze Wörter, die Patient*innen verwendeten. Das zeigt *„erstens: sie verwenden den Begriff, also ist es der Begriff, der ihnen bereits zugänglich ist, aber es zeigt ihnen auch, dass ich zugehört habe“ (IP05, Pos. 169-171).* Es wäre ihm dabei wichtig, der Person ein tiefes Interesse zu vermitteln, dass er alles tun würde, um die Situation zu verbessern. IP10 beschreibt die Bedeutung, Vokabular zu verwenden, das der/die Patient*in verstehen würde. Nach seiner Erfahrung hätte

³ O’Keefe et al. (2022)

das weniger mit der Bildung einer Person zu tun als mit dem Bereich, aus dem jemand kommen würde. IP10 erwähnt das Beispiel eines Musikhochschulprofessors, der in seinem Bereich ein sehr großes Wissen hätte, bei dem er aber in der Therapie keine sehr technischen oder medizinischen Ausdrücke verwenden würde. Für IP03 kann es sehr sinnvoll sein, Patient*innen aktiv zuzuhören, um zu erfahren, was in ihnen vorgehen könnte. Manche Patient*innen hätten zwar eine Idee von möglichen, mit der körperlichen Symptomatik zusammenhängenden Faktoren, würden aber Unterstützung brauchen, um diese klarer zu verstehen.

IP01 spricht davon, dass behutsame Kommunikation sowohl verbal als auch nonverbal eingesetzt werden kann:

Ich rede schon immer wieder, also ich sage ihnen: 'es ist alles gut, es passt', aber das sage ich ihnen sozusagen mit meinen Händen [...] wie eine Katze, die du dann streichelst, einfach so beruhigend oder schon kommunizierend, mit dem Körper kommunizierend (IP01, Pos. 337-340).

IP02 ginge es bei behutsamer Kommunikation vor allem darum, vor therapeutischen Maßnahmen um Einwilligung zu fragen und hätte beobachtet:

dass das alleine bei den Menschen so eine emotionale Berührtheit auslöst, dass sie so ernst genommen werden und dass so wie sie sind, da jetzt sein dürfen und dass ich sie nicht für deppert halte oder dass sie keine Simulanten sind und nicht hysterisch sind, sondern dass ich das, was sie da bringen, ernst nehme und in dieser Behutsamkeit dem begegne. Also diese Haltung ist, finde ich, oft schon ein ganz wichtiger therapeutischer Wirkfaktor (IP02, Pos. 342-347).

Für IP02 sei es dabei auch wichtig, immer in Beziehung zu der Person zu bleiben, indem sowohl im Gespräch als auch bei der Berührung Aufmerksamkeit auf das zu lenken wäre, was im Moment passiert und dort präsent zu bleiben. Manchmal würde es dabei bewusste Kommunikationstechniken brauchen, wie IP02 in einem Beispiel beschreibt. Dabei geht es um eine Patientin, die in der ersten Einheit gleich alles erzählen wollte. IP02 hätte die Patientin in deren Redefluss unterbrochen, ihr vermittelt, den Impuls verstanden werden zu wollen, gehört zu haben und mit ihr den Fokus auf das Nachspüren in die aktuelle Situation gelegt. IP02 habe damit bewusst die Geschwindigkeit aus der Kommunikation genommen. Auch IP04 gibt ein Beispiel aus der Praxis von einer Patientin, die zu Beginn der Einheit aufgrund von gerade durchgemachten Erlebnissen sehr aufgebracht schien. Er hätte die Entscheidung getroffen, sie reden zu lassen und in dieser Einheit nicht zu berühren. IP08 wäre mit der Berührung bei Mädchen im Teenageralter sehr vorsichtig, da diese Berührungen oft als übergriffig empfinden

würden. Sie versuche die Eltern miteinzubinden, um den Kindern Sicherheit zu geben und erkläre viel:

wo ich wirklich versuche, sehr achtsam und mit viel Gespräch auch ihnen näher zu kommen und zu arbeiten, und auch immer wieder viel Aufklärung. Und viel sagen, was ich jetzt tue und wozu das dient, damit sie das Gefühl haben, das mache ich nicht nur einfach so, sondern das soll helfen (IP08, Pos. 234-237).

5.2.3 Behutsamkeit mit traumatisierten und ängstlichen Patient*innen

IP01, IP02, IP03, IP08 und IP09 gehen näher auf die Besonderheit der Interaktion mit traumatisierten oder ängstlichen Patient*innen ein. IP09 betont die Achtsamkeit bei Gewalt in der Familie oder missbräuchlichen Situationen. Sie versuche, den Rahmen in der Situation zu stabilisieren und ein interdisziplinäres Netz aus Familien- und Psychotherapeut*innen zu aktivieren. IP02 beobachtet bei sich selbst, dass sie Patient*innen mit speziell schwieriger Situation, wie zum Beispiel Flüchtlinge oder traumatisierte Menschen allgemein mit Samthandschuhen behandeln würde:

aber Samthandschuhe nicht im Sinne von, das gar nichts gefordert wird, aber, das, was ich vorher gesagt habe – ganz, ganz aufmerksam sein auf jede Art von zu starker Stimulierung und dann wieder schauen, dass sich die Situation beruhigt und nicht zu früh hingreifen und immer die Einwilligung holen, immer verbalisieren. Ich komme immer mehr drauf, da kann man nicht zu viel an Zurückhaltung üben und diese Zurückhaltung oder Behutsamkeit, allein diese Haltung tut vielen so gut (IP02, Pos. 336-341).

IP08 erzählt, dass sie bei traumatisierten Patient*innen immer von vorne auf diese zugehe, um Retraumatisierungen zu vermeiden. Sie berichtet auch von einer schwer traumatisierten Patientin mit Nackenbeschwerden, die sehr schwer zu behandeln gewesen wäre. Die Therapeutin hätte die Behandlung daher stark abgewandelt und versucht, sich der Patientin anzupassen. Diese hätte aber die Nähe und Berührung aufgrund ihres Traumas nicht zulassen können, weshalb die Therapie beendet wurde. IP01 würde besondere Achtsamkeit bei psychologischen Hintergründen wie Traumata wichtiger finden, als bei sozialen Hintergründen. Dabei müssten individuelle Erfahrungen und Ängste in der Behandlung berücksichtigt werden, wie zum Beispiel bei Patient*innen mit Angst vor Manipulationen. Dabei könnte es aber sein, dass diese Angst über den Behandlungszeitraum verschwindet: „Dieses Trauma hat sich dann durch das Vertrauen sozusagen wieder aufgehoben“ (IP01, Pos. 324-325). Die Behandlung wäre jedes Mal wieder neu zu überdenken. IP01 teilt ihre Erfahrung mit, dass Traumata nicht immer direkt kommuniziert würden, sondern für sie bei der Berührung des/der Patienten*in wahrnehmbar seien:

da fühlt man dann diese Unruhe in den Körperbereichen und dann weiß ich – Vorsicht, ich will jetzt dann nicht retraumatisieren, schauen, dass man weiter weg geht oder wie gut kennen wir uns, wie weit kann sich der Patient dann auch fallen lassen. Also das ist eher etwas Gefühltes [...] (IP01, Pos. 331-333).

Bei unklaren Situationen mit Patient*innen wäre IP01 vorsichtig mit Berührung und Manipulationen und verlasse sich dabei oft auf ihr Bauchgefühl und ihre Erfahrung. Würde Unsicherheit bei dem/der Patienten*in wahrgenommen werden, so sollte laut IP03 entweder nicht gleich beim ersten Behandlungstermin berührt werden oder eine Berührung gut angeleitet werden. IP09 erzählt, dass sie Kinder mit Ängsten oder Berührungsproblemen durch Gespräche oder spielerische Interaktionen langsam an die Therapie herantühre:

dann versuche ich entweder nur auf die Hand des Kindes beispielsweise zu greifen bis das Kind erlaubt, dass ich woanders hingreifen kann [...] aber manchmal spiele ich auch ganz lange mit Fingern [...] also ich habe sehr, sehr viele Fingerpuppen, meistens fange ich dann an mit ihnen zu spielen [...] oder ich bitte die Eltern, dass sie mit dem Kind ein Buch anschauen und dann kann man das vielleicht langsam aufbauen, dass man hingreifen kann (IP09, Pos. 133-139).

5.2.4 Adaption

IP01, IP03, IP04, IP07 und IP08 geben einen Einblick, wie sie ihre Behandlung in manchen Situationen adaptieren. IP08 meint, dass die Anpassung an den/die Patienten*in während der Intervention ständig passiere. Sie beobachtet: „so reagiert das System, so reagiert der Patient, das hält er aus, das hält er nicht aus“ (IP08, Pos. 99-100). Die Osteopathin erzählt von einer Patientin, die den Kontakt bei einer Craniobehandlung nicht ausgehalten hätte und nur mit einer Handhaltung in ungefähr 2cm Entfernung zu behandeln gewesen wäre. Die Patientin komme inzwischen seit vielen Jahren zu ihr und könne sogar osteopathisch manipuliert werden. Die Therapeutin sähe es als einen Prozess, den beide miteinander bestritten hätten und viel Adaptionfähigkeit und Selbstreflexion erfordert hätte. IP04 würde es bei der Wahl der Interaktionen darum gehen, den Patient*innen zuzuhören und auf deren Vorlieben einzugehen. Er beschreibt den Fall einer Patientin, die bei der Frage zu einer Narbe am Knie sehr emotional gewesen wäre und ihre Geschichte über ein psychisches Trauma erzählt hätte. In der Behandlung ginge es darum, sie wieder mit ihrem Körper zu verbinden.

IP03 denke bei der Frage nach Anpassung der Behandlung an das Konzept des Vorhersagefehlers (siehe 2.3.1). Das Ziel beim Vorhersagefehler sei, die Patient*innen zu überraschen, um deren Modell von Schmerz und Funktionseinschränkung grundlegend zu verändern. Das würde für IP03 bedeuten, den Ansatz zu verändern, wie zum Beispiel ruhigere Personen, die PRM Behandlungen (Primary Respiratory Mechanism) oder BLT Techniken

(Balanced Ligamentous Tension) gewöhnt wären, mit Manipulationen zu überraschen. Für IP03 bedeutet das: *„Das heißt, dieses Überraschen von dem System und die Auswahl von der manuellen Technik könnte man vielleicht theoretisch ein bisschen daran orientieren, wie man die Patient*innen am besten überrascht und aus ihren Mustern herausholt“* (IP 03, Pos. 263-265).

IP07 versuche sich auch immer wieder Behandlungen den Bedürfnissen der Patient*innen anzupassen. Bei Personen, die stark interozeptiv auf Reize reagieren würden und diese nicht gut filtern könnten, wären Gespräche manchmal eine gute Möglichkeit, um von den inneren Empfindungen abzulenken. Bei einigen Menschen fände IP07 Ruhe und Konzentration auf das Innere aber besser. Der Osteopath verwende auch immer wieder Musik, um eine multisensorische Umgebung zu schaffen, die beruhigend sei. IP07 berichtet über eine Zeit, in der er ältere, chronische Patient*innen behandelt hätte, die teilweise arbeitslos oder obdachlos waren. Für ihn hätte die osteopathische Behandlung dieser Patient*innen damals nicht nur einen Diagnose- oder Behandlungshintergrund. Er hätte die Interaktionen angepasst, so dass es für viele dieser Patient*innen

tatsächlich das soziale Ereignis der Woche wurde – fast! Also, weißt du, weil ich denke, es ist vielleicht nur eine halbe Stunde, aber es ist eine halbe Stunde Qualitätszeit, eine Gelegenheit, mich zu entspannen, mit jemandem über meine Sorgen zu sprechen, eine Art von Arbeit an meinem Körper zu bekommen, mit ultimativer, du weißt schon, nicht den Körper behandeln, du hilfst der Person in einer gewissen Weise (IP07, Pos. 171-175).

IP01 erwähnt, dass darüber hinaus auch medizinische Gründe wie die *red flags* eine Anpassung der Behandlung erfordern würden.

5.2.5 Leiten lassen

Bei der Frage, nach welchen Kriterien die Osteopath*innen ihre Interaktionen wählen, sprachen IP02, IP05, IP08 und IP10 davon, sich bei der Entscheidung von ihren Patient*innen leiten lassen zu wollen. IP02 ließe sich vor allem bei der Palpation von den Patient*innen leiten und verändere den Kontakt bei Bedarf durch Nachfragen. Die Osteopathin hätte bei diesem Vorgang ihre eigene Methode entwickelt, mit der sie eine innere Systematik arbeiten ließe, die von der Resonanz der Patient*innen mitgelenkt würde. IP05 sei ebenfalls flexibel bei der Art zu praktizieren. Er fühle sich nicht an osteopathische Modelle gebunden und ließe sich von den Patient*innen leiten. Der Therapeut erzählt von einem Patienten, der vor allem Abklärung wollte, dass seine Beschwerden nichts Ernstes seien. IP05 beschreibt seine Vorgehensweise: *„bei der Interaktion, Untersuchung und Kommunikation konzentriere ich mich wirklich auf ihre*

Präferenzen und das ist es, was sie wollen, und darauf gehe ich zuerst ein“ (IP05, Pos. 135-137).

