

# **Osteopathische Erstanamnese aus Sicht der Patient\*innen:**

**Die subjektive Erfahrung von Patient\*innen während einer osteopathischen Erstanamnese:  
Eine qualitative Interviewstudie.**

## **MASTER - THESIS**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science**

**im Universitätslehrgang Osteopathie MSc**

vorgelegt von

**Veronika Gridling**

Matrikelnummer 09805111

**Department für Gesundheitswissenschaften, Medizin und Forschung**

an der Donau-Universität Krems

Betreuer 1: Dr. Andreas Brandl, MSc

Betreuer 2: Raimund Engel, MSc. D.O.



03.11.2024

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Veronika Gridling, geboren am 13.06.1979 in Bregenz 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 besonderer Dank gilt Simone, deren Fachwissen und Engagement diese Arbeit entscheidend bereichert haben. Als Expertin auf dem Gebiet für wissenschaftliches Arbeiten hat sie mit ihrer Zweitanalyse der Interviews zur Interreliabilität zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen. Als Motivatorin hat sie mir immer wieder Kraft und Mut gegeben, weiterzumachen. Viele Stunden verbrachte sie damit, mich auf dem richtigen Weg zu halten und alles, ohne eine Gegenleistung zu erwarten. Ohne Simone würde diese Masterthese nicht existieren.

Ein herzliches Dankeschön geht an Clemens, der in Brasilien nicht nur gegen die tropische Hitze, sondern auch gegen jegliche Richtlinien und APA-7-Zitierweisen gekämpft hat, um meine Arbeit in Form zu bringen. Die Tabellen und komplexen Formatierungen tragen seine Handschrift. Ganz nebenbei schaffte er es auf zauberhafte Weise, stets die Ruhe zu bewahren und mir in stundenlangen Telefonaten Trost zu spenden.

Ganz besonders bedanke ich mich bei meiner Studienkollegin Lissi. Ohne sie wäre das ganze Studium nur halb so bereichernd gewesen. Durch ihre strukturierte Vorgehensweise konnte ich mich immer darauf verlassen keine Termine zu versäumen. Sie hatte immer ein offenes Ohr und jede Herausforderung wurde mit ihr zum Spaß.

Ein tiefes Dankeschön gilt meinem Mann Peter, der mir den Freiraum geschaffen hat, um diesen Weg gehen zu können. Auch meinen Kindern Isabella und Louis, die während dieser Zeit oft zurücktreten mussten, danke ich von Herzen. Sie haben mich stets motiviert und mir Ruhe und Unterstützung gegeben, um mein Ziel zu erreichen.

Abschließend danke ich meinen Patienten\*innen, die mich inspiriert und positiv beeinflusst haben. Sie waren Teil der Entstehung zur Idee dieser Arbeit.

Ich widme diese Arbeit allen Patienten\*innen und Osteopath\*innen, die in einem respektvollen, wertschätzenden und achtsamen Umgang miteinander die Basis einer gelungenen therapeutischen Zusammenarbeit sehen.

## ABSTRACT DEUTSCH

**Titel:** Osteopathische Anamnese aus Sicht der Patient\*innen

**Forschungsfrage:** Wie nehmen Patient\*innen eine auf einem ganzheitlichen Denkansatz gestützte osteopathische Erstanamnese, wie sie an der Wiener Schule für Osteopathie gelehrt wird, wahr?

**Ziel der Studie:** Erfassen der subjektiven Erfahrungen, Erwartungen und Emotionen von Patient\*innen während der osteopathischen Erstanamnese.

**Methode:** Leitfadengestützte Interviews mit zehn Patient\*innen, die eine osteopathische Erstanamnese durchlaufen haben. Die Auswertung erfolgte durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring mithilfe der App Qcamap.

**Ergebnisse:** 70% der Befragten gaben an, dass sie die Anamnese als unerwartet tief empfanden. Für 80% der Patient\*innen war der größte Wunsch durch eine ausführliche Anamnese die Ursache ihres Problems zu erfahren. 80% waren mit der Gesprächsführung zufrieden. Die Unzufriedenheit war eher gering und betraf am meisten die Art der Befragung. Der Großteil der Interviewten fühlte sich verstanden, da eine Vertrauensbasis vorhanden war, obwohl 40% nicht bereit waren intime Details preiszugeben. 90% der Befragten fühlten sich beim Gespräch ausreichend partizipiert, wobei 40% nur informiert und nicht in die Entscheidungsprozesse mit einbezogen werden möchten. 90% der Befragten fanden die Gesprächsdauer angemessen. Bei 90% der Patient\*innen förderte die Anamnese die Selbstreflexion, was als Teil des Heilungsprozesses angesehen wurde.

**Schlussfolgerung:** Patient\*innen sollten auf den Gesprächsablauf und die Tiefe der Befragung besser vorbereitet werden. Bezüglich Partizipation ist die individuelle Situation zu berücksichtigen, da nicht alle in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden möchten. Ausreichende Information und Gleichberechtigung sind hingegen sehr wesentlich. Eine umfassende Anamnese ist als Bestandteil des Heilungsprozesses zu sehen, da sie zum Verständnis der Beschwerden und zur Selbstreflexion beiträgt.

**Schlüsselwörter:** Osteopathie, Anamnese, Gesprächsführung, Partizipation

## ABSTRACT ENGLISH

**Title:** Osteopathic Case History Taking from a Patient`s Perspective

**Research Question:** How do patients perceive an initial osteopathic case history taking, based on a holistic approach, as taught at the Vienna School of Osteopathy?

**Aim of the study:** To capture the subjective experiences, expectations and emotions of patients during the initial osteopathic case history taking.

**Methods:** Semi-structured interviews with ten patients who have experienced an initial osteopathic case history taking. The analysis was conducted using Mayring`s qualitative content analysis with the Qcamap app.

**Results:** 70% of the participants reported that they found the case history taking unexpectedly profound. For 80% of the patients, the primary wish was to discover the cause of their problem during a detailed case history taking. 80% were satisfied with the communication style. Dissatisfaction was relatively low and mostly related to the type of questioning. Most of the interviewees felt understood because a basis of trust was established, even though 40% were not willing to disclose intimate details. 90% of the respondents felt adequately participated in the conversation, although 40% only wanted to be informed and not involved in the decision-making processes. 90% of the respondents considered the duration of the conversation appropriate. For 90% of the patients, the case history taking promoted self-reflection, which was seen as part of the healing process.

**Conclusion:** Patients should be better prepared for the structure and depth of the questioning. Regarding participation, the individual situation should be considered, as not everyone wants to be involved in decision-making processes. Sufficient information and equal standing, by contrast, are considered essential. A comprehensive case history taking should be viewed as part of the healing process, as it contributes to understanding the complaints and to self-reflection.

**Keywords:** Osteopathy, case history taking, communication style, participation

## INHALTSVERZEICHNIS

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	I
DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN.....	II
ABSTRACT DEUTSCH.....	III
ABSTRACT ENGLISH.....	IV
1 Einleitung.....	5
1.1 Begriffsbestimmung und Forschungsfrage.....	7
1.2 Ziel dieser Masterthesis.....	8
2 Darstellung relevanter Begriffe.....	10
2.1 Die osteopathische Anamnese.....	10
2.1.1 Stellenwert der Anamnese in der Osteopathie.....	12
2.1.2 Anamnese an der Wiener Schule für Osteopathie (WSO).....	12
2.2 Anamnese aus Sicht der Patient*innen.....	13
2.2.1 Patient*innentypen.....	14
2.2.2 Patient*innenzufriedenheit.....	14
2.2.3 Patient*innenzentriertheit und Patient*innenpartizipation.....	15
2.2.4 Zeitlicher Aspekt einer Anamnese.....	17
3 Methodisches Vorgehen.....	19
3.1 Literaturrecherche.....	19
3.2 Stichprobenbeschreibung.....	19
3.2.1 Einschlusskriterien.....	20
3.2.2 Ausschlusskriterien.....	20
3.2.3 Abbruchkriterien.....	21
3.2.4 Ablaufplan der Studie.....	21
3.2.5 Erhebungsdetails.....	22
3.2.6 Stichprobengröße.....	23
3.3 Materialien.....	25
3.3.1 Art der Materialien.....	25
3.3.2 Validität und Reliabilität.....	26
3.4 Datenaufbereitung und Datenanalyse.....	26
3.4.1 Theoriegeleitete Kategorienbildung.....	27
3.4.2 Induktive Kategorienbildung.....	28
3.4.3 Analyse der Interviews.....	28

4	Ergebnisse .....	30
4.1	Vorbereitungen, Erwartungen und Wünsche.....	30
4.1.1	Vorbereitungen auf das Erstgespräch.....	30
4.1.2	Erwartungen und Wünsche vor dem Gespräch .....	32
4.1.3	Erfüllung der Erwartungen und Wünsche während des Erstgesprächs.....	34
4.2	Zufriedenheit und Unzufriedenheit der Patient*innen .....	35
4.2.1	Zufriedenheit - Offenheit und Sympathie der Osteopath*innen .....	37
4.2.2	Zufriedenheit – Wohlfühlatmosfera .....	37
4.2.3	Zufriedenheit – Einzigartigkeit der Erfahrung .....	37
4.2.4	Zufriedenheit – Gesprächsführung bei der Anamnese .....	38
4.2.5	Unzufriedenheit - Patient*in hat Zeitdruck empfunden .....	39
4.2.6	Unzufriedenheit – Ablenkung bei der Gesprächsführung.....	39
4.2.7	Unzufriedenheit – Art der Befragung.....	39
4.3	Verstandenwerden und Missverstandenwerden .....	40
4.3.1	Verstandenwerden – Zeit nehmen zur Problemdarstellung .....	42
4.3.2	Verstandenwerden – Tiefe und Relevanz.....	42
4.3.3	Verstandenwerden – Individuelle Ansprache ohne Wertung.....	42
4.3.4	Verstandenwerden – Vertrauensbasis .....	43
4.3.5	Missverstandenwerden – Gefühl von Unwissenheit .....	44
4.3.6	Missverstandenwerden – Mangel an Vertrauen .....	44
4.4	Patient*innenpartizipation .....	44
4.4.1	Patient*innenpartizipation allgemein .....	45
4.4.2	Patient*innenpartizipation im Gespräch .....	51
4.5	Zeitlicher Aspekt .....	54
4.5.1	Positives Zeiterlebnis bei der Anamnese .....	54
4.5.2	Abweichendes Zeiterlebnis bei der Anamnese .....	55
4.6	Selbstreflexion und Erkenntnisgewinn.....	56
4.6.1	Impuls zur Nachforschung .....	56
4.6.2	Erinnerung an vergangene Ereignisse .....	57
4.6.3	Selbstreflexion und Bewusstwerden von Zusammenhängen .....	58
5	Schlussfolgerungen und Diskussion .....	60
5.1	Einbettung der Ergebnisse in den Stand der Wissenschaft.....	60
5.2	Methodische Überlegungen und Grenzen der Studie .....	68
5.2.1	Herausforderung bei der Literaturrecherche .....	68
5.2.2	Herausforderung bei der Durchführung der Interviews .....	69
5.2.3	Herausforderung bei der Methodik .....	70

5.2.4 Herausforderung bei der Kategorisierung der Daten .....	70
5.3 Erkenntnisse und Ausblick .....	71
LITERATURVERZEICHNIS .....	74
TABELLENVERZEICHNIS .....	82
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	83
ANHANG A.....	84
ANHANG B.....	85
ANHANG C.....	86

*Jedem Anfang wohnt ein Zauber inne.*

(Hermann Hesse 1941)

# 1 Einleitung

Das Erstgespräch, die Anamnese, ist die Grundlage eines Beziehungsaufbaus zwischen einem Menschen mit gesundheitlicher Besorgnis und seinem Gegenüber, dem\*der Helfer\*in, der\*die auf sachlich kompetenter, aber auch empathischer Ebene seine\*ihre Hilfe anbietet. Wie Gahl (2020, S. 123-126) beschreibt, handelt es sich dabei um den Aufbau einer Zweier-Beziehung, welche aufgrund der Voraussetzung erstmal asymmetrisch zugunsten des\*der Behandelnden erscheint. Diese Asymmetrie kann jedoch nur überwunden werden, wenn der\*die Helfende empathisch handelt und der\*die Hilfesuchende sich verstanden und ernstgenommen fühlt. Epstein und Street (2011) betonen dabei, dass diese Beziehung nicht autoritär geprägt sein darf, sondern eine patient\*innenzentrierte Beziehung angestrebt werden sollte. Grundlegend dafür sind eine offene Kommunikation und eine gute therapeutische Beziehung, in der Patient\*innen als Individuen wahrgenommen und ihre Bedürfnisse ernst genommen werden.

Gahl (2020, S. 126) hebt hervor, dass der\*die Helfende den\*die Hilfesuchende\*n nur unterstützen kann, wenn dieser\*diese offen, kooperationsbereit und ehrlich kommuniziert. Voraussetzung für diese Offenheit ist, dass Patient\*innen das Gefühl haben, mit ihren Bedürfnissen auf medizinischer und emotionaler Sicht ernst genommen zu werden. Das deckt sich mit der Auffassung von Epstein und Street (2011), die betonen, dass eine patient\*innen-zentrierte Kommunikation, die neben dem medizinischen auch das emotionale Wohlbefinden erfasst, die Basis für eine vertrauensvolle Beziehung bildet.

*„Thus, patients are known as persons in context of their own social worlds, listened to, informed, respected, and involved in their care - and their wishes are honored (but not mindlessly enacted) during their health care journey.“* (Epstein & Street, 2011, S.101)

Hohenberger & Moldaschl (2018) gehen in ihrem Buch „Arzt-Patienten-Kommunikation“ ebenfalls auf die asymmetrische Beziehung zwischen Patient\*innen und Ärzt\*innen ein. Sie dokumentieren ihren langjährigen Austausch zwischen sich, als Arzt und Patient, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie Patient\*innen denken und welche Aspekte mitunter bereits in der ersten Begegnung zu Konflikten bzw. Missverständnissen führen können. Obwohl sie ein gemeinsames Ziel; die Heilung, verfolgen, tauchen in ihren offenen Gesprächen einige gegensätzliche Denkweisen auf, welche sie bezeichnen als; *„Antagonismen und deren unterschiedliche Bewertung [...] Zu diesen Antagonismen gehören die Unterschiede – in der Wahrnehmung – in den Zielsetzungen – in der Erwartung – und in der Herangehensweise zu Entscheidungsfindungen.“* (Hohenberger & Moldaschl, 2018, S.VIII)

Der Arzt verteidigt in dem Kapitel „Die unterschiedlichen Sichtweisen von Patienten und Ärzten“, seine Vorgehensweise beim Erstgespräch damit, dass sein primäres Ziel der Diagnosefindung, basierend auf bestimmten Leitlinien, dient. Er mutmaßt, dass die meisten Ärzt\*innen ebenso an das Objekt Patient\*innen herangehen. *„Der Patient ist reines Objekt in dieser Entscheidungskette.“* (Hohenberger & Moldaschl, 2018, S. 46) Die Patient\*innen werden dabei auf den Körper mit seinen Symptomen reduziert und Gemütszustände, wie Ängste, Sorgen und der Informationswunsch haben im Stadium der Diagnosefindung vorerst keinen Platz (Hohenberger & Moldaschl, 2018, S. 42-51).

Im Gegensatz dazu empfehlen Clayman et al. (2017), auf Grundlage einer Untersuchung des Modells der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making), den Fokus von einer rein medizinischen Betrachtung des\*der Patient\*in wegzulenken. Eine ausschließliche medizinische und anatomische Perspektive könne dazu führen, dass die Bedürfnisse der Patient\*innen sowie viele relevante Lebensbereiche vernachlässigt werden. Stattdessen plädieren die Autoren dafür, das gesamte Leben des\*der Patient\*in zu betrachten und neben den körperlichen Symptomen auch die psychischen, sozialen und emotionalen Faktoren miteinzubeziehen - ganz nach dem Titel ihrer Studie „A patient in the clinic; a person in the world“ (Clayman et al., 2017, S. 600). Sie sind der Meinung, dass medizinische Entscheidungen nur dann im Sinne von Patient\*innen getroffen werden können, wenn neben den medizinischen Fakten auch psychosoziale Faktoren wie familiäre und berufliche Herausforderungen berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass eine Anamnese nicht nur als bloße Datenerhebung gesehen werden sollte. Vielmehr geht es darum, den Menschen in seiner Gesamtheit zu erfassen, mit seiner individuellen Geschichte und seinen Lebensumständen.

In der Osteopathie wird bei einer Anamnese eine Hypothese aufgestellt und eine Ursachen-Folgekette konstruiert, um so der Pathogenese auf den Grund zu gehen. Somit hat die Anamnese in der Osteopathie, insbesondere bei der Diagnosefindung und der Ätiopathogenese<sup>1</sup>, eine zentrale Bedeutung, wie Mayer-Fally (2014) in seinem Leitfaden für klinisches Vorgehen und Denken in der Praxis darstellt.

Trotz unterschiedlicher Sichtweisen und einer asymmetrischen Beziehung von Helfer\*in und hilfeschender Person bleibt das primäre gemeinsame Ziel, auch in der Osteopathie; die Heilung bzw. Linderung der Symptomatik des\*der Hilfesuchenden. Um dieses Ziel gemeinsam

---

<sup>1</sup> Auslöser und Prozess, die zur Pathogenese geführt haben oder diese aufrecht erhalten.

zu erreichen, sollten von Beginn an Missverständnisse vermieden, Erwartungen einander angepasst und Vertrauen aufgebaut werden.

*Aus Sicht zweier Experten ist der Stellenwert der Anamnese im Zusammenhang mit dem Patienten sehr hoch. Nicht nur die Aspekte wie das Kennenlernen, das Vertrauen, die Wertschätzung und die Sicherheit spielen dabei eine Rolle, sondern auch das Gefühl des Verstandenwerdens, des Angenommenseins und der Eindruck in seiner Gesamtheit erfasst zu werden, können für den Patienten wichtig sein. (Eberhart-Retana, 2012, S.129)*

## **1.1 Begriffsbestimmung und Forschungsfrage**

Die vorliegende Masterthesis „Osteopathische Erstanamnese aus Sicht der Patient\*innen“ soll nun bei der Fragestellung ansetzen, inwieweit die Anamnese „aus der anderen Sicht“ bedeutsam ist und nicht nur aus der professionellen Sicht auf die Diagnostik. Wie geht es dem\*der Patient\*in damit, mit dem\*der Osteopath\*in, eine für ihn\*sie bis dahin oft fremde Person, seine\*ihre Geschichte zu teilen und mit Fragen konfrontiert zu werden, mit denen er\*sie eventuell nicht gerechnet hat?

*Wundern Sie sich nicht, wenn die Fragen sehr detailliert sind oder sich die Osteopathin nach Dingen erkundigt, die Ihnen völlig unwichtig erscheinen. Die osteopathische Arbeit gleicht oft einer detektivischen Suche nach der auslösenden Funktionsstörung. Die genaue Befragung der Patientin ist dabei der wichtige erste Schritt. (Gillemot & Newiger, 2002, S. 44)*

Es soll ausgearbeitet werden, inwiefern die osteopathische Anamnese sich mit den Vorstellungen des\*der Patient\*in zur ersten Konsultation deckt und ob die Patient\*innen ihre Anliegen, Wünsche und Ziele in diesem Erstgespräch nach ihren Vorstellungen äußern konnten.

In der Osteopathie gibt es unterschiedliche Ansichten über die Ausführungen einer osteopathischen Anamnese (Eberhart-Retana Mena, 2012). Dies liegt daran, dass in der Osteopathie unterschiedliche Interpretationen und Herangehensweisen an eine ganzheitliche Anamnese existieren.

Um den Begriff der „Ganzheitlichkeit“ in der Osteopathie zu erläutern, wird auf drei Artikel von Mayer et al. (2019) und Mayer (2019a, 2019b) Bezug genommen.

Mayer et al., (2019) beschreiben eine ganzheitliche Herangehensweise in der Osteopathie als Betrachtung des Menschen als eine Einheit von Körper, Geist und Seele. Somit sollte der Mensch in seiner Gesamtheit wahrgenommen werden, mit all seinen körperlichen, geistigen und sozialen Aspekten. Diese Sichtweise wird als „*psychophysischen Denken und Handeln*“ (Mayer et al., 2019, S. 14) bezeichnet, denn sie betont das Zusammenspiel von körperlichen und seelischen Prozessen. Gesundheit ist ein physiologischer Prozess, der auf Naturgesetzen basiert. Osteopath\*innen können auf diesen Prozess Einfluss nehmen.

Das anthropo-ökologische Modell, welches von Mayer (2019a) erläutert wird, stellt die Gesundheit von Patient\*innen in Zusammenhang mit deren Umweltbedingungen und dem sozialen Umfeld. Gesundheit bedeutet mehr als nur das Fehlen von Krankheit. Sie steht in unmittelbarer Verbindung zur Handlungsfähigkeit des Menschen in einem ökologischen System. Diese anthropo-ökologische Sichtweise liefert eine genauere Erklärung für die ganzheitliche Herangehensweise in der Osteopathie, die besagt, dass der Menschen als interagierendes Wesen in einem komplexen System betrachtet werden sollte.

Mayer (2019b) geht auf die Bedeutung einer ganzheitlichen Anamnese in der osteopathischen Praxis ein. Dabei wird hervorgehoben, wie bedeutend es ist, sich bei der Anamnese auf die ganze Lebenssituation des\*der Patient\*in zu beziehen. Das Verständnis der individuellen Lebensumstände, die persönliche Krankheitsgeschichte, sowie psychosoziale Faktoren sollen erfasst werden.

Die Wiener Schule der Osteopathie (WSO) bezieht sich bei der Anamnese auf einen ganzheitlichen Denkansatz, wie dieser auch von Mayer (2019b) beschrieben wird. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

**Wie nehmen Patient\*innen eine auf einen ganzheitlichen Denkansatz gestützte osteopathische Erstanamnese, wie sie an der Wiener Schule für Osteopathie gelehrt wird, wahr?**

## **1.2 Ziel dieser Masterthesis**

Ziel vorliegender Arbeit ist es, die subjektive Sichtweise, die Erwartungen und Emotionen der Patient\*innen während dem osteopathischen Anamnesegespräch zu erforschen. Auf Basis dieser Erkenntnisse könnten Anamneseleitlinien und Anamnesebögen optimiert werden, Ideen und Konzepte zur Gesprächsführung bei der osteopathischen Anamnese weiterentwickelt und in weiterer Folge an Studierende und praktizierende Osteopath\*innen weitergegeben werden.

In der Literatur, insbesondere in den Bereichen Medizin, Soziologie und Psychologie, finden sich zahlreiche Bücher, Leitfäden und Forschungsprojekte zu den Themen Patient\*innen-Kommunikation, Erstkonsultation und Anamnese, welche darauf abzielen die Patient\*innen-Partizipation zu stärken (Schmacke et al., 2016), eine patient\*innenzentrierte Kommunikation zu fördern (Geisler, 2008) und das Verstehen der Patient\*innen zu fördern (Veit & Behling, 2018). Auch Epstein und Street (2011) betonen die Relevanz einer patient\*innenzentrierten Kommunikation als Basis für ein besseres Krankheitsverständnis.

Veit und Behling (2018, S. 19) schreiben in ihrem Buch „Praxis der Psychosomatischen Grundversorgung“, welches ein Begleitbuch der curriculären Weiterbildung „Psychosomatische Grundversorgung“ für Ärzt\*innen ist: *„Die Bedeutung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverstehen und einer auf „Beziehung“ orientierten Medizin ist in den letzten Jahren gewachsen. Diese Entwicklung zu unterstützen, bleibt das hauptsächliche Anliegen dieses Buches.“*

Um diese Entwicklung der patient\*innenzentrierten Medizin auch in der Osteopathie zu unterstützen, soll in der vorliegenden Masterthesis die Sichtweise des\*der Patient\*in auf das Anamnesegespräch, wie es auf der WSO gelehrt wird, im Vordergrund stehen. Zu diesem Thema wurde keine spezifische Literatur gefunden, somit **behandelt die Forschungsfrage eine bestehende Forschungslücke**. Hoher Johanna (2018) weist in ihrer Masterthesis darauf hin, wie unterschiedlich Erwartungen von Patient\*innen auf eine osteopathische Behandlung sein können. Dies könnte sich auch bei der Erwartung auf das osteopathische Erstgespräch widerspiegeln und das Ziel wäre, die Erwartungshaltungen von Patient\*innen so anzupassen, dass diese im Sinne einer osteopathischen Anamnese möglich sind.

## 2 Darstellung relevanter Begriffe

In diesem Kapitel werden zentrale Begriffe und Konzepte erläutert, die für das Verständnis der vorliegenden Arbeit von Bedeutung sind. Dabei wird auf die osteopathische Anamnese, deren Stellenwert und deren Anwendung, insbesondere an der WSO eingegangen. Anschließend wird die Perspektive der Patient\*innen beleuchtet, ausgehend von den unterschiedlichen Patient\*innentypen mit Fokus auf Zufriedenheit, Partizipation und Bedeutung des zeitlichen Aspekts. Diese Begriffsbestimmung schafft die Grundlage für diese Studie und deren Interpretation.

### 2.1 Die osteopathische Anamnese

Wie Lamel (2015) in ihrer Masterthesis ausführlich beschreibt, gibt es in der Literatur unzählige Definitionen für die Osteopathie. Es erweist sich als ebenso schwierig den Begriff „**osteopathische Anamnese**“ zu definieren. Mayer et al. (2019) weisen darauf hin, dass verschiedene internationale Organisationen, wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Osteopathic International Alliance (OIA) und die American Association of Colleges of Osteopathic Medicine (AACOM), jeweils unterschiedliche Ansätze zur Beschreibung der Osteopathie bieten. Es ist offensichtlich, dass eine einheitliche Definition nach wie vor eine Herausforderung darstellt und kontinuierlich diskutiert wird. Die Autoren präsentieren einen neuen Definitionsversuch, der die osteopathische Medizin als „*psychophysisches Denken und Handeln mit palpatorischer Orientierung am Gesundsein*“ (Mayer et al., 2019, S. 14) beschreibt. Somit wird die ganzheitliche Betrachtung von Körper, Geist und Umwelt betont, welche für die osteopathische Anamnese von zentraler Bedeutung ist.