IP08 hätte ihre Vorgehensweise im Laufe der Jahre verändert und ließe sich inzwischen ebenfalls von den Patient*innen leiten:

*[...] ich habe auch immer wieder Patient*innen, die kommen herein, fangen zu reden an, fangen zu weinen an, sagen: `das habe ich jetzt eigentlich noch nie jemandem erzählt`! Also manchmal ist die Therapie auch so, dass wir sitzen und reden, das passiert immer wieder eigentlich und ich bin inzwischen auch so, dass ich mir denke, also ich lasse mich inzwischen sehr leiten vom Patienten. Als Junge habe ich da schon immer einen Stress gehabt – na, aber ich muss ja und ich sollte ja und inzwischen mache ich mir den Stress nicht mehr. Ich lasse mich sehr vom Patienten leiten, wie er´s gerade braucht oder versuche halt darauf einzugehen (IP08, Pos. 177-184).*

IP10 beschreibt ein Konzept (siehe 2.3.2), bei dem es darum gehe, sich anhand der Reaktionen der Person bei der Wahl der Interaktionen leiten zu lassen. Es gäbe

[...] keine Möglichkeit, im Voraus zu entscheiden, welche Art von Berührung, welche Art von verbaler Interaktion, welche Art [...] man verwenden muss, weil sie am effizientesten ist und so weiter. Die gesamte Interaktion basiert auf einem iterativen Prozess, bei dem man eine Art Stimulus gibt. Man beobachtet die Reaktion des Patienten, die eine absolute verbale ist und nicht das, was ich fühle, sondern das, was sie tun, und ich kann also beobachten, was sie sagen. Und darauf aufbauend, was in gewisser Weise durch einige sondierende Fragen und so weitergeführt werden sollte (IP10, Pos. 153-159).

Der Osteopath erklärt, dass die Wahl der Interaktion davon abhinge, welche Art der Stimuli angenehme oder unangenehme Reaktionen bei der Person hervorrufen würden. Es gälte deshalb sowohl verbal als auch manuell die richtigen Fragen zu stellen, um so von dem/der Patient*in geleitet zu werden.

5.3 Personenzentriertheit

Die Interviewpartner*innen wurden befragt, was für sie personenzentrierte im Vergleich zu körperzentrierter Behandlung bedeutet. Im Gespräch verwendeten sie, ähnlich wie in der Literatur, sowohl den Begriff `personenzentriert` als auch `patientenzentriert`. Zentral war bei allen, dass der/die Patient*in im Mittelpunkt des Interesses stünde. Es wurde über die Multidimensionalität in der Betrachtung einer Person und deren Handlungsfähigkeit gesprochen. Abschließend ging es um Zieldefinitionen und beitragende Faktoren.

5.3.1 Mensch im Mittelpunkt

Für IP03 ist ein Kernpunkt, dass der personenzentrierte Ansatz gut vereinbar mit der Osteopathie sei. Osteopath*innen hätten in der Regel eine dreiviertel Stunde Zeit für ihre Patient*innen, in der sie *„[...] aktiv zuhören und wo wir unsere Behandlung wirklich an die Person anpassen können“* (IP03, Pos. 282-283). IP01 ist es wichtig zu betonen, dass sie alles, was Patient*innen sagen würden, sehr ernst nähme: *„[...] alles was mein Klient oder Patient sagt, ist seine Wahrheit, also ich nehme das ernst“* (IP01, Pos. 99). IP02 sähe den Menschen in seiner momentanen Situation:

Also ich glaube das ist das 'Um und auf', also das denke ich mir wirklich, dass das der springende Punkt und Unterschied ist zu einer reinen mechanischen oder vermeintlich mechanischen Behandlung. Also ich behandle nicht den Körper mit seinen Dysfunktionen, sondern ich versuche den Menschen in seiner Situation, in der er jetzt ist, mit dem was er zu mir bringt, etwas anzubieten. [...] Vielleicht hat Person A und Person B die gleiche körperliche Dysfunktion und ich biete etwas komplett anderes an“ (IP02, Pos. 304-309).

IP05 sieht es als personenbezogen, wenn er Patient*innen aktiv in die Entscheidungsfindung einbeziehe. Er möchte deren Gedanken zu möglichen Ursachen hören, erkläre auch seine eigenen Gedanken und hole das Einverständnis, diesen Weg zu gehen: *„[...] ich interessiere mich wirklich dafür, was sie denken, was sie hören, was sie interpretieren, was die Dinge für sie bedeuten, wie sie sich fühlen, ob das in Ordnung ist [...]“* (IP05, Pos. 299-300). IP05 sei es wichtig, den Patient*innen Autonomie zu geben. Für IP06 bedeute Personenzentriertheit mit einer Haltung der Demut zu handeln. Sie versuche, die Erfahrungen der Person zu verstehen, schränke aber ein, dass sie niemals wirklich wissen könne, was jemand durchmache. Die Osteopathin beschreibe das so: *„Für mich [...] geht es darum, die Menschen nicht von ihrer Umgebung, ihrem Kontext zu trennen und den Erfahrenden und nicht den Beobachter zu privilegieren“* (IP06, Pos. 353-355).

IP08 fände es schwierig, den Körper und die Person zu trennen. Für sie sei wichtig zu verstehen, wo die Symptome herkommen, und welche Ebene betroffen wäre, beziehungsweise die Frage, wieviel 'Strukturelle' oder wieviel 'Cranio' das System vertragen würde. Die Therapeutin betone dabei: *„[...] wir versuchen wirklich, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und halt da darauf einzugehen“* (IP08, Pos. 290-291). Auch für IP09 seien Körper, Seele, Geist oder Emotion untrennbar. Sie versuche, bei der behandelten Person den Bereich mit dem meisten Potential zu finden und diese darin zu unterstützen, dieses Potential freier auszudrücken. Nach Meinung von IP10 wäre personenzentriertes Vorgehen mit alldem zu arbeiten, was den Menschen ausmache:

Die Patientenaufklärung nimmt den Patienten und macht ihn oder sie zu einem idealen Menschen. Das sind sie nicht, sie sind einfach so, wie sie sind, und wir sollten versuchen, mit dem zu arbeiten, was sie sind, und nicht mit dem, was sie sein sollten (IP10, Pos. 136-138).

5.3.2 Multidimensionalität des Umfeldes

IP01, IP03, IP06 und IP07 betonen die Berücksichtigung des Umfeldes bei der personenzentrierten Behandlung. IP01 sähe sich das Umfeld der Person an und versuche herauszufinden, ob es andere Faktoren gäbe, auf die hingewiesen werden müsste. Es könnte sein, dass die Osteopathin Empfehlungen für Veränderungen gibt oder bei Bedarf an andere Professionen weiterverweist. Auch für IP06 bedeute Personenzentriertheit, den Menschen nicht aus seinem Umfeld zu lösen. Bei der personenzentrierten Behandlung würde IP03 immer den Kontext, in dem sich eine Person befindet beachten und versuchen, den Patient*innen diese Verbindungen und Zusammenhänge zu erklären:

[...] deine Angst könnte ebenfalls auch mit deinen Schmerzen zusammenhängen, hast du da einmal eine Verbindung gefühlt oder gesehen oder hast du bemerkt, als du Angst bekommen hast oder als der Schmerz entstanden ist du in einer Zeit warst, wo du besonders ängstlich warst [...] (IP03, Pos. 354-356).

Das Aufzeigen dieser Zusammenhänge bringe Patient*innen häufig eine Erkenntnis und stelle für IP03 die Basis einer personenzentrierten Therapie dar. IP07 gehe es darum, den Menschen in möglichst vielen Dimensionen zu verstehen:

Für mich geht es bei der personenzentrierten Behandlung darum, die Person zu verstehen, die mit einem meist körperlichen Problem zu dir kommt. Mit dem Körper stimmt etwas nicht, aber ich versuche, die Person in ihren multidimensionalen Aspekten zu verstehen, was das Selbst ist, was die Person ist und es geht auch darum, ihre Werte zu ergründen (IP07, Pos. 394-398).

5.3.3 Handlungsfähigkeit

IP06, IP07 und IP10 sprechen über die Wichtigkeit, die Handlungsfähigkeit und die Resilienz der Patient*innen zu fördern. IP06 erwähnt, dass Resilienz und psychologische Flexibilität kollektiv zu fördern seien, um Personen in schwierigen Situationen zu unterstützen.

IP07 nennt im Zusammenhang mit der Handlungsfähigkeit das Konzept der Affordanzen (*affordances*)⁴. Die Patient*innen würden darin unterstützt, ihre verlorengegangenen

⁴ Eine Affordanz ist eine Gelegenheit zum Handeln. Zum Beispiel eine Tür, die man öffnen oder ein Ball, den man fangen kann (A. Seth, 2022, S. 186).

Handlungsmöglichkeiten im Alltag wiederzuerlangen: „was du mit ihnen machst, wird zu einer Art Erkundung einer Art Landschaft von Dingen, die sie früher tun konnten, aber jetzt nicht mehr tun können, und dann kannst du sie ein wenig dazu drängen, Dinge zu erkunden, zu tun“ (IP07, Pos. 180-183). Der Osteopath fördere durch die Behandlung zuerst ihre Möglichkeiten, sich besser bewegen zu können und motiviere sie dann zu einfachen funktionellen Übungen sowie Treppensteigen oder Spaziergehen. IP07 erwähnt die Bedeutung des Zusammenhangs von Handlungsfähigkeit und der Pflege von sozialen Kontakten am Beispiel eines älteren Patienten. Seine Lebenssituation hätte sich aus einer Abhängigkeit von seinen Kindern zu einer Selbständigkeit verändert, durch die er wieder Autofahren, einkaufen und Freunde treffen könne. IP07 gehe es auch darum, die Werte des Menschen zu ergründen und zu verstehen, was im besten Interesse der Person sei, vor allem wenn es ihnen an Motivation fehlen würde:

In diesem Sinne muss ich sie wahrscheinlich mit einigen Formen der Bewegung konfrontieren, bei denen sie, ähnlich wie bei Kindern, Gemüse essen, ohne zu merken, dass sie Gemüse essen, richtig? Sie bewegen sich also, ohne zu merken, dass sie Übungen machen. Das ist also eine Art, zu verstehen, was in ihrem besten Interesse ist (IP07, Pos. 401-405).

IP10 fände es auch bei nozizeptiven Schmerzen wichtig, nicht nur die Körperregion zu beurteilen, sondern die Bedeutung der Beeinträchtigung im Alltag zu berücksichtigen:

Die allgemeine Regel, die wir anwenden, ist zu beurteilen, was jeder klinische Zustand in Bezug auf die Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit des Patienten bedeutet. Die Handlungsfähigkeit im Alltag, wenn sie nicht sportlich sind [...] Und auch hier sollte man sich mit der Symptomatik befassen, denn vom einfachsten Standpunkt aus betrachtet, fühlen sie sich gehört (IP10, Pos. 312-317).

IP10 beschreibt, wie er zuerst die symptomatische Region untersuchen würde und sich danach durch gezieltes Nachfragen ein Bild davon mache, wie weit die Auswirkungen den Alltag der Person beeinträchtigen würden. Ihm sei auch der soziale Aspekt wichtig, etwa wie sehr sich der/die Patient*in aufgrund der Beschwerden, aus dem sozialen Leben zurückziehe.

5.3.4 Zieldefinition und beitragende Faktoren

IP02, IP03, IP04, IP06, IP07 und IP10 beschreiben, welche Faktoren für die Zieldefinition in der Behandlung relevant sein könnten und unter welchen Bedingungen die Vorstellungen von Patient*innen in ein realistisches Licht gerückt werden müssten. IP03 hätte beobachtet, dass bei manchen Menschen nicht der Schmerz belastend wäre, sondern die fehlende Funktion. Er unterscheide zusätzlich, ob eine Person zur Prävention oder mit einer bestehenden Problematik komme. Da die Faktoren sehr unterschiedlich sein können, wären es die

Zielsetzungen auch. IP04 erarbeite die Ziele immer mit den Patient*innen, angepasst an deren Lebenssituationen und Erwartungen. Er erzählt ein Beispiel einer älteren Dame mit chronischen Schmerzen, die wieder mit ihrem Hund spazieren gehen und mit ihren Enkelkindern spielen wolle. Das Ziel bestünde also in einer Verbesserung der Lebensqualität und nicht in der Beschwerdefreiheit. Auch IP10 sähe nicht immer die Beschwerdefreiheit als Ziel, vor allem, wenn es sich um chronische Schmerzpatient*innen handeln würde. Manchmal müssten dabei die Erwartungen der Personen in eine realistische Perspektive gerückt werden. Es gäbe aber auch Patient*innen, die lediglich ein besseres Verständnis für ihre Schmerzen anstreben würden. Der Osteopath erwähnt einen Artikel, der ihm einen Erkenntnis gebracht hätte: *„Das ist so grundlegend, dass ich in dem Artikel, den du gelesen hast, in dem es darum geht, was eine osteopathische Behandlung aus Sicht des Patienten effektiv macht, erkannt habe, wie wichtig es ist, Ziele zu definieren“* (IP 10, Pos. 368-370). IP02 sähe die Zielsetzung so:

das Ziel ist ja fast immer Symptombefreiheit, aber wenn jemand kommt mit einer chronisch entzündlichen Erkrankung oder einer neurologischen Erkrankung, dann ist von vornherein klar, dass es eine Begleitung ist, aber wenn jemand, das habe ich halt sehr oft, zum Beispiel akuten Nackenschmerzen kommt mit Zusammenhang mit einer totalen Überlastungssituation, Stress, vielleicht Trauma, posttraumatische Belastungsstörung, dann formuliere ich nicht sozusagen –`das Ziel ist, dass das weg ist` sondern: `ich sehe da einen Weg, wie wir da gemeinsam mit dem arbeiten können, dass Sie damit besser umgehen können`“ (IP02, Pos. 320-326).

IP07 gehe es bei der Zieldefinition um das Einbeziehen der Werte von Patient*innen. IP04 denke, dass ein wichtiger Aspekt in der Ergründung der Ziele, die Aufklärung der Menschen sei. Auch IP10 sähe die Aufklärung der Patient*innen als wichtigen Faktor, deren Verständnis von ihren Beschwerden zu verbessern. Beitragend dazu könnte nach Meinung des Osteopathen auch eine Verbesserung des Körperbewusstseins sein, wie zum Beispiel durch Einbeziehen der Patient*innen in interozeptive Aufgaben. Für IP10 wäre es wichtig zu wissen, was die Person will: *„Es geht nicht darum, was wir tun wollen, sondern darum, was der Patient braucht, und ob wir der Richtige sind, ihm das zu geben, was er braucht“* (IP10, Pos. 392-393). IP06 erlebe es oft, dass Patient*innen, die zu ihr kommen, glauben würden, dass sie mit ihr nur strukturelle Ziele erreichen könnten, da sie einen muskuloskelettalen Hintergrund habe. Sie versuche eine vertrauensvolle Umgebung zu schaffen, um den Patient*innen zu vermitteln, dass diese auch psychische, emotionale oder soziale Dinge mit ihr besprechen können, was für die Osteopathin Teil der Begegnung darstellen würde.

5.3.4.1 Ziele gemeinsam definieren

IP03, IP04, IP05, IP08, IP09 und IP10 wäre es wichtig, die Ziele gemeinsam mit den Patient*innen zu definieren. IP03 beantwortet die Frage, ob er die Ziele mit den Patient*innen bespräche, so: *„Ja, habe ich bisher immer gemacht, alles andere ergibt für mich auch keinen Sinn. Was ich will für den Patienten, ist nicht unbedingt das, was der Patient will“* (IP03, Pos. 368-369). Auch IP04 würde die Ziele mit den Patient*innen erarbeiten. IP05 ist der Meinung, dass die gemeinsame Zielsetzung insofern bestärkend wirke, dass Personen wieder Aktivitäten aufnähmen, die vorher Beschwerden gemacht hätten. IP08 hielte es für sehr wichtig, die Ziele gemeinsam mit den Patient*innen zu besprechen und zu erkunden, worum es geht. IP09 versuche, das beim Kind Erspürte und die Erwartungen der Eltern, mit diesen zu besprechen. Das Ziel wäre *„immer eigentlich für mich, ob sich prozesshaft etwas tut“* (IP09, Pos. 240). IP10 versäume es nie, das Modell der ICE (Ideen der Besorgnis und Erwartungen)⁵ in die Anamnese zu integrieren. Dabei sei der erste Schritt die gemeinsame Entscheidungsfindung: *“[...] was sie erreichen wollen, was wir tatsächlich erreichen können“* (IP10, Pos. 360).

5.3.4.2 Zieldefinition nicht direkt

Das Ziel würde bei IP01 meist nicht direkt formuliert werden. Bei komplexeren Themen würde die Osteopathin versuchen, kleine Ziele als Weg zum Ziel zu finden, aber eher für sich: *„weil es oft für den Klienten nicht verständlich ist das Ziel oder vielleicht überfordern sein kann“* (IP01, Pos. 266-267). IP02 würde weniger die Ziele besprechen, sondern:

nein ich bespreche eigentlich nicht Ziele, ich bespreche den Behandlungsansatz mit ihnen. Also ich versuche aus der Anamnese heraus zu verstehen: was ist die Frage an mich und wiederhole das dann auch und hole mir die Rückmeldung: `ist es das, was Sie von mir erwarten?` und dann sage ich: `ich mache mir jetzt einmal ein Bild und dann besprechen wir das` und dann sag ich: `von dem her was Sie mir erzählt haben, was Sie so als Anliegen formuliert haben und was ich jetzt gefunden habe, glaube ich, dass das ein guter Weg wäre in diese Richtung zu gehen` (IP02, Pos. 314-320).

IP06 würde Patient*innen im öffentlichen Gesundheitsbereich nicht immer über einen längeren Zeitraum begleiten. Sie spräche schon über Ziel und Werte, würde es aber eine zu intime Frage empfinden, um sie gleich beim ersten Mal zu stellen, außer die Person teile Dinge freiwillig mit.

⁵ Die Ermittlung der Ideen, Bedenken und Erwartungen eines Patienten, oft auch als ICE bezeichnet, während der Konsultation [...] ist von wesentlicher Bedeutung für das Verständnis des Standpunkts eines Patienten und ein Eckpfeiler der patientenzentrierten Kommunikation (Catriona Holden, 2023, Oktober 13).

5.4 Osteopathische Fähigkeiten

Eine zentrale Frage an die Interviewpartner*innen war jene nach den wesentlichen osteopathischen Fähigkeiten. Bei der Frage ging es zunächst um allgemeine Fähigkeiten, im Interviewverlauf wurde dann spezifischer auf Fähigkeiten eingegangen, die Osteopath*innen mitbringen sollten, um ein besseres Verständnis für ihre Patient*innen zu haben. Es wurde von Empathie und Toleranz gesprochen, sowie von verbalen, wie nonverbalen Kommunikationsskills. Besonders häufig war die Rede von Selbstreflexion und neutraler Haltung gegenüber den Patient*innen. Die Interviewten erwähnten außerdem die Wichtigkeit von psychologischem, philosophischem und soziologischem Wissen und die Bedeutung von interprofessionellen Kompetenzen.

5.4.1 Empathie, Verständnis, Raum geben

IP01, IP03, IP05, IP09 und IP10 erwähnen Empathie als osteopathische Fähigkeit. IP01 verstehe darunter, sich gut einfühlen zu können, sich dabei aber gut abzugrenzen. IP03 verdeutlicht, dass er Empathie auf kognitiver Ebene meine und nicht emotionale Empathie: *„also nicht das reine Mitfühlen, wir wollen ja nicht, dass Therapeut*innen selbst mitbelastet werden durch die Problematiken, sondern das Mitempfinden oder das Nachvollziehen“* (IP03, Pos. 407-408). IP05 ist der Meinung, dass

[...] Einfühlungsvermögen und Mitgefühl wahrscheinlich an erster Stelle stehen, ich denke, dass man in der Lage ist, die schwierige Situation, in der sich die andere Person befindet, wirklich zu verstehen oder zumindest zu begreifen, in Bezug auf ihr Leiden oder ihren Schmerz oder ihr Unbehagen [...] (IP05, Pos. 22-24).

Für IP09 stelle Empathie neben Sensibilität, Einfühlungsvermögen, Toleranz und Verständnis eine der essenziellsten therapeutischen Fähigkeiten dar. IP10 spricht von *„Empathie im Sinne des Erkennens von Emotionen, wenn man sie sieht“* (IP10, Pos. 41-42).

IP01, IP02 und IP06 beschreiben, was Verständnis für Patient*innen für sie bedeutet. IP01 helfe ihre Lebenserfahrung, um sich besser in Situationen hineinversetzen zu können und denkt, dass sie dadurch ein besseres Verständnis für ihre Patient*innen aufbringen würde. IP02 sei es wichtig, die Bedeutung von Symptomen eines Menschen umfassend zu verstehen:

ich glaube es ist wichtig zu verstehen – was macht den Leidensdruck dieses Menschen aus und was braucht dieser Mensch jetzt gerade, wenn er mit diesem Symptom kommt und mit dieser Lebensgeschichte. Wo ist sozusagen das Zipferl, wo ich ansetzen kann, um ihn dieser Gesamtheit eben zu unterstützen (IP02, Pos. 33-36).

IP06 würde hauptsächlich Schmerzpatient*innen behandeln und in diesem Kontext spricht sie von einem Verständnis dafür, dass Schmerz eine reale Erfahrung eines Menschen wäre und

dieser für die Behandelnden unzugänglich sei. Für sie sei deshalb eine gewisse Bescheidenheit als Therapeutin wichtig in der klinischen Begegnung.

IP03, IP06 und IP09 sprechen über die Bedeutung, Menschen in der Therapie Raum zu geben. IP03 fasst es so zusammen: *„wir müssen Raum halten für den Patienten, sowohl verbal, als auch nonverbal, ja, dafür müssen wir maximal achtsam sein“* (IP03, Pos. 402-403). IP06 fände es sehr wichtig, sich ihrer Rolle bewusst zu sein. Im Interviewkontext nimmt sich selbst als Beispiel, wenn sie als weiße Frau mit einem bestimmten Hintergrund, eine schwarze Frau mit ganz anderen Erfahrungen behandelt. In ihrer Rolle versuche sie der Patientin Raum und Macht zu geben, um zu reden: *„[...] ich denke, Macht spielt eine große Rolle, um die Machtdynamik zu verändern und diesen Kontext in der Arbeit buchstäblich zu beeinflussen“* (IP06, Pos. 305-306). Für IP09 stelle eine neutrale Haltung eine wichtige Fähigkeit dar, um Patient*innen Raum zu bieten, sich ausdrücken und entfalten zu können. Sie sähe Osteopathie als Prozessbegleitung in sensiblen Phasen *„wie Geschlechtsidentitätsentwicklung oder Menopause oder Kinderwunsch ist nicht möglich oder solche Sachen oder Spermienqualität oder [...] dann muss ich ja dem Menschen Raum geben, dass er sich da hinein entfalten kann, sodass er auch etwas in sich freierwerden lassen kann“* (IP09, Pos. 195-197).

5.4.2 Kommunikation verbal und nonverbal

IP08, IP03 und IP01 gehen zunächst auf die Fähigkeit der Gesprächsführung ein. IP08 fände eine Basis der Gesprächsführung wichtig, um kulturelle Hintergründe zu erfragen. Für IP03 seien verbale Kommunikationsskills wichtig, um die Beschwerden der Patient*innen nicht zu medicalisieren. Der Osteopath hätte Schwierigkeiten mit dem Konzept der somatischen Dysfunktion: *„[...] das sind Modelle, die wir Patient*innen in den Kopf setzen, die nur Probleme erzeugen und nichts beheben“* (IP03, Pos. 71-72). IP01 hält bewusste Kommunikation für sehr wichtig, da Patient*innen die Informationen der Osteopath*innen oft sehr ernst nehmen würden. Deshalb spiele eine mildernde, gewaltfreie und wertfreie Kommunikation eine zentrale Rolle.

IP04, IP05 und IP07 sprechen über die Kompetenz des Zuhörens. IP04 erzählt von einer Studie mit Mediziner*innen, die zu dem Ergebnis kam, dass Patient*innen in einer zweiminütigen Konsultation bis zu zwanzig Mal unterbrochen werden würden. Der Osteopath hält es für bedeutend, Personen ihre Geschichte erzählen zu lassen, denn diese mag viele Informationen für die Behandler*innen enthalten. IP04 geht noch näher auf soziale oder psychische Probleme der Patient*innen ein: *„wir werden nicht in der Lage sein, dieses Problem zu lösen, aber indem wir es jemandem ermöglichen, über sein Problem zu sprechen [...] es gibt etwas, das sehr wichtig ist, wenn man die Geschichte von jemandem verbalisiert und miterlebt“* (IP04,

Pos. 42-44). IP05 bezeichnet Zuhören und Kommunizieren als Basisfähigkeiten, um Interaktion aufzubauen und Personen zu unterstützen. Der Therapeut würde diese wichtiger erachten als die manuellen Fähigkeiten, vor allem wenn es darum ginge, eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen. IP07 sieht die Fähigkeit des aktiven Zuhörens grundlegend:

also in der Lage zu sein, den Menschen wirklich die Möglichkeit zu geben, zu reden, ihre Erfahrungen, ihre Erwartungen, ihre Sorgen und so weiter auszudrücken. Also die Fähigkeit zu haben, ein Umfeld zu schaffen, in dem sie willkommen sind, ein Umfeld, das diesen Prozess des Informationsaustauschs erleichtern kann (IP07, Pos. 15-19).

IP07 und IP03 sind beide der Meinung, dass auch die Berührung ein gutes Kommunikationsmittel zwischen Therapeut*innen und Patient*innen sei. IP07 sähe die Palpation, auch wenn sie mit einem diagnostischen Fokus eingesetzt werden würde, als Form der Kommunikation.

5.4.3 Selbstreflexion und Neutralität

Für IP01, IP04, IP05, IP06, IP08 und IP09 ist die Fähigkeit der Selbstreflexion wichtig in der Rolle des/der Therapeuten*in. IP01 ist der Meinung, dass Osteopath*innen immer an sich arbeiten sollten, um reflektiert, neutral und wertfrei zu sein und nicht zu glauben, alles besser zu wissen. IP04 gehe es nicht darum, wie ein Psychotherapeut zu agieren, sondern zu reflektieren, wie er auf andere Menschen wirke und gesehen wird. IP05 gehe es bei der Selbstreflexion darum, die eigene Position als Therapeut zu kennen:

[...] wie einige unserer eigenen Annahmen die Situation beeinflussen, einige unserer eigenen Voreingenommenheiten und Annahmen kritisch zu reflektieren und zu versuchen, sich dieser Annahmen und Voreingenommenheiten bewusst zu sein und sie den Patienten vielleicht nicht aufzuzwingen und offen für andere Wege zu sein (IP05, Pos. 37-41).

IP06 fände es für alle Gesundheitsdienstleister*innen wichtig, selbstreflektiert, unvoreingenommen und selbstbewusst zu sein, um in der therapeutischen Interaktion authentisch agieren zu können. Um den kulturellen Kontext der Patient*innen zu verstehen, würde es für IP08 Selbstverständnis und Selbstreflexion über den eigenen kulturellen Hintergrund brauchen. Dazu zähle für sie auch, in welcher Entwicklungslinie der Osteopathie sie selbst stehe. IP08 definiert die Selbstreflexion auch in der klinischen Interaktion, in der sie sich die Tagesverfassung von dem/der Patienten*in und sich selbst bewusst machen würde: „[...] dass man einfach auch weiß, was ist das Eigene und was kommt vom Patienten, um da adäquat reagieren zu können“ (IP08, Pos. 197-198). IP09 würde Selbstreflexion neben Spontanität und Flexibilität zu wichtigen osteopathischen Fähigkeiten zählen. Sie beschreibt,

dass sie unter Selbstreflexion auch die Aufarbeitung der eigenen Geschichte verstünde, um zu wissen, wo man handlungsfähig sei oder wo man sich weiterentwickeln müsste, um Menschen in schwierigen Situationen auffangen zu können.