Die osteopathische Anamnese umfasst mitunter eine Reise durch das Leben des\*der Patient\*in vom Zeitpunkt seiner\*ihrer embryonalen Entwicklung bis hin zum aktuellen Problem. Für den\*die Osteopath\*in ist das Mitwirken, sowie die Offenheit des\*der Patient\*in entscheidend, um die nachfolgende manuelle Befundung einzugrenzen, mögliche Kontraindikationen herauszufinden und den\*die Patient\*in individuell behandeln zu können. Liem und Dobler (2016, S. 69) beschreiben dies als eine schwierige Herausforderung.

„Anamnese, gr. *anamnesis* >Wiedererinnerung< ... in der Medizin ist die A. die rekonstruierte Vorgeschichte einer Krankheit, auch die Ermittlung der Krankengeschichte als Voraussetzung für eine Diagnose.“ (Kirchner et al., 2013, S. 38)

Dementsprechend wird auch im osteopathischen Anamnesegespräch zu ermitteln versucht, welche Ereignisse den\*die Patient\*in aus seiner\*ihrer Kompositionsfähigkeit oder Homöostase gebracht haben. Der\*Die Patient\*in wird aufgefordert, seine\*ihre Erinnerung mit dem\*der Osteopath\*in zu teilen.

Basierend auf fünf Modellen wird versucht, die multifaktoriellen Einflüsse, die einen Körper aus seiner Kompositionsfähigkeit bringen, genauer zu definieren, um gezielter auf mögliche ursächliche Faktoren eingehen zu können. Ziel ist es, die Zusammenhänge von Struktur und Funktion auf Basis der Modelle der Biomechanik, Neurologie, des Atmungs-/Kreislaufsystems (zirkulatorisches und respiratorisches Modell), des Stoffwechsels/Energetik (metabolisches Modell) und des biopsychosozialen Modells zu kennen, um evidenzbasiert und mit kritischem Denken die Befundung und Behandlung auf den\*die Patient\*in abzustimmen (Hruby et al., 2020, S. 54).

Eine weitere mögliche Herangehensweise in der europäischen Osteopathie um den holistischen<sup>2</sup> Aspekt einer Dysfunktion abzudecken, ist über die „drei Pfeiler der Osteopathie“, welche die viszeralen, parietalen und kranialen Einflüsse umfassen.

*Many osteopaths in the United Kingdom and Australasia will be familiar with the Kirksville principles, but there are other competing principles and philosophies, such as the ‘three pillars’ of osteopathy - Parietal, Visceral, and Craniosacral Osteopathy - that are taught in some European countries. (Fryer, 2011, S. 80)*

Besonders das anthropo-ökologische Modell von Mayer (2019b) erweitert die klassische Definition von Ganzheitlichkeit, indem es die Beziehung zwischen dem\*der Patient\*in und seiner\*ihrer Umwelt sowie die sozialen Wechselwirkungen miteinbezieht. Es handelt sich um einen neuen Ansatz, das holistische Verständnis in der Osteopathie zu beschreiben.

Langer et al. (2017, S. 23) erweitern den psychoemotionalen Aspekt und integrieren Körper, Geist und Seele, um die ganzheitliche Herangehensweise der Osteopathie hervorzuheben. In seinem Buch “Kraniosakrale Osteopathie” bezieht Liem (2013, S. 353) in die Anamnese auch vorgeburtliche Aspekte und Auffälligkeiten während der Geburt mit ein.

---

<sup>2</sup> ganzheitlich

### **2.1.1 Stellenwert der Anamnese in der Osteopathie**

Eberhart-Retana Mena (2012) ist in ihrer Masterthesis „Die Anamnese in der Osteopathie“ der Frage, welchen Stellenwert die Anamnese in der Osteopathie hat, ausführlich nachgegangen. Sie hat für ihre Masterthesis 6 Expert\*innen Interviews mit Osteopath\*innen durchgeführt. In ihrer Arbeit wurde hervorgehoben, dass es sowohl in der Literatur unterschiedliche Auffassungen als auch bei den interviewten Expert\*innen abweichende Ansichten zur Bedeutung der Anamnese in der Osteopathie gibt.

*„Über die Wichtigkeit der Anamnese äußern sich drei Experten (IP02, IP03, IP06) direkt und teilen die Ansicht, dass die Anamnese wichtig sein kann, aber manches Mal unwichtig ist.“* (Eberhart-Retana Mena, 2012, S. 99)

In osteopathischen Fachbüchern findet das Thema Anamnese spärlich Beachtung. Vielmehr Relevanz hat die Diagnose und die Befunderhebung mit dem taktilen Erfassen. So beschreiben Liem et al., (2013, S. 208) in ihrem Buch „Morphodynamik in der Osteopathie“ zwar ausführlich die Herangehensweise bei einer Anamnese. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Informationen aus der Anamnese bei der palpatorischen Untersuchung ausgeblendet werden sollen, um möglichst unvoreingenommen mit den Händen das Gewebe des\*der Patient\*in erfassen zu können.

*„Die Berührung aber ist es, die uns als Osteopath am meisten über Funktion und Dysfunktion der einzelnen Gewebe und ihr Zusammenwirken mitteilt.“* (Liem et al., 2013, S. 214)

### **2.1.2 Anamnese an der Wiener Schule für Osteopathie (WSO)**

Die Studierenden der WSO werden während der Ausbildung durch Seminare, klinische Integration, Kliniktage und Supervisionen darin geschult, welche Informationen aus der Anamnese herangezogen werden sollen, um eine Hypothese zu generieren, welche sich auf die 5 Modelle der Osteopathie beziehen (Biberschick, 2019). Neben den 5 Modellen sollten auch die viszerale, parietale und craniale Pfeiler abgedeckt werden, auf denen basierend dann die Befundung und Therapie aufgebaut werden (Liem & Tsolodimos, 2013, S.25-26).

Auf der WSO wird Studierenden beigebracht, die Therapieeinheit mit einem\*einer Patient\*in nach Möglichkeit so einzuteilen, dass der Anamnese, Befundung und Therapie gleich viel Zeit gewidmet werden. Dabei kommt der Hypothesenbildung nach der Anamnese, welche auf den fünf Modellen sowie den drei Pfeilern der Osteopathie basiert, eine zentrale Bedeutung zuteil.

Hierfür ist, wie in der Einleitung bereits erwähnt, die Ätiopathogenese entscheidend für das Clinical Reasoning<sup>3</sup>. Mögliche Ätiopathogenesen u.a. könnten sein: degenerative, entzündliche, traumatische, psychische, ischämische, immunologische, kongenitale, metabolische und tumorbedingte Prozesse. Genauso gilt es über die Anamnese die betroffene Struktur genauer zu bestimmen. Nach der Erstbefragung der Patient\*innen sollten Osteopath\*innen der WSO mehrere Hypothesen entwickeln, welche in weiterer Folge durch Befundung verifiziert oder falsifiziert werden (Mayer-Fally, 2021). Das stellt für Studierende häufig eine große Herausforderung dar und erklärt auch die umfangreiche Befragung der Patient\*innen bei der Anamnese.

Die schulischen Leitlinien der WSO beziehen sich auf einen strukturierten und evidenzbasierten Ansatz des Clinical Reasoning. Die Studie von McIntyre et al. (2018) zeigt, dass auch unterbewusste und intuitive Entscheidungsprozesse eine bedeutende Rolle im klinischen Handeln spielen können. Die Autoren weisen darauf hin, dass Osteopath\*innen multisensorische Wahrnehmungen und metakognitive Prozesse nutzen, um klinische Entscheidungen zu treffen. Dies verdeutlicht, dass Intuition und unterbewusste Prozesse ebenfalls wesentliche Aspekte im Clinical Reasoning sowie im osteopathischen Anamnesegespräch sein können.

Zusätzlich werden im Unterricht an der WSO Ziele definiert und Tipps für das Patient\*innengespräch gegeben. Basierend auf Forschungsarbeiten in verschiedenen Disziplinen zu den Themen Anamnese, Kommunikation im Gesundheitswesen und Gesprächsführung wird den Studierenden eine Grundlage vermittelt, um effektiv und patient\*innenzentriert zu kommunizieren. Studierende lernen dabei, wie sie durch gezielte Fragetechniken, aktives Zuhören und eine wertschätzende Haltung die Qualität der Anamnese verbessern können<sup>4</sup>.

## **2.2 Anamnese aus Sicht der Patient\*innen**

In weiterer Folge wird nun die Anamnese aus Sicht des\*der Patient\*in im Rahmen des Erstgespräches näher analysiert. Spezifische Themen werden in der vorliegenden Masterarbeit in Kategorien eingeteilt und anhand eines spezifischen Fragekatalogs für eine „theoriegeleitete Forschung“ (Mayring, 2016, S. 70) deduktiv in einem Interview mit Patient\*innen, welche

---

<sup>3</sup> Gedanken- und Entscheidungsprozess

<sup>4</sup> basierend auf Erfahrungen der Autorin, als ehemalige Studentin der WSO

vorher eine osteopathische Anamnese erlebt haben, erfragt. Nachfolgend werden zunächst die relevanten Inhalte theoretisch ausgeführt.

### **2.2.1 Patient\*innentypen**

Um die Sicht des\*der Patient\*in darstellen zu können, sollte bedacht werden, dass jeder Mensch ein Individuum ist und es somit auch verschiedene Patient\*innentypen gibt. Das Buch „Patientenperspektive“ von Ahrens et al. (2012) sammelt unterschiedliche Sichtweisen von 28 Experten aus den Bereichen Medizin, Soziologie, Jura, Versicherungen und Ökonomie aus Österreich, Deutschland und der Schweiz mit dem Blick auf die Interessen der Patient\*innen im Gesundheitswesen. Der Autor Girtler (2012) unterscheidet in diesem Buch verschiedene Patient\*innenrollen, die von gläubigen über wissende und skeptische bis hin zu kritischen oder dankbaren Patient\*innen reichen.

Archaisch ist der gläubige Typ, welcher dem\*der Mediziner\*in blind vertraut, da diese\*r als fast überirdisch wahrgenommen wird oder weil darauf vertraut wird, dass der\*die Mediziner\*in den Beruf jahrelang studiert hat. Moderner hingegen ist der\*die wissende und skeptische Patient\*in, der\*die sich mit Hilfe moderner Medien vorinformiert, an Diskussionen teilnimmt, manches hinterfragt und so einen\*eine Ärzt\*in seines\*ihres Vertrauens sucht. Dann wird noch der\*die kritische Patient\*in genannt, welche\*r sich gründlich informiert, seine\*ihre Rechte kennt und als Kunde\*in auftritt. Der\*Die dankbare Patient\*in schätzt die Bemühungen des\*der Mediziner\*in und symbolisiert dies auch mit Geschenken. Anzumerken ist, dass diese Grenzen nicht starr sind: Ein\*e kritisch\*er Patient\*in kann auch dankbar sein, ebenso wie ein\*e skeptisch\*er Patient\*in das Vertrauen in ein\*e Mediziner\*in finden kann (Girtler, 2012, S. 24-28).

*„Eine gute Therapie ist jedoch nur möglich, wenn auch der kritische Patient etwas von seinem gläubigen Vorgänger hat. Ideal ist, wenn sich Kritik mit dem Glauben verbindet, dass ein guter Arzt auch tatsächlich hilft.“ (Girtler, 2012, S. 28)*

### **2.2.2 Patient\*innenzufriedenheit**

Um die Patient\*innenzufriedenheit zu gewährleisten, sollte zunächst geklärt werden, mit welchen Themen und Bedürfnissen Patient\*innen zu einem Erstgespräch kommen. Schmacke et al. (2016, S. 234-237) haben in ihrer Studie nachgewiesen, dass die Themen und Ziele bei einer ärztlichen Konsultation stark variieren und die Grundlage von Konsultationsgesprächen

unterschiedlich wahrgenommen wird. Dies führt in weiterer Folge häufig zu einer vom medizinischen Personal als schlecht empfundenen Compliance<sup>5</sup> und Unzufriedenheit auf Seiten der Patient\*innen. Dieser Zusammenhang wird in den Studien von Andén et al. (2005) und Parker et al. (2021) bestätigt. Die Studie von Bach et al. (2023), die die Patient\*innenzufriedenheit bei der Erstkonsultation von Krebspatient\*innen untersucht, zeigt, dass Patient\*innen deutlich zufriedener sind, wenn sie die Diagnose, den Behandlungsplan und die Prognose verstehen.

Schmacke et al. (2016, S. 247-253) weisen in ihrer Studie jedoch daraufhin, dass es eine weite Spanne zwischen Zufriedenheit und Unzufriedenheit von Patient\*innen gibt und sich diese schwer quantitativ messen lässt. Die Art der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit hängt stark davon ab, was die Patient\*innen bereits im medizinischen Gesundheitssystem erlebt haben.

In der qualitativen Studie von Andén et al. (2005) wurden 28 Patient\*innen über ihre Zufriedenheit nach Konsultationen mit Hausarzt\*innen befragt. Die daraus resultierenden Faktoren, die zur Zufriedenheit oder Unzufriedenheit beitrugen, wurden in sechs Kategorien eingeteilt: Heilung bzw. Symptomverbesserung, Verständnis, Beruhigung, Bestätigung, Veränderung der Selbstwahrnehmung und Zufriedenheit. Die Zufriedenheit steht mit allen Kategorien in Verbindung, insbesondere mit dem Verständnis. Bis auf die Heilung bzw. Symptomverbesserung betreffen alle Kategorien die Kommunikation mit dem\*der Patient\*in. Dies bestätigt die Bedeutung, den\*die Patient\*in beim Gespräch in den Mittelpunkt zu stellen.

### **2.2.3 Patient\*innenzentriertheit und Patient\*innenpartizipation**

Um die Bedürfnisse von Patient\*innen noch besser berücksichtigen zu können, sollten diese den Therapieprozess aktiv mitgestalten können. Es gibt zunehmend Belege dafür, dass eine aktive Einbindung von Patient\*innen in Entscheidungen über ihre eigene Gesundheit dazu beitragen kann, die Compliance zu verbessern und damit positivere Therapieergebnisse zu erzielen. Diese Erkenntnis wird in den Studien und Büchern von Ahrens et al. (2012); Clayman et al. (2017); Erbe (2014); Schmacke et al. (2016); Schoeb und Bürge (2012) zu den Themen Patient\*innenpartizipation und Patient\*innenzentriertheit bestätigt.

Der Begriff „Patient\*innenzentriertheit“ umfasst verschiedene Aspekte, die dazu beitragen, die Behandlung verständlicher und nachvollziehbarer zu machen. Dazu gehört, Patient\*innen in

---

<sup>5</sup> Patient\*innen folgen den Anweisungen und Empfehlungen des\*der Ärzt\*innen

die Therapie verstärkt einzubeziehen, indem ihre Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit berücksichtigt werden, das Verständnis für die individuelle Person gefördert wird und eine gemeinsame Grundlage für das weitere Vorgehen geschaffen wird. Zudem sollte die Prävention und die Pflege der Ärzt\*in-Patient\*innen-Beziehung gefördert werden. Der Begriff „Patient\*innenpartizipation“ sieht den\*die Patient\*in als Partner\*in des medizinischen Fachpersonals in Bezug auf jede medizinische Entscheidung zur individuellen gesundheitlichen Situation. Grundlegend dabei ist ein gleichberechtigtes Gespräch und eine Partnerschaft, was den Entscheidungsprozess und die Verantwortung anbelangt (Kühn-Mengel, 2008, S. 167).

Bachinger (2012, S. 30) unterscheidet im Buch „Patientenperspektive“ unterschiedliche Stärken der Partizipation. Zu Beginn steht die schwächste Form, die Teilnahme, mit der bloßen Anwesenheit bei der Diskussion. Es folgt die Beratung, in der der\*die Patient\*in informiert wird und an der Diskussion aktiv teilnimmt. Als dritte und stärkste Ausprägung wird die Mitentscheidung genannt, mit der größten Einflussnahme, aber auch mit der größten Verantwortung.

Da vorliegende Arbeit sich auf die subjektiven Erfahrungen der Patient\*innen während einer osteopathischen Erstanamnese bezieht, stellt sich die Frage inwiefern Patient\*innen überhaupt miteinbezogen werden wollen. Laut Bachinger (2012, S. 35) ist dies individuell zu betrachten und hängt sehr von den Bedürfnissen der Patient\*innen ab. Er bezieht sich hierbei auf eine in fünf Stufen ablaufende Entwicklung der Patient\*innenpartizipation nach Kickbusch:

- 1. Stufe: der\*die bevormundete Patient\*in; spiegelt den\*die Patient\*in wider, welcher\*welche widerspruchlos und ohne Mitwirkung jede Art von Therapie akzeptiert.
- 2. Stufe: der\*die informierte Patient\*in: Für diese\*n Patient\*in ist eine ausführliche Information und Aufklärung ausreichend, um dann eine Entscheidung für weitere Therapien mitzutreffen.
- 3. Stufe: der\*die mündige Patient\*in; verlangt neben der Information auch ein Mitspracherecht basierend auf den aktuellen Patient\*innenrechten.
- 4. Stufe: der\*die autonome Patient\*in: Diese\*r Patient\*in besteht neben Information und Mitspracherecht auf absolute Selbstbestimmung. Dabei werden Informationen beiderseits ausgetauscht und der\*die Patient\*in ist Partner des medizinischen Personals und diesem gleichberechtigt. Diese Stufe wird gleichgesetzt mit dem Begriff „Shared-decision-making“.

- 5. Stufe: der\*die kompetente bzw. lernende Patient\*in: Diese Stufe ist eine Zukunftsidee, in der den Patient\*innen Möglichkeiten dargelegt werden (z.B. Gesundheitsinformationssysteme, Vernetzung der eigenen Gesundheitsdaten, evidenzbasierte Gesundheitswebsites), um ihre Kompetenzen zu stärken, indem sie sich über ihre Gesundheit informieren können, um eigenständig Verantwortung zu übernehmen und Entscheidungen zu treffen (Bachinger, 2012, S. 32-37).

Zusammenfassend lässt sich aus den in diesem Kapitel erwähnten Büchern und Studien ableiten, dass eine gute Basiskommunikation von Beginn an Voraussetzung ist, um gezielt und individuell auf Patient\*innen einzugehen, deren Wünsche und Ziele zu erfassen und so eine zielführende Therapie zur Zufriedenheit aller Beteiligten sicher zu stellen. Gareus und Abholz (2012, S. 340) kommen zur Einsicht, dass es wesentlich ist; „*ab und an zurückzutreten und die subjektiv empfundene Einschätzung des Patientenwillens objektiv durch explizites Nachfragen zu überprüfen, um dann eine adäquate partizipative Beteiligung ermöglichen zu können.*“

#### **2.2.4 Zeitlicher Aspekt einer Anamnese**

Die den Patient\*innen gewidmete Zeit bei einer Erstanamnese ist maßgebend für eine gute Beziehung zu den Patient\*innen und ausschlaggebend, um der Problematik auf den Grund zu gehen. Die zeitliche Wahrnehmung kann unterschiedlich empfunden werden und hängt vom Patient\*innentypus ab. Daher empfiehlt es sich, den zeitlichen Rahmen für ein Erstgespräch vorher mit dem\*der Patient\*in abzusprechen (Veit & Behling, 2018, S. 90-93).

Rolf (2012) beschreibt in seinem Artikel die Sicht der Patient\*innen, welche sich mehr Zeit für bessere Erklärungen der Ärzt\*innen wünschen würden. Er kritisiert dabei das Gesundheitsmanagement:

*Dieses Zeitproblem zieht sich durch das gesamte derzeitige Gesundheitswesen. Das Rezept dazu: Management! Alles im Gesundheitswesen soll gemanagt werden. Und so wie viele andere auch, höre ich dabei, dass die Arbeit stets in kürzerer Zeit erledigt werden soll, [...], und wiederum geht dem Patienten Zeit für Erklärungen und Aufmerksamkeit durch den Arzt verloren. (Rolf, 2012, S. 104)*

Diese Unzufriedenheit vonseiten der Ärzt\*innen, bezüglich der zur Verfügung stehenden Zeit im Zusammenhang mit Ärzt\*innen-Patient\*innen-Gesprächen, deckt sich mit den folgenden Studien.

In der medizinischen Fachzeitschrift „MMW-Fortschritte der Medizin“ zum Thema Ärzt\*in-Patient\*innen-Gesprächen gaben 45,6 % der befragten Ärzt\*innen den Zeitdruck als größtes Hindernis für ein „gekonntes Zuhören“ an (Hemmer-Schanze & Füessler, 2006). In der Studie von Gehrman et al. (2008), bei der 1006 deutsche Primärärzt\*innen befragt wurden, waren 49% unzufrieden mit der Zeit, die sie für Patient\*innen zur Verfügung haben. Mit im Durchschnitt 7,5 Minuten pro Patient\*in bei 250 Kontakten in der Woche liegt diese Zeit im internationalen Vergleich niedrig.

Um die subjektive Sichtweise des\*der Patient\*in zu diesem Thema genauer zu erforschen, stellt der zeitliche Aspekt bei einer osteopathischen Erstanamnese in vorliegender Studie eine eigene Kategorie dar.

### **3 Methodisches Vorgehen**

In Bezug auf Forschungsfrage und Zielsetzung bietet sich für die vorliegende Arbeit eine qualitative Studie an, basierend auf einem leitfadengestützten Interview, welches nach dem Konzept der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wird. Es soll das subjektive Empfinden des\*der Patient\*in während der osteopathischen Erstanamnese analysiert werden. Von Interesse ist, was die befragte Person während der Erstanamnese beobachtet und als wesentlich erachtet. Um diese Thematik zu analysieren und daraus neue Erkenntnisse zu gewinnen, ist die methodologische Form des qualitativen Interviews der bevorzugte Lösungsweg. Um die Nachvollziehbarkeit und Qualitätssicherung der Studie zu gewährleisten, werden in diesem Kapitel Anforderungen nach dem Prinzip der Offenheit und der Methodenkontrolle benannt (Froschauer & Lueger, 2020, S. 236-239; Mayring, 2016, S. 142-143).

#### **3.1 Literaturrecherche**

Die Literaturrecherche erfolgte über die Landesbibliothek Bregenz, sowie über die Bibliothek der Donau-Universität-Krems. Dabei wurden folgende Datenbanken durchsucht: PubMed, Google Scholar, Pedro, Osteopathic Research. Die Erstrecherche erstreckte sich über den Zeitraum von Dezember 2021 bis April 2022 und führte zur Erarbeitung des Konzeptes. Eine abschließende Literaturrecherche wurde von Mai bis September 2024 durchgeführt. (siehe Anhang A)

#### **3.2 Stichprobenbeschreibung**

Um gezielt auf die Forschungsfrage eingehen zu können, wurden als Interviewpartner\*innen Patient\*innen gewählt, welche zuvor von Student\*innen der WSO im Rahmen einer Lehrklinik, der Masterprüfung und/oder Supervision behandelt wurden. Studierende sind mit den aktuellen Richtlinien der Anamnese, wie sie an der WSO gelehrt werden vertraut. Die Lehrkliniken und Masterprüfungen bieten den Vorteil eines breitgefächerten Spektrums an Patient\*innen mit unterschiedlichen Beschwerdebildern, auch wenn das Setting nicht der Alltagssituation entspricht. Supervisionen in Osteopathiepraxen entsprechen einer Alltagssituation und bieten somit Einblicke in ein weiteres Spektrum der Anamnese, ganz nach dem Gütekriterium „Nähe zum Gegenstand“ (Mayring, 2016, S. 146).

### **3.2.1 Einschlusskriterien**

Um eine osteopathische Behandlung auf der Lehrklinik der WSO zu erhalten, gibt es vordefinierte Einschlusskriterien der WSO, welche das Alter (Mindestalter von 15 Jahren, bis 18 Jahre in Begleitung eines\*einer Erziehungsberechtigten) und die Sprache (Deutschkenntnisse) betreffen. Diese vordefinierten Einschlusskriterien wurden in dieser Arbeit übernommen und zusätzlich erweitert, um die Stichprobe so weit zu filtern,

- dass diese repräsentativ ist, um die Forschungsfrage adäquat beantworten zu können,
- dass eine subjektive Wahrnehmung der Patient\*innen zum Anamnesevorgang erfasst werden kann,
- dass Bias bestmöglich ausgeschlossen werden können (Flick, 2007, S.168-170).

Demzufolge wurden in dieser Studie Patient\*innen berücksichtigt, die von Studierenden der WSO im Rahmen einer osteopathischen Behandlung oder Supervision zum ersten Mal anamnestisch befragt wurden. Die Patient\*innen waren somit unvoreingenommen, was als entscheidendes Gütekriterium gilt. Da die Anmeldung der Patient\*innen über die WSO und über die Praxen der Supervisor\*innen abgehandelt wurde, waren die befragten Personen der Autorin nicht bekannt, was ebenfalls dem Gütekriterium der Unvoreingenommenheit entspricht (Froschauer & Lueger, 2020, S. 202-203) und dafür sorgt, dass keine Verzerrung aufgrund von stereotypen Vorannahmen entsteht (Scherfer & Bossmann, 2013, S. 93).