IP04 und IP05 sprechen von der Selbstbeobachtung. IP04 versuche sich immer sehr bewusst zu sein, dass das, was er in der therapeutischen Interaktion fühle, durch seine Filter ginge und nicht immer mit dem Menschen vor sich zu tun hätte. Der Osteopath würde sich in der Therapiesituation immer wieder beobachten, um sich der eigenen Körperreaktionen bewusst zu sein:

[...] fühle ich mich ängstlich, ist diese Angst etwas, das ich hatte, bevor ich die Person getroffen habe, ist das etwas, das jetzt passiert? Manchmal ertappt man sich dabei, wie man die Position der Person spiegelt, und das ist ein interessanter Moment [...] (IP04, Pos. 155-158).

Dabei sei es wichtig, die eigenen Grenzen zu wahren. IP05 beobachtet, dass er bei neuen Patient*innen eine gewisse Nervosität hätte und diese kompensieren würde, indem er dafür sorgen würde, dass sich die Patient*innen wohlfühlen. Er versuche sich während der Therapiesituation immer wieder bewusst zu werden, wie er von den Patient*innen wahrgenommen werden würde.

Für IP03 wäre Achtsamkeit eine Kernkompetenz. Eine Voraussetzung, um bei Patient*innen achtsam zu sein, sei das Erlernen der Selbstachtsamkeit und das bräuchte eine zuhörende Grundhaltung: *„Wir müssen auf eigene Körperreaktionen achtsam sein. Ich habe das häufig beobachtet, dass sich vegetativ bei mir etwas verändert, während ich jemanden behandle. Das ist für mich genauso ein Indiz, wie wenn sich bei einem Probanden oder Patienten vegetativ verändert“* (IP03, Pos. 399-402).

IP01 und IP04 gehen auf die Neutralität als Fähigkeit ein. IP01 fände es bei emotionalen Themen der Menschen wichtig, ein psychologisches Einfühlungsvermögen zu haben und eine neutrale Haltung einzunehmen. IP04 würde eine Technik aus der Phänomenologie verwenden, die sich *„bracketing“* nennt:

man versucht, sein eigenes Urteil beiseitezuschieben, damit die Geschichte zum Vorschein kommen kann, damit sich die Praktiker nicht schlecht fühlen, wenn sie eine Entscheidung oder eine Diagnose treffen müssen, und damit sie flexibler und fließender in ihrer Interaktion mit den Patienten sein können (IP04, Pos. 60-63).

5.4.4 Wissen in den Bereichen Psychologie, Philosophie und Soziologie

IP01, IP06 und IP07 wäre ein gewisses Wissen im Bereich der Psychologie wichtig. Für IP01 wäre es hilfreich, eine Vorerfahrung im psychologischen oder psychotherapeutischen Bereich

zu haben, um reflektiert und kompetent zu arbeiten. IP06 ist der Meinung, dass Osteopath*innen in Bezug auf psychologische Theorien auf dem neuesten Stand der Wissenschaft sein sollten. IP07 schwächt dies ein wenig ab: *„[...] dass einige Soft Skills aus der Psychologie tatsächlich wichtig sind, du weißt schon, das Zuhören, die Art der Öffnung, wenn nötig, sogar ein wenig von sich selbst preisgeben, wenn nötig. Die Menschen einfach einladen, sich wirklich sicher zu fühlen“* (IP07, Pos. 21-23). Es ginge dem Osteopathen dabei nicht um Beratung, sondern um aktive Zuhörtechniken.

IP03 und IP06 gehen auf die philosophische Grundhaltung ein. IP03 halte ein Verständnis von den philosophischen osteopathischen Grundprinzipien für wichtig, weil es für die Intention mit der behandelt wird, relevant sei. IP06 meint, dass Philosophie in der osteopathischen Ausbildung wichtig wäre, um Annahmen hinterfragen und philosophische Grundhaltungen hinter Meinungen erfassen zu können.

IP06, IP08 und IP09 erwähnen die Relevanz sozialen Wissens. Für IP06 sei es wichtig zu *„verstehen, wie soziale Systeme und Dinge wie Privilegien und Diskriminierung und Intersektionalität, du weißt schon – Rassismus und Armut und all diese Dinge – wie sie mit der Art und Weise zusammenspielen, wie Menschen ihre Erfahrungen kommunizieren“* (IP06, Pos. 32-35).

IP08 findet, dass ein Verständnis für andere Kulturen, Wissen über diese voraussetzen würde und IP09 würde soziale, politische und humanistische Bildung als Grundfähigkeiten von Osteopath*innen sehen.

5.4.5 Interprofessionalität

IP01 verstehe unter personenzentrierter Behandlung auch, Patient*innen weiter zu verweisen, wenn die eigene Kompetenz nicht ausreiche. IP06 findet, dass Osteopath*innen ihre interdisziplinären Fähigkeiten verbessern und nicht isoliert arbeiten sollten. Sie schlägt auch eine intensivere Zusammenarbeit von unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen wie Sozialwissenschaften oder Ethnographie vor, um ein besseres Verständnis zu bekommen, *„wie die Umwelt zu dem Ausdruck von Krankheit, schwacher Gesundheit, Schmerz, Leiden und all diesen Dingen beiträgt“* (IP06, Pos. 68-69). IP09 würde sich in der Behandlung immer wieder fragen: *„ist meine Arbeit adäquat, der Situation entsprechend, sinnvoll? Was gibt es noch, oder gibt es andere Menschen oder andere Professionen, die ich dazu nehmen könnte, wo ist meine eigene Grenze?“* (IP09, Pos. 36-38)

5.5 Bedarf an Integration von Methoden

Die Osteopath*innen, die zum Teil auch Lehrende sind, wurden danach gefragt, ob sie einen Handlungsbedarf für die Integration von Methoden zu einem besseren Verständnis für Patient*innen in die Lehrpläne der Osteopathie Ausbildungen sehen. Die Antworten wurden in Überlegungen zu einem Handlungsbedarf und die Nennung der Skills, die integriert werden sollten, gegliedert. Bei diesem Kapitel ist der Hintergrund der Interviewpartner*innen zu bedenken, die in mindestens fünf verschiedenen Ländern ihrer Haupttätigkeit nachgehen und unterschiedliche osteopathische Ausbildungen erfahren haben.

5.5.1 Handlungsbedarf

IP01, IP03, IP04, IP05, IP06, IP07 und IP10 würden einen Handlungsbedarf sehen, Methoden für ein besseres Patient*innenverständnis zu integrieren. IP01 siehe solche Methoden in der Ausbildung nicht gut abgedeckt, sie hätte dieses Verständnis erst durch Selbsterfahrung gelernt. IP10 äußert sich nachdenklich zu einer Lagerbildung innerhalb der Osteopathie zwischen `hands-off` und `hands-on` Ansätzen. Er ist der Meinung, dass durch die Festlegung auf eine Seite, viel dazwischen verloren ginge. IP03 würde Methoden für Empfehlungen der Bewegungsförderung und Schmerzedukation in Curricula integrieren. Dem Osteopathen wäre es auch wichtig, dass Theorien, wie der ökologische Ansatz von Stephen Tyreman, Thesen von Francesco Cerritelli und Jorge Esteves oder das Biopsychosoziale Modell, weiterentwickelt und integriert werden.

IP04 findet, dass es hilfreich wäre, Themen wie Diversität, Geschlechtsidentität oder soziale Situationen, in Ausbildungen zu integrieren (ist in der Schule implementiert, in der IP04 unterrichtet). IP05 würde es für wichtig halten, Absolvent*innen mehr Verständnis für soziale Faktoren mitzugeben und ihnen mehr Sicherheit zu vermitteln, wie sie Gespräche führen. Sie sollten keine Sozialarbeiter*innen oder Psycholog*innen sein, aber ein Verständnis vermittelt bekommen, wie sie Patient*innen in diesen Themen unterstützen könnten.

IP06 schlägt vor, Menschen wie Aktivist*innen, Patient*innenanwält*innen, Literaturprofessor*innen, Künstler*innen oder Dichter*innen an die Universitäten einzuladen. Die Therapeutin denkt, dass die Universitäten großen Bedarf hätten, etwas zu verändern.

IP07 schlägt mehr Forschung zu Enaktivismus und Free-Energy-Prinzipien vor und würde es als sinnvoll für den Berufsstand erachten, Thesen aus der Osteopathie neu zu interpretieren:

so kann man zum Beispiel auf Dinge zurückgreifen, über die Littlejohn gesprochen hat, du weißt schon, die Bedeutung von Umwelt, Anpassung und so weiter (..)sehr aktuelle Forschung des einundzwanzigsten Jahrhunderts. Enaktivismus, aber auch Free-Energy-Prinzipien, active inference und so weiter, Anpassung eine große Sache, Interaktion mit

der Umwelt, eine große Sache. Die meisten Leute kennen Littlejohn durch die Biomechanik, aber einige dieser Konzepte waren [...] machen immer noch vollkommen Sinn, wenn man dies einführt und die alten Ideen aus einer anderen Perspektive neu formuliert, eigentlich sind sie da! Hoover, ökologische Medizin im Jahr 1963, wir sprechen über sechzig Jahre, wo er sagte, Osteopathie ist ökologische Medizin. Das ist es, worüber wir jetzt sprechen (IP07, Pos. 535-543).

Der Osteopath betone, dass Konzepte der Osteopathie in Frage gestellt werden können, ohne den Berufsstand zu gefährden.

5.5.2 Wichtige Fähigkeiten

IP01, IP03, IP07 und IP09 sprächen sich für die Förderung von psychologischen und Kommunikationsfähigkeiten aus. Für IP01 wäre eine Schulung in bewusster Kommunikation wichtig, da

da meiner Meinung nach, die Menschheit immer sensibler wird, muss man immer mehr aufpassen, was man sagt [...] man muss immer vorsichtiger werden und man muss das auch akzeptieren, man darf da nicht auf stur schalten, egal ob das Gendern ist oder ob geimpft, ungeimpft. Es ist einfach so wichtig, dass man das neutral kommunizieren kann, ohne irgendwelche Emotionen hervorzurufen (IP01, Pos. 354-358).

IP01 denkt, dass der Einsatz von Patient*innen Beispielen in der Ausbildung hilfreich wäre, um Student*innen bewusst zu machen, was Sprache bewirken kann. Auch IP03 findet, dass Gesprächsführung einen wichtigeren Stellenwert haben sollte. Es ginge für IP03 oft darum, Patient*innen die eigenen Überlegungen zum Kontext der Entstehung ihrer Beschwerden adäquat erklären zu können. Die Kenntnis einfacher psychologischer Tools sähe IP03 als hilfreich, bei komplexeren Beschwerden wäre aber eine multidisziplinäre Kooperation sinnvoll, da Osteopath*innen in ihren psychologischen Fähigkeiten meist nicht genügend ausgebildet seien.

IP07 ist der Meinung, dass in vielen Ausbildungen grundlegende Inhalte, wie Kommunikation, Gesundheitspsychologie und Soziologie fehlen würden, um die Auswirkungen von unterschiedlichen Faktoren auf die Gesundheit von Menschen zu verstehen. IP09 erachte diese Skills ebenfalls als wichtig, denke aber, dass ihre Einführung nur funktionieren könne, wenn eine Bereitschaft da wäre sich weiterzuentwickeln. Sie glaubt, dass es sinnvoller wäre, solche Inhalte postgradual anzubieten.

IP06 und IP07 sprechen auch über die Wichtigkeit der Einbeziehung von philosophischen, sozialwissenschaftlichen und geisteswissenschaftlichen Grundlagen. IP06 würde alle drei für

wichtig halten. Es sollte ein Verständnis vermittelt werden, dass jede Person von einem philosophischen Standpunkt aus agieren würde und dass es Raum für mehrere Wahrheiten geben sollte. IP06 würde es auch wertvoll finden, Geisteswissenschaften wie Literatur, Poesie und Kunst zu integrieren, um zu verstehen, was es bedeutet, Mensch zu sein. Laut IP07 sollten Osteopath*innen philosophische Hintergründe lernen. Für ihn sei der Fokus auf Techniken nicht ausreichend, „*Techniken definieren nicht einen Beruf, richtig? Ein Beruf ist ein Beruf mit bestimmten Kompetenzen und Wissen, in diesem Fall mit einem philosophischen Hintergrund [...]*“ (IP07, Pos. 497-498).

IP03, IP04, IP06, IP07 und IP10 äußern sich dazu, was es bedeutet, als Osteopath*innen kritisch zu sein. IP03 wäre der Meinung, dass Osteopath*innen die eigenen Konzepte hinterfragen sollten und kritisch darüber reflektieren sollten. Nach IP07 fehle die Bereitschaft der Therapeut*innen, kritisch zu hinterfragen. IP04 würde die Qualität des kritischen Reflektierens im ersten Ausbildungsjahr einführen. IP10 fände es aus pädagogischer Sicht wichtig, Student*innen zu lehren, sowohl rhetorisch als auch palpatorisch die richtigen Fragen zu stellen und kritisches Denken zu fördern. IP06 wird noch spezifischer, welche kritischen Modelle sie in die Ausbildung einführen würde: „*[...] diese kritischen Rahmenwerke wären die kritische Rassentheorie, Intersektionalität, Queer-Theorie, du weißt schon, narrative Medizin [...]*“ (IP06, Pos. 490-491).

6 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser qualitativen Interviewstudie werden zur Beantwortung der Forschungsfrage und des Studienzieles in vorliegendem Kapitel interpretiert, mit der Literatur des Theorieteiles verglichen und methodenkritisch beleuchtet, sowie Implikationen für die Osteopathie herausgearbeitet.

6.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Insgesamt wurden von den Interviewpartner*innen dreizehn Fähigkeiten genannt, welche Osteopath*innen während ihrer Interaktion mit Patient*innen benötigen würden, um deren soziale und soziokulturelle Hintergründe besser zu verstehen und die Behandlung personenzentriert zu gestalten. Shaw et al.(2022) betonen, dass die Anwendung enaktiver Methoden eine vertrauensvolle Beziehung und besondere Fähigkeiten erfordert, um Patient*innen in ihrem Lernprozess zu leiten.

Die von den Interviewpartner*innen am häufigsten genannte Fähigkeit ist die der Kommunikation. Es würde eine Basis an verbalen Kommunikationsfähigkeiten vorausgesetzt, um kulturelle Hintergründe zu erfragen oder Beschwerden nicht zu medikalisieren. Es bedürfe einer mildernden, gewaltfreien und wertfreien Kommunikation, da Patient*innen das von Osteopath*innen Gesagte sehr ernst nehmen würden. Einige Interviewpartner*innen schlagen vor, keine angstmachenden Begriffe zu verwenden und Vokabular zu nutzen, das von der Person, unabhängig von ihrer Bildung, verstanden werden könne. Es wird auf die Problematik eines Machtgefälles zwischen Patient*in und Osteopath*in hingewiesen, die eine Umsicht verlange, wie Themen für Patient*innen in einen Kontext gestellt werden sollten. Eine Interviewpartnerin beschreibt auch den Einsatz von Kommunikationstechniken, wie etwa Geschwindigkeit aus dem Gespräch zu nehmen wäre. Esteves et al. (2022) schlagen vor, eine Sprache zu verwenden, die nicht bedrohlich oder angstmachend ist, um Patient*innen darin zu unterstützen, intero- und exterozeptive Eindrücke richtig deuten zu können. Osteopath*innen sollten in ihrer Kommunikation beruhigend und aufklärend sein. Zuhören und kommunizieren wird von drei Interviewpartner*innen zu den Basisfähigkeiten gezählt, um eine Interaktion aufbauen, die Person unterstützen und eine gute therapeutische Beziehung aufbauen zu können. Es wird betont, dass Osteopath*innen die psychischen oder sozialen Probleme ihrer Patient*innen nicht lösen können, dass Zuhören aber grundlegend sei, um Patient*innen zu ermöglichen, ihre Erfahrungen, Erwartungen und Sorgen auszudrücken. Dadurch solle ein Umfeld geschaffen werden, das den Prozess des Informationsaustausches erleichtern würde. Shaw et al. (2022) sind der Meinung, dass aktives Zuhören sowie das Deuten von Schweigen oder Körpersprache die Fähigkeit zur Reflexion über die Geschichten der Patient*innen verbessern. Berührung wird von einigen Interviewpartner*innen als wichtiges

Kommunikationsmittel gesehen. Diese sollte sehr behutsam eingesetzt werden und vor therapeutischen Maßnahmen die Einwilligung zu diesen geholt werden, damit sich Patient*innen ernst genommen fühlen würden. Eine Interviewpartnerin bezeichnet Kommunikation als das Immer-in-Beziehung-Bleiben, sowohl verbal als auch während der Berührung. Nach Baroni et al. (2021) ist Berührung in der gemeinsamen Entwicklung eines Behandlungsansatzes mit Patient*innen eines von mehreren wichtigen Elementen der Kommunikation.

Als weitere Fähigkeiten werden von den Interviewpartner*innen Empathie, Verständnis und Raum geben genannt. Unter Empathie verstehen fünf Interviewpartner*innen, sich gut einfühlen, aber gleichzeitig abgrenzen zu können. Ein Interviewpartner benennt es als Empathie auf kognitiver, aber nicht emotionaler Ebene. Empathie wird als Voraussetzung gesehen, um Verständnis für Personen in schwierigen Situationen zu haben oder auch Emotionen erkennen zu können. McParlin et al. (2022) sehen Empathie innerhalb einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung als wichtige Hilfestellung, damit Patient*innen ihre Ängste abbauen können. Um ein besseres Verständnis für Situationen zu haben, in denen sich Patient*innen befinden, hilft es einer Interviewpartnerin, schon eine gewisse Lebenserfahrung mitzubringen. Für eine andere Interviewpartnerin sei ein Verständnis der Bedeutung von Symptomen für die Person, die behandelt wird, wichtig, um die Behandlung richtig ansetzen zu können. Das Verständnis, dass Schmerz eine reale Erfahrung, die für die Behandelnden nicht immer zugänglich wäre, erfordere von diesen eine gewisse Bescheidenheit. Drei Interviewpartner*innen erwähnen, dass es wichtig sei, sowohl verbal als auch nonverbal Raum zu halten in der therapeutischen Interaktion. Der/die Osteopath*in sollte sich der eigenen Rolle bewusst sein, um die Machtdynamik zu neutralisieren und der Person Raum zu bieten, sich ausdrücken und entfalten zu können. Auch Shaw et al. (2022) erwähnen die Bedeutung, Patient*innen Raum zu geben, damit diese einen neuen Sinn in ihren Erfahrungen finden und an Handlungsfähigkeit gewinnen.

Sechs Gesprächspartner*innen sprechen über die Bedeutung von Selbstreflexion und Neutralität. Die Selbstreflexion beziehe sich auf das Bewusstsein des eigenen kulturellen Hintergrundes, der eigenen Geschichte und der persönlichen Bias. Für einige der Osteopath*innen sei dies besonders wichtig, um auch zu wissen, wo die Grenzen der eigenen Handlungsfähigkeit erreicht sind oder wo Weiterentwicklung notwendig wäre, um Menschen in schwierigen Situationen auffangen zu können. Kraus (2015) sieht das ähnlich: um eine Vorstellung von der Lebenswelt einer anderen Person zu bekommen, werden neben guten Kommunikationsfähigkeiten und tiefem Interesse an der Person auch eine gute Selbstreflexion der eigenen Fähigkeiten benötigt. Selbstreflektiert zu sein bedeute für einen Gesprächspartner aber auch, in der Behandlungssituation achtsam für sich selbst zu sein, um sich eigener

Körperreaktionen oder der Tagesverfassung bewusst zu werden. Für einen weiteren Interviewpartner wäre Achtsamkeit eine Kernkompetenz, und er sähe Selbstachtsamkeit als Voraussetzung, um eine zuhörende Grundhaltung zu entwickeln. Zwei Gesprächspartner*innen fänden eine neutrale Haltung wichtig, damit die Geschichte der behandelten Person zum Vorschein kommen kann.

Interprofessionalität wird in den Interviews einige Male angesprochen. Osteopath*innen sollten demnach interdisziplinäre Fähigkeiten verbessern, nicht isoliert von anderen Professionen arbeiten und an diese weiterverweisen, wenn die eigene Kompetenz an Grenzen stöße. Eine Interviewpartnerin schlägt vor, auf wissenschaftlicher Ebene mit Disziplinen wie Sozialwissenschaften oder Ethnographie zusammenzuarbeiten, um ein besseres Verständnis davon zu erhalten, wie Umwelt zu Krankheit beitragen könne. Für de Haan (2021) bietet das enaktive Modell Vorschläge zu Behandlungsansätzen, die durch interdisziplinäre Kooperationen gekennzeichnet sind.

Als Grundfähigkeiten, die Osteopath*innen für ein besseres Verständnis für ihre Patient*innen mitbringen sollten, werden von drei Interviewpartner*innen psychologische Soft Skills genannt, um reflektiert und kompetent zu arbeiten. Für zwei Gesprächspartner*innen sei ein Verständnis von philosophischen Grundprinzipien wichtig. Einerseits, um in der Behandlungsintention klar zu sein und andererseits, um eigene Annahmen immer wieder zu hinterfragen. Drei Interviewpartner*innen würden ein Wissen von sozialen Systemen, anderen Kulturen sowie politischer und humanistischer Bildung voraussetzen, um Patient*innen, die aus anderen Kulturen oder mit anderen Erfahrungen kämen, auch das nötige Verständnis entgegenzubringen.

Die oben genannten Grundfähigkeiten können als Voraussetzung für die folgenden in den Interviews erwähnten Qualitäten in der therapeutischen Interaktion gesehen werden. Fünf Interviewpartner*innen sprechen von dem Aufbau einer Beziehung oder auch therapeutischen Allianz. Als Grundlage werden gute interpersonelle Fähigkeiten, ein ehrliches Interesse daran, den Patient*innen helfen zu wollen sowie das Eingehen auf deren Bedürfnisse und Erwartungen genannt. Es wird auch von Synchronität in der therapeutischen Beziehung gesprochen, sowohl auf biologischer Ebene als auch als nahtlose Übergänge im Gespräch. Dies stimmt mit McParlin et al. (2022) überein, die Synchronität auf Verhaltens-, sowie auf neurophysiologischer Ebene als beitragend zu einer stabilen therapeutischen Bindung sehen. Unterstützt würde dies durch bewusst gewählte Berührung und achtsame Kommunikation. Fünf Gesprächspartner*innen bringen die Qualität der Behutsamkeit im Umgang mit traumatisierten oder ängstlichen Patient*innen zur Sprache. So wird etwa bei Verdacht auf Missbrauch oder Gewalt in der Familie auf die Wichtigkeit hingewiesen, interdisziplinäre Netzwerke zu aktivieren. Eine Interviewpartnerin berichtet aus ihrer Erfahrung in der

Behandlung von Flüchtlingen, auf zu starke Stimulierung zu verzichten, nicht zu früh zu berühren, immer Einwilligung dafür einzuholen und aus einer Haltung der Zurückhaltung und Behutsamkeit zu agieren. Mehrere Interviewpartner*innen sind sich einig, bei ängstlichen Patient*innen mit Berührung sehr vorsichtig zu sein und nicht gleich bei der ersten Behandlung zu berühren. Eine Interviewpartnerin schränkt ein, dass sie besondere Achtsamkeit bei psychologischen Gründen wichtiger fände als bei sozialen. Acht Interviewpartner*innen geben einen Einblick, wie sie die Behandlung immer wieder adaptieren oder sich von Patient*innen leiten lassen würden. Als Gründe für die Anpassung werden neben „red flags“ auch emotionale Zustände oder starke Reaktionen auf interozeptive Reize bei Patient*innen genannt. Im Vergleich dazu ist bei Cerritelli & Esteves (2022) die Anpassung durch Erzeugung eines hohen Vorhersagefehlers mit manueller osteopathischer Behandlung erklärt, um bestehende Schmerzüberzeugungen zu revidieren. Ein Interviewpartner erzählt aber auch von einer Adaptierung seiner Behandlung bei älteren, arbeitslosen Patient*innen, die er nicht diagnoseorientiert behandle, sondern bei denen Osteopathie zu einem sozialen Ereignis würde. Osteopathie wird von einer Gesprächspartnerin als Prozess verstanden, den Patient*innen und Osteopath*innen miteinander gehen würden. Einige der Interviewpartner*innen ließen sich bei Interaktion während der Behandlung von Präferenzen ihrer Patient*innen oder deren Reaktionen auf Stimuli leiten. Das Leitenlassen kann sich auf die Resonanz der Patient*innen während der Palpation beziehen, auf die momentane emotionale Verfassung oder auf die Antwort auf verbal gestellte Fragen der Therapeut*innen. Bei Consorti et al. (2023) und deren Konzept der neuroästhetischen enaktiven Begegnung orientieren sich die Osteopath*innen an der Reaktion der Patient*innen auf Berührungen und wenden ebenfalls das Konzept der aktiven Inferenz mittels Erzeugung eines Vorhersagefehlers an.

Gestellt wurde die Forschungsfrage vor dem Hintergrund des Enaktivismus, weshalb dem enaktiven Handeln von Osteopath*innen besondere Bedeutung zukommt. In diesem Zusammenhang werden drei der fünf Kernkonzepte des Enaktivismus, nämlich Autonomie, Erfahrung und Sinnstiftung, vor dem Hintergrund der beschriebenen osteopathischen Fähigkeiten mit weiteren aus den Interviews gewonnenen Kategorien in Bezug gebracht. Di Paolo et al. (2010) beschreiben, dass den Beteiligten eines Interaktionsprozesses nach enaktivem Verständnis ausdrücklich Autonomie zugestanden wird und diese zu Teilnehmern und nicht nur Beobachtern werden. Dies entspricht dem Ansatz der Personenzentriertheit, bei dem der Mensch im Mittelpunkt steht. IP05 beziehe Patient*innen aktiv in die Entscheidungsfindung ein und hole deren Einverständnis, den besprochenen Weg zu gehen. Ihm ist es wichtig, Patient*innen Autonomie zu geben. IP06 gehe es darum, Menschen nicht von ihrem Kontext zu trennen und den Erfahrenden zu privilegieren. Weitere

Interviewpartner*innen betonen, nicht Dysfunktionen zu behandeln, sondern den Menschen und mit dem zu arbeiten, was die Person ist und nicht mit dem, was sie sein sollte. Außerdem wird hervorgehoben, aktiv zuzuhören, die Patient*innen ernst zu nehmen, achtsam zu sein, welche Behandlung das System der behandelten Person verträgt und das Potential in der Einheit aus Körper, Geist, Seele zu unterstützen. Tyreman (2018) versteht unter Personenzentriertheit, den Erzählungen der Patient*innen zentrale Bedeutung zu schenken, um Anhaltspunkte über körperliche Zustände sowie auch soziokulturelle und kognitive Aspekte der Person zu erlangen. Er ist auch der Meinung, dass Osteopath*innen die Aufgabe haben, Patient*innen über die Bedeutung ihrer erlebten Krankheitserfahrungen aufzuklären.