Darüber hinaus erfolgten alle Schritte nach den Überlegungen zur „*Qualitätssicherung auf Ebene des Forschungsprozesses*“ (Froschauer & Lueger, 2020, S. 202-203) und den Richtlinien der WSO. Die Verfahrensdokumentation und die Anmelde Daten der WSO und der Praxen dienten als Grundlage für die Überprüfung der Einhaltung dieser Kriterien. Die Gütekriterien wie Verfahrensdokumentation und Regelgeleitetheit wurden dabei gemäß den Vorgaben von Mayring (2016, S. 144-145) eingehalten.

### **3.2.2 Ausschlusskriterien**

Neben den oben genannten Einschlusskriterien wurden die Patient\*innen ebenso durch die Ausschlusskriterien der WSO vorausgewählt. Für die Lehrklinik betrifft diese, wie bei den Einschlusskriterien bereits erwähnt, die Sprache, um Kommunikationshindernisse zu vermeiden, sowie das Alter der Teilnehmer\*innen.

Die Verfasserin übernahm zusätzlich die von Mayr-Fally (2021) für die Abschlussprüfungen festgelegten Ausschlusskriterien:

- Schwangere,
- Personen unter 15 Jahren, bis 18 Jahre in Begleitung eines Elternteils,
- Diagnostizierte psychische Erkrankungen, welche eine inhaltlich nachvollziehbare Kommunikation unmöglich machen,
- starke physische Beeinträchtigungen, welche keine eigenständige Lageveränderung erlauben, wie etwa die Mobilisation vom Rollstuhl auf die Liege.

Diese Ausschlusskriterien wurden von der Verfasserin erweitert. Personen, die als Osteopath\*innen tätig sind, wurden als Interviewpartner\*innen ausgeschlossen, da sie über ein Vorwissen hinsichtlich einer osteopathischen Anamnese verfügen und dadurch voreingenommen sein könnten (Scherfer & Bossmann, 2013, S. 93). Dies wurde durch eine vorherige telefonische Abklärung mit der Beauftragten für die Patient\*inneneinteilung für Kliniktage oder mit den jeweiligen Supervisor\*innen sichergestellt.

Personen unter 18 Jahren wurden ebenfalls aus der Studie ausgeschlossen, um eine mögliche Beeinflussung durch die Anwesenheit von Erziehungsberechtigten zu vermeiden (Flick, 2007, S.168-170). Die Durchführung der Interviews erfolgte daher ausschließlich im Rahmen eines Vier-Augen-Gesprächs. Auch dieses Kriterium wurde im Vorfeld durch Absprache mit der Beauftragten für die Patient\*inneneinteilung oder den Supervisor\*innen festgelegt.

### **3.2.3 Abbruchkriterien**

Die interviewten Personen hatten das Recht, das Interview jederzeit und ohne Angaben von Gründen abubrechen. Da diese Personen unmittelbar vorher eine Behandlung erhalten hatten, wäre das Interview auch abgebrochen worden, falls mögliche Nebenwirkungen, vegetative Entgleisungen oder Unwohlsein aufgetreten wären. Es kam zu keinem Abbruch der Interviews.

### **3.2.4 Ablaufplan der Studie**

Die Studie begann mit der Planung der Durchführbarkeit mit Gesprächen mit dem Leiter der Lehrklinik, sowie der Beauftragten für die Patient\*inneneinteilung an der WSO in Wien. Personen, die sich erstmals als Patient\*innen für eine osteopathische Lehrklinik oder eine

Masterprüfung zur Verfügung stellten, erhielten zusammen mit den Anmeldeunterlagen per E-Mail einen von der Studienautorin vorgefertigten Brief (siehe Anhang B). Der Brief enthielt die Bitte um ein Interview unmittelbar nach der osteopathischen Einheit mit dem Hinweis, dass dieses anonym durchgeführt wird. Die einzige Information, die die Teilnehmenden erhielten, war, dass das Interview ihre Meinung zu einem bestimmten Aspekt der osteopathischen Einheit betreffen würde. Patient\*innen, die dem Interview zustimmen wollten, gaben daraufhin ihr Einverständnis zur Teilnahme. Parallel dazu wurden in Vorarlberg ansässige Osteopath\*innen, die an der WSO studiert haben und Supervisionen durchführen, von der Studienleiterin über den Studienablauf informiert. Diese Osteopath\*innen wurden gebeten, bei Supervisionen Erstpatient\*innen zuzuweisen und ihnen ebenfalls den vorgefertigten Brief per E-Mail oder in schriftlicher Form zukommen zu lassen.

### **3.2.5 Erhebungsdetails**

Im Rahmen der Studie wurden zur Vorbereitung zwei Probeinterviews durchgeführt. Insgesamt wurden nach den Probeinterviews 20 Interviews geführt.

Froschauer und Lueger (2020, S. 69) weisen darauf hin, dass der Verlauf eines Gesprächs abhängig ist von der Wahl der Zusammensetzung, der Situation und des Ortes. Die Interviews, welche im Anschluss an die Masterprüfung durchgeführt wurden, mussten aufgrund der vorausgegangenen Prüfungssituation, Nervosität der Studierenden und dementsprechendem Mitgefühl der interviewten Personen aus dem Forschungsfeld entfernt werden, da die Gesprächsdynamik verzerrt wurde. Auch die Interviews Nummer 10 und 12 wurden ausgeschlossen, da sich während der Gespräche herausstellte, dass die Teilnehmer\*innen bereits zum zweiten Mal an einer osteopathischen Behandlung teilgenommen hatten, was das Prinzip der Unvoreingenommenheit verletzte (Froschauer & Lueger, 2020, S. 202-203).

Von den Interviews, die in die Studie einbezogen wurden, fanden fünf in Wien unmittelbar nach einer Behandlung an einem Kliniktag, in von der WSO zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten, statt und fünf nach einer Supervision in einem Raum in der Praxis der Supervisor\*innen. Der Zeitraum der Interviewdurchführung erstreckte sich vom 23. September 2022 bis zum 28. Juni 2023.

Eine Entschädigung wurde nicht gezahlt, jedoch wurde den Teilnehmer\*innen nach den Interviews mit folgenden Worten der potenzielle Nutzen der Studie erläutert; „Ziel der Studie ist es, die Bedeutung der osteopathischen Anamnese aus Sicht der Patient\*innen zu beschreiben, um

daraus Theorien zu entwickeln, die helfen könnten, die osteopathische Anamnese patient\*innenzentrierter zu gestalten.“ Ein direkter Nutzen für die Teilnehmenden lässt sich nicht eindeutig bestimmen, jedoch könnte das Interview ihnen Klarheit über die Beweggründe einer osteopathischen Anamnese verschaffen.

Für die Studienteilnehmer\*innen fielen keine Kosten an. Die zeitliche Belastung wurde geringgehalten, da die Interviews an der WSO oder direkt in der Praxis stattfanden, wodurch zusätzliche Wege entfielen.

Die Studienteilnehmer\*innen hatten jederzeit das Recht, das Interview zu unterbrechen oder zu beenden, sollten sie sich physisch oder psychisch belastet fühlen. Da es sich jedoch um ein Gespräch und keine physische Interaktion handelte, bestand kein Risiko für die interviewten Personen.

Um die Rechte der interviewten Personen und der behandelnden Osteopath\*innen zu schützen, bleiben diese anonym. Die Interviewpartner\*innen wurden pseudonymisiert und alle im Text vorhandenen Hinweise auf deren Identität wurden entfernt. Alle Interviews wurden von der Autorin der Studie durchgeführt.

### 3.2.6 Stichprobengröße

Bei der Festlegung der Stichprobengröße orientierte sich die Autorin an den vorgegebenen Masterthesenrichtlinien der Donau Universität Krems. Da es sich um eine Interviewstudie handelt, welche sich auf das spezifische Feld der „Patient\*innen, die eine osteopathische Erstanamnese erhalten haben“ bezieht, wurden 10 Interviews empfohlen. Bei der Literaturrecherche zu diesem Thema wird häufig auf die „theoretische Sättigung“ hingewiesen. Dieser Begriff wird definiert als der Punkt, an dem keine weiteren Erkenntnisse und Informationen aus den gesammelten Daten erhoben werden können.<sup>6</sup> In dieser qualitativen Studie wurde die Stichprobengröße zwar vorab definiert, die Autorin ließ jedoch die Möglichkeit offen, weitere Interviews zu führen, falls in der Datenerhebung neue Erkenntnisse hinzukommen sollten.

In Bezug auf die Forschungsfrage waren **geschlechtsspezifische Unterschiede** von Bedeutung. Daher wurde diese Merkmalsausprägung der Stichprobe genauer definiert. Laut der Gesundheitsbefragung 2019, die auf der Webseite der Statistik Austria veröffentlicht wurde

---

<sup>6</sup> „*Theoretical saturation*: the point at which gathering more data about a theoretical construct reveals no new properties, nor yields any further theoretical insights about the emerging grounded theory.“ (Bryant, 2007, S. 611)

(Klimont, 2019), waren in der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 insgesamt 356.107 (4,8 %) von 7.418.900 Personen in den letzten 12 Monaten in osteopathischer Behandlung. Nach Geschlechtern getrennt waren davon **6,7% Frauen** und **2,8% Männer**. Da sich in diesem Fall eine größere Abweichung zeigte, wurde dies bei der Stichprobenauswahl berücksichtigt, sodass geplant war, 7 Frauen (+/-1) und 3 Männer (+/-1) zu interviewen.

Auch das **Alter** war für die Erkenntnisgewinnung relevant. In Bezug auf den Artikel zum Thema „Arzt-Patient\*innen-Verhältnis“ zeigte sich besonders in den letzten 2 Jahrzehnten, insbesondere hinsichtlich der Patient\*innen- bzw. der Kund\*innenpartizipation, eine deutliche Veränderung (Koch-Gromus & Kreß, 2012). Aus diesem Grund wurde angenommen, dass sich generationsspezifische Unterschiede ergeben könnten, welche ebenfalls in der Stichprobenauswahl berücksichtigt wurden. Die Altersgruppen wurden nach dem Kriterium der „Annehmlichkeit“<sup>7</sup> des statistischen Samplings (Flick, 2007, S.166) wie folgt summiert:

- Von 1.493.700 **15-30-Jährigen** waren 37.343 (2,5%) 2019 in osteopathischer Behandlung, dies entspricht **10,5%** aller, die 2019 beim\*bei der Osteopath\*in waren.
- Von 3.746.600 **31-60-Jährigen** waren 225.935 (6%) 2019 in osteopathischer Behandlung, dies entspricht **63,5%** aller, die 2019 beim\*bei der Osteopath\*in waren.
- Von 2.177.600 über **60-Jährigen** waren 91.459 (4,2%) 2019 in osteopathischer Behandlung, dies entspricht **25,7%** aller, die 2019 beim\*bei der Osteopath\*in waren.

Um dem Prozess der Verallgemeinerbarkeit Rechenschaft zu tragen (Mayring, 2016, S. 140), wäre eine Altersverteilung von **1 bis 2 Interviews mit 15 bis 30-Jährigen**, **6 bis 7 Interviews mit 31 bis 60-Jährigen** und **2 bis 3 Interviews mit über 60-Jährigen** optimal gewesen. Die Autorin bemühte sich, dieses Gütekriterium einzuhalten. Aufgrund der Durchführbarkeit (Anreise nach Wien, Selektion durch die WSO und der Supervisor\*innen) kam es zu geringen Abweichungen in der Altersverteilung.

In der Gesundheitsbefragung 2019 wurde das Geschlecht „divers“ nicht angeführt, weshalb daraus keine Daten für die Stichprobenauswahl errechnet werden konnten. Trotzdem wären diese Patient\*innen als Interviewpersonen in diese Studie miteinbezogen worden.

Resultierend aus diesen Überlegungen ergab sich, wie in Tabelle 1 dargestellt, eine Stichprobengröße von 10 Interviewpartner\*innen (IP), davon sechs weibliche (W) und vier männliche (M). Die Altersverteilung ergab vier Personen in der Altersgruppe von 18-30 Jahren,

---

<sup>7</sup> Nach Ermessen des\*der Autor\*in

vier in der Altersgruppe von 31-60 Jahren und zwei über 60-jährige. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 12:08 und 27:46 Minuten.

**Tabelle 1**  
*Stichprobengröße*

Studienteilnehmer*innen	Geschlecht	Alter	Interview in Minuten
IP 09	W	>60	20:05
IP 11	W	31-60	12:08
IP 13	M	31-60	21:59
IP 14	W	>60	18:30
IP 15	W	18-30	16:15
IP 16	M	18-30	21:04
IP 17	W	31-60	27:46
IP 18	W	31-60	13:50
IP 19	M	18-30	27:24
IP 20	M	18-30	19:00

*Legende: IP = Interviewpartner\*innen; M = männlich; W = weiblich; Alter in Jahren*

### 3.3 Materialien

Um den Gütekriterien Verfahrensdokumentation und Regelgeleitetheit für qualitative Forschung gerecht zu werden, werden in diesem Kapitel die verwendeten Materialien genauer definiert (Mayring, 2016, S. 144-146).

#### 3.3.1 Art der Materialien

Da es sich um ein „problem- oder themenzentriertes“ Interview mit Bezug auf die vorab erhaltene Anamnese während einer osteopathischen Einheit handelt, wurden die von Froschauer & Lueger (2020, S. 55-56) empfohlenen Materialien verwendet.

- Fragebogen zur Ermittlung von sozialen Daten (Alter, Geschlecht, Grund der Konsultation)
- Einverständniserklärung zum Interview mit Tonaufnahme
- Tonaufnahmegerät
- Selbstentwickelter Interviewleitfaden (siehe Anhang C) mit vorab ausgearbeiteten Fragen, dessen Fragestellungen offen, halbstrukturiert bzw. teilweise standardisiert sind. (Mayring, 2015, S. 85)

Der Interviewleitfaden besteht aus drei Teilen;

1. Sondierungsfrage als Einleitung
2. Leitfadenfragen, um Themenaspekte abzufragen
3. Ad-hoc-Fragen, um den Gesprächsfaden aufrechtzuhalten. (Mayring, 2016, S. 70)

Die Interviews wurden an einem ruhigen Ort an der Schule sowie in der Praxis der Supervisor\*innen unmittelbar im Anschluss an die Behandlung durchgeführt.

### 3.3.2 Validität und Reliabilität

Für das Interview wurde ein selbstentwickelter Leitfaden verwendet. Die Gesprächsführung hielt sich an die von Froschauer und Lueger (2020) entwickelten Grundsätze und Gütekriterien für qualitative Interviews; „[...] *Nichtbeeinflussung (wenig Steuerung durch die interviewende Person), Spezifität (genaue Erfassung der Eindrücke der Befragten), breites Spektrum (große Reichweite der angesprochenen Themen) sowie Tiefgründigkeit (auch affektive und wertbezogene Reaktionen), [...]*“ (Froschauer und Lueger, 2020, S. 55)

Zur Validität der qualitativen Daten siehe Überlegungen zur „theoretischen Sättigung“ im Punkt 3.1.5. Um dem Kriterium der kommunikativen Validierung (Mayring, 2016, S. 147) gerecht zu werden, erhielten die Interviewpartner\*innen auf Wunsch die transkribierte Version per E-Mail. Es wurden jedoch keine Änderungen vorgenommen.

Zu den Variablen der Studie gehören das **Geschlecht** (in den Kategorien „weiblich“, „männlich“ und „divers“), das **Alter** (in Jahren) sowie der **Grund der Konsultation**. Die Erfassung dieser Angaben erfolgte anhand eines Fragebogens, indem die entsprechenden Fragen zur Ermittlung der sozialen Daten zu Beginn des Interviews abgefragt wurden.

### 3.4 Datenaufbereitung und Datenanalyse

Zur Auswertung der Interviews wurden diese mit dem Transkriptionssystem von Kuckartz unter Verwendung des Transkriptionsprogrammes f4 verschriftlicht (Vogt & Werner, 2014, S.44). Dies entspricht auch den Empfehlungen der WSO.

Die Interviews wurden dann nach dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Durch diese Methode ist eine systematische und regelgeleitete Auswertung sichergestellt.

Die Analyse wurde mithilfe der von Mayring empfohlenen App Qcamap (Letz & Mayring, 2022) durchgeführt, welche den Prozess der Kategorienbildung und Kategorienzuordnung strukturiert unterstützt. Um mit dieser App arbeiten zu können, mussten folgende Einheiten bestimmt werden;

**Formulierung der Fragen:** Zu Beginn wurden spezifische Fragen basierend auf den theoriegeleiteten Kategorien formuliert, die die Grundlage der Analyse bildeten.

**Bestimmung der inhaltsanalytischen Technik:** Durch induktive Kategorienbildung wurden sowohl theoriegeleitete als auch im Rahmen der Analyse aufkommende Kategorien erfasst.

**Definition des Selektionskriteriums:** Durch theoriegestützte Fragen wurden die Interviews auf relevante Aspekte analysiert.

**Festlegung des Abstraktionsniveaus:** Detailliert, aber nicht idiosynkratisch<sup>8</sup>.

**Bestimmung der Kodiereinheit:** Um eine objektive und wiederholbare Analyse zu gewährleisten, wurden Textstellen gewählt, die eine klare und unverwechselbare Bedeutung haben.

**Festlegung der Kontexteinheit:** Das gesamte Interview wurde festgelegt, um sicherzustellen, dass der gesamte Kontext bei der Analyse berücksichtigt wird.

**Auswertungseinheit:** Alle Dokumente wurden erfasst, um eine umfassende und konsistente Analyse über alle Interviews hinweg zu gewährleisten.

### 3.4.1 Theoriegeleitete Kategorienbildung

Zusammenfassend werden die fünf Hauptkategorien, welche anhand spezifischer Fragestellungen für eine theoriegeleitete Forschung definiert wurden (Mayring, 2016, S. 70), kurz aufgeführt:

**Erwartungen und Wünsche:** Diese Kategorie erfasst die Erwartungen und Wünsche vor dem Gespräch, die Erfüllung bzw. Nichterfüllung während des Gesprächs sowie etwaige Vorberei-

---

<sup>8</sup> Nicht basierend auf persönlichen Eigenheiten, Vorlieben oder Abneigungen

tungen. Ziel ist es zu klären, inwiefern sich Patient\*innen Gedanken über dieses Gespräch machen. Lippka (2015, S. 87) widmet diesem Thema das Kapitel „Kommunikationsarchitektur“ in seinem Leitfaden „Kommunikation im therapeutischen Alltag“.

**Zufriedenheit:** Erfasst werden sowohl positive als auch negative Aspekte, die zu Zufriedenheit oder Unzufriedenheit führen. „*Patients who were dissatisfied felt that they had not been seen or heard during the consultation*“ (Andén et al., 2005).

**Verstanden fühlen:** Erfasst werden sowohl positive als auch negative Aspekte, die zu einem Gefühl des Verstanden- oder Missverstandenwerdens führen. Laut Geisler (2008) geht es im Anamnesegespräch mit Patient\*innen neben dem körperlichen Zustand um „*die Erfassung der individuellen Wirklichkeit des Patienten und ihrer Entstehungsgeschichte*“ (Geisler 2008, S. 119).

**Patient\*innenpartizipation:** Diese Kategorie untersucht die allgemeine Sichtweise der Patient\*innen zum Thema Patient\*innenpartizipation, sowie das Gefühl der Einbeziehung oder Nichteinbeziehung während des Gesprächs, insbesondere in Bezug auf die Themenfindung und die Entscheidungsprozessen (Schmacke et al., 2016, S. 253).

**Der zeitliche Aspekt:** Bezieht sich auf das Zeitmanagement während des Gesprächs. Im Jahr 2006 gaben 45,6 % der befragten Ärzte\*innen den Zeitdruck als größtes Hindernis für ein „gekonntes Zuhören“ an (Hemmer-Schanze & Füessl, 2006).

### 3.4.2 Induktive Kategorienbildung

Während der Analyse des Materials traten zusätzliche Themen auf, die zur Bildung einer neuen Kategorie führten:

**Selbstreflexion und Erkenntnisgewinn:** Beinhalten Aspekte, die während des Gesprächs zu Selbstreflexion und Erkenntnisgewinn führten.

### 3.4.3 Analyse der Interviews

Die Interviews wurden systematisch analysiert, was die Voraussetzung für das Gütekriterium der Regelgeleitetheit ist (Mayring, 2016, S. 145-146). Zur besseren Nachvollziehbarkeit wird hier Schritt für Schritt die Vorgehensweise erläutert:

**Paraphrasieren:** Jedes Interview wurde zeilenweise durchgearbeitet. Wesentliche Aussagen wurden paraphrasiert und als Ankerbeispiele gespeichert.

**Zuordnung zu Kategorien:** Die paraphrasierten Aussagen wurden dann den definierten Kategorien zugeordnet. Dies geschah sowohl deduktiv<sup>9</sup> als auch induktiv<sup>10</sup>.

**Bündeln der Paraphrasen:** Die paraphrasierten Aussagen wurden innerhalb ihrer Kategorien gebündelt. Dies ermöglichte eine bessere Übersicht und erleichterte die Identifikation von Mustern und wiederkehrenden Themen.

**Gruppieren in Unterkategorien:** Die gebündelten Paraphrasen wurden weiter in spezifische Unterkategorien gruppiert. Um klare Zuordnungen zu machen, wurde jede Unterkategorie genau definiert. So konnten die Kategorien weiter spezifiziert werden, um eine detailliertere Analyse zu ermöglichen.

**Quantitative Auswertung:** Die Häufigkeit der Nennungen in den verschiedenen Kategorien und Unterkategorien wurde mithilfe von Qcamap ermittelt und in einer Exceltabelle dargestellt. Dies ermöglichte eine quantitative Betrachtung der qualitativen Daten und zeigte auf, welche Themenbereiche besonders häufig angesprochen wurden.

**Visuelle Darstellung:** Die Ergebnisse wurden mit Qcamap tabellarisch aufbereitet, um eine klare und übersichtliche Darstellung der analysierten Daten zu gewährleisten (Mayring, 2015, S. 97-99).

Nach jeder Überarbeitung des Kategoriensystems und dessen Definitionen wurden die Interviews erneut durchgearbeitet.

Um dem Gütekriterium der Objektivität gerecht zu werden, wurde Frau Mag. Chukwuma Simone (ehemalige Direktorin der Gesundheits- und Krankenpflegeschule und Pflegewissenschaftlerin) als zweite Inhaltsanalytikerin hinzugezogen. Sie hat eine zusätzliche Analyse und Zuordnung bestimmter Ausschnitte des Materials durchgeführt. Es fanden mehrere Treffen statt, bei denen die Ergebnisse verglichen und diskutiert wurden. So wurde mit der Interoderreliabilität<sup>11</sup> ein inhaltsanalytisches Gütekriterium sichergestellt (Mayring, 2015, S. 123-126).

---

<sup>9</sup> Verwendung vorab definierter Kategorien

<sup>10</sup> Erkennung und Aufnahme neuer Themen in das Kategoriensystem

<sup>11</sup> Übereinstimmung von Codierungen durch voneinander unabhängige Coder

## **4 Ergebnisse**

Die Ergebnisse sind in Form von Tabellen und erklärenden Texten zusammengefasst, um eine übersichtliche und klare Darstellung zu gewährleisten. Jede Kategorie ist mit ihren jeweiligen Unterkategorien beschrieben und deren Häufigkeit der Nennungen in den Interviews. Zusätzlich wird die Anzahl der interviewten Personen, welche Aussagen zu bestimmten Themen machten, angegeben. Die Aussagen in den einzelnen Kategorien werden in aufsteigender Form gereiht. Diese strukturierte Darstellung ermöglicht es, die zentralen Themen und Schwerpunkte der Patient\*innenerfahrungen während der osteopathischen Erstanamnese-gespräche zu erkennen. Ankerbeispiele unterstreichen die Klarheit der Zuordnung zu den jeweiligen Kategorien. Interviewpartner\*innen werden mit IP und der entsprechenden Nummer angegeben.

### **4.1 Vorbereitungen, Erwartungen und Wünsche**

Basierend auf der induktiven Auswertung wird dieses Kapitel eingeteilt in

1. etwaige Vorbereitungen, die der\*die Patient\*in vor dem Erstgespräch getroffen hat,
2. Erwartungen und Wünsche vor dem Gespräch und
3. die Erfüllung oder Nichterfüllung während des Gesprächs.

Im Folgenden werden diese Punkte näher beschrieben und analysiert.

#### **4.1.1 Vorbereitungen auf das Erstgespräch**

Im Aspekt der Vorbereitung fürs Erstgespräch wurden drei Unterkategorien analysiert:

1. Patient\*innen haben sich mittels Recherche und Unterlagen vorbereitet
2. Patient\*innen haben sich gedankliche auf das Erstgespräch vorbereitet
3. Patient\*innen haben sich nicht spezifisch vorbereitet und kamen beschwerdeorientiert ins Erstgespräch.

In Tabelle 2 werden die Häufigkeiten der Antworten grafisch dargestellt:

**Tabelle 2**  
*Vorbereitungen auf das Erstgespräch*

Dokument	Geschlecht	Alter	Recherche und Unterlagen	Gedankliche Vorbereitung	keine spezifischen / beschwerdeorientiert
IP09	w	>60	0	0	1
IP11	w	31-60	0	0	1
IP13	m	31-60	1	1	0
IP14	w	>60	1	0	1
IP15	w	18-30	0	1	0
IP16	m	18-30	0	1	0
IP17	w	31-60	1	1	0
IP18	w	31-60	0	1	0
IP19	m	18-30	1	0	1
IP20	m	18-30	0	1	0
<b>Summe</b>			<b>4</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
<b>Prozent</b>			<b>40%</b>	<b>60%</b>	<b>40%</b>

*Legende: IP = Interviewpartner\*innen; m = männlich; w = weiblich; Alter in Jahren*

40% der Befragten (IP09, IP11, IP14, IP19) gaben an, dass sie sich nicht spezifisch vorbereitet hätten. Sie ließen sich auf die Fragen ein, kamen **beschwerdeorientiert** oder haben ihre Krankengeschichte schon so oft erzählt, dass es keiner Vorbereitung mehr bedarf.

*Ich habe das Problem schon seit Geburt, also dass ist bei mir eigentlich schon so mit drin. Ich muss mich da nicht groß gedanklich irgendwie darüber vorbereiten, weil ich einfach so reingehe, dass ich sage, wie ich mich fühle, wie es mir geht mit ja, mit dem Problem. Und von daher habe ich da nicht wirklich einen Plan erstellt. (IP19, Zeilen 101-104)*

Ebenfalls 40% der Befragten (IP13, IP14, IP17, IP19) haben vorweg über frühere Verletzungen und Unfälle **recherchiert, Unterlagen dazu gesammelt** und Befunde mitgebracht.

60% der Patient\*innen (IP13, IP15, IP16, IP17, IP18, IP20) haben sich **gedanklich** auf die Erstanamnese vorbereitet. Dies entspricht 42% aller Nennungen in diesem Zusammenhang. Diese Patient\*innen haben sich vor dem Gespräch überlegt, welche Beschwerden von Bedeutung sein könnten und wie die Problematik am besten erklärt werden kann.

*„Also mit Unterlagen nicht. Aber gedanklich habe ich mal zumindest für mich selber nochmal probiert, die Problematik zu erklären und lokalisieren zumindest einfach um einen Ort einzugrenzen.“ (IP20, Zeilen 92-94)*

Zu diesen Vorbereitungen zählen auch Überlegungen zur Auswahl des\*der Osteopath\*in.

„bei der Auswahl des Osteopathen. Da habe ich mich einfach umgehört. Wen kann man empfehlen, was für Ausbildungen sind vorhanden, wie viel Berufserfahrung hat man?“ (IP17, Zeilen 85-86)

#### 4.1.2 Erwartungen und Wünsche vor dem Gespräch

Tabelle 3 gibt einen quantitativen Überblick über die in dieser Kategorie entstandenen vier Unterkategorien:

1. Wunsch auf eine ausführliche Anamnese
2. Wunsch eine Vertrauensbasis mit dem\*der Osteopath\*in aufbauen zu können
3. Keine spezifischen Wünsche und Erwartungen
4. Wunsch auf diese ausführliche Anamnese vorbereitet zu werden.

**Tabelle 3**  
*Erwartungen und Wünsche vor dem Gespräch*

Dokument	Geschlecht	Alter	Ausführliche Anamnese	Vertrauensbasis schaffen	keine spezifischen Erwartungen/Wünsche	Vorbereitung auf ausführliche Anamnese
IP09	w	>60	1	1	1	1
IP11	w	31-60	1	0	1	0
IP13	m	31-60	1	0	0	1
IP14	w	>60	0	0	0	0
IP15	w	18-30	1	0	1	0
IP16	m	18-30	1	1	0	0
IP17	w	31-60	1	1	0	0
IP18	w	31-60	1	0	1	0
IP19	m	18-30	1	0	1	1
IP20	m	18-30	0	0	1	1
<b>Summe</b>			<b>8</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
<b>Prozent</b>			<b>80%</b>	<b>30%</b>	<b>60%</b>	<b>40%</b>

*Legende: IP = Interviewpartner\*innen; m = männlich; w = weiblich; Alter in Jahren*

Auf die Frage welche Erwartungen und Wünsche Patient\*innen in das Erstgespräch miteinbringen, antworteten drei von zehn Befragten (IP09, IP16, IP17), dass sie sich wünschen eine **Vertrauensbasis** mit dem\*der Osteopath\*in aufbauen zu können.

„Der Wunsch war auch, einfach gehört zu werden, dass man sich Zeit nimmt für die Beschwerden und die Probleme, die man hat.“ (IP17, Zeilen 104-106)

Eine Patientin (IP09) äußerte sich diesbezüglich mit einer geschlechterspezifischen Präferenz:

*„Ich persönlich fühle mich wohler bei einer Frau [...] Das sind einfach so meine Präferenzen. Ja, das zieht sich so ein bisschen durchs Leben und ich fühle mich wohler.“* (IP09, Zeilen 180-182)

40% der befragten Personen (IP09, IP13, IP19, IP20) hätten sich gewünscht, vor dem Erstgespräch besser auf diese ausführliche Anamnese vorbereitet zu werden, um sich vorweg schon Gedanken machen zu können. IP09 definierte den **Wunsch auf Vorbereitung** folgendermaßen:

*Und da würde ich mir wünschen, [...] dass man sagt, ich werde diese und diese Fragen oder diese Bereiche abfragen, weil es wichtig ist für mich, nachher irgendwie ein Bild über die Schwachstellen oder Ansatzpunkte zu kriegen, oder irgend so etwas, als Erklärung vorweg. Dass man weiß, okay, was kommt da auf mich zu und so ein bisschen einen Plan hat.* (IP09, Zeilen 227-231)

6 Personen (IP09, IP11, IP15, IP18, IP19, IP20) gaben an das **keine spezifischen Erwartungen und Wünsche** vor dem Gespräch vorhanden waren. Dies entspricht 28% der Nennungen zur Frage „Erwartungen und Wünsche vorweg“.

*Wünsche, wie es ablaufen soll [...] eigentlich nicht. Ich war oder ich bin relativ vorbehaltlos in dieses Gespräch gegangen und neugierig darauf. Ja, ich war bereit, mich einzulassen auf das Ganze und habe mir eigentlich nicht so viel vorgestellt, was ich jetzt da noch oder was ich erwarten könnte.* (IP09, Zeilen 80-83)

Mit 38% aller Nennungen ist der größte Wunsch von Patient\*innen beim Erstgespräch, die Ursache für ihr Problem herauszufinden und konkrete Lösungsansätze präsentiert zu bekommen. 80 % aller interviewten Personen äußerten diesen Wunsch (IP09, IP11, IP13, IP15, IP16, IP17, IP18, IP19) und erwarteten aufgrund dessen eine **ausführliche Anamnese**.

*Natürlich insgeheim hofft man dann schon darauf, dass dann doch was rauskommt, [...] wo sich Behandlungsmöglichkeiten auftun. Da das zum Beispiel im besten Fall verschwindet oder gelindert wird, oder dass man vielleicht dezidiert, wirklich eine Ursache feststellt und dann einfach sagt, Genau da ist es und wir müssen das und das machen.* (IP13, Zeilen 96-100)

### 4.1.3 Erfüllung der Erwartungen und Wünsche während des Erstgesprächs

In Tabelle 4 werden die drei Unterkategorien

1. Alle Erwartungen wurden erfüllt
2. Erwartungen aufgrund von Vorerfahrungen
3. Unerwartete Befragungstiefe

zur Erfüllung der Erwartungen und Wünsche quantitativ erfasst und im anschließenden Text genauer erläutert:

**Tabelle 4**  
*Erfüllung der Erwartungen*

Dokument	Geschlecht	Alter	alle Erwartungen wurden erfüllt	Erwartungen aufgrund von Vorerfahrungen	unerwartete Befragungstiefe
IP09	w	>60	0	1	1
IP11	w	31-60	0	1	1
IP13	m	31-60	0	1	1
IP14	w	>60	1	1	0
IP15	w	18-30	0	1	0
IP16	m	18-30	0	1	1
IP17	w	31-60	0	1	1
IP18	w	31-60	0	0	0
IP19	m	18-30	1	0	1
IP20	m	18-30	0	1	1
<b>Summe</b>			<b>2</b>	<b>8</b>	<b>7</b>
<b>Prozent</b>			<b>20%</b>	<b>80%</b>	<b>70%</b>

*Legende: IP = Interviewpartner\*innen; m = männlich; w = weiblich; Alter in Jahren*

Zwei Personen äußerten, dass alle ihre Wünsche und **Erwartungen erfüllt** wurden. IP14 drückte dieses Empfinden folgendermaßen aus:

*„Genau, was ich bekommen habe und das habe ich mir erwartet und das wurde erfüllt.“ (IP14, Zeile 95)*

70% aller interviewten Personen (IP09, IP11, IP13, IP16, IP17, IP18, IP19, IP20) gaben an, dass die **Befragungstiefe** während der osteopathischen Anamnese **unerwartet** war. Dies sind 41% aller Nennungen, die die Erfüllung der Erwartungen und Wünsche während des Gesprächs betreffen. Patient\*innen rechneten nicht mit einem so ausführlichen Befragungsumfang oder wunderten sich über bestimmte Fragen, welche augenscheinlich nichts mit ihrem Problem zu tun haben. Einige Beispiele aus den Interviews werden an dieser Stelle zusammenfassend

genannt: Krebserkrankungen in der Familie (IP11, Zeile 115-116), Fragen zur eigenen Geburt (IP09, Zeilen 144-145 und IP17, Zeilen 183-184), Fragen zu Allergien und Unfällen, welche bis in die Kindheit zurückreichen (IP13, Zeilen 163-164) oder allgemein organische Fragen bei biomechanischen Problemen (IP19, Zeilen 181-184).

*„Also das hätte ich jetzt nicht erwartet. Jetzt in dem Zusammenhang, dass das da auch gefragt wird.“ (IP11, Zeilen 115-116)*

Mit 47% aller Nennungen bezüglich der Erwartungen beim Gespräch stellten acht von zehn Befragten (IP09, IP11, IP13, IP14, IP15, IP16, IP17, IP20) Vergleiche zu anderen medizinischen Einrichtungen auf. Die Vergleiche betrafen die Befragungstiefe und die Zeit, die sich anderes medizinisches Personal für die Anamnese nimmt. Bei den **Erwartungen aufgrund Vorerfahrung** schneidet die osteopathische Anamnese bei allen IP positiv ab.

*„Gut, bei Ärzten geht das immer relativ schnell. Außerdem wird das ja nicht so genau hinterfragt bei Ärzten.“ (IP11, Zeilen 184-188)*

*„Aber da ich eben von der Physiotherapie komme und noch keine Erfahrung mit der Osteopathie gehabt habe, habe ich auch nicht so große Erwartungen gehabt, aber die sind auf jeden Fall erfüllt worden.“ (IP19, Zeilen 93-95)*

## **4.2 Zufriedenheit und Unzufriedenheit der Patient\*innen**

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Kategorie „Zufriedenheit/Unzufriedenheit“ dargestellt. Die Analyse der Interviews ergab vier Unterkategorien, die zur Zufriedenheit beitragen:

1. Offenheit und Sympathie des\*der Osteopath\*in
2. allgemeine Wohlfühlatmosphäre
3. Einzigartigkeit der Erfahrung
4. Gesprächsführung

Drei Unterkategorien trugen zur Unzufriedenheit bei:

1. Patient\*in hat Zeitdruck empfunden
2. Art der Befragung
3. Ablenkung bei der Gesprächsführung

Zwei Interviews enthielten keine Aussagen zur Zufriedenheit (IP09, IP17) und vier Interviews enthielten keine Aussagen zur Unzufriedenheit (IP11, IP13, IP19, IP20). Um einen direkten Vergleich zu ermöglichen, werden zuerst beide quantitativen Tabellen zur Zufriedenheit (Tabelle 5) sowie zur Unzufriedenheit (Tabelle 6) dargestellt. Die Unterkategorien werden anschließend in den einzelnen Kapiteln genauer erklärt.

**Tabelle 5**  
*Patient\*innenzufriedenheit*

Dokument	Geschlecht	Alter	Offenheit/ Sympathie	Wohlfühl- atmosphäre	Einzigartigkeit der Erfahrung	Gesprächs- führung	<b>Patient*innen- zufriedenheit</b>
IP09	w	>60	0	0	0	0	<b>0</b>
IP11	w	31-60	0	0	1	1	<b>2</b>
IP13	m	31-60	1	1	1	1	<b>4</b>
IP14	w	>60	0	0	0	1	<b>1</b>
IP15	w	18-30	0	1	0	1	<b>2</b>
IP16	m	18-30	0	0	1	1	<b>2</b>
IP17	w	31-60	0	0	0	0	<b>0</b>
IP18	w	31-60	1	1	1	1	<b>4</b>
IP19	m	18-30	0	1	1	1	<b>3</b>
IP20	m	18-30	1	1	1	1	<b>4</b>
<b>Summe</b>			<b>3</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	
<b>Prozentuell</b>			<b>30%</b>	<b>50%</b>	<b>60%</b>	<b>80%</b>	

*Legende: IP = Interviewpartner\*innen; m = männlich; w = weiblich; Alter in Jahren*

**Tabelle 6**  
*Patient\*innenunzufriedenheit*

Dokument	Geschlecht	Alter	Zeitdruck empfunden	Art der Befragung	Ablenkung bei der Gesprächsführung	<b>Patient*innen- unzufriedenheit</b>
IP09	w	>60	0	1	1	<b>2</b>
IP11	w	31-60	0	0	0	<b>0</b>
IP13	m	31-60	0	0	0	<b>0</b>
IP14	w	>60	1	0	0	<b>1</b>
IP15	w	18-30	1	1	1	<b>3</b>
IP16	m	18-30	0	0	1	<b>1</b>
IP17	w	31-60	0	1	0	<b>1</b>
IP18	w	31-60	0	0	0	<b>0</b>
IP19	m	18-30	0	1	0	<b>1</b>
IP20	m	18-30	0	0	0	<b>0</b>
<b>Summe</b>			<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	
<b>Prozentuell</b>			<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>30%</b>	

*Legende: IP = Interviewpartner\*innen; m = männlich; w = weiblich; Alter in Jahren*

#### **4.2.1 Zufriedenheit - Offenheit und Sympathie der Osteopath\*innen**

Die Offenheit und Sympathie wurde von 30% der interviewten Personen (IP13, IP18, IP20) angesprochen und umfasst 13% der genannten Zufriedenheitsaspekte. Folgende Beispiele zeigen, dass Patient\*innen die sympathische, offene und einfühlsame Art der Osteopath\*innen schätzen, was zur positiven Wahrnehmung des Gesprächs beitrug:

*„Ja mir hat sehr gut gefallen, einfach die sympathische, offene Art, wie man so schön sagt, da ist man mit offenen Armen empfangen worden.“ (IP13, Zeilen 117-118)*

*„Es ist einfach sehr einfühlsam und sehr angenehm abgelaufen“ (IP18, Zeile 58)*

#### **4.2.2 Zufriedenheit – Wohlfühlatmosphäre**

Die Wohlfühlatmosphäre wird von fünf interviewten Personen (IP13, IP15, IP18, IP19, IP20) erwähnt, was 50% der analysierten Dokumente entspricht. Diese Unterkategorie deckt 22% der Zufriedenheitsaspekte ab. Patient\*innen beschrieben die Atmosphäre und das Gespräch als angenehm und beruhigend.

*„Es war eine sehr einfache, angenehme Atmosphäre, dass man nicht das Gefühl hat, dass man bedrängt wird, sondern ganz objektive Aussage macht.“ (IP18, Zeilen 26-27)*

IP13 bringt die Wohlfühlatmosphäre in Verbindung mit der Möglichkeit Vertrauen aufzubauen:

*„Die Atmosphäre war sehr, sehr angenehm. Man hat sich sofort wohlgefühlt, was für meine Begriffe eigentlich sehr wichtig ist. Dadurch gewinnt man natürlich sofort Vertrauen.“ (IP13, Zeilen 118-120)*

#### **4.2.3 Zufriedenheit – Einzigartigkeit der Erfahrung**

Sechs interviewte Personen (IP11, IP13, IP16, IP18, IP19, IP20) empfanden das Gespräch als besonders und von anderen Erfahrungen abhebend. Somit kommt diese Unterkategorie in 60% der analysierten Dokumente vor und deckt 27% der Zufriedenheitsaspekte ab.

*„Man muss ja wirklich sagen, habe ich eigentlich in diesem Umfang und dieser Tiefgründigkeit noch nie gehabt. Hat mir sehr gut gefallen.“ (IP13, Zeilen 204-205)*

Die Besonderheit der Erfahrung wird von Patient\*innen insbesondere im Vergleich zu anderen medizinischen Anamnesegesprächen hervorgehoben.

*„Außerdem wird das ja nicht so genau hinterfragt bei Ärzten. Also ich habe ich noch nie erlebt, dass das so speziell ist. Das hat mich ebenso überrascht und ja, positiv überrascht.“ (IP11, Zeilen 184-186)*

*„aber rein, wenn ich es jetzt so vergleiche mit der Osteopathie, ist da die Detailreiche und der Umfang einfach viel größer gesteckt als wie bei was anderem.“ (IP20, Zeilen 176-178)*

#### **4.2.4 Zufriedenheit – Gesprächsführung bei der Anamnese**

Mit 36% der Nennungen ist dies die am häufigsten erwähnte Unterkategorie. In 80% der Dokumente wird die Gesprächsführung als positiv erlebt. Alle acht Patient\*innen, welche sich zufrieden äußerten, schätzten die detaillierte und gründliche Befragung (IP11, IP13, IP14, IP15, IP16, IP18, IP19, IP20). IP16 hatte durch diese ganzheitliche Befragung das Gefühl, dem ursächlichen Problem näherzukommen und brachte dies derart zur Sprache:

*Das fand ich sehr gut, weil ich immer das Gefühl hatte, man ist dem Punkt eigentlich immer mehr auf die Schliche gekommen. [...] weil es eben nicht so abgehackt gewesen ist und man das Gefühl hatte, man zieht so viele Sachen mit ein und man fragt doch mal genauer nach, um halt ein ganzheitliches Bild zu bekommen. (IP16, Zeilen 42-46)*

Mehrere Aussagen aus den Interviews zeigten, dass Patient\*innen das Gefühl hatten, dass der\*die Osteopath\*in bestrebt ist, den Ursachen ihrer Beschwerden auf den Grund zu gehen. Diese ganzheitliche Herangehensweise im Gespräch unterstrich die Kompetenz des\*der Osteopath\*in.

*Ja, es war für mich wohl doch als Laie trotzdem irgendwie so ein roter Faden erkennbar vom strukturellen Ablauf, von den verschiedenen Themen, die so abgefragt worden sind. Da hat man, das war eigentlich sehr, sehr umfassend. Ja, und da habe ich dann das Gefühl gehabt, dass da wirklich sehr viel Kompetenz und Fachwissen dahinter ist. (IP13, Zeilen 28-31)*

#### **4.2.5 Unzufriedenheit - Patient\*in hat Zeitdruck empfunden**

Von den sechs interviewten Personen, die sich unzufrieden äußerten, erwähnten zwei Patientinnen das Empfinden über einen Zeitdruck während des Gesprächs (IP14, IP15). Dies entspricht 22 % aller unzufriedenen Nennungen.

*„Sie hat ein bisschen Druck gemacht, dass sie nicht so viel Zeit verbringen soll zum Beispiel.“*  
(IP14, Zeilen 20-21)

#### **4.2.6 Unzufriedenheit – Ablenkung bei der Gesprächsführung**

Drei Interviewpartner\*innen (IP09, IP15, IP16) fühlten sich durch formalisierte Abläufe (z.B. Notizen machen oder häufige Unterbrechungen in ihrer Problembeschreibung) während der Anamnese abgelenkt und eingeschränkt. 33% aller Nennungen zur Unzufriedenheit fallen in diese Kategorie.

IP15 fühlte sich durch Fragen während der Problembeschreibung unterbrochen und hatte dabei das Gefühl relevante Informationen könnten verloren gehen.

*„Vielleicht könnte man den Patienten, die Patientin einfach länger reden lassen, bevor man die gezielten Fragen stellt. Vielleicht kommt dann zufällig mehr zutage, weil mit der Abarbeitung von den Fragen geht man halt gleich in eine bestimmte Richtung,“* (IP15, Zeilen 110-112)

IP16 fühlte sich abgelenkt und irritiert, weil der\*die Osteopath\*in sich während des Gesprächs Notizen machte.

*„wie das Blättchen da lag und der zuständige Osteopath Notizen gemacht hat und so was, so was ist für mich immer so ein bisschen irritierend [...], weil ich das Gefühl habe, [...] ich muss irgendwelche Dinge jetzt erfüllen oder irgendwelche Informationen ausfüllen“* (IP16, Zeilen 109-113)

#### **4.2.7 Unzufriedenheit – Art der Befragung**

Die Analyse hat ergeben, dass mit 44 % aller Nennungen zur Unzufriedenheit, die Art der Befragung am häufigsten erwähnt wurde. Vier interviewte Personen (IP09, IP15, IP17, IP19) wünschten sich eine genauere Befragung oder fühlten sich durch die Art der Befragung verunsichert und irritiert.

IP17 wies darauf hin, dass im Anfangsgespräch eine falsche Schlussfolgerung aufgrund ungenauer Befragung gezogen worden sei.

*Also im Anfangsgespräch hätte man ein paar Sachen etwas genauer nachfragen können. Zum Beispiel fällt mir da eine Frage ein, die er mir gestellt hat, ob ich arbeite und ob ich einen stehenden oder sitzenden Beruf habe. [...] Habe ich ihm auch geantwortet. Und das war für ihn dann schon auch irgendwo eine Ursache für meine Problematik. Wobei dieser sitzende Beruf von mir in acht Stunden die Woche ausgeübt wird und nicht acht Stunden am Tag. (IP17, Zeilen 150-155)*

Einige Personen äußerten den Wunsch nach einer Erklärung, warum so detaillierte Fragen gestellt wurden, welche zum Teil keinen Bezug zum augenscheinlichen Problem hatten.

*Im Gespräch, [...] aber am Schluss, wenn man so die Fragen durchhat, dass man so einfach kurz erfahren könnte, warum, für was welche Fragen oder welche Bereiche sind wichtig, wofür? Also ein bisschen mehr Informationen. (IP09, Zeilen 216-219)*

*„Ja, dass ich die intensiveren Kieferbeschwerden, dass das derselbe Zeitraum ist, wo das mit dem Harn mit dem verstärkten Harndrang losgeht. Ich weiß nicht, ob es wirklich jetzt zusammenhängt“ (IP15, Zeile 32-34)*

IP09 fühlte sich verunsichert, da ein Thema näher in Augenschein genommen wurde, dass für die Person nicht so relevant war.

*„Ich fühle mich gesund. Also das hat mich etwas erstaunt und dass [...] er es so ein bisschen für mich hochstilisiert hat. Für mich ist das jetzt nicht so wichtig, aber er hat mir das nahegelegt.“ (IP09, Zeilen 114-116)*

### **4.3 Verstandenwerden und Missverstandenwerden**

In Summe gab es 25 Aussagen, in der Kategorie Verstandenwerden und 6 Aussagen in der Kategorie Missverstandenwerden. Alle IP äußerten sich positiv in zumindest einer von vier Unterkategorie, welche induktiv zum Thema Verstandenwerden ausgearbeitet wurden:

1. Zeit nehmen zur Problemdarstellung
2. individuelle Ansprache ohne Wertung
3. Tiefe und Relevanz
4. Vertrauensbasis

Die sechs Aussagen zum Missverständnis stammten von fünf interviewten Personen (IP09, IP13, IP17, IP19, IP20) und die Analyse ergab dabei zwei Unterkategorien: 1. Gefühl von Unwissenheit und 2. Mangel an Vertrauen

In den folgenden Tabellen werden die Ergebnisse der Kategorien „Verstandenwerden“ (Tabelle 7) und „Missverstandenwerden“ (Tabelle 8) zum direkten Vergleich abgebildet und anschließend wird jede Unterkategorie in den einzelnen Kapiteln definiert.

**Tabelle 7**  
*Verstandenwerden*

Dokument	Geschlecht	Alter	Zeit nehmen zur Problemdarstellung	individuelle Ansprache ohne Wertung	Tiefe und Relevanz	Vertrauensbasis	Verstandenwerden
IP09	w	>60	0	1	0	0	1
IP11	w	31-60	0	0	0	1	1
IP13	m	31-60	0	1	1	1	3
IP14	w	>60	1	0	0	1	2
IP15	w	18-30	0	1	1	1	3
IP16	m	18-30	1	1	1	1	4
IP17	w	31-60	1	1	1	1	4
IP18	w	31-60	1	0	0	1	2
IP19	m	18-30	0	1	0	1	2
IP20	m	18-30	0	1	1	1	3
<b>Summe</b>			<b>4</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	
<b>Prozent</b>			<b>40%</b>	<b>70%</b>	<b>50%</b>	<b>90%</b>	

Legende: IP = Interviewpartner\*innen; m = männlich; w = weiblich; Alter in Jahren

**Tabelle 8**  
*Missverstandenwerden*

Dokument	Geschlecht	Alter	Gefühl von Unwissenheit	Mangel an Vertrauen	Missverstanden werden
IP09	w	>60	1	1	2
IP11	w	31-60	0	0	0
IP13	m	31-60	1	1	2
IP14	w	>60	0	0	0
IP15	w	18-30	0	0	0
IP16	m	18-30	0	0	0
IP17	w	31-60	0	1	1
IP18	w	31-60	0	0	0
IP19	m	18-30	0	1	1
IP20	m	18-30	0	0	0
<b>Summe</b>			<b>2</b>	<b>4</b>	
<b>Prozent</b>			<b>20%</b>	<b>40%</b>	

Legende: IP = Interviewpartner\*innen; m = männlich; w = weiblich; Alter in Jahren

#### **4.3.1 Verstandenwerden – Zeit nehmen zur Problemdarstellung**

40 % der befragten Personen (IP14, IP16, IP17, IP18) fühlten sich verstanden, da sich der\*die Osteopath\*in ausreichend Zeit genommen hat, damit sie ihre Probleme und Beschwerden ausführlich erläutern können.

*„[...] , sondern darauf eingeht, auf meine Probleme eingeht. Und das finde ich ganz toll, wenn einfach die Zeit dazu da ist, darüber zu reden.“ (IP17, Zeilen 392-394)*

16 % der Nennungen in der Kategorie "Verstandenwerden" beziehen sich auf die Zeit, die sich ein\*e Osteopath\*in nimmt, um die Beschwerden der Patient\*innen zu verstehen.