Merleau-Ponty (1966, S. 101–107) schreibt zur Erfahrung, dass diese wie auch die Wahrnehmung, nicht auf unser Gegenüber projizierbar ist. IP06 versuche im Rahmen des personenzentrierten Behandelns, die Erfahrungen der Patient*innen zu verstehen, schränkt aber ein, dass sie niemals wirklich wisse, was diese durchmachen würden. Nach de Haan (2020) ist die Multidimensionalität von Sinneswahrnehmungen einer Person abhängig von deren Erfahrungen, und die Möglichkeit, über diese Erfahrungen zu reflektieren sind wiederum wichtig für das Erkennen wichtiger Aspekte der Umwelt, aber auch in Beziehung auf Werte im Leben. Vier der Interviewpartner*innen ist es wichtig, Verbindungen oder Zusammenhänge zu der Entstehung von Symptomen zu identifizieren und diese mit den Patient*innen zu besprechen. In der personenzentrierten Behandlung gehe es den Osteopath*innen darum, die Person in ihren multidimensionalen Aspekten zu verstehen und deren Werte zu ergründen.

Der Begriff der Sinnstiftung wird bei Arandia und Di Paolo (2021) in Bezug auf die klinische Begegnung als partizipatorische Sinnstiftung/-bildung bezeichnet. Sie heben die zum Teil unterschiedlichen Perspektiven von Patient*innen und Kliniker*innen in der Ausgangssituation hervor und betonen die enaktiven Bestrebungen, eine gemeinsame Perspektive zu finden, in der die Krankheitserfahrungen der Patient*innen berücksichtigt werden. Sechs der Interviewpartner*innen definieren die Ziele der Behandlung immer gemeinsam mit den Patient*innen, um diese an die individuellen Lebenssituationen und Erwartungen anzupassen. Dabei wären auch die Aufklärung, die Schaffung einer vertrauensvollen Umgebung und das Bestärken der Wiederaufnahme von Aktivitäten, die Beschwerden verursacht haben, wichtige Aspekte. Drei Interviewpartner*innen definieren die Ziele nicht direkt, um Patient*innen bei komplexen Themen nicht zu überfordern, beziehungsweise werden weniger die Ziele als Ansätze besprochen. Eine Osteopathin findet es beim ersten Kontakt zu intim, über Ziele zu reden. Drei Gesprächspartner*innen sehen die Förderung der Handlungsfähigkeit als essenziell an, um Patient*innen in schwierigen Situationen zu fördern. Das Ergründen der Werte der Person, die Bedeutung der Beeinträchtigung im Alltag und die Unterstützung bei der Wiedererlangung der verlorenen Handlungsmöglichkeiten stehen dabei im Mittelpunkt.

Nach Cerritelli & Esteves (2022) sollten Osteopath*innen ihre Patient*innen bei der Umdeutung interozeptiver Informationen unterstützen, um sie in der Wiedererlangung ihrer Handlungsfähigkeit zu fördern.

6.2 Relevanz soziokultureller Faktoren

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der durch die Interviewstudie beantwortet wurde, ist die Relevanz der Erfassung der sozialen und soziokulturellen Hintergründe für die Behandlung. Acht Interviewpartner*innen geben an, dass das Umfeld oder die Lebenswelt (siehe 5.1.1) von Patient*innen eine Bedeutung hat, IP04 ist das Umfeld sogar enorm wichtig. Es gehe darum, ein besseres Verständnis von aktuellen Lebenssituationen sowie der Bedeutung lebensgeschichtlicher Ereignisse zu erhalten. Dabei können auch die Herkunft, soziokulturelle Hintergründe, Bräuche oder Geschlechtsidentität von Interesse sein. IP03 geht auf unterschiedliche Stressfaktoren in verschiedenen Populationen ein, IP06 betont, dass Menschen nicht in einem Vakuum leben würden, sondern jeder anderen Reizen der Umwelt ausgesetzt sei. Weiter wird betont, dass es im klinischen Bereich wichtig ist, herauszufiltern, wie Sozialleben, Psyche und damit die Handlungsfähigkeit durch Beschwerden beeinträchtigt seien. IP07 spricht davon, dass die Erforschung der sozialen Dimension wesentlich dafür sei. IP10 sähe es für Osteopath*innen als relevant an, zu erfassen, in welchem Umfeld Patient*innen leben beziehungsweise den Kontext zu den Beschwerden zu verstehen, findet es aber schwierig, die Behandlung außerhalb des gewohnten Umfeldes adäquat durchzuführen. Der Begriff der Lebenswelt wird bei Kraus (2015) als subjektive Sicht auf die Lebenslage auf Basis von Erfahrungen des Individuums sowie psychischen und physischen Eigenschaften verstanden. Cerritelli & Esteves (2022) beschreiben in Bezug auf die klinische Begegnung, dass Patient*innen nicht nur vor deren physiologischem Hintergrund und den damit verbundenen Erfahrungen, sondern auch in der Interaktion mit der Umwelt und der soziokulturellen Einbettung zu betrachten sind. Shaw et al. (2022) sind der Meinung, dass die gelebten Erfahrungen von Patient*innen für Behandler*innen erst durch die Erzählung Sinn entwickeln und dabei immer im Zusammenhang mit dem kulturellen und sozialen Umfeld der Person verstanden werden können. Drei Interviewpartner*innen schränken ein, dass ihnen der soziale Kontext nicht immer wichtig wäre. Etwa bei Patient*innen, die nicht gleich von sich erzählen wollen oder bei somatischen Beschwerden, wo eher die Alltagsbelastungen wichtig zu wissen wären. IP02 arbeitet vor allem mit der aktuellen Präsentation der Person in der Behandlungssituation und fragt nur nach, wenn sie das Gefühl hätte, dass etwas Unausgesprochenes wichtig sein könnte.

Zu der Relevanz soziokultureller Faktoren für die Behandlung waren neun Interviewpartner*innen der Meinung, dass diese relevant seien. Die Osteopath*innen

entscheiden sich teilweise für andere Behandlungskonzepte, je nach aktueller Hintergrundsituation. Dies kann sich jedoch im Laufe von Behandlungen wieder verändern. IP10 erwähnt, dass der soziale Hintergrund die Art, mit Schmerz umzugehen, beeinflusse. Das bedeute in der Behandlungssituation, bei manchen Patient*innen eher taktile Reize einzusetzen und bei anderen eher verbal zu arbeiten. In diesem Zusammenhang würde auch die Berührung immer wieder angepasst. IP09 beschreibt diesbezüglich, wie sie beispielsweise eine Person nach Geschlechtsumwandlung oder ein pubertierendes Kind, das gerade seine Homosexualität entdeckt, ganz anders berühren müsse. Im Literaturvergleich zeigt sich bei Baroni et al. (2021), dass Osteopath*innen neben ihren palpatorischen Ergebnissen auch psychologische und sozialen Faktoren bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit den Patient*innen berücksichtigen sollten, da Berührung vom Gehirn immer im Kontext zu früheren Erfahrungen interpretiert wird. IP04 findet das Narrativ eines Individuums wichtig, denn dieses kann je nach Herkunft sehr verschieden sein und sei in der Behandlung zu berücksichtigen. IP06 sei es wichtig, sich bei der Erzählung von Erfahrungen der Patient*innen Themen wie Privilegien oder Diskriminierung bewusst zu sein, um angemessen zu handeln. IP02 sieht durch ihre Erfahrung in der Behandlung von Patient*innen mit schwierigem sozialen Hintergrund, dass es als Therapeut*in wichtig sei, von den Patient*innen Verbindlichkeit zu verlangen. Weiter wird von IP07 zu bedenken gegeben, dass Wissen über den sozialen Hintergrund wichtig sei, um die richtigen Rückschlüsse der Auswirkungen der Arbeitssituation auf die Beschwerden zu ziehen. Dies stimmt überein mit den Empfehlungen zur klinischen Anwendung des biopsychosozialen Modells von Zegarra-Parodi et al. (2020a), nach denen auch umweltbezogene Gesichtspunkte wie Arbeit und soziales Umfeld neben psychologischen Faktoren mit den Patient*innen herausgefiltert werden sollten, um herauszufinden, ob diese Auswirkungen auf die Heilung haben könnten. IP03 und IP05 sind der Meinung, dass die Behandlung nicht zwingend vom sozialen Hintergrund abhängig wäre. Es sei überraschend, wenn Personen anders als erwartet reagieren. So könne zum Beispiel bei Missbrauch, bestimmter Nationalität oder kulturellem Hintergrund nicht davon ausgegangen werden, dass die Person vielleicht nicht untersucht werden will oder keine manuelle Therapie möchte. Osteopath*innen sollten sich aber bewusst sein, dass Erfahrungen und Erwartungen andere sein können und deshalb einzelne Behandlungsschritte genau erklärt werden sollten.

Bei der Frage an die Interviewpartner*innen nach ihrer Patient*innenvielfalt stellte sich heraus, dass nur eine Osteopathin in einer staatlichen Einrichtung arbeitet und hauptsächlich Arbeiter und Handwerker, großteils mit Migrationshintergrund, behandelt. Eine weitere Osteopathin arbeitet zusätzlich zur Praxis in einem Zentrum, in dem Osteopathie stark vergünstigt angeboten wird und sie daher auch viele Patient*innen mit Migrationshintergrund und unterschiedlicher religiöser Ausrichtung sieht. Die anderen Osteopath*innen, die alle in freier

Praxis arbeiten, geben an, bis auf einige Ausnahmen vor allem Patient*innen aus der Mittel- oder Oberschicht zu behandeln. Fünf Interviewpartner*innen haben Erfahrung mit Patient*innen, die eine unklare oder geänderte Geschlechtsidentität hatten, wobei zwei Interviewpartner angeben, dass sie zwar davon wussten, dies aber in der Behandlung nicht thematisiert wurde. Bei vier Interviewpartner*innen spielte die Religion der Patient*innen immer wieder eine Rolle. Dabei wird angemerkt, dass Schmerz im islamischen Kulturkreis häufig als im Zusammenhang mit Hexerei, einer Strafe Gottes oder dem Fluch eines Nachbarn interpretiert würde. Ein Interviewpartner beobachtet, dass der Glaube bei islamischen Patient*innen teilweise helfe, auf etwas hinzuarbeiten, manchmal aber auch zu Passivität beiträge, weil es nach Meinung der Patient*innen nicht in ihrer Hand liegt, gesund zu werden. Vier Osteopath*innen schildern Beispiele mit Patient*innen aus schwierigen sozialen Verhältnissen. IP02 berichtet, dass die osteopathische Behandlung innerhalb eines interdisziplinären Netzwerkes gut funktioniert hätte, es aber bei der seltenen Therapie von Flüchtlingen auch aufgrund von Sprachschwierigkeiten schwierig war und die Effektivität der Behandlung aus ihrer Sicht nur teilweise zufriedenstellend war. IP05 schildert die Behandlung einer Patientin, die sich aufgrund einer missbräuchlichen Beziehung und psychischen Instabilität in schwierigen Umständen befand. Es war eine große Herausforderung für ihn, da er Patient*innen mit ähnlichen Verhältnissen nicht oft sähe. IP06 fand den Wechsel von einer Privatpraxis in der Stadt in ein staatliches Dienstverhältnis in einer armen Gegend in England nicht leicht. Sie fühlte sich zu Beginn sehr machtlos, in einem System gegen den Strom zu arbeiten. IP07 wurde sich bei der Behandlung obdachloser Menschen bewusst, dass er nicht wie gewohnt osteopathisch arbeiten konnte, sondern es vor allem darum ging, den Personen Wohlbefinden zu geben.

Acht Interviewpartner*innen erwähnen die finanzielle Situation ihrer Patient*innen. Dabei stellte sich heraus, dass bis auf drei Osteopath*innen selten Menschen mit schwieriger finanzieller Situation behandeln würden, da sich diese Osteopathie meist nicht leisten könnten. Einige Interviewpartner*innen versuchen individuelle Lösungen für Patient*innen zu finden und bieten Spezialtarife an oder arbeiten in einigen Fällen auch gratis. Ein Osteopath spricht die Problematik an, dass gerade soziokulturelle Hintergründe wie Armut und Diskriminierung Stressoren seien, die sich auf die Gesundheit auswirken.

Zwei Interviewpartner sind der Meinung, dass Osteopath*innen nichts an den sozialen Faktoren ändern könnten und keine Sozialarbeit leisten würden, dass es aber wichtig sei, soziale Hintergründe zu kennen.

6.3 Handlungsbedarf zur Integration von Methoden

Ergänzend war ein Studienziel herauszufinden, ob es einen Handlungsbedarf zur Integration von Methoden zu einem besseren Verständnis von Patient*innen in die Curricula der Osteopathie-Ausbildungen gibt. Dabei wurden auch konkrete Fähigkeiten genannt, die es zu fördern gelte. Sieben Interviewpartner*innen sehen einen Handlungsbedarf, zwei sind der Meinung, dass sich in den letzten Jahren diesbezüglich einiges verbessert hätte. Eine Empfehlung war, Thesen des Enaktivismus, des Free Energy Principle, des ökologischen Ansatzes oder des biopsychosozialen Modells weiterzuentwickeln. Dabei könnten alte Theorien aufgegriffen, hinterfragt und neu interpretiert werden, ohne den Berufsstand zu gefährden. Im Literaturvergleich sprechen Esteves et al. (2022) davon, dass die Rolle der osteopathischen Behandlung bei der Wiedererlangung der Handlungsfähigkeit von Personen untersucht werden sollte. Die Forscher*innen überlegen, dass zu diesem Zweck Methoden der Neuroinformatik, bildgebende, experimentelle und qualitativ- phänomenologische Studien sinnvoll wären. Die Interviewpartner*innen schlugen auch vor, Themen wie Diversität, Geschlechtsidentität oder Wissen über soziale Situationen in die Ausbildungen zu integrieren. Weiter wurde angeregt, Aktivisten, Patient*innenanwält*innen, Literaturprofessor*innen, Künstler*innen oder Dichter*innen an die Universitäten einzuladen. Absolvent*innen sollte nach Meinung der Interviewpartner*innen mehr Verständnis für soziale Faktoren mitgegeben werden. Dabei könnten kritische Rahmenwerke wie Rassentheorie, Intersektionalität, Queertheorie oder Narrative Medizin Aufklärung bringen. In diesem Zusammenhang empfiehlt Smith (2019), dass Osteopath*innen ergänzend zu den palpatorischen auch psychosoziale Fähigkeiten erwerben sollten, um die Gesamtsituation von Patient*innen besser begreifen und die Behandlung effizient aufbauen zu können.