#### **4.3.2 Verstandenwerden – Tiefe und Relevanz**

Fünf der interviewten Personen (IP13, IP15, IP16, IP17, IP20) äußerten sich mit 20 % aller Nennungen positiv über die Tiefe und Relevanz der osteopathischen Anamnese. Als tiefgehend wird eine Anamnese empfunden, wenn der\*die Patient\*in spürt, dass die Relevanz der Beschwerde anerkannt wird, wie folgende Aussage veranschaulicht:

*Ja, dass mir nicht gesagt wird okay, das ist irrelevant oder so, wenn ich gewisse Sachen erzähle, wie mit dem Schwindel, weil das habe ich halt schon so lange [...] es ist nie was dabei rausgekommen. Und heute habe ich das Gefühl gehabt, dass das, dass da mehr drauf eingegangen worden ist, obwohl ich gar nicht mit dem Anliegen hergekommen bin. (IP15, Zeilen 129-134)*

Ebenso für Tiefe und Relevanz spricht, wenn sich Patient\*innen verstanden fühlen, da sie die Gelegenheit haben ihre Probleme umfassend zu beschreiben und entsprechend nachgefragt wird.

*Und das hat mir unter anderem jetzt auch gefallen, dass man einfach, dass man gar nicht von Anfang an sagt: - Hey, das ist es.- Sondern wir untersuchen das jetzt mal Schritt für Schritt und wir kommen der Sache auf die Schliche und stellen mehrere Fragen. (IP16, Zeilen 141-144)*

#### **4.3.3 Verstandenwerden – Individuelle Ansprache ohne Wertung**

Mit 28% aller Nennungen stellt die Unterkategorie „Individuelle Ansprache ohne Wertung“ in der Analyse die zweithöchste Relevanz des Verstandenwerdens dar. Sieben interviewte

Patient\*innen (IP09, IP13, IP15, IP16, IP17, IP19, IP20) schätzten es, dass der\*die Osteopath\*in ohne zu werten auf die individuellen Bedürfnisse und Besonderheiten eingegangen ist. IP19 bewertete es positiv, dass der Fokus auf seiner Person und nicht auf dem Problem lag:

*„Ja auf mich orientiert, also auf mich bezogen, also es wurde wirklich auf mich eingegangen und nicht auch nur auf mein Problem fokussiert, sondern ein bisschen, sagen wir mal es wurde ganzheitlicher der Körper auch miteinbezogen.“* (IP19, Zeilen 68-70)

IP09 bekräftigt die Bedeutung der individuellen Ansprache, indem sie betonte, dass diese nicht wertend erfolgen sollte:

*„Also sicher einmal die Aufnahme von meinen Antworten, eine Reaktion darauf. Nicht wertend ist wichtig.“* (IP09, 110-111)

#### **4.3.4 Verstandenwerden – Vertrauensbasis**

Mit 36% aller positiver Nennungen, bezogen auf die Kategorie „Verstandenwerden“, stellt der Aufbau einer Vertrauensbasis die wesentliche Grundlage dar. 90% der Interviewten (mit Ausnahme von IP09) bezeugten dies mit Aussagen, wie beispielsweise von IP17 und IP20:

*Also das Interesse an mir und das Interesse, mir zu helfen. Ich hatte wirklich das Gefühl, dass der Osteopath rausfinden wollte, warum diese Beschwerde immer wieder auftritt, warum es nicht besser wird und dass er einfach da auf den Grund gehen wollte, um mir wirklich dauerhaft zu helfen.* (IP17, Zeilen 143-146)

*„Es war so eine ganz angenehme Gesprächsbasis, [...] die Beziehung hat super gepasst.“* (IP20, Zeilen 60-61)

Zwei Patient\*innen betonten im Interview, wie sehr sie es schätzen, wahr- und ernstgenommen zu werden. Dies ermögliche ihnen ein Vertrauen zum\*zur Osteopath\*in aufzubauen und offen über ihre Probleme reden zu können:

*„Und ich glaube, das Ernstnehmen und das auf den Menschen eingehen, das hat man eigentlich in jedem Bereich im Leben und wenn man dann eine Vertrauensbasis schafft, ich glaub, da kann man dann schon viel gewinnen.“* (IP13, Zeilen 153-155)

*„Es war wirklich sehr angenehm. [...] Ja, ich hatte frei von der Seele weg sprechen können.“* (IP18, Zeilen 13-14)

#### **4.3.5 Missverstandenwerden – Gefühl von Unwissenheit**

Zwei der zehn interviewten Personen (IP09, IP13) erlebten während der Anamnese ein Gefühl der Abwertung ihrer Person, da ihre Kenntnisse und Fähigkeiten in Frage gestellt wurden. Dies entspricht 33 % aller negativen Nennungen aus zwei Unterkategorien zum Thema „Missverstandenwerden“.

*„Ja ein Unwohlsein, Ja, also da habe ich mich ein bisschen unwohl gefühlt. (Patientin imitiert den Osteopathen) Das sollten Sie aber schon wissen, so?“ (IP09, Zeile 128-129)*

#### **4.3.6 Missverstandenwerden – Mangel an Vertrauen**

Als Pendant zum „Verstandenwerden“ aufgrund „Aufbaus einer Vertrauensbasis“, gaben vier Personen (IP09, IP13, IP17, IP19) mit 66 % aller Nennungen zu der Unterkategorie „Mangel an Vertrauen“ Gründe an, die es ihnen erschweren würden, Vertrauen aufzubauen. Dabei handelt es sich um Themen, bei denen die persönliche Komfortzone des\*der Patient\*in überschritten wird.

*„ein bisschen die anderen Krankengeschichten, dass man da so darüber geredet hat. Aber das ist mir jetzt nicht mega unangenehm gewesen. Aber vielleicht eher wie der Rest, also wie das eigentliche Schulterproblem“ (IP19, Zeilen 140-143)*

Zwei Interviewpartnerinnen (IP09, IP17) erwähnten Kommunikationsbarrieren, die aufgrund Geschlechterdifferenzen entstanden sind, insbesondere bei sensiblen weiblichen Themen. Eine Patientin mittleren Alters definierte dies folgendermaßen:

*„Aber für eine normale Hausfrau ist das dann doch etwas merkwürdig, mit einem Mann über solche intimen Details zu sprechen.“ (IP17, Zeilen 201-203)*

### **4.4 Patient\*innenpartizipation**

Wie in Kapitel 2.2.3 beschrieben, gibt es unterschiedliche Sichtweisen von Patient\*innen zur Partizipation. Um zu ergründen, was Patient\*innen allgemein zu diesem Thema denken, wurde im Interview gezielt nach ihrer allgemeinen Meinung gefragt. Andere Fragen im Interview bezogen sich auf das individuelle Gefühl der Einbindung während des Gesprächs. Die Ergebnisse der Analyse werden in diesem Kapitel in die Kategorien „**Patient\*innenpartizipation allgemein**“ und „**Patient\*innenpartizipation während des Gesprächs**“ unterteilt. Die

induktive Analyse der Interviews ergab vier Unterkategorien für die allgemeine Frage und drei Unterkategorien für das individuelle Gefühl während des Gesprächs.

#### 4.4.1 Patient\*innenpartizipation allgemein

In diese Kategorie fallen alle analysierten Aussagen der Patient\*innen zur Patient\*innenpartizipation im Allgemeinen. Dazu zählen Aussagen über die generelle Bedeutung der Partizipation, über Faktoren, die zur Exklusion führen, sowie über Möglichkeiten zur Förderung der Patient\*innenpartizipation im Gespräch. Die folgende Tabelle 9 visualisiert die Häufigkeit der in Bezug auf die „Patient\*innenpartizipation allgemein“ entstandenen vier Unterkategorien:

1. Gleichberechtigung im Gespräch
2. Mitarbeitsbereitschaft der Patient\*innen
3. Faktoren der Exklusion
4. Patient\*innenzentrierte Versorgung:

**Tabelle 9**  
*Patient\*innenpartizipation*

Dokument	Geschlecht	Alter	Gleichberechtigung im Gespräch	Mitarbeitsbereitschaft der Patient*innen	Faktoren der Exklusion	Patient*innenzentrierte Versorgung
IP09	w	>60	1	1	0	0
IP11	w	31-60	0	0	0	1
IP13	m	31-60	1	0	0	1
IP14	w	>60	1	1	0	0
IP15	w	18-30	0	1	1	1
IP16	m	18-30	1	1	1	1
IP17	w	31-60	1	1	1	1
IP18	w	31-60	1	1	1	1
IP19	m	18-30	1	1	1	1
IP20	m	18-30	1	1	0	1
<b>Summe</b>			<b>8</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>8</b>
<b>Prozent</b>			<b>80%</b>	<b>80%</b>	<b>50%</b>	<b>80%</b>

Legende: IP = Interviewpartner\*innen; m = männlich; w = weiblich; Alter in Jahren

Die Unterkategorie „**Patient\*innenzentrierte Versorgung**“ umfasst allgemeine Aussagen zur Bedeutung der Patient\*innenzentriertheit und des Mitbestimmens bei gesundheitlichen Entscheidungen. 27% der Nennungen fallen in diese Unterkategorie. Alle acht Personen unter 60 Jahren (IP11, IP13, IP15, IP16, IP17, IP18, IP19, IP20) befürworteten und wünschen sich eine

patient\*innenzentrierte Versorgung und tätigten allgemeine Aussagen, wie „*Ich finde das sehr gut*“ (IP11, Zeile 161). IP15 und IP17 wiesen darauf hin, dass sie den Eindruck haben, die Patient\*innenzentriertheit nehme trotz ihrer zunehmenden Bedeutung im medizinischen Bereich ab.

„*Ja, das finde ich extrem wichtig, weil das merkt man extrem, dass das immer mehr abnimmt.*“ (IP15, Zeilen 195-196)

Um die Bedeutsamkeit der Partizipation zu untermauern, erwähnen zwei der zehn Befragten (IP19 und IP20), dass die Gesundheitsdefinition individuell unterschiedlich sein kann. Somit sei es entscheidend die Meinung des\*der Patient\*in miteinzubeziehen.

„*wenn zwei Patienten mit demselben Problem am Knie kommen, dann empfindet es der eine so und der andere so und wenn man dann aber jedes Mal bei jedem gleich hingehet und das gleich macht, ist es nicht richtig.*“ (IP19, Zeilen 355-357)

„*Gesundheit kann sehr vielfältig sein, vom Patienten, das steht ja eigentlich im Vordergrund und insofern finde ich es so ganz wichtig, dass er bei allem mit einbezogen wird.*“ (IP20, Zeilen 196-198)

Aspekte, die dazu führen, dass sich der\*die Patient\*in nicht miteinbezogen fühlt, wurden mit 17% der Nennungen unter der Unterkategorie „**Faktoren der Exklusion**“ zusammengefasst. Fünf Interviewpartner\*innen (IP15, IP16, IP17, IP18, IP19) äußerten sich zu diesem Thema in Bezug auf Erfahrungen aus Gesprächen mit Ärzt\*innen. Als Hauptursache für die Wahrnehmung sich nicht miteinbezogen zu fühlen, nennen diese fünf interviewten Personen den Zeitmangel beim Gespräch.

„*Aber es ist einfach auch nicht die Zeit und so da, um das größer aufzuarbeiten, sondern schnell eine Lösung und fertig.*“ (IP17, Zeilen 288-290)

Neben Gründen wie dem Gefühl nicht gehört oder „*schnell abgespeist*“ (IP16, Zeile 290-291) zu werden, nannten drei Befragte (IP15, IP17, IP19) zusätzliche Ursachen, die zum Gefühl der Exklusion führen. Diese waren eine unzureichende Erklärung der Diagnose, die eine Eigenrecherche im Internet notwendig machte, sowie eine mangelhafte Befragung, die das Gefühl vermittelte, der\*die Behandler\*in habe kein Interesse daran, die Beschwerden vollständig zu verstehen. Auf die Frage, was der Grund sein könnte, weshalb die Patient\*innenpartizipation zu kurz kommt, antwortete IP15 folgendermaßen:

*Da oft keine weiterführenden Fragen vom Arzt an den Patienten gestellt werden. Und dass, wenn irgendeine Diagnose vorliegt, dass man selber immer nachfragen muss, was das eigentlich bedeutet und wie man damit umgehen soll und einem gar nicht wirklich ein weiterer Weg vorgeschlagen wird. Und ich habe oft das Gefühl, man muss sich selber so gut vorbereiten, vor einem Arzttermin und zusammengoogeln, damit man gezielt Fragen stellen kann, weil einem der Arzt von alleine überhaupt keine Optionen gibt. [...] Ich glaube, da bin ich nicht die Einzige. (IP15, Zeilen 200-206)*

Aussagen zu den Faktoren, die zur Förderung der Partizipation beitragen würden, wurden in 2 Unterkategorien unterteilt. Eine Unterkategorie „**Mitarbeitsbereitschaft der Patient\*innen**“ umfasst Einflüsse, die von Patient\*innen ausgehen. Die zweite Unterkategorie „**Gleichberechtigung im Gespräch**“ bezieht sich auf Umstände, die von den Behandler\*innen verändert werden könnten.

Bei der Unterkategorie „Mitarbeitsbereitschaft der Patient\*innen“ wird die Frage behandelt, wieviel Interesse und Engagement der\*die Patient\*in einbringt, wo die Grenzen des\*der Patient\*in liegen und wie offen er\*sie über seine\*ihre Anliegen sprechen kann. 80% der Interviewten (IP09, IP14, IP15, IP16, IP17, IP18, IP19, IP20) äußerten sich mit 27% der Nennungen in dieser Unterkategorie mit ihrer individuellen Meinung zu diesem Thema. Drei Personen (IP14, IP16, IP18) sind der Meinung, dass Interesse, Engagement und aktives Mittun für die erfolgreiche Therapie entscheidende Faktoren sind.

*„die Aufklärung und auch ja mitmachen. Nicht nur aufklären, sondern mitmachen. Dass die Patienten auch einige Aufgaben für ihre Gesundheit ja mitmachen, das ist wichtig. Also alleine nur hier das Gespräch und zu Hause auf Wunder warten geht nicht.“ (IP14, Zeilen 206-208)*

IP16 hätte neben der Aufklärung ebenso Interesse anatomische Einzelheiten zu erfahren und würde sich zu diesen Themen weiter informieren:

*Also da bin ich auch sehr daran interessiert an, da kann man auch gerne die anatomischen Namen nennen, also welche Muskeln, welche Sehnen, welche Faszien. Und dann wäre ich auch so ein Typ, der sich das dann mal alleine für sich ein bisschen anschaut, um das einmal dahinter zu verstehen. (IP16, Zeilen 278-282)*

Zum Thema, wo die Grenzen der Partizipation liegen, gibt es unterschiedliche Äußerungen. Eine Herausforderung stellt dabei die individuelle Offenheit dar. Drei interviewte Personen

(IP17, IP18, IP20) vertreten die Ansicht, dass es im Gesundheitsbereich für eine effektive Partizipation wesentlich sei, offen über alle Anliegen sprechen zu können;

*„ich denke, je ehrlicher, dass man mit der ganzen Sache oder mit dem Problem umgeht. [...] umso besser ist der Erfolg.“* (IP18, Zeilen 154-155)

Trotzdem stellt diese Offenheit für andere eine Herausforderung dar. So äußert IP09, dass sie als Frau keine Fragen zur Sexualität oder zu anderen körperlich persönlichen Anliegen beantworten möchte. Ähnlich empfindet es auch ein männlicher Interviewpartner (IP19), der ein weibliches intimes Problem als Beispiel nennt und der Meinung ist, dass es bei sensiblen Themen Fingerspitzengefühl benötigt. IP17 möchte nicht erfahren, wenn bösartige Erkrankungen im Raum stehen, die noch nicht bestätigt wurden. IP20 äußert den Gedanken, dass Patient\*innen sich die Ursache ihrer Problematik eventuell nicht eingestehen möchten und deshalb Mühe haben, offen über alles reden zu können. Auf die Frage, wo diesbezüglich die Grenze der Partizipation liegt, antwortet IP20 mit folgender Aussage:

*Ich glaube, dass das sehr viel persönlichkeitsabhängig ist. Also ich glaube, jeder Mensch ist anders. Der eine Mensch mag mehr Nähe, der andere mag mehr Distanz. Ich glaube, dass das ganz unterschiedlich sein kann.* (IP20, Zeilen 184-186)

Bei vier Personen (IP09, IP15, IP19, IP20) endet die Patient\*innenpartizipation bei wesentlichen Entscheidungen über den Therapievorgang. Diese Entscheidungen sollten der Fachperson überlassen werden.

*„[...] schlussendlich ist der Osteopath, die Osteopathin die Fachperson. Ich denke mal, ich würde nicht so groß in die Möglichkeiten der Therapie mitreden wollen, weil ich denke, das ist nicht mein Bereich.“* (IP09, Zeilen 252-254)

Für IP20 ist diese Grenze nicht so deutlich, da der\*die Patient\*in zufriedengestellt werden sollte. Deshalb sollte die Entscheidung zwar angeleitet, aber nicht aufgezwungen werden. Er wünscht sich diesbezüglich eher eine Richtungsweisung:

*natürlich ist sehr wohl so eine richtungsweisende Kommunikation, so ein wenig das Zepter übernehmen und sehr wohl ein wenig eine Richtung vorgeben, nicht schlecht, weil es ist immer noch der Unterschied zwischen Experte und Laie, aber schlussendlich muss es trotzdem für den Laien bzw. Patienten dann zufriedenstellend sein und passen.* (IP20, Zeilen 227-231)

Um die Partizipation von Patient\*innen im Anamnesegespräch zu fördern, wurden von acht interviewten Personen (IP11, IP13, IP15, IP16, IP17, IP18, IP19, IP20) verschiedenen Ansätze vorgeschlagen, die das Verhalten und die Kommunikation der Behandler\*innen betreffen. Alle Vorschläge betreffen die „**Gleichberechtigung im Gespräch**“ und wurden bei der Analyse unter gleichnamiger Unterkategorie zusammengefasst. Für drei der Interviewten (IP13, IP18, IP19) ist es wichtig, dass der\*die Patient\*in die Möglichkeit erhält, seine\*ihre Ansichten und Meinungen einzubringen. Dabei sei es wichtig, den\*die Patient\*innen auch mal erzählen zu lassen und dabei sollte der\*die Behandler\*in aufmerksam zuhören. IP13 sieht eine Wechselwirkung zwischen dem Vertrauensaufbau und der Möglichkeit, seine Ansichten einzubringen.

*Weil wenn der Patient die Möglichkeit hat, also erst einmal Vertrauen schöpft und dann die Möglichkeit hat, seine Ansichten [...] vorzubringen, dann ist das vielleicht für die Behandlung ja ganz gut, weil man dann oft irgendwas heraushört, was der Patient vielleicht vergessen hat oder was ihm vielleicht gar nicht so bewusst ist, dass das vielleicht eine Problemstellung sein könnte. Und zusätzlich glaube ich, hat das schon auch den Nutzen, dass einfach das Vertrauensverhältnis gestärkt wird. (IP13, Zeilen 229-234)*

IP19 wünscht sich aktiv bei allen gesundheitlichen Belangen mitbestimmen zu können, wenngleich das Gefühl mitschwingt, dies könnte den\*die Behandler\*in eventuell bedrängen:

*„Es kann schon sein, dass das manche vielleicht stört, aber für mich ist es wichtig, dass ich mitbestimmen kann und ehrlich sagen kann, so und so und dass das Thema dann auch wirklich behandelt wird.“ (IP19, Zeilen 155-157)*

Transparenz und Aufklärung sind vier Interviewpartner\*innen (IP09, IP14, IP16, IP19) ein Anliegen. Der\*die Patient\*in fühlt sich miteinbezogen, wenn alles genau erklärt wird.

*„Mir ist die Erklärung sehr wichtig, wenn ich das nachvollziehen kann, oder vieles kann man ja nicht immer selber nachvollziehen, weil man das Wissen nicht hat. Ja, aber eine Erklärung, also mir ist das wichtig.“ (IP09, Zeilen 259-261)*

IP14 ist der Meinung, dass Erklärungen und Absprachen wichtig sind, damit Entscheidungen keinesfalls über den Kopf von Patient\*innen getroffen werden. IP16 und IP19 haben eine ähnliche Auffassung und bringen zur Sprache, dass es wichtig sei genaue Aufklärung, über den Therapievorgang und auch über den Grund bestimmter Fragen zu leisten.

*„Die Patienten aufklären, warum man gewisse Sachen frägt oder macht und ihnen auch erklären was innen drin denn passiert im Körper und warum solche Sachen entstehen [...]. Ja, ich denke dann ist schon ein großer Schritt gemacht.“ (IP19, Zeilen 250-254)*

Später im Interview ergänzt IP19, dass diese Erklärungen verständlich und in einfachen Worten formuliert werden sollten. Fachjargon bzw. lateinische Begriffe sollten vermieden werden. IP13 ist diesbezüglich der gleichen Meinung und möchte keine langen Monologe des\*der Behandler\*in. Dies führe unweigerlich zum Aufbau einer Hierarchie, in der sich der\*die Patient\*in unterlegen und eingeschüchtert fühlen könnte. IP13 beginnt die Antwort auf die Frage, wie man Partizipation fördern könnte bzw. was keinesfalls gemacht werden sollte, mit einem Sprichwort:

*Fachidiot schlägt Laien tot. [...], dass man einfach da so eine Stufe aufbaut, so wie oft bei Ärzten. Da oben steht der Arzt und wirft mit den Fachbegriffen herum und gibt dem Patienten so irgendwie das Gefühl, ja du Nichtwissender. Ja, und was auch nicht sein soll, wenn zum Beispiel bei Ärzten passiert es oft, dass irrsinnig lange Monologe im Fachchinesischen passieren, wo man als Patient dasitzt, nichts versteht und sich denkt; jetzt wird es aber mühsam, (IP13, Zeilen 243-247)*

Allgemein sind sich fünf interviewte Personen (IP13, IP14, IP17, IP19, IP20) einig, dass der\*die Patient\*in auf Augenhöhe miteingebunden werden sollte. Dazu zähle auch, dass dem\*der Patient\*in zugehört werden sollte, um deren Wünsche und Anliegen zu erkennen. IP14 ist es wichtig, dass keinesfalls voreilig Annahmen über die Ursache oder den Behandlungsplan getroffen werden, ohne gründliches Zuhören und die Einbeziehung des\*der Patient\*in.

*„Natürlich nicht über den Kopf von Patienten Entscheidungen treffen, sondern besprechen und die Zustimmung von Patienten einholen. Das ist wichtig.“ (IP14, Zeilen 214-215)*

Ebenso unterstreicht IP20, dass keine Bevormundung stattfinden dürfe. Der\*Die Patient\*in sollte stets aktiv in Entscheidungsprozesse eingebunden werden.

*„Ich finde auf keinen Fall sollten Bevormundungen von Patienten sein.“ (IP20, Zeile 223)*

#### 4.4.2 Patient\*innenpartizipation im Gespräch

Tabelle 10 gibt einen Überblick über die entstandenen 3 Unterkategorien der Kategorie „Patient\*innenpartizipation im Gespräch“:

1. Individuelle Offenheit
2. Patient\*innenzentriertheit bei der Anamnese
3. Partizipationshindernisse

Diese Unterkategorien werden anschließend detailliert beschrieben.

**Tabelle 10**

*Patient\*innenpartizipation im Gespräch*

Dokument	Geschlecht	Alter	Individuelle Offenheit	Patient*innenzentriertheit bei der Anamnese	Partizipationshindernisse
IP09	w	>60	1	1	1
IP11	w	31-60	1	1	0
IP13	m	31-60	1	1	0
IP14	w	>60	0	1	0
IP15	w	18-30	0	0	1
IP16	m	18-30	1	1	0
IP17	w	31-60	0	1	0
IP18	w	31-60	1	1	0
IP19	m	18-30	1	1	0
IP20	m	18-30	1	1	0
<b>Summe</b>			<b>7</b>	<b>9</b>	<b>2</b>
<b>Prozent</b>			<b>70%</b>	<b>90%</b>	<b>20%</b>

*Legende: IP = Interviewpartner\*innen; m = männlich; w = weiblich; Alter in Jahren*

Diese Kategorie beleuchtet, inwiefern sich Patient\*innen während ihrer ersten osteopathischen Anamnese miteinbezogen fühlten. Im Interviewleitfaden wurde dieser Frage vorweg eine Richtungsweisung gegeben, indem darauf hingewiesen wurde, dass das Erstgespräch leitgebend für den weiteren Untersuchungs- und Behandlungsverlauf sei. Daraufhin lautete die Frage, wie sich der\*die Patient\*in diesbezüglich miteingebunden fühlte. Aussagen, die dazu führten, dass sich Patient\*innen ausgeschlossen fühlten, wurden unter „**Partizipationshindernisse**“ zusammengetragen. Im Gegensatz dazu wurden Nennungen über Faktoren, die zur Inklusion beitrugen, unter „**Patient\*innenzentriertheit bei der Anamnese**“ gesammelt. Haben sich Patient\*innen bei dieser Frage dazu geäußert, offen über ihre Probleme und Anliegen sprechen zu können, so wurde dies der Unterkategorie „**individuelle Offenheit**“ zugeteilt.

Mit 11% der Nennungen fielen die wenigsten Aussagen unter die Kategorie „**Partizipationshindernisse**“. Zwei Patientinnen (IP09, IP15) berichteten von negativen Erfahrungen während ihres ersten osteopathischen Anamnesegesprächs. IP15 fühlte sich ausgeschlossen, als sich die\*der Osteopathiestudent\*in mit dem\*der Supervisor\*in absprach. Sie zeigte jedoch auch Verständnis dafür. Dies ist in Settings wie Kliniktagen und Supervisionen eine Ausnahme und kommt in einer Osteopathiepraxis nicht vor. Es soll trotzdem an dieser Stelle erwähnt werden, um darauf hinzuweisen, dass es eine Nennung diesbezüglich gibt.

IP09 hingegen fühlte sich aufgrund mangelnder Erklärungen nicht miteinbezogen. Ihr fehlte das Verständnis für die gestellten Fragen. Sie hätte sich gewünscht, besser über alles aufgeklärt zu werden, und äußerte dies deutlich:

*Also eher nicht so einbezogen. Ich habe sowie den Zusammenhang zwischen den Fragen nicht so nachvollziehen können [...], ich würde bevorzugen, wenn ich dann Schritt für Schritt ein bisschen informiert werde, Was passiert jetzt? Was macht er oder sie? Dass ich so ein bisschen mitdenken kann. (IP09, Zeilen 189-192)*

38% der Nennungen in Bezug auf die Partizipation während des Gesprächs wurden der Unterkategorie „**individuelle Offenheit**“ zugeordnet. Sieben interviewte Personen (IP09, IP11, IP13, IP16, IP18, IP19, IP20) bezeichneten sich selbst als Menschen, die offen über ihre Probleme sprechen könnten und somit bei diesem Gespräch keine Hemmungen hatten. IP09 und IP19 beziehen sich bei ihrer Offenheit auf ihre Erfahrungswerte. Bei der über sechzigjährigen IP09 hätte sich diese Offenheit und den Mut alles anzusprechen zu können mit dem Alter entwickelt. Der in die Altersgruppe von 18-30 fallende IP19 hat seine Thematik bereits seit der Geburt und in der Hoffnung, dass man ihm dann besser helfen könne, geht er sehr offen damit um.

*„also das kann ich sehr viel besser kommunizieren als natürlich früher noch. Da weiß man mit der Zeit, mit der Erfahrung weiß man das, was man will und was man nicht will. (Okay) Ja, vom Alter her denke ich mal ist das sicherlich.“ (IP09, Zeilen 287-289)*

*„ich bin da sehr offen. Ich habe das ja von Geburt an und ich will ja, dass mir geholfen wird. Und ich denke, man kann mir am besten helfen, wenn man wirklich den kompletten Einblick hat oder einen guten Überblick.“ (IP19, Zeilen 217-219)*

IP18 ist wie IP19 der Meinung, dass die Offenheit Voraussetzung für den Erfolg der Therapie sein könnte.

*„je ehrlicher, dass man mit der ganzen Sache oder mit dem Problem umgeht. (...) umso besser ist der Erfolg.“ (IP18, Zeilen 154-155)*

IP16 erklärt seine Bereitschaft zur Offenheit damit, dass er eine Praxis als einen geschützten Raum ansieht:

*„Für mich ist das insofern auch ein geschützter Raum. Immer wenn ich in eine Praxis gehe, da kann ich mich sehr gut öffnen und auch jegliche anderen Themen, die vielleicht ich als privat bezeichnen würde, ansprechen.“ (IP16, Zeilen 179-181)*

Die meisten Nennungen mit 50 % dieser Kategorie bezogen sich darauf, dass sich die Patient\*innen bei der Anamnese miteingebunden fühlten. Neun der zehn interviewten Personen nannten verschiedene Gründe, die zur **„Patient\*innenzentriertheit bei der Anamnese“** führten. Nur von IP15 gab es diesbezüglich keine Nennung. Alle Neun nannten als Hauptgrund für dieses Gefühl des Einbezogenenseins die sorgfältige Anamnese mit der darauffolgenden umfassenden Erklärung der Zusammenhänge. IP13 hat es wie folgt auf den Punkt gebracht:

*Ja, ich habe mich da schon sehr gut mit einbezogen gefühlt, [...] Es ist ja durch die umfassende Befragung, was da passiert ist, ist eigentlich ja der Großteil erhoben worden, dass man sich dann auch ein Bild machen kann und dementsprechend dann eben die Untersuchung gestalten kann und auch die ganzen Problemstellungen, was ich selber habe, habe ich auch vorbringen können. Also da denke ich mir, dass das eigentlich ganz gut passt. (IP13, Zeilen 211-216)*

Als weiterer fördernder Grund für Partizipation wurde von IP11 und IP14 das aktive Nachfragen im Gespräch genannt. IP11 fühlte sich durch dieses explizite Nachfragen zum Nachdenken aufgefordert und IP14 hatte das Gefühl, dass ihre Meinung zum weiteren Vorgehen eingeholt wurde. Beides führte dazu, dass sie sich auf Augenhöhe miteingebunden fühlten.

*„Und da hat man schon meine Meinung eingeholt, was ich gerne haben möchte, [...] ich habe auch meine Meinung dazu gesagt, dann haben wir gemeinsam entschieden“ (IP14, Zeilen 227-229)*

## 4.5 Zeitlicher Aspekt

Den Studierenden der WSO wird vermittelt, bei einem einstündigen Osteopathetermin die Zeit zu dritteln. Dies bedeutet, dass etwa 20 Minuten für die Anamnese, 20 Minuten für die Befundung und 20 Minuten für die Behandlung vorgesehen sind. Der zeitliche Aspekt wird von den befragten Personen im Interview in Zusammenhang mit unterschiedlichen Themen angesprochen (siehe Kapitel 4.2.1 Verstandenwerden - Zeit nehmen zur Problemdarstellung). Diese Kategorie soll differenziert beurteilen, wie die Patient\*innen die Zeit für das Erstgespräch empfunden haben. In Tabelle 11 wird dargestellt, ob die Zeit als angemessen, als zu lang oder zu kurz empfunden wurde. Als weitere Unterkategorie wurden Aussagen analysiert, bei denen Patient\*innen während der Erstanamnese das Zeitgefühl verloren haben.

**Tabelle 11**

Zeitlicher Aspekt

Dokument	Geschlecht	Alter	Zeitgefühl verloren	angemessene Zeit	zu lang	zu kurz
IP09	W	>60	1	1	0	0
IP11	W	31-60	1	1	0	0
IP13	M	31-60	1	1	1	0
IP14	W	>60	1	1	0	0
IP15	W	18-30	0	0	0	1
IP16	M	18-30	0	1	0	0
IP17	W	31-60	0	1	0	1
IP18	W	31-60	0	1	0	0
IP19	M	18-30	0	1	0	0
IP20	M	18-30	1	1	0	0
<b>Summe</b>			<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Prozent</b>			<b>50%</b>	<b>90%</b>	<b>10%</b>	<b>20%</b>

Legende: IP = Interviewpartner\*innen; m = männlich; w = weiblich; Alter in Jahren

### 4.5.1 Positives Zeiterlebnis bei der Anamnese

Neun von zehn Studienteilnehmer\*innen (außer IP15) äußerten, dass sie die zur Verfügung gestellte Zeit als angemessen und ausreichend empfunden haben. IP20 meinte präziser, dass bei der Anamnese nicht das Gefühl entstand, man hätte sich beeilen müssen und doch wurden alle Fragen geklärt. IP13 und IP11 hatten das Gefühl, dass die Zeit sehr schnell verging, da sie sich bei dem Gespräch sehr eingebunden fühlten und in das Erzählen vertieft waren. IP18 empfand die Zeit ebenso als ausreichend, da alle Themen angesprochen wurden:

*Also für mich war es ausreichend, weil meine Themen zur Sprache kamen und auch natürlich Lösungen präsentiert wurden. (IP18, Zeilen 182-183)*

Fünf der Patient\*innen (IP9, IP11, IP13, IP14, IP20), die den zeitlichen Aspekt bei der Anamnese als angemessen erlebten, schilderten, dass sie das Zeitgefühl beim Gespräch verloren hätten und nicht mehr nachvollziehen konnten, wie lange die Anamnese letztendlich gedauert hätte. Diese Einsicht überraschte die Interviewteilnehmer\*innen positiv.

*Ich habe dann die Zeit eigentlich komplett verloren. Also ich weiß nicht mehr. Ich kann nicht sagen, wie lange es gedauert hat. [...] Weil durch das Erzählen und so, also es war jetzt nicht so, dass ich mir gedacht habe, naja, wann fängt es jetzt endlich an? (IP11, Zeile 165-169)*

#### **4.5.2 Abweichendes Zeiterlebnis bei der Anamnese**

Obwohl das Zeitgefühl bei der Anamnese als angemessen erlebt wurde, stellten drei der Studienteilnehmer\*innen (IP13, IP14, IP17) in Frage, ob die Anamnese nicht auch mehr bzw. weniger Zeit in Anspruch hätte nehmen können. Zwei Interviewpartner\*innen hätten kein Problem damit gehabt, wenn das Erstgespräch etwas länger gedauert hätte.

*„Ich hätte kein Problem gehabt, wenn es noch ein bisschen länger gedauert hätte, weil man hat durch die Thematik und so wie man eingebunden worden ist, ist einem das nicht so aufgefallen, dass das zu lange wäre.“ (IP13, Zeilen 263-266)*

Auf die darauffolgende Frage, ob dies auch auf Kosten von der Behandlung in Ordnung gewesen wäre, meinte IP13: *„Nein damit hätte ich kein Problem gehabt. Überhaupt nicht.“ (IP13, Zeile 273)*

Im Vergleich dazu empfand eine Patientin mittleren Alters (IP17), dass das Gespräch auch einmal eine Pause benötigt. Sie äußerte folgendermaßen indirekt, dass das Erstgespräch etwas kürzer hätte sein können:

*Na ja, ab einer gewissen Zeit, weiß man dann auch schon gar nicht mehr, wo führt das Gespräch hin. Oder was soll man noch antworten? Irgendwann mal ist es dann einfach zu lange. Man muss das Gespräch auch mal kurz ruhen lassen und behandeln und vielleicht beim nächsten Mal das Gespräch wieder aufnehmen. (IP17, Zeilen 327-330)*

## 4.6 Selbstreflexion und Erkenntnisgewinn

Die Analyse der Interviews ergab eine neue induktiv aus dem Material gewonnene Kategorie „**Selbstreflexion und Erkenntnisgewinn**“. 90% der Befragten brachten Aussagen zur Sprache, die dieser Kategorie zugeordnet wurden. Darunter fallen Äußerungen, in denen beschrieben wird, dass Patient\*innen durch die Anamnese neue Erkenntnisse über sich selbst erlangten und Zusammenhänge erkannten. Anmerkungen dazu wurden der Unterkategorie „**Selbstreflexion und Bewusstwerden von Zusammenhängen**“ zugeordnet. Durch die detaillierte Befragung im Erstgespräch wurden mitunter Erinnerungen an vergangene, zum Teil verdrängte Ereignisse hervorgerufen. Bemerkungen in diese Richtung wurden der Unterkategorie „**Erinnerung an vergangene Ereignisse**“ zugeteilt. Zusätzlich brachten interviewte Personen zum Ausdruck, dass sie während der Anamnese einen Anstoß erhielten, sich weiter zu bestimmten Themen zu informieren. Äußerungen diesbezüglich wurden ebenso dieser Kategorie untergeordnet, unter der Bezeichnung „**Impuls zur Nachforschung**“. In Tabelle 12 werden die Unterkategorien zu der Kategorie „Selbstreflexion und Erkenntnisgewinn“ erfasst und im anschließenden Text vertiefend analysiert.

**Tabelle 12**  
*Selbstreflexion*

Dokument	Geschlecht	Alter	Impuls zur Nachforschung	Erinnerungen	Selbstreflexion
IP09	w	>60	0	0	1
IP11	w	31-60	0	1	1
IP13	m	31-60	0	1	1
IP14	w	>60	0	0	0
IP15	w	18-30	0	0	1
IP16	m	18-30	0	0	1
IP17	w	31-60	1	0	1
IP18	w	31-60	1	1	1
IP19	m	18-30	0	0	1
IP20	m	18-30	0	0	1
<b>Summe</b>			<b>2</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
<b>Prozent</b>			<b>20%</b>	<b>30%</b>	<b>90%</b>

*Legende: IP = Interviewpartner\*innen; m = männlich; w = weiblich; Alter in Jahren*

### 4.6.1 Impuls zur Nachforschung

Für zwei Patientinnen mittleren Alters (IP17, IP18) war das Erstgespräch ein Impuls, sich näher mit den bei der Anamnese gestellten Fragen zu beschäftigen. IP17 meinte, dass ihr im Nach-

hinein immer mehr dazu einfallen. Sie möchte sich zuhause mehr Gedanken zu bestimmten Fragen machen, diese notieren und das Gespräch beim nächsten Termin nochmals aufnehmen.

*Auf jeden Fall werde ich mir all die Fragen, an die ich mich noch erinnern kann, überlegen und selber auch hinterfragen, ob ich ihm alles beantwortet habe und alles gesagt habe, was wirklich war. Also gerade das mit den Unfällen werde ich mir auch noch genauer anschauen oder größere Krankheiten. Und das werde ich mir fürs nächste Gespräch auf jeden Fall notieren und kann es ihm dann mitteilen. (IP17, Zeilen 364-368)*

#### **4.6.2 Erinnerung an vergangene Ereignisse**

Drei interviewte Personen (IP11, IP13, IP18) wurden während der Anamnese an vergangene Ereignisse erinnert. Für die Patientin IP11 waren diese Erinnerungen besonders prägend und intensiv, da sie dramatische und lebensverändernde Ereignisse umfassten. Ein Flugzeugabsturz und eine schwere Geburt ihres Sohnes hatten physische und psychische Auswirkungen, die bei der Anamnese wieder ins Bewusstsein gerufen wurden. Die Patientin berichtete, dass sie diese Ereignisse verarbeitet habe und sie ihr nicht mehr so nahe gingen. Gleichzeitig erwähnte sie jedoch, dass diese Erinnerungen verdrängt wurden und bei der Erzählung dann auch Gefühle hervorgerufen wurden.

*Weil ich bin ja dann wieder sozusagen hineingedrückt worden in den Sitz, da ist ja doch eine Kraft dahinter, die da wirkt, nicht? (Ja) und auch das war halt dann wieder so, dass da wieder der Rücken halt auch wieder betroffen war. [...] so lernt man halt dann was eigentlich alles passiert ist, so im Laufe der Zeit, was man eigentlich sonst verdrängt. (IP11, Zeilen 41-44)*

Auf die Frage, ob beim Anamnesegespräch Gefühle hochgekommen seien, meinte IP11:

*Ja sicher, wenn man wieder erinnert wird. Man erlebt es halt dann wieder geistig ein bisschen mit, weil man ja dann doch, wenn man das reflektiert, sicher man fühlt sich dann schon wieder irgendwo zurückversetzt und man spürt das irgendwie. Was man halt erlebt hat, aber ich meine, es ist jetzt nicht so, dass es jetzt so arg nahe geht. Aber man erlebt es natürlich wieder so im Geiste ein bisschen mit. (IP11, Zeilen 69-73)*

Der männliche Patient IP13 brachte ebenfalls die Erinnerung in Zusammenhang mit den Gefühlen, die beim Erstgespräch hochgekommen sind. Auf die Frage, welche Gefühle während des Gesprächs hochgekommen seien, antwortete IP13:

*[...] Und die Gefühle, es war dann ja so irgendwie die Erinnerungen an die diversen Verletzungen, wie das passiert ist und was dann auch in weiterer Folge bei den Ärzten was diagnostiziert worden ist und wie dann die Behandlung erfolgt ist. Also das ist dann wieder so ein bisschen so vor dem geistigen Auge erschienen. (IP13, Zeilen 76-80)*

IP18 sieht das Hervorrufen von Ereignissen aus der Vergangenheit und das Setzen dieser in Verbindung mit dem aktuellen Problem als einen wesentlichen Ansatz der Osteopathie.

*„Was auch interessant ist, dass Dinge vorkommen, [...], wo man das Gefühl hat, man hat sie schon vergessen, über bestimmte Verletzungen oder Erkrankungen, wo auch ein Ansatz ist in der Osteopathie, dass irgendwas in Erinnerung gerufen wurde.“ (IP18, Zeilen 14-17)*

#### **4.6.3 Selbstreflexion und Bewusstwerden von Zusammenhängen**

90% aller Befragten (mit Ausnahme von IP14) äußerten, dass ihnen durch die detaillierte Anamnese, bei der die Fragen auch weit in die Vergangenheit zurückreichten, einige Zusammenhänge bewusst geworden seien. Die Patient\*innen berichteten, dass dieses tiefgehende Erstgespräch ihnen half, bisher vergessene Ereignisse und deren Auswirkungen auf ihre aktuellen Beschwerden zu erkennen. Diese Reflexion führte mitunter dazu, dass die Patient\*innen ihre Traumata und Erlebnisse genauer analysierten und sie gemeinsam mit dem\*der Osteopath\*in der Ursache des aktuellen Problems auf den Grund gingen.

*Es ist mir dann auch später erst in den Sinn gekommen. Zum Beispiel ein Bänderriss, auf den ich keinen Wert mehr gelegt habe. Oder eben auch als Kind eine Blinddarmoperation. So dass nicht immer nur die letzten 10 bis 20 Jahre vielleicht im Kopf sind und relevant sein könnten. Und das hat sich im Laufe des Gesprächs so ergeben. (I: Und das war für sie auch alles schlüssig?) IP18: Oja sehr und es macht natürlich auch wieder andere Türen auf. (IP18, Zeilen 40-48)*

Alle neun interviewten Personen, die sich dazu äußerten, empfanden diese Erfahrungen während des Erstgesprächs als schlüssig und interessant.

*„Also, dass versucht wird, verständliche Zusammenhänge zu knüpfen. Das war schon sehr aufschlussreich.“ (IP18, Zeilen 101-102)*

64% aller Nennungen in dieser Kategorie bezogen sich auf „Selbstreflexion und Bewusstsein von Zusammenhängen“. Die gemeinsame Ursachensuche und das Verknüpfen mit der aktuellen Beschwerde hatten bei diesen neun befragten Personen einen hohen Stellenwert in der osteopathischen Anamnese. Dies führte unweigerlich zu einem Aspekt der Zufriedenheit und kann mit der in Kapitel 4.3.2 erwähnten Einzigartigkeit der Erfahrungen in Verbindung gebracht werden. Zwei weitere Beispiele von IP11 und IP09 veranschaulichen dies:

*„Für mich war das sehr interessant, weil ich mich auch näher kennengelernt habe. Weil man muss dann doch nachdenken, wann welche Ereignisse, also man wird ja dann gefragt, ob man schon Verletzungen hatte und welche Krankheiten man hatte.“ (IP11, Zeilen 15-17)*

Für die über 60-jährige Patientin IP09 waren die Verknüpfungen zu ihrer Geburt besonders interessant:

*„Erstaunt war ich bei der Frage nach der Geburt, nach meiner Geburt. Das hat mich erstaunt. Und dann auch quasi die Folgerungen daraus, das war sehr interessant und spannend.“ (IP09, Zeilen 144-146)*

## 5 Schlussfolgerungen und Diskussion

Die vorliegende Studie untersucht die subjektive Wahrnehmung der osteopathischen Erstanamnese, wie sie an der WSO gelehrt wird, aus Sicht der Patient\*innen. Um die Übersichtlichkeit zu wahren, wird in diesem Kapitel die Reihenfolge des Ergebnisteils beibehalten, auch wenn es dabei zu Überschneidungen der verschiedenen Abschnitte kommt. Die Ergebnisse der Studie werden in den Kontext des derzeitigen Standes der Wissenschaft gestellt und diskutiert. Weiters werden die Grenzen der Studie kritisch reflektiert. Abschließend wird die Bedeutung der Ergebnisse für die Osteopathie hervorgehoben und ein Ausblick auf fortführende Forschungsmöglichkeiten gegeben.

### 5.1 Einbettung der Ergebnisse in den Stand der Wissenschaft

Die vorliegende Studie zeigt, dass sich 60% der befragten Patient\*innen gedanklich auf das Erstgespräch vorbereitet haben und 40% über frühere Verletzungen und Unfälle recherchiert haben. In der Studie von Browne et al. (2019) wird darauf hingewiesen, dass durch die Bereitstellung von Informationsmaterial für Patient\*innen vor der Konsultation die Kommunikation zwischen Patient\*in und Behandler\*in verbessert und Missverständnisse reduziert werden könnten. Standardisierte Aufklärungsmaßnahmen seien dabei oft nicht ausreichend. Vielmehr sollte vorweg definiert werden, was dem\*der Patient\*in in der Konsultation wichtig ist und welche Zielsetzung der\*die Patient\*in hat. Browne et al. (2019, S.1030) verweisen auf spezifische Instrumente wie einen „*patient goal planner*“ (Patient\*innen-Zielplaner) oder einen „*patient curriculum vitae*“ (Patient\*innen-Lebenslauf).

In der Studie von Eberhart-Retana Mena (2012) "Die Anamnese in der Osteopathie" wurden Osteopath\*innen zur Anamnese befragt. Das Thema „Vorbereitung auf die Anamnese“ kam dabei nicht zur Sprache. Es bleibt offen, wie unterschiedliche Osteopath\*innen in ihren Praxen damit umgehen. Die Autorin stellt auf ihrer Homepage Informationen bereit, während andere telefonisch Hinweise geben oder schriftliches Material vor Ort anbieten.

Die Studien und Leitfäden von Gahl (2020, S. 128), Geisler (2008, S. 109-110) sowie Hohenberger und Moldaschl (2018, S. 54) weisen darauf hin, wie wichtig eine **gute Vorbereitung** für den Aufbau einer vertrauensvollen Therapeut\*in-Patient\*in-Beziehung ist. Für Patient\*innen trägt eine gründliche Vorbereitung dazu bei, dass sie sich während der Anamnese wohler fühlen und weniger Sorgen vor dem Gesprächsanfang haben, wie Geisler (2008, S. 109-116) im

Kapitel „Das Gespräch beginnt“ beschreibt. Dies wird durch die vorliegende Studie untermauert und erklärt, warum sich vier Personen in der aktuellen Untersuchung gewünscht haben, vor dem Erstgespräch auf diese ausführliche Anamnese vorbereitet zu werden.

70% der interviewten Personen empfanden die Fragen bei der Anamnese als unerwartet tiefgründig und äußerten das Bedürfnis auf die Erstanamnese vorbereitet zu werden. Browne et al. (2017) bestätigen, dass eine unzureichende Information vor dem Erstgespräch zu Missverständnissen bei der Anamnese führen kann. Als Anregung kann an dieser Stelle der Patient\*innenratgeber „Osteopathie für Frauen“ von Gillemot und Newiger (2002, S. 44) genannt werden, in dem auf die detaillierte Befragung während einer osteopathischen Einheit hingewiesen wird. Die Autor\*innen erklären, dass diese Befragung notwendig sei, um dem auslösenden Faktor der Beschwerde auf den Grund zu kommen.

Das **gedankliche Formulieren** der aktuellen Problematik durch die Patient\*innen ist ein wesentlicher Bestandteil der von Lippka (2015, S. 87) definierten „Kommunikationsarchitektur“ vor einem Erstgespräch im therapeutischen Alltag. Trotzdem gaben 40% der Befragten an, dass sie sich nicht spezifisch vorbereitet hätten und beschwerdeorientiert ins Erstgespräch gingen. Dabei spielen laut diesen Patient\*innen Erfahrungswerte eine wesentliche Rolle, insbesondere bei den beiden über 60-jährigen Patientinnen, sowie bei IP09 und IP11, die beide chronische Beschwerden haben und demzufolge schon öfters ihre Geschichte erzählt haben (siehe Kapitel 4.1.1). Das Alter der Patientinnen, sowie die regelmäßigen Arztbesuche aufgrund ihrer chronischen Krankheiten haben dazu geführt, dass sie Vertrautheit in der Erklärung ihrer Beschwerden entwickelt haben. Das stimmt mit den Erkenntnissen von Clayman et al. (2017) überein, die darauf plädieren vergangene Erfahrungen und die Autonomie des\*der Patient\*in in die medizinische Begegnung miteinfließen zu lassen. Entscheidungen und das Kommunikationsverhalten von Patient\*innen sollten laut Clayman et al. (2017) im Kontext des gesamten Lebensumfeldes und früherer Erfahrungen gemacht werden.

Bei den Interviews wurde von den Patient\*innen **als größter Wunsch** das Finden einer Ursache ihrer Beschwerden und in weiterer Folge eines Lösungsansatzes angegeben. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Studie von Anden et al. (2015) die zeigen, dass das Verständnis des Gesundheitszustands für Patient\*innen oft wichtiger ist als die Heilung selbst. Patient\*innen äußerten Zufriedenheit, wenn sie verstanden, was ihre Symptome verursachte, selbst wenn sie keine unmittelbare Linderung erfuhren. Unzufriedenheit trat hingegen auf, wenn Patient\*innen die Ursache ihrer Beschwerden nicht erfuhren, selbst wenn sie eine erfolgreiche symptomatische Behandlung erhielten. Die Studie von Bach et al. (2023) untermauert diese Ergebnisse,

indem sie aufzeigt, dass das Verständnis von Diagnose, Behandlungsplan und Prognose eine entscheidende Rolle für die Patient\*innenzufriedenheit spielt.

In den Gesprächen von Hohenberger und Moldaschl (2018, S. 57) sind sich Arzt und Patient einig, dass die wichtigste Zielsetzung die Heilung sei. In der vorliegenden Studie wird diese Perspektive jedoch erweitert, indem sie zeigt, dass Heilung nicht nur als Symptomlinderung, sondern auch als tiefes Verständnis und Akzeptanz der eigenen gesundheitlichen Situation wahrgenommen wird. Es wird als primärer Wunsch nicht etwa die Heilung, sondern das Auffinden der Ursache und in weiterer Folge das Entwickeln eines Behandlungsansatz genannt. Aktuelle Studie zeigt weiters auf, dass das **Verständnis der Beschwerden** (siehe Kapitel 4.4.2) als wesentlicher Teil des Heilungsprozesses gesehen wird.