Aufbauend zu den osteopathischen Fähigkeiten (siehe Kapitel 6.1), fügten die Interviewpartner*innen noch einige hinzu. Zur Förderung psychologischer und kommunikativer Fähigkeiten wurde der Einsatz von Patient*innenbeispielen vorgeschlagen, um auf die Wichtigkeit adäquater Sprache aufmerksam zu machen. Shaw et al. (2022) weisen aus der Perspektive der enaktiv-ökologischen Theorie auf die Notwendigkeit hin, Kommunikationsfähigkeiten zu erlernen, um ein Verständnis für die Einzigartigkeit der gelebten Erfahrung des/der Patienten*in zu erlangen. Außerdem wurde angeregt, Literatur, Poesie und Kunst zu integrieren, um die Bedeutung des Menschseins in unterschiedlichen Lebenssituationen verstehen zu lernen. In der Studie von Maretic und Abbey (2021) ist nachzulesen, dass der Einsatz von Gedichten, die von Patient*innen geschrieben wurden als Tool in der Ausbildung förderlich ist. Studierende sollen dabei Einblick in die gelebten Erfahrungen der Patient*innen erlangen. Fünf Interviewpartner*innen sehen Konzepte zu

kritischem Denken und Reflektieren als wichtig an. Diese könnten schon im ersten Ausbildungsjahr eingeführt werden.

6.4 Methodenreflexion

Angepasst an die Forschungsfrage, welche Fähigkeiten Osteopath*innen brauchen, um Patient*innen in Bezug auf ihren sozialen Hintergrund wahrnehmen und dies in der Behandlung besser berücksichtigen zu können, wurde eine qualitative Studie durchgeführt. Qualitative Methoden sind geeignet, um soziale Phänomene aus der Perspektive der Teilnehmenden zu untersuchen (Thomson et al., 2011). Bei der Erhebung der Daten mittels Durchführung semistrukturierter Leitfadeninterviews fiel bei der Auswertung der Daten auf, dass die den Leitfaden zugrundeliegenden Fragestellungen sehr weit gefasst waren. Die Interviewpartner*innen gaben dadurch häufig sehr umfangreiche Antworten, wodurch sich sehr viele Kategorien ergaben. Dies brachte durch die meist sehr große Erfahrung der Interviewten sehr interessante Zusatzaspekte, die aber im Rahmen der Erstellung der Ergebnisse beziehungsweise der Diskussion im Hinblick auf die Relevanz für Forschungsfrage und Studienziel teilweise wieder eingegrenzt werden mussten. Eine gewisse Vorerfahrung in der Durchführung von Interviews hätte vermutlich zu einer größeren Sicherheit geführt, Interviewpartner*innen, wenn nötig, zu unterbrechen, um ein zu weites Ausholen in der Thematik zu verhindern. Positiv aufgefallen ist, dass die Interviewpartner*innen alle sehr schnell zu dem Gespräch zusagten und die Kommunikation sehr unkompliziert und kollegial ablief. Überraschend war die Ehrlichkeit der Gesprächspartner*innen, auch über eigene Unsicherheiten oder Besonderheiten in der eigenen Behandlungsweise zu sprechen.

Die Stichprobe mit 10 Interviewpartner*innen, davon fünf Frauen und fünf Männer, praktizierend in mindestens fünf Staaten der Europäischen Union, sowie die große Bandbreite an praktischer und wissenschaftlicher Erfahrung brachte ein gewisses Maß an Repräsentativität. Acht Osteopath*innen unterrichteten an verschiedenen europäischen Ausbildungsstätten für Osteopathie, einige davon sind auch an der Entwicklung der Curricula beteiligt. Bei der Frage nach einem Bedarf an Methoden zu einem besseren Verständnis für Patient*innen in die Ausbildungscurricula war eine große Übereinstimmung der Inhalte zu erkennen, besonders im Bereich der Kommunikations- und Psychologie Skills.

Die Theorie ist sehr ausführlich behandelt worden, da nicht vorausgesetzt werden kann, dass Osteopath*innen ein Vorwissen über Enaktivismus und dessen Hintergründe mitbringen.

Um dem Anspruch der Reliabilität, wie bei Mayring (2022) gefordert, gerecht zu werden, sollte die Analyse der Daten im Idealfall von mehreren Personen durchgeführt und verglichen werden. Dies war der Autorin im Rahmen ihrer zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht möglich, würde aber sicher die Güte der Ergebnisse aufwerten.

6.5 Implikationen für die Osteopathie

Die spezielle Perspektive der Erfassung sozialer und soziokultureller Hintergründe von Patient*innen sowie die dafür erforderlichen Fähigkeiten von Osteopath*innen soll im klinischen Setting komplementär zu den biopsychologischen Aspekten gesehen werden. Der dabei gewählte enaktive Ansatz betont die Wichtigkeit einer personenzentrierten vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Im Sinne des ganzheitlichen Erfassens von Menschen ist ein personenzentrierter Zugang wichtig, der den Menschen als Individuum mit eigenen Erfahrungen, Erwartungen und Herausforderung von Krankheit berücksichtigt. Das impliziert, dass Menschen unterschiedlichster Herkunft, Geschichte oder soziokulturellem Umfeld angemessen osteopathisch versorgt werden können. Die Erfahrungen der Interviewpartner*innen zeigen, dass aktuell in verschiedenen europäischen Ländern hauptsächlich Patient*innen osteopathisch behandelt werden, die sich Osteopathie leisten können und soziokulturell häufig aus einem ähnlichen Umfeld wie die behandelnden Osteopath*innen kommen. Ausnahmen bestehen dort, wo entweder durch Spendenakquise oder staatliche Unterstützung (in Ländern, in denen die Anerkennung der Osteopathie bereits erfolgt ist) Zentren geschaffen wurden, die dadurch auch Patient*innen mit schlechteren finanziellen Möglichkeiten Zugang zu Osteopathie ermöglichen. Ein weiterer, bei manchen Therapeut*innen üblicher Modus ist das Anbieten von Sozialtarifen. Eine Verbesserung dieser Situation kann wahrscheinlich nur durch eine offizielle Anerkennung der Osteopathie erreicht werden. Die Voraussetzung dafür sieht die Autorin in der Verbesserung der in dieser Arbeit beschriebenen Fähigkeiten, um den Hintergrund der Patient*innen besser verstehen und angemessen berücksichtigen zu können – vor allem, wenn das soziokulturelle Umfeld ein ganz anderes ist als das der Therapeut*innen. Hier zeigen sich Schwierigkeiten in der Herangehensweise und dem Behandlungsansatz, wie einige der Interviewpartner*innen erwähnt haben. Die Osteopath*innen fanden die Behandlung von Personen aus schwierigeren sozialen Verhältnissen sehr herausfordernd, zum Teil nicht zufriedenstellend und Behandlungskonzepte bedurften einer stärkeren Adaptierung. Um Osteopath*innen hier bessere Tools mitzugeben, schlugen die Interviewten Methoden vor, die in Ausbildungscurricula integriert werden könnten. Es wurden Kommunikationstechniken, Narrative Medizin, psychologische Skills, philosophische und soziologische Grundlagen sowie die Förderung kritischen Denkens aufgezählt. Hier müsste evaluiert werden, welche Methoden in der Grundausbildung oder besser postgradual integriert werden sollten. Weiterführend wäre beispielsweise auch eine phänomenologisch-qualitative Beobachtungsstudie in einer Einrichtung, die Patient*innen unterschiedlichster soziokultureller Hintergründe osteopathisch versorgt, interessant. Ergänzend zu der Beobachtung könnten Interviews mit Patient*innen und Osteopath*innen Einblick in die erlebten Erfahrungen während der therapeutischen

Interaktion geben. Eine mit einer möglichen offiziellen Anerkennung in Verbindung stehende Öffnung der Osteopathie für alle Menschen bietet für Osteopath*innen eine Bereicherung, aber gleichzeitig auch Herausforderung für Art des Praktizierens.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abbey, H., Nanke, L., & Brownhill, K. (2020). Developing a psychologically-informed pain management course for use in osteopathic practice: The OsteoMAP cohort study. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 39, 32-40. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2020.09.002>
- Alvarez, G., Zegarra-Parodi, R., & Esteves, J. E. (2021). Person-centered *versus* body-centered approaches in osteopathic care for chronic pain conditions. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 13, 1-3. <https://doi.org/10.1177/1759720X211029417>
- Arandia, I. R., & Di Paolo, E. A. (2021). Placebo From an Enactive Perspective. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-20. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.660118>
- Baroni, F., Ruffini, N., D'Alessandro, G., Consorti, G., & Lunghi, C. (2021). The role of touch in osteopathic practice: A narrative review and integrative hypothesis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 42, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101277>
- Barrett, L. F. (2016). The theory of constructed emotion: An active inference account of interoception and categorization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(1), 1-23. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw154>
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*. Springer VS.
- Bohlen, L., Shaw, R., Cerritelli, F., & Esteves, J. E. (2021). Osteopathy and Mental Health: An Embodied, Predictive, and Interoceptive Framework. *Frontiers in Psychology*, 12, 1–22. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.767005>
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Hrsg.). *Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt* (S. 183–198). Otto Schwartz & Co.
- Carozza, S., & Leong, V. (2021). The Role of Affectionate Caregiver Touch in Early

- Neurodevelopment and Parent–Infant Interactional Synchrony. *Frontiers in Neuroscience*, 14, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.613378>
- Cerritelli, F., & Esteves, J. E. (2022). An Enactive–Ecological Model to Guide Patient-Centered Osteopathic Care. *Healthcare*, 10(6), 1–12. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061092>
- Chatterjee, A., & Vartanian, O. (2014). Neuroaesthetics. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(7), 370–375. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.03.003>
- Coninx, S., & Stilwell, P. (2021). Pain and the field of affordances: An enactive approach to acute and chronic pain. *Synthese*, 199(3–4), 7835–7863. <https://doi.org/10.1007/s11229-021-03142-3>
- Consorti, G., Castagna, C., Tramontano, M., Longobardi, M., Castagna, P., Di Lernia, D., & Lunghi, C. (2023). Reconceptualizing Somatic Dysfunction in the Light of a Neuroaesthetic Enactive Paradigm. *Healthcare*, 11(4), 1–28. <https://doi.org/10.3390/healthcare11040479>
- de Haan, S. (2020). An Enactive Approach to Psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 27(1), 3–25. <https://doi.org/10.1353/ppp.2020.0001>
- de Haan, S. (2021). Bio-psycho-social interaction: An enactive perspective. *International Review of Psychiatry*, 33(5), 471–477. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1830753>
- De Jaegher, H., & Di Paolo, E. (2007). Participatory sense-making. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 6(4), 485–507. <https://doi.org/10.1007/s11097-007-9076-9>
- Di Paolo, E., Rohde, M., & De Jaegher, H. (2010). Horizons for the enactive Mind. In J. Stewart, O. Gapenne, & E. Di Paolo (Hrsg.), *Enaction: Towards a New Paradigm for Cognitive Science* (S. 33–88). MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262014601.003.0003>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

- Esteves, J. E., Cerritelli, F., Kim, J., & Friston, K. (2022). Osteopathic Care as (En)active Inference: A Theoretical Framework for Developing an Integrative Hypothesis in Osteopathy. *Frontiers in Psychology*, 13, 1–19. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.812926>
- Esteves, J. E., Zegarra-Parodi, R., van Dun, P., Cerritelli, F., & Vaucher, P. (2020). Models and theoretical frameworks for osteopathic care – A critical view and call for updates and research. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 35, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2020.01.003>
- Friston, K., & Frith, C. D. (2015). Active inference, communication and hermeneutics. *Cortex*, 68, 129–143. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2015.03.025>
- Friston, K., Kilner, J., & Harrison, L. (2006). A free energy principle for the brain. *Journal of Physiology-Paris*, 100(1–3), 70–87. <https://doi.org/10.1016/j.jphysparis.2006.10.001>
- Fröhlich, G., & Rehbein, B. (2009). *Bourdieu Handbuch: Leben-Werk-Wirkung*. J.B. Metzler.
- Helferich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Holden, C. (2023, Oktober 13). *Ideas, Concerns and Expectations (ICE) - OSCE Guide*. Geekymedics. <https://geekymedics.com/ice/>
- Ishizu, T., & Zeki, S. (2011). Toward A Brain-Based Theory of Beauty. *PLoS ONE*, 6(7), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021852>
- Körner, R., & Betz, T. (2012). *Die empirische Bestimmung der sozialen Herkunft und des Migrationshintergrunds von Kindern. Das Erhebungsinstrument der standardisierten Elternbefragung. Ergebnisbericht aus dem Projekt EMiL*. Projektbericht 1/12. Goethe-Universität. <https://doi.org/10.25656/01:11834>
- Kraus, B. (2015). The Life We Live and the Life We Experience: Introducing the Epistemological Difference between “Lifeworld” (Lebenswelt) and “Life Conditions”

- (Lebenslage). *Social Work & Society*, 13(2), 1–9. <https://ejournals.bib.uni-wuppertal.de/index.php/sws/article/view/438/823>
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2007). *Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa.
- Kyselo, M. (2013). Enaktivismus. In A. Stephan & S. Walter (Hrsg.). *Handbuch Kognitionswissenschaft* (S. 197–201). J.B. Metzler.
- Liem, T., & Neuhuber, W. (2020). Psychosomatische Osteopathie bei Trauma am Beispiel der bifokalen Integration. *Osteopathische Medizin*, 21(4), 6–13. [https://doi.org/10.1016/S1615-9071\(20\)30116-7](https://doi.org/10.1016/S1615-9071(20)30116-7)
- Low, M. (2020). Above and Beyond Statistical Evidence. Why Stories Matter for Clinical Decisions and Shared Decision Making. In R.L. Anjum, S. Copeland & E. Rocca (Eds.). *Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient* (S. 127-136). Elsevier Enhanced Reader. Springer Open. [https://doi.org/10.1016/S1615-9071\(22\)00019-3](https://doi.org/10.1016/S1615-9071(22)00019-3)
- Lunghi, C., Consorti, G., Tramontano, M., Esteves, J. E., & Cerritelli, F. (2020). Perspectives on tissue adaptation related to allostatic load: Scoping review and integrative hypothesis with a focus on osteopathic palpation. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 24(3), 212–220. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.03.006>
- Lunghi, & Liem. (2020). “Models and theoretical frameworks for osteopathic care – A critical view and call for updates and research”. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 37, 48–51. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2020.07.004>
- Maretic, S., & Abbey, H. (2021). “Understanding patients’ narratives” A qualitative study of osteopathic educators’ opinions about using Medical Humanities poetry in undergraduate education. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 40, 29–37.