Die Studie von Eberhart-Retana Mena (2012) betont den hohen Stellenwert der Anamnese aus Expert\*innen-Sicht im Hinblick auf die Aspekte des Kennenlernens und des **Vertrauensaufbaus**. Geisler (2008, S.111) hebt ebenso hervor, wie wertvoll es ist, empathisch und offen auf die Patient\*innen einzugehen, um Vertrauen zu schaffen. Die hier gewonnenen Daten unterstreichen die Bedeutung Vertrauen zum\*zur Osteopath\*in aufbauen zu können (siehe Kapitel 4.1.2). Die Studie von Street et al. (2007) ergänzt, dass Vertrauen nicht nur durch die Art und Weise der Kommunikation aufgebaut wird, sondern auch durch die gegenseitige Wahrnehmung während der ersten Begegnung. Dabei seien Vertrauen und eine positive Wahrnehmung eng mit einer patient\*innenzentrierten Kommunikation verknüpft. Ebenso wird in der aktuellen Studie von 50% der Patient\*innen die Wohlfühlatmosphäre hervorgehoben und in Verbindung mit dem Vertrauensaufbau gebracht.

Die vorliegende Studie zeigt, dass eine gründliche und strukturierte Gesprächsführung während der Anamnese entscheidend für die **Zufriedenheit** der Patient\*innen ist. Für 80% der Proband\*innen trug eine **gründliche Gesprächsführung** maßgeblich zur Zufriedenheit bei (siehe Kapitel 4.2.4). Diese Gesprächsführung zeichnet sich durch eine detaillierte und umfassende Befragung aus, die ein ganzheitliches Bild der Beschwerden ermöglicht. Diese Methode gibt den Patient\*innen das Gefühl, dass der\*die Osteopath\*in bestrebt ist, den Ursachen ihrer Beschwerden auf den Grund zu gehen. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen von Schmacke et al. (2016, S. 257), die die Bedeutung einer patient\*innenzentrierten Kommunikation und eines umfassenden Verständnisses der Patient\*innen-Bedürfnisse betonen.

Ebenso wird die Notwendigkeit einer gründlichen und strukturierten Gesprächsführung in der Studie von Eggert (2015) zur Rolle der Patient\*innenkommunikation in der Osteopathie betont.

Dabei wird hervorgehoben, wie wichtig es sei, sowohl auf emotionaler als auch auf fachlicher Ebene mit den Patient\*innen zu kommunizieren. Die Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf erfordere eine umfassende Ausbildung in Kommunikation. In der vorliegenden Studie zeigen sich hingegen 80% der befragten Patient\*innen mit der Gesprächsführung des\*der Osteopath\*in zufrieden. Diese Rückmeldungen zeigen, dass die Kommunikationsfähigkeiten der Osteopath\*innen positiv bewertet werden. Diese Ergebnisse stehen somit im Gegensatz zu Eggerts (2015) Forderung nach einer verstärkten Kommunikationsausbildung.

30% der Patient\*innen berichteten, dass die offene und sympathische Art der Osteopath\*innen ihre Zufriedenheit deutlich steigerte (siehe Kapitel 4.2.1). Diese positiven Erfahrungen bekräftigen die Bedeutung von **Offenheit und Empathie** in der Kommunikation. Zufriedenheit ist eng mit dem Gefühl verknüpft, gehört und verstanden zu werden. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen von Geisler (2008, S. 121) und Hughes et al. (2022), die aufzeigen, dass eine **empathische Gesprächsführung** nicht nur die **Zufriedenheit** der Patient\*innen erhöht, sondern auch das Gefühl vermittelt, gehört und verstanden zu werden, was wiederum zur positiven Wahrnehmung der Anamnese beiträgt.

Andén et al. (2005) betonen, dass die Gespräche in der Allgemeinmedizin oft wichtiger für Patient\*innen sind als angenommen. Die **Einzigartigkeit der Erfahrung** beim osteopathischen Erstgespräch wird von Patient\*innen insbesondere im Vergleich zu anderen medizinischen Anamnesegesprächen hervorgehoben. Die vorliegende Studie bestätigt die Erkenntnisse von Clayman et al. (2017), dass frühere Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem Einfluss darauf haben, wie Patient\*innen neue medizinische Begegnungen interpretieren und bewerten. Erfahren Patient\*innen während der osteopathischen Anamnese eine tiefere, detailliertere und empathischere Behandlung als zuvor, fühlen sie sich wertgeschätzt und individuell betreut. Diese Wahrnehmung der Einzigartigkeit trägt wesentlich zur Patient\*innen-zufriedenheit bei und deckt sich mit den Schlussfolgerungen von Schmacke et al. (2016):

*„Vorherige Erlebnisse und Erfahrungen mit dem medizinischen Versorgungssystem scheinen dagegen eine relevante Deutungsgrundlage für die patientenseitig erlebte Zufriedenheit zu sein.“* (Schmacke et al., 2016, S. 250)

Die vorliegende Studie zeigt widersprüchliche Erfahrungen der Patient\*innen während des Erstgesprächs. Einerseits äußerten 90% interviewten Personen im Kapitel 4.3.4 **„Verstandenwerden“**, dass sie während des Gesprächs mit dem\*der Osteopath\*in eine **Vertrauensbasis** aufbauen konnten. Andererseits wurde in der Studie festgestellt, dass in

40% der Fälle Kommunikationsbarrieren das Vertrauen erschwerten, wie in Kapitel 4.3.6 dargestellt. Ein **Mangel an Vertrauen** wurde als Hauptgrund für **Missverständnisse** angegeben. Dies ist auf individuelle Kommunikationsbarrieren, wie das Aufrollen von Krankheitsgeschichten, die nicht augenscheinlich mit dem aktuellen Problem zu tun haben, sowie auf Geschlechterdifferenzen zurückzuführen. Diese individuellen Barrieren führten dazu, dass sich einige Patient\*innen missverstanden fühlten und verdeutlichen die Notwendigkeit, individuell auf Patient\*innen einzugehen und sie im Vorfeld über die Erstanamnese aufzuklären. Dies stellt den ersten Schritt zu einer, wie von Epstein und Street (2011) geforderten, auf die individuellen Bedürfnisse der Patient\*innen abgestimmten Gesprächsführung und deren aktiver Einbindung. In diesem Zusammenhang kamen Andén et al. (2005) zu dem Ergebnis, dass Verständnis das grundlegendste Konzept einer Konsultation ist: „*Understanding is the most basic outcome, being an aspect of all the others.*“ (Andén et al., 2005)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ungeteilte Aufmerksamkeit, Empathie und eine strukturierte Gesprächsführung des\*der Osteopath\*in eine Umgebung schaffen, in der sich Patient\*innen gehört und verstanden fühlen. Die vorliegende Studie zeigt, dass diese Elemente nicht nur die Zufriedenheit der Patient\*innen erhöhen, sondern auch wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie sind. Das Gefühl, verstanden zu werden, ist dabei unerlässlich, um eine Vertrauensbasis aufbauen zu können. Demzufolge kann **Ablenkung während der Gesprächsführung**, wie von drei Patient\*innen dieser Studie empfunden, die Zufriedenheit beeinträchtigen. Die **Art der Befragung** spielt eine entscheidende Rolle für die Zufriedenheit der Patient\*innen und wurde in dieser Studie als Hauptgrund für **Unzufriedenheit** identifiziert.

Hoher (2020) untersucht in ihrer Studie die subjektive Sichtweise von Patient\*innen auf die Behandlung und stellt fest, dass die Patient\*innen der Kommunikation einen hohen Stellenwert beimessen. Sie kritisiert, dass in ihrer Studie die Befindlichkeiten, insbesondere die entstandenen Emotionen während der Anamnese nicht eingehend erfragt wurden, was als Versäumnis betrachtet wird. In vorliegender Studie wurde genau dieser Aspekt aufgegriffen und vertieft untersucht. Die von Hoher durchgeführten Interviews ergaben, dass den Patient\*innen die Aufklärung sehr wichtig sei. Wie in der Studie von Bach et al. (2023) bestätigen auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie die **zentrale Bedeutung einer umfassenden Aufklärung**. Für 90% der Studienteilnehmer\*innen ist dies entscheidend für eine zufriedenstellende Patient\*innenpartizipation.

Es gab Widersprüche bezüglich der Wahrnehmung der **Art und Tiefe der Befragung**. Einerseits wurden die Fragen in diesem Umfang nicht erwartet und führten anfangs zu Vertrauensbarrieren und einem unangenehmen Gefühl bei einigen Patient\*innen. Andererseits nannten 90% der Proband\*innen, dass das genaue Nachfragen und die sorgfältige Anamnese, zusammen mit der darauffolgenden Erklärung, dazu führten, dass sie sich einbezogen fühlten. Diese umfassende Aufklärung spielte eine Rolle dabei, die anfänglichen Unannehmlichkeiten zu überwinden und trug dazu bei, dass sich die Patient\*innen mehr eingebunden und partizipativ wahrgenommen fühlten.

Diese Erkenntnisse verdeutlichen die Bedeutung der **Patient\*innenpartizipation**. Die aktive Einbindung der Patient\*innen, insbesondere beim Erstgespräch, ist entscheidend, um die Zufriedenheit zu erhöhen und Missverständnisse zu vermeiden. Eine klare und verständliche **Erklärung der Zusammenhänge, Transparenz, Aufklärung** und das **aufmerksame Zuhören** spielen dabei eine zentrale Rolle. Diese Ergebnisse decken sich mit den Studien von Ahrens et al. (2012), Bach et al. (2023), Schmacke et al. (2016) sowie Schoeb und Bürge (2012).

Die Rolle der Kommunikation in Bezug auf die Partizipation wird in der Umfrage zum Thema „Ärzt\*in-Patient\*in-Beziehung im Wandel“ von Kühn-Mengel (2008) hervorgehoben. Die Versorgung sollte so gestaltet werden, dass die Beteiligung der Patient\*innen im medizinischen und therapeutischen Alltag aktiv gefördert wird. Dabei sollte die Kommunikation den individuellen Erwartungen und Fähigkeiten der Patient\*innen gerecht werden. Kühn-Mengel (2008) weist darauf hin, dass zur Förderung der Partizipation vom Bundesgesundheitsministerium Strategien entwickelt wurden, die Schulungs- und Trainingsmaßnahmen für Ärzt\*innen zur Verbesserung der Kommunikation, sowie Schulungen für Patient\*innen zur Vorbereitung auf die Anamnese beinhalten (Kühn-Mengel, 2008, S.179).

Der Fokus dieser Studie liegt auf der **allgemeinen Sicht der Patient\*innen**, es stellt sich daher die Frage, inwiefern Patient\*innen überhaupt in den medizinischen Entscheidungsprozess mit einbezogen werden möchten und wo die individuellen Grenzen der Partizipation liegen? Wie in Kapitel 2 beschrieben, gibt es unterschiedliche Patient\*innentypen (siehe Kapitel 2.2.1), sowie verschiedene Arten der Partizipation (siehe Kapitel 2.2.3). Die Analyse der Interviews ergab, dass die Meinungen zur Partizipation vielfältig sind und stark von den individuellen Bedürfnissen und Persönlichkeiten der Patient\*innen abhängen.

Die Interviews zeigten, dass der Großteil der Patient\*innen hauptsächlich informiert werden möchte (siehe Kapitel 4.4.1). Bei 40% der Befragten endet die Partizipation bei wichtigen Ent-

scheidungen zum weiteren Therapieverlauf, die sie lieber dem Fachpersonal überlassen. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Bach et al. (2023) überein, die hervorheben, dass für Patient\*innen die Information und das Verständnis zur eigenen Situation im Hinblick auf das Gefühl der Partizipation entscheidend sind.

Obwohl die **Offenheit**, über alles reden zu können, von zwei Personen als Voraussetzung für den Erfolg einer Therapie angesehen wird, äußerten drei Personen **Hemmungen**, offen über bestimmte persönliche Bereiche zu sprechen. Fünf Personen möchten auf Augenhöhe einbezogen werden, jedoch eher in einer richtungsweisenden Art. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass es noch ein langer Weg ist bis zum\*zur mündigen, autonomen oder kompetenten Patient\*in, wie sie in der Theorie von Bachinger (2012, S. 32-37) beschrieben werden. Um aktive Partizipation zu fördern, benötige es nach Epstein und Street (2011) ein individuelles Eingehen auf die Wünsche und Bedürfnisse von Patient\*innen. Diese sollten das Gefühl haben, für sie relevante Themen ansprechen zu können, um eine vertrauensvolle und partizipative Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Nach den Ergebnissen der Studie von Schmacke et al. (2016) ist der Weg zu einer partizipativen Kommunikation, trotz erlernter Kommunikationstechniken, schwieriger als vermutet. Es wird betont, dass selbst mit einer Ausbildung in Gesprächsführung nicht immer von einer nichtpaternalistischen Grundhaltung ausgegangen werden kann. *„Und auch hier, wo Prinzipien einer Gesprächsführung a la Rogers vermutlich vertraut sind, wird man nicht durchgängig von einer nichtpaternalistischen Grundhaltung ausgehen können.“* (Schmacke et al., 2016, S. 262)

Die Ergebnisse vorliegender Studie, bei der sich 90% der befragten Personen hinsichtlich der Kategorie **„Partizipation im Gespräch“** (siehe Kapitel 4.4.2) positiv einbezogen fühlten, stehen im Widerspruch zu den Ergebnissen von Schmacke et al. (2016). Dieser Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass Schmacke et al. sich auf Ärzt\*in-Patient\*in-Gespräche konzentrieren, während die vorliegende Studie den Fokus auf Osteopath\*in-Patient\*in-Gespräche legt. Der ganzheitliche Ansatz in der Osteopathie, auf den in der Einleitung unter Kapitel 2.1 eingegangen wurde, fördert eine partnerschaftliche Herangehensweise an den\*die Patient\*in. Zudem haben Therapeut\*innen in der Osteopathie mehr Zeit für ihre Patient\*innen, was zu einer tieferen und umfassenderen Kommunikation führen kann und eine weniger paternalistische, mehr patient\*innenorientierte Kommunikation ermöglicht.

50% der Befragten in dieser Studie äußerten im Hinblick auf ihre allgemeine Meinung zur Partizipation, dass der zeitliche Aspekt bei Ärzt\*innen häufig zu einem Gefühl der Exklusion

führt. Schmacke et al. (2016, S. 260) heben hervor, dass von Seiten der Ärzt\*innen der zeitliche Faktor ebenfalls ein Hindernis für partizipative Kommunikation darstellt.

Der **zeitliche Aspekt** spielt nicht nur für die Partizipation eine wichtige Rolle, sondern trägt, wie in vorliegender Studie unter „Verstandenwerden-Zeit zur Problemdarstellung“ (Kapitel 4.3.1) und „Unzufriedenheit-Patient\*in hat Zeitdruck empfunden“ (Kapitel 4.2.5) dargestellt, auch wesentlich zum Gefühl des Verstandenwerdens und der Zufriedenheit bei. Epstein und Street (2011) betonen ebenfalls, dass Zeitmangel oft ein Hindernis für eine patient\*innenzentrierte Kommunikation darstellt, da dabei eine gemeinsame Entscheidungsfindung und Reflexion vernachlässigt werden. Auch die Studie von Bach et al. (2023) unterstreicht, dass Zeitdruck eine umfassende Aufklärung und damit eine echte Partizipation erschwert.

Im Gegensatz dazu wurde in dieser Studie das **allgemeine Zeiterlebnis** bei der Anamnese als durchwegs positiv empfunden. Neun von zehn Studienteilnehmer\*innen äußerten, dass sie die zur Verfügung gestellte Zeit als angemessen und ausreichend empfunden haben, was zu einer tieferen Einbindung führte. Obwohl 90% der Patient\*innen die Zeit als angemessen empfanden, äußerten drei Teilnehmer\*innen den Wunsch nach mehr oder weniger Zeit. Dies verdeutlicht, dass individuelle Unterschiede in den Bedürfnissen und Erwartungen der Patient\*innen auch hinsichtlich der Zeit fürs Erstgespräch bestehen.

Die individuellen Unterschiede der Patient\*innen unterstreichen die Notwendigkeit einer flexiblen und patient\*innenzentrierten Gesprächsführung, die Raum für **Selbstreflexion und Erkenntnisgewinn** lässt. In der aktuellen Studie äußerten 90% der Befragten, dass die detaillierte Anamnese die Möglichkeit eröffnete, persönliche Erfahrungen und vergangene Ereignisse zu reflektieren. Dies trug nicht nur zu einem besseren Verständnis ihrer Beschwerden bei, sondern förderte auch das Bewusstwerden von Zusammenhängen. Dies passt zu den Erkenntnissen von Buljac-Samardzic et al. (2021), wonach ein tieferes Verständnis der Krankheit und der Behandlungsoptionen zu einem höheren Maß an Selbstreflexion führen kann. Diese Selbstreflexion und der Erkenntnisgewinn sind zentrale Aspekte der Wahrnehmung einer auf ganzheitlichem Ansatz gestützten Erstanamnese in der Osteopathie. Sie helfen den Patient\*innen, die Ursache ihrer Beschwerden besser zu verstehen und aktiv in den Heilungsprozess eingebunden zu werden. Dementsprechend betonten die Teilnehmer\*innen in der Studie von Grace et al. (2016), dass das Verständnis der Patient\*innen und die Reflexion über eigene Erfahrungen entscheidende Aspekte des klinischen Denkens in der Osteopathie sind.

Wagner (2015) hebt die Bedeutung der Wahrnehmung und ihrer unbewussten Prozesse im Patient\*innen-Gespräch hervor. Sie stellt das von ihr entwickelte Modell der „Vier Dimensionen der Behandlungsbeziehung“ vor, welches die Wichtigkeit einer gelungenen Kommunikation zwischen Osteopath\*in und Patient\*in betont. Ein tiefgehendes Gespräch, indem die Lebensumstände und die emotionalen Zustände einbezogen werden, sind genauso wichtig, wie die körperliche Behandlung. Diese Herangehensweise ermöglicht es, dass Patient\*innen ihre eigenen Erfahrungen und Konditionierungen reflektieren und daraus neue Erkenntnisse gewinnen.

Die Erkenntnisse aus vorliegender Studie und die Ansätze von Wagner (2015) verdeutlichen, wie wichtig ein offenes, tiefgehendes Gespräch auf Vertrauensbasis in der osteopathischen Anamnese ist. Solche Gespräche ermöglichen es, die gesamte Lebensgeschichte der Patient\*innen einzubeziehen, was zu relevanten Erinnerungen, Selbstreflexion und einem Impuls zur Nachforschung führen kann (siehe Kapitel 4.6.3). Diese Prozesse sind entscheidend, um Heilungsprozesse in Gang zu setzen. Dieser ganzheitliche Ansatz der Osteopathie und der osteopathischen Anamnese, in dem alle Aspekte des Patient\*innen-Lebens berücksichtigt werden, bildet die Grundlage für diese Selbstreflexion und den Erkenntnisgewinn und trägt in weiterer Folge zu einer effektiven und zufriedenstellenden Behandlung bei.

## **5.2 Methodische Überlegungen und Grenzen der Studie**

Die Entscheidung eine qualitative Herangehensweise zu wählen und Interviews durchzuführen, um eine subjektive Sichtweise von Patient\*innen auf die osteopathische Anamnese zu erhalten, erwies sich als geeignete Methode. Dadurch konnten tiefgehende Einblicke in die Wahrnehmung von Patient\*innen und deren individuellen Wünsche gewonnen werden. Dennoch traten verschiedene Herausforderungen auf, die die Literaturrecherche, die Durchführung der Interviews, methodische Einschränkungen und die Anwendung des Kategoriensystems betrafen.

### **5.2.1 Herausforderung bei der Literaturrecherche**

Da der Begriff Osteopathie in der Literatur nicht eindeutig definiert ist, gestaltete sich auch die Suche nach geeigneter Literatur zur osteopathischen Anamnese als herausfordernd. Es war notwendig, auf Studien zur Anamnese im allgemein medizinischen Bereich zurückzugreifen,

abgesehen von zwei Masterthesen der Universität Krems, die jedoch nicht veröffentlicht wurden und somit als graue Literatur eingestuft werden.

Als zentrale Quelle diente die Studie von Schmacke et al. (2016), die als Buch veröffentlicht wurde und unter anderem die Patient\*innen-Meinung zur ärztlichen Konsultation erforschte. Dabei ist jedoch anzumerken, dass ärztliche Konsultationen nicht direkt mit osteopathischen Erstanamnesen gleichzusetzen sind. Wesentliche Unterschiede bestehen beispielsweise in der Zeit, die für das Erstgespräch zur Verfügung steht, in der ganzheitliche Herangehensweise der Osteopathie, sowie in unterschiedlichen Zielsetzungen.

Somit könnte die Übertragbarkeit der Erkenntnisse aus der medizinischen Literatur auf den osteopathischen Kontext eingeschränkt und in weiterer Folge die Validität der theoretischen Grundlage beeinträchtigt sein. Um eine solidere Basis für vergleichbare Studien zu schaffen, bedarf es weiterer Forschungen und Veröffentlichungen in diesem Bereich.

### **5.2.2 Herausforderung bei der Durchführung der Interviews**

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Bedingungen, unter denen die Interviews durchgeführt wurden. Die Forschungsfrage lautete: Wie nehmen Patient\*innen eine auf einen ganzheitlichen Denkansatz gestützte osteopathische Erstanamnese, wie sie an der WSO gelehrt wird, wahr? Um diese spezifische Frage möglichst authentisch zu erfassen, wurden die Interviews bewusst im Rahmen von Supervisionen und Kliniktagen geplant, um die Erstanamnese so zu beleuchten, wie sie tatsächlich in der Ausbildung der WSO praktiziert wird.

Allerdings brachte diese Entscheidung auch Herausforderungen mit sich. Durch die Anwesenheit von Supervisor\*innen oder Klinikassistent\*innen waren Patient\*innen oft nicht allein mit dem\*der Osteopath\*in. Zudem könnten die Osteopathiestudent\*innen durch Nervosität beeinflusst worden sein. Diese Bedingungen stellten keine vollständig neutrale Situation dar und könnten dazu geführt haben, dass die Antworten der Patient\*innen durch diese äußeren Umstände verfälscht wurden. Diese Problematik trat besonders deutlich bei den Interviews nach den Masterprüfungen auf, weshalb diese aus der Analyse ausgeschlossen wurden.

Ein weiterer Faktor, der die Interviews beeinflusst haben könnte, war die anfängliche Unerfahrenheit der Autorin in der Interviewführung. Zu Beginn der Studie führte diese fehlende Erfahrung dazu, dass die befragten Personen eher kurz und spärlich antworteten. Außerdem war es herausfordernd, die Aufmerksamkeit der Patient\*innen im Interview ausschließlich auf die

Anamnese zu lenken und nicht auf die ganze osteopathische Einheit. Mit der Zeit verbesserte sich jedoch die Qualität der Interviews, was sowohl auf die zunehmende Routine als auch auf das häufigere Durchführen von Interviews zurückzuführen ist.

Diese Verzerrung der Ergebnisse durch externe Einflüsse und die methodische Unerfahrenheit stellte eine Einschränkung dar, die in zukünftigen Studien durch eine neutralere Interviewumgebung und gezieltes Training in der Interviewführung minimiert werden sollten.

### **5.2.3 Herausforderung bei der Methodik**

Eine Einschränkung stellte die Stichprobengröße von nur 10 befragten Interviewpartner\*innen dar, was die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse einschränkt und die Aussagekraft bezüglich geschlechterspezifischer und altersspezifischer Unterschiede limitiert. Zwar wurde versucht durch ein gezieltes Sampling von 6 weiblichen und 4 männlichen Interviewpartner\*innen, sowie durch eine Altersverteilung von 4 Personen im Alter von 18-30 Jahren, 4 Personen im Alter von 31-60 Jahren und 2 weiblichen Teilnehmerinnen über 60 Jahren eine gewisse Diversität zu gewährleisten. Jedoch stellte sich heraus, dass es aufgrund der geringen Gesamtstichprobe schwierig war, differenzierte Meinungen in Bezug auf Alter und Geschlecht herauszuarbeiten.

Hinzu kommt, dass die Osteopathie auch bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen einen großen Stellenwert einnimmt. Diese Altersgruppe wurde bewusst ausgeschlossen, um Bias, wie etwa die Beeinflussung von Eltern, zu vermeiden. Dies führt dazu, dass mögliche wertvolle Informationen über die Behandlung von jüngeren Patient\*innen unberücksichtigt bleiben. In zukünftigen Studien könnte es sinnvoll sein, diese Gruppe mit einer geeigneten Methodik einzubeziehen.

### **5.2.4 Herausforderung bei der Kategorisierung der Daten**

Ein weiterer kritischer Aspekt ergab sich bei der Anwendung des deduktiven, also aus der Theorie abgeleiteten, Kategoriensystems. Dieses umfasste die Kategorien; Erwartungen und Wünsche, Zufriedenheit, Verstandenwerden, Patient\*innenpartizipation und der zeitliche Aspekt. Während der Analyse der Interviews stellte sich jedoch heraus, dass es herausfordernd war, die Kategorie Zufriedenheit klar von den anderen Kategorien abzugrenzen.

Die Patient\*innen äußerten Zufriedenheit oder Unzufriedenheit häufig im Zusammenhang mit anderen Aspekten, wie dem Gefühl des Verstandenwerdens, der Einbeziehung in das Gespräch, der Erfüllung von Erwartungen und Wünschen, sowie der Zufriedenheit mit dem zeitlichen Aspekt. Die Grenzen zwischen den Kategorien verschwammen häufig und mussten während der Analyse mehrfach neu definiert werden.

Letztendlich wurde die Kategorie Zufriedenheit so abgegrenzt, dass Aspekte, die zu einem allgemeinen Gefühl des Wohlbefindens beitragen und nicht direkt einer anderen Kategorie zugeordnet werden konnten, der Kategorie Zufriedenheit zugeordnet. Dies führte zu den Unterkategorien Offenheit und Sympathie des\*der Osteopath\*in, Wohlfühlatmosphäre, Einzigartigkeit der Erfahrungen und Gesprächsführung für Zufriedenheit, sowie zu Zeitdruck empfunden und Ablenkung bei der Gesprächsführung für Unzufriedenheit. Trotzdem kam es bei der Auswertung immer wieder zu Überschneidungen zwischen den Kategorien. Um dennoch eine klare Analyse und Diskussion zu gewährleisten, wurden diese Überschneidungen berücksichtigt und in die Auswertung integriert.

Rückblickend hätte diese Problematik vermieden werden können, da in anderen Studien, beispielsweise in der Studie von Andén et al. (2005) sowie Schmacke et al. (2016), explizit darauf hingewiesen wurde, dass Zufriedenheit immer im Kontext zu anderen Faktoren gesehen werden muss. In zukünftigen Forschungen sollte daher berücksichtigt werden, dass Zufriedenheit als eine übergeordnete Kategorie betrachtet werden kann, in die andere Aspekte, wie das Erfüllen von Erwartungen und Wünschen, Verstandenwerden, Partizipation und der zeitliche Aspekt einfließen. Außerdem sollte beachtet werden, dass Zufriedenheit als subjektives Empfinden nicht direkt messbar ist, sondern vielmehr im Zusammenhang zu vielen Faktoren steht.

### **5.3 Erkenntnisse und Ausblick**

Insgesamt gibt die vorliegende Studie wertvolle Einblicke darüber, wie Patient\*innen eine ganzheitliche osteopathische Erstanamnese, wie sie an der WSO gelehrt wird, wahrnehmen. Die Ergebnisse zeigen auf, dass eine gründliche und empathische Gesprächsführung für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Osteopath\*in und Patient\*in entscheidend ist.

Die Zufriedenheit und der Behandlungserfolg hängen wesentlich davon ab, wie gut Patient\*innen ihren Gesundheitszustand verstehen und über diesen informiert werden.

Demzufolge sollten Osteopath\*innen ausreichend Zeit für das Erstgespräch einplanen. Dies bietet die Möglichkeit für eine klare und verständliche Erklärung der Zusammenhänge, Transparenz und ein aufmerksames Zuhören. Die Befragungstechniken sollten so gewählt werden, dass Patient\*innen ihre Anliegen vollständig äußern und auch den Hintergrund der Frage verstehen können.

Besonders hervorzuheben ist der Wunsch der Patient\*innen, vor der Anamnese besser informiert und auf die ganzheitliche Befragung vorbereitet zu werden. Eine verbesserte Aufklärung im Vorfeld der Anamnese fördert den Aufbau von Vertrauen und die Effektivität des Gesprächs. Ein vielversprechender Ansatz für die Praxis ist daher die Entwicklung von Informationsmaterial, welches Patient\*innen vor ihrem ersten osteopathischen Termin zur Verfügung gestellt bekommen.

Eine aktive Einbindung von Patient\*innen während des Gesprächs trägt zur Zufriedenheit bei und reduziert Missverständnisse. Trotz der positiven Ergebnisse in Bezug auf die Partizipation beim osteopathischen Erstgespräch, zeigt die Studie, dass es diesbezüglich noch Aufklärungsbedarf gibt und die Umsetzung in der Praxis noch optimiert werden könnte. Es scheint noch ein langer Weg zu einer gleichberechtigten Zusammenarbeit zu sein, bei der sich Patient\*innen in allen Belangen mit ihren individuellen Bedürfnissen und Vorstellungen einbringen möchten.

Die Gesprächsführung sollte flexibel und individuell angepasst sein, um den unterschiedlichen Erwartungen und Patient\*innentypen gerecht zu werden. Dementsprechend sollten sich zukünftige Forschungsarbeiten darauf konzentrieren, die verschiedenen Kommunikationsstile von Osteopath\*innen im Umgang mit Patient\*innen zu untersuchen. Damit könnte die Balance zwischen professioneller Beratung und aktiver Patient\*innenbeteiligung gefördert werden.

Von besonderer Bedeutung in dieser Studie ist die induktiv aus den Daten gewonnene Kategorie „Erkenntnisgewinn und Selbstreflexion“. Die ausführliche und tiefgehende osteopathische Anamnese regte viele Patient\*innen dazu an, über ihre Beschwerden und deren mögliche Ursachen zu reflektieren. Dies wiederum stellt einen ersten Schritt im Heilungsprozess dar, da Zusammenhänge zwischen Ereignissen, Lebensumständen und aktuellen Beschwerden erkannt werden und dementsprechend reagiert werden kann.

Eine osteopathische Anamnese ist neben der osteopathischen Behandlung ein wesentlicher Bestandteil des ganzheitlichen Heilungsprozesses. Diese Erkenntnis stellt einen wichtigen Beitrag zur Bedeutung der Anamnese in der Osteopathie dar. Die „Ganzheitlichkeit“ in der

Osteopathie spiegelt sich auch in der Anamnese wider. So werden Patient\*innen bereits im Erstgespräch in den Heilungsprozess miteingebunden.

## LITERATURVERZEICHNIS

- Ahrens, D., Bachinger, G., Caspari, F., Conen, D., Girtler, R., Hauke, E., Hinterreiter, G., Hohenauer, J., Holzer, E., Huber, E., Jens, R., Knaack, N., Langbein, K., Lohmann, H., Maier, M., Mayer, P., Motycka, T., Nebling, T., Offermanns, G., ... Wild, C. (2012). *Die Patientenperspektive—Ein neuer Ansatz für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems* (E. Holzer, G. Offermanns, & E. Hauke, Hrsg.). WU Universitätsverlag/Facultas.
- Andén, A., Andersson, S.-O., & Rudebeck, C.-E. (2005). Satisfaction is not all – patients' perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study. *BMC Family Practice*, 6(1), 43. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-6-43>
- Bach, Y., Panov, E., Espin-Garcia, O., Chen, E., Krzyzanowska, M., O'Kane, G., Moore, M., Prince, R. M., Knox, J., Grant, R., Ma, L. X., Allen, M. J., Eng, L., Kosyachkova, E., Megid, C. T. B., Barron, C., Wang, X., Saltiel, M., Farooq, A. R. R., ... Elimova, E. (2023). First impressions: A prospective evaluation of patient–physician concordance and satisfaction following the initial medical oncology consultation. *Cancer Medicine*, 12(24), 22293–22303. Directory of Open Access Journals. <https://doi.org/10.1002/cam4.6758>
- Bachinger, G. (2012). Die Beteiligung (Partizipation) des Patienten: Der lernende Patient. In E. Holzer, G. Offermanns, & E. Hauke (Hrsg.), *Patientenperspektive—Ein neuer Ansatz für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems* (S. 29–40). WU Universitätsverlag/Facultas.
- Biberschick, M. (2019). *Die 5 osteopathischen Denkmodelle & Ideen/Gedanken zu deren praktischer Umsetzung* [Skriptfassung].

- Browne, F., Bettles, S., Clift, S., & Walker, T. (2019). Connecting patients, practitioners, and regulators in supporting positive experiences and processes of shared decision making: A progress report. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(6), 1030–1040. <https://doi.org/10.1111/jep.13279>
- Bryant, A. H. (2007). *The Sage handbook of grounded theory*. SAGE Publications.
- Buljac-Samardzic, M., Clark, M. A., A. van Exel, N. J., & H. van Wijngaarden, J. D. H. (2021). *Patients as team members: Factors affecting involvement in treatment decisions from the perspective of patients with a chronic condition*. <https://doi.org/10.1111/hex.13358>
- Clayman, M. L., Gulbrandsen, P., & Morris, M. A. (2017). A patient in the clinic; a person in the world. Why shared decision making needs to center on the person rather than the medical encounter. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 600–604. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.016>
- Eberhart-Retana Mena, J. (2012). *Die Anamnese in der Osteopathie—Theorie und Praxis*. Krems. <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/91315.pdf>
- Eggert, D.-K. (2015). *Die Rolle der Patientenkommunikation in der Osteopathie*. <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/95480.pdf>
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
- Erbe, B. (2014). Der „mündige Patient“: Wie viel Beteiligung ist gesund? *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139(45), 2276–2277. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1374721>
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (10., Erweiterte Neuauflage Aufl.). Rowohlt Taschenbuch.

- Froschauer, U., & Lueger, M. (2020). *Das qualitative Interview: Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme* (2. Aufl.). UTB GmbH.
- Fryer, G. (2011). Call for papers: An invitation to contribute to a special issue on osteopathic principles. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 14(3), 79–80.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2011.10.001>
- Gahl, K. (2020). *Begegnung und Verantwortung: Beiträge zu einer ärztlichen Menschenkunde*. Verlag Karl Alber. <https://doi.org/10.5771/9783495820964>
- Gareus, I., & Abholz, H.-H. (2012). Patientenpartizipation in der Hausarztpraxis. In R. Rosenbrock & S. Hartung (Hrsg.), *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (S. 331–343). Hans Huber.
- Gehrmann, U., Koch, K., & Sawicki, P. T. (2008). Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung: Schlusswort zu dem Beitrag von Klaus Koch, Ulrich Gehrmann, Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki, in Heft 38/2007. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(5), 10084–10084.  
<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=56988>
- Geisler, L. (2008). *Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch: Wirklichkeit und Wege* (5., aktualisierte Auflage). pmi-Verlag.
- Gillemot, B., & Newiger, C. (2002). *Osteopathie für Frauen: So werden Blockaden und Verspannungen gelöst; Gezielte Hilfe bei über 60 typischen Beschwerden; mit Selbsthilfe-Tipps: So unterstützen Sie Ihre Behandlung optimal; die sanfte Erfolgs-Methode: Hilfreich bei Schwangerschaft und in den Wechseljahren*. TRIAS.
- Girtler, R. (2012). „Homo patiens“—Vom „gläubigen“ zum "kritischen Patienten und der „dankbare“ Patient. In E. Holzer, G. Offermanns, & E. Hauke (Hrsg.),

*Patientenperspektive—Ein neuer Ansatz für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems* (S. 24–28). WU Universitätsverlag/Facultas.

Grace, S., Orrock, P., Vaughan, B., Blaich, R., & Coutts, R. (2016). Understanding clinical reasoning in osteopathy: A qualitative research approach. *Chiropractic & Manual Therapies*, 24(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12998-016-0087-x>

Hemmer-Schanze, C., & Füessl, H. S. (2006). Wer verstehen will, braucht Zeit. *MMW - Fortschritte der Medizin*, 148(3), 25–31. <https://doi.org/10.1007/BF03364518>

Hoher, J. (2020). *Die osteopathische Behandlung aus PatientInnen-sicht: Interviews mit PatientInnen über ihre subjektive Befindlichkeit bei osteopathischen Behandlungen*. Elsevier GmbH. <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/98290.pdf>

Hohenberger, W., & Moldaschl, H. (2018). *Arzt-Patienten-Kommunikation Ein Patient und sein Chirurg im Zwiegespräch* (1. Aufl.). De Gruyter.

Hruby, R. H., Tozzi, P. H., Lunghi, C. H., & Fusco, G. H. (2020). *Die fünf Modelle der Osteopathie* (1. Aufl., Bd. 1). Elsevier GmbH.

Hughes, S., Vennik, J. L., Smith, K. A., Bostock, J., Howick, J., Mallen, C., Little, P., Ratnapalan, M., Lyness, E., Leydon, G. M., Dambha-Miller, H., Morrison, L., Everitt, H. A., & Bishop, F. L. (2022). Clinician views on optimism and empathy in primary care consultations: A qualitative interview study. *BJGP Open*, 6(3). <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0221>

Kirchner, F. B. des W., Hoffmeister, J. B., & Regenbogen, A. H. (2013). *Wörterbuch der philosophischen Begriffe* (Bd. 500). Felix Meiner Verlag GmbH.

- Klimont, J. (2019). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. 217. <https://www.statistik.at/services/tools/services/publikationen/detail/848>
- Koch-Gromus, U., & Kreß, H. (2012). Arzt-Patienten-Verhältnis. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(9), 1081–1084. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1541-0>
- Kühn-Mengel, H. (2008). Die Arzt-Patienten-Interaktion aus Patientensicht. In W. H. Gellner & M. Schmöller (Hrsg.), *Neue Patienten—Neue Ärzte?* (S. 161–183). Nomos.
- Lamel, F. (2015). *Die Rolle der Diagnose in der Osteopathie*. Krems. <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/95484.pdf>
- Langer, W., Hebgen, E., & Assink, R. (Hrsg.). (2017). *Lehrbuch Osteopathie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Karl F. Haug Verlag.
- Letz, F., & Mayring, P. (2022). *Qcamap* [Software]. <https://www.qcamap.org/ui/de/home>
- Liem, T. (2013). *Kraniosakrale Osteopathie: Ein praktisches Lehrbuch* (6. überarbeitete und erweiterte Edition). Thieme.
- Liem, T., Belousov, L. V., Fessenmeyer, M.-O., Fischer, L., & Habecker, M. (2013). *Morphodynamik in der Osteopathie: Grundlagen und Anwendung am Beispiel der kranialen Sphäre* (2. Aufl.). Haug Fachbuch.
- Liem, T., & Dobler, T. K. (2016). *Leitfaden Osteopathie* (1. Aufl.). Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Liem, T., & Tsolodimos, C. (2013). *Osteopathie: Gezieltes Lösen von Blockaden*. TRIAS.

- Lippka, M.-M. (2015). *Leitfaden Kommunikation im therapeutischen Alltag: Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie; Von A wie „Aktives Zuhören“ bis Z wie „Zeitdruck“* (1. Aufl.). Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Mayer, J. (2019a). Welches Gesundheitsmodell hat die Osteopathische Medizin? Teil 1: Krankheitsbegriff im biomedizinischen Modell der Standardmedizin. *Osteopathische Medizin*, 20(2), 18–22. [https://doi.org/10.1016/S1615-9071\(19\)30048-6](https://doi.org/10.1016/S1615-9071(19)30048-6)
- Mayer, J. (2019b). Welches Gesundheitsmodell hat die Osteopathische Medizin? Teil 2: Eine osteopathische Sichtweise zur Gesundheit und zum Gesundsein. *Osteopathische Medizin*, 20(3), 10–16. [https://doi.org/10.1016/S1615-9071\(19\)30083-8](https://doi.org/10.1016/S1615-9071(19)30083-8)
- Mayer, J., Pelz, H., & Riedel, M. (2019). Osteopathische Medizin: Versuch einer zeitgemäßen Definition. *Osteopathische Medizin*, 20(1), 10–15. [https://doi.org/10.1016/S1615-9071\(19\)30011-5](https://doi.org/10.1016/S1615-9071(19)30011-5)
- Mayer-Fally, E. (2021). *Klinische Osteopathie Klinisches Denken und Entscheiden in der Osteopathie*. [Skriptfassung].
- Mayr-Fally, E. (2014). „Was ist zu tun bei...“ *Leitfaden für klinisches Vorgehen und Denken in der Praxis* [Skriptfassung].
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Beltz GmbH, Julius.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. Aufl.). Beltz.
- McIntyre, C., Lathlean, J., & Esteves, J. E. (2018). Osteopathic clinical reasoning: An ethnographic study of perceptual diagnostic judgments, and metacognition.

- International Journal of Osteopathic Medicine*, 28, 30–41.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2018.03.005>
- Parker, L., Ryan, R., Young, S., & Hill, S. (2021). Medications and doctor–patient communication. *Australian Journal for General Practitioners*, 50, 709–714.  
<https://www1.racgp.org.au/ajgp/2021/october/medications-and-communication>
- Rolf, J. (2012). Niedergelassene Versorgung: Möglichkeiten und Grenzen. In E. Holzer, G. Offermanns, & E. Hauke (Hrsg.), *Patientenperspektive-Ein neuer Ansatz für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems* (1. Aufl., S. 99–108). WU Universitätsverlag/Facultas
- Scherfer, E., & Bossmann, T. (2013). *Forschung verstehen: Ein Grundkurs in evidenzbasierter Praxis* (2. Aufl.). Richard Pflaum Verlag.
- Schmacke, N., Richter, P., Stamer, M., Hansen, S., & Menze, B. (2016). *Der schwierige Weg zur Partizipation: Kommunikation in der ärztlichen Praxis* (N. Schmacke, P. Richter, & M. Stamer, Hrsg.; 1. Auflage). Hogrefe.
- Schoeb, V., & Bürge, E. (2012). Perceptions of patients and physiotherapists on patient participation: A narrative synthesis of qualitative studies. *Physiotherapy Research International : The Journal for Researchers and Clinicians in Physical Therapy*, 17(2).  
<https://doi.org/10.1002/pri.516>
- Street, R. L., Gordon, H., & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science & Medicine*, 65(3), 586–598. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.036>
- Veit, I., & Behling, S. (2018). *Praxis der psychosomatischen Grundversorgung: Die Beziehung zwischen Arzt und Patient* (2., überarbeitete Auflage). Verlag W. Kohlhammer.

Vogt, S., & Werner, M. (2014). *Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse*. [https://www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript\\_interviewsqualinhaltsanalyse-fertig-05-08-2014.pdf](https://www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_interviewsqualinhaltsanalyse-fertig-05-08-2014.pdf)

Wagner, G. (2015). Wahrnehmung und ihre Bedeutung für das Patientengespräch. *dzosteopathie*, 13(02), 24–28. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1396271>

## TABELLENVERZEICHNIS

<i>Nummer</i>	<i>Seite</i>
<b>Tabelle 1</b> Stichprobengröße .....	25
<b>Tabelle 2</b> Vorbereitungen auf das Erstgespräch .....	31
<b>Tabelle 3</b> Erwartungen und Wünsche vor dem Gespräch .....	32
<b>Tabelle 4</b> Erfüllung der Erwartungen .....	34
<b>Tabelle 5</b> Patient*innenzufriedenheit .....	36
<b>Tabelle 6</b> Patient*innenunzufriedenheit .....	36
<b>Tabelle 7</b> Verstandenwerden .....	41
<b>Tabelle 8</b> Missverstandenwerden .....	41
<b>Tabelle 9</b> Patient*innenpartizipation .....	45
<b>Tabelle 10</b> Patient*innenpartizipation im Gespräch.....	51
<b>Tabelle 11</b> Zeitlicher Aspekt .....	54
<b>Tabelle 12</b> Selbstreflexion .....	56

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

IP

Interviewpartner\*in

WSO

Wiener Schule der Osteopathie

## **Literaturrecherche**

Die Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum des Entstehungsprozesses der Masterthesis über die Landesbibliothek Bregenz, Google Scholar und die Bibliothek der Donauuniversität Krems. Am meisten wurde das Online-Repository DOOR der Donau Universität genutzt, welches Zugriff auf viele Datenbanken mit frei zugänglichen Publikationen bietet. Für diese Studie entscheidend waren wissenschaftliche Datenbanken, wie PubMed, Pedro und Osteopathic Research. Die initiale Suche fand im Zeitraum von Dezember 2021 bis April 2022 statt und führte zur Erarbeitung des Konzepts.

Für die Suche wurden Schlagwörter wie Anamnes\* AND Osteopath\* verwendet, wobei die Trunkierung bewusst eingesetzt wurde, um eine breite Auswahl an relevanter Literatur zu generieren. Mithilfe von Mesh-Terms wurde die Suche erweitert mit Formulierungen, wie „Erstkonsultation“, „Erstkontakt“, „Konversation“, „Gesprächsführung“, „medizinische Anamnese“ und „klinisches Denken“. Diese Begriffe wurden gezielt mit Booleschen Operatoren (AND, OR) kombiniert, um präzisere Ergebnisse zu erhalten. Die Recherche erfolgte in deutscher und englischer Sprache. Zusätzlich wurden über die WSO Homepage gezielt qualitative Studien gesucht, um den Anforderungen der Arbeit gerecht zu werden.

Neben der Suche nach osteopathischer Literatur wurden auch Begriffe aus der medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung berücksichtigt (z.B. Gesundheitspersonal, Gesundheitsfachkraft). Mithilfe des Schneeballsystems wurde ausgehend von Referenzen passender Studien weitere Literatur gefunden.

## ANHANG B

### Patientenbrief

Sehr geehrter Patient,

Sehr geehrte Patientin,

erstmal vielen Dank, dass Sie sich als Patient\*in für die Lehrklinik (für Student\*innen) zur Verfügung stellen und somit die Studierenden der Wiener Schule für Osteopathie (WSO) in ihrer Ausbildung unterstützen. Ich habe selbst auf der WSO studiert und im September 2021 meine Masterprüfung abgeschlossen.

Neben meiner selbständigen Arbeit als Physiotherapeutin und Osteopathin arbeite ich an meiner Masterarbeit, die darauf abzielt, die Sichtweisen von Patient\*innen auf bestimmte Bereiche der osteopathischen Behandlungseinheit besser zu verstehen. Dafür möchte ich Patient\*innen auf freiwilliger Basis interviewen, die das erste Mal osteopathisch behandelt werden. Selbstverständlicher bleiben diese Interviews absolut anonym und auch jegliche Daten, welche auf Ihre Person hinweisen würden, werden aus dem Interview entfernt.

Ich würde mich sehr freuen, wenn sie sich unmittelbar nach ihrem Behandlungstermin auf der WSO oder in der Praxis für ein Interview (geschätzte Dauer 20 – 30 min) Zeit nehmen könnten, um ihre Erfahrungen mit mir zu teilen und mich damit in meiner Masterarbeit zu unterstützen.

Mit dieser Arbeit erhoffe ich, die Auffassung von Patient\*innen auf bestimmte Bereiche der osteopathischen Behandlung zu erfassen, damit in Zukunft dieses Wissen an Studierende weitergegeben werden könnte. Dies könnte gewährleisten, dass die Osteopathie patient\*innen-zentrierter wird und noch mehr zu einem „Miteinander arbeiten“ führt.

Falls Sie mich durch ihre Zeit und durch das Teilen Ihrer Erfahrungen bei einem Interview unterstützen möchten, melden Sie sich bei mir unter der Emailadresse: [yroni@physiozaisau.at](mailto:yroni@physiozaisau.at) oder auch telefonisch unter der Nummer; 0664/5123309. Gerne beantworte ich Ihnen persönlich weitere Fragen.

Ich bin Ihnen sehr dankbar, wenn Sie Teil meiner Masterarbeit werden.

Vielen herzlichen Dank vorweg,

Mit ergebenen Grüßen,

Gridling Veronika

## ANHANG C

### INTERVIEWLEITFADEN

#### INTERVIEWLEITFADEN

Leitfragen/Erzählimpulse	Memospalte	Adhoc Fragen
Im Zuge meiner Masterarbeit möchte ich der Frage nachgehen, wie ein osteopathisches Erstgespräch, also die Anamnese, für den/die Patienten*in zufriedenstellend gestaltet werden kann. Ich möchte sie deshalb bitten, über das heutige Gespräch zu Beginn ihrer osteopathischen Behandlung mit ihrem/ihrer Osteopathen*in zu erzählen. Wie haben Sie dieses Gespräch erlebt?	Offen gehaltene Einstiegsfrage  Bedeutung des Erstgesprächs für die interviewte Person	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erzählen Sie mir alles was für Sie wichtig war?</li> <li>- Erzählen Sie mir die Einzelheiten, die Ihnen in Erinnerung geblieben sind?</li> <li>- Was für Gefühle sind in Ihnen hochgekommen während dem Gespräch?</li> <li>- Was hat zu diesem Gespräch geführt?</li> </ul>
Können Sie mir sagen mit welchen Erwartungen Sie in dieses Gespräch gegangen sind?	Gedanken und Erwartungen des Patienten/der Patientin auf das Anamnesegespräch  Vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie haben Sie sich auf das Gespräch vorbereitet?</li> <li>- Hatten Sie Wünsche für das Gespräch?</li> </ul>
Wenn Sie an das Erstgespräch denken; was hat Ihnen aus ihrer Sicht besonders gut gefallen und was könnte besser laufen?	Zufriedenheit  Erwartungen  Wünsche  Verstanden werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie haben Sie sich dabei (z.B. bei dieser Frage, dieser Aussage...) gefühlt?</li> <li>- Gibt es Etwas, dass Sie sich im Gesprächsverlauf anders gewünscht hätten?</li> <li>- Welche Punkte sind für Sie wichtig, dass Sie sich richtig verstanden fühlen?</li> <li>- Welche Fragen waren Ihnen eher unangenehm?</li> <li>- Welche Themen sollten im Erstgespräch nicht angesprochen werden?</li> </ul>
Sie hatten heute Ihr Erstgespräch, diese ist leitgebend für den weiteren Untersuchungs- und Behandlungsverlauf. Inwiefern	Patientenpartizipation  Wünsche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ar es für Sie klar, warum nach dem Erstgespräch bestimmte Untersuchungen durchgeführt wurden...welche</li> </ul>

Gültig ab 1. Dezember 2021

1

<p>fühlten Sie sich diesbezüglich miteinbezogen?</p>		<p>Punkte waren dafür ausschlaggebend?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was halten Sie allgemein vom Konzept Patienten mehr miteinzubeziehen?</li> <li>- Wie meinen Sie, könnte man das erreichen?</li> <li>- Was sollte auf keinen Fall gemacht werden?</li> <li>- Haben Sie Erfahrungen gemacht, die Ihnen zum Thema „Patienten“innen miteinbeziehen, einfallen?</li> </ul>
<p>Wie empfinden Sie den zeitlichen Aspekt für das Erstgespräch?</p>	<p>Zeitlicher Aspekt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hätten Sie gerne länger über Ihr Anliegen geredet oder war die Zeit welches für das Erstgespräch eingeplant war mehr als ausreichend?</li> </ul>
<p>Vielen herzliche Dank für die Beantwortung der Fragen. Gibt es noch irgendetwas, dass sie noch gerne sagen würden und dass bisher noch nicht zur Sprache gekommen ist?</p>	<p>Schlussfrage</p>	