<https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2021.03.003>

Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1987). *Der Baum der Erkenntnis: Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens*. Goldmann Verlag.

Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Beltz.

Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Beltz.

McParlin, Z., Cerritelli, F., Friston, K., & Esteves, J. E. (2022). Therapeutic Alliance as Active Inference: The Role of Therapeutic Touch and Synchrony. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.783694>

Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. De Gruyter.

Merleau-Ponty, M. (2012). *Das Primat der Wahrnehmung*. Suhrkamp Verlag.

Nicholas Penney, J. (2010). The biopsychosocial model of pain and contemporary osteopathic practice. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 13(2), 42–47. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2010.01.004>

Novy, R. (2007). *Therapist- Patient- Relationship in Osteopathy* [Donauuniversität Krems]. Universitätsbibliothek Krems. <https://permalink.obvsg.at/duk/YC00347488>

Novy, R., & Sommerfeld, P. (2009). Wie gestalten Osteopathen die Beziehung zu ihren Patienten? – Eine qualitative Studie. *DO - Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, 7(02), 6–9. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1220584>

O`Keefe, M., Ferreira, G.E., Harris, I.A., Darlow, B., Buchbinder, R., Traeger, A.C., Zadro, J.R., Herbert, R.D., Thomas, R., Belton, J., & Maher, C.G. (2022). Effect of diagnostic labelling on management intentions for non-specific low back pain: A randomized scenario-based experiment. *European Journal of Pain*, 26(7), 1397-1606. <https://doi.org/10.1002/ejp.1981>

Outhwaite, W. (2014). Kritische Theorie: Jürgen Habermas. In J. Lamla, Laux, H. Rosa, & D.

- Strecker (Hrsg.), *Handbuch der Soziologie* (S. 180–196). UVK Verlagsgesellschaft.
- Palacios, A., & Bacigalupo, J. (2003). Francisco Varela (1946-2001): Filling the mind—Brain gap: A life adventure. *Biological Research*, 36(1), 9–12.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-97602003000100002
- Rocca, E., & Anjum, R.L. (2020). Complexity, Reductionism and the Biomedical Model. In R.L. Anjum, S. Copeland & E. Rocca (Eds). *Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient* (S. 75-94). Elsevier Enhanced Reader. Springer Open.
[https://doi.org/10.1016/S1615-9071\(22\)00019-3](https://doi.org/10.1016/S1615-9071(22)00019-3)
- Rolff, H.-G., Leucht, M., & Rösner, E. (2008). *Sozialer und familialer Hintergrund*. In DESI-Konsortium (Hrsg.). Unterricht und Kompetenzerwerb in Deutsch und Englisch. Ergebnisse der DESI-Studie (S. 283–300). Beltz.
https://www.pedocs.de/frontdoor.php?source_opus=3520
- Rossettini, G., Carlino, E., & Testa, M. (2018). Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-1943-8>
- Sampath, K. K., Darlow, B., Tumilty, S., Shillito, W., Hanses, M., Devan, H., & Thomson, O. P. (2021). Barriers and facilitators experienced by osteopaths in implementing a biopsychosocial (BPS) framework of care when managing people with musculoskeletal pain – a mixed methods systematic review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06720-w>
- Seth, A. (2022). *Being you*. Faber & Faber Ltd.
- Seth, A. K. (2013). Interoceptive inference, emotion, and the embodied self. *Trends in Cognitive Sciences*, 17(11), 565–573. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.09.007>
- Shaw, R., Abbey, H., Casals-Gutiérrez, S., & Maretic, S. (2022). Reconceptualizing the therapeutic alliance in osteopathic practice: Integrating insights from phenomenology, psychology and enactive inference. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 46,

- 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2022.06.003>
- Smith, D. (2019). Reflecting on new models for osteopathy – it's time for change. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 31, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2018.10.001>
- Stilwell, P., & Harman, K. (2021). Phenomenological Research Needs to be Renewed: Time to Integrate Enactivism as a Flexible Resource. *International Journal of Qualitative Methods*, 20, 1–15. <https://doi.org/10.1177/1609406921995299>
- Thompson, E. (2007). *Mind in Life: Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind*. The Belknap Press of Harvard University Press.
- Thomson, O. P., Petty, N. J., & Moore, A. P. (2014). Clinical decision-making and therapeutic approaches in osteopathy – A qualitative grounded theory study. *Manual Therapy*, 19(1), 44–51. <https://doi.org/10.1016/j.math.2013.07.008>
- Thomson, O. P., Petty, N. J., Ramage, C. M., & Moore, A. P. (2011). Qualitative research: Exploring the multiple perspectives of osteopathy. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 14(3), 116–124. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2011.06.001>
- Tippelt, R., & Hippel, A. von. (2005). LEBENSLAGEN – LEBENSPHASEN – LEBENSSTILE: Entgrenzung der Teilnehmerschaft. *Die Zeitschrift für Erwachsenenbildung*, 1, 33–35. <https://www.die-bonn.de/id/565>
- Toadvine, T. (2019). Maurice Merleau-Ponty. In E. N. Zalta & U. Nodelman (Eds). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/merleau-ponty/>
- Tozzi, P. (2020). Behaviorales/biopsychosoziales Modell. In R. Hruby, P. Tozzi, C. Lunghi & G. Fusco (Hrsg.). *Die fünf Modelle der Osteopathie* (S. 295-358). Elsevier.
- Tyreman, S. (2011). Values in complementary and alternative medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 14(2), 209–217. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9297-5>
- Tyreman, S. (2018). Evidence, alternative facts and narrative: A personal reflection on person-

- centred care and the role of stories in healthcare. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 28, 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2018.04.005>
- Varela, F. J. (1997). Patterns of Life: Intertwining Identity and Cognition. *Brain and Cognition*, 34(1), 72–87. <https://doi.org/10.1006/brcg.1997.0907>
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge, MA : MIT Press.
- Vogt, S., & Werner, M. (2014, 05. August). *Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse [Skript]*. Fachhochschule Köln; Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften. https://www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_interviewsqualinhaltsanalyse-fertig-05-08-2014.pdf
- Weber, A., & Varela, F. J. (2002). Life after Kant: Natural purposes and the autopoietic foundations of biological individuality. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 1, 97–125. <https://doi.org/10.1023/A:1020368120174>
- World Health Organization. (2010). *Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine: Benchmarks for training in osteopathy*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44356>
- Zegarra-Parodi, R., Draper-Rodi, J., & Cerritelli, F. (2020a). Erweiterung des biopsychosozialen Modells für die muskuloskelettale Praxis. *Osteopathische Medizin*, 21(2), 28–32. [https://doi.org/10.1016/S1615-9071\(20\)30051-4](https://doi.org/10.1016/S1615-9071(20)30051-4)
- Zegarra-Parodi, R., Draper-Rodi, J., & Cerritelli, F. (2020b). Erweiterung des biopsychosozialen Modells für die muskuloskelettale Praxis. *Osteopathische Medizin*, 21(3), 9–12. [https://doi.org/10.1016/S1615-9071\(20\)30082-4](https://doi.org/10.1016/S1615-9071(20)30082-4)

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Daten der Interviewpartner*innen	21
---	----

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BLT	Balanced Ligamentous Tension Treatment
CT	Computer Tomographie
ICE	Ideas of Concern and Expectations
MRT	Magnet Resonanz Tomographie
PRM	Primary Respiratory Mechanism
RCT	Randomized Controlled Trial
VOMIT	Victims of Modern Imaging Techniques
XR	X-Ray

ANHANG A: Einwilligungserklärung

zu einem Interview im Rahmen der Erstellung der Masterthese von Elisabeth Mayrl

Interviewpartner*in: *Name*

Anschrift

Email

Ort des Interviews: ...

Geplantes Datum: ...

Ich werde an oben genanntem Interview teilnehmen und bin mit dem elektronischen Aufzeichnen und Speichern (insbesondere Audio + Zoommitschnitt) des Interviews wie auch mit der Erstellung von Notizen durch Frau Elisabeth Mayrl einverstanden.

Ich überlasse Frau Elisabeth Mayrl für die Erstellung ihrer Masterthese – "*Berücksichtigung sozialer Faktoren in der Patient*innen-Osteopath*innen-Beziehung*" - alle Nutzungsrechte an den im Rahmen des Interviews entstandenen Dokumenten und stimme einer Verwendung für ausschließlich wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form zu. Die Aufzeichnungen (Audiomaterial etc.) dürfen den Betreuer*innen und Prüfer*innen der Masterthese an der Donauuniversität Krems weitergegeben werden.

Datum:

Unterschrift Interviewpartner*in: *Name*

ANHANG B: Interviewprotokollbogen

Interview Code Nr.:

Datum:

Dauer:

Ort:

Befragte/r:

Alter:

Ausbildung:

Berufsstatus:

Publikationen:

Interviewatmosphäre:

Interaktion im Interview, schwierige Passagen:

Zusätzliche Informationen:

ANHANG C: Interviewleitfaden

Vielen Dank, dass du dir Zeit für dieses Interview nimmst, ich weiß das sehr zu schätzen!

In meiner Masterthese geht es darum, herauszufinden welche Fähigkeiten Osteopath*innen mitbringen sollten, um die sozialen und soziokulturellen Hintergründe ihrer Patienten besser zu verstehen. Dies kann als Basis für eine personenzentrierte osteopathische Behandlung verstanden werden, gestützt durch aktuelle wissenschaftliche Arbeiten zu enaktivem Handeln. Der Fokus soll auf der Erarbeitung des sozialen Aspektes sein, ohne diesen im Therapeut*innen-Patient*innen-Setting von den biopsychologischen Aspekten trennen zu wollen.

1) Du hast schon viele Jahre Erfahrung in deinem Beruf. Wie würdest du essenzielle Qualitäten beschreiben, die Osteopath*innen bei ihrer Arbeit mit Patient*innen brauchen?
2) Was bedeutet Verständnis für den Menschen, Patient*in in seiner/ihrer Umwelt für dich als Behandler*in?
3) Wenn du an die Vielfalt deiner täglichen Patient*innenkontakte denkst, welche Möglichkeiten der Interaktion und Kommunikation fallen dir ein? Versuche an die gesamte Therapiesituation von der Begrüßung bis zur Verabschiedung zu denken.
4) Nach welchen Kriterien wählst du die Art deiner Interaktionen in der Behandlung?
5) Versuche dir bitte die verschiedenen sozialen Hintergründe deiner Patient*innen ins Gedächtnis zu rufen. Kannst du ein paar konkrete Beispiele von Menschen mit unterschiedlichem Background nennen (Ethnien, sozialer Hintergrund nach Herkunft, beruflichem Status, Familie, Gruppenzugehörigkeit, Alter, unterschiedliche Geschlechtsidentität
6) Welche Bedeutung hat der soziale Hintergrund eines/er Patienten/in deiner Meinung nach und was kann das für die Behandlungssituation bedeuten?
7) Was macht eine personenbezogene Behandlung aus und welchen Unterschied siehst du zu einer körperbezogenen?
8) Wie definierst du Ziele in der Behandlung einer Person, wie versuchst du diese anzustreben?
9) Kannst du aus deiner Erfahrung berichten, welche Situationen es mit Patient*innen geben kann, die besondere Achtsamkeit erfordern?
10) Gibt es deiner Meinung nach einen Handlungsbedarf zur Integration von Methoden zu einem besseren Patient*innenverständnis in die Curricula unserer Ausbildungen?

Abschlussfrage:
Gibt es noch etwas, das du gerne ergänzen möchtest oder was dir am Herzen liegt?

Guideline

Thank you for taking the time for this interview with me, I appreciate it very much!

The aim of my study is to identify which skills osteopaths need to have, in order to obtain a better understanding of the social and socio-cultural background of their patients. This should be considered as the basis of person-centred osteopathic treatment. The focus should be the development of the social aspect, without separating it from the biopsychological aspects in the therapeutic patient setting.

1) You already have many years' experience in your profession. How would you describe the essential qualities that osteopaths need for their work with patients?
2) What does understanding the person's or patient's environment mean to you as a practitioner?
3) If you think about your diverse daily patient contacts, which options of interaction and communication come to your mind? Try to visualize the whole therapeutic situation, from welcoming the patient to his or her departure.
4) On which criteria do you choose the type of your interactions during treatment?
5) Please try to recall the diverse social backgrounds of your patients. Could you give some specific examples of patients with different backgrounds (different race, social background of origin, occupation, family, tribal identity, age, different gender identity)?
6) What is the relevance of the social background of a patient in your opinion and what could that mean for the therapy situation?
7) What does people-centered care mean to you and what difference do you see compared with body-centered care?
8) How do you define goals in patient treatment and how do you try to achieve them?
9) Could you state from your experience situations which can arise with patients requiring special attention?
10) In your opinion, is there a need for action to integrate methods for a better understanding of patients into our training curricula?
Final question:
Is there anything you would like to add or anything that is very important to you?